DAR-0019665-A-13/11/2025

Ministero della Salute
GAB
0030803-P-12/11/2025
I.4.c.c.4/2023/0
754355976

Ministero della Salute

Ufficio di Gabinetto

Al Direttore dell'Ufficio di coordinamento della Segreteria della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano

Al Capo di Gabinetto del Ministro dell'Economia e delle Finanze

e, p.c.

Al Dipartimento della salute umana, della salute animale e dell'ecosistema (One Health) e dei rapporti internazionali

Alla Direzione generale dei corretti stili di vita e dei rapporti con l'ecosistema

OGGETTO: Accordo, ai sensi dell'articolo 9, comma 2, lettera *c)* del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni, le Province autonome di Trento e di Bolzano e gli Enti locali sul documento recante "Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale (PANSM 2025-2030)".

Facendo seguito alle interlocuzioni intercorse tra i Coordinatori del Tavolo tecnico per la salute mentale e le sub-aree tecniche della Commissione salute, in relazione all'oggetto, si trasmette la versione aggiornata del documento recante "*Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale (PANSM 2025-2030)*" con richiesta di sottoporlo all'esame di codesta Conferenza nella prima seduta utile.

Si ringrazia per la collaborazione.

IL CAPO DI GABINETTO
Dott. Marco Mattei

MC/VM

Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale
PANSM 2025 - 2030

a cura del

Tavolo tecnico per la salute mentale

Istituito dal Ministro della Salute prof. Orazio Schillaci
con DM 27 aprile 2023

INDICE PANSM 2025 – 2030

Introduzione al Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale PANSM 2025 – 2030 *Pag. 10*

Capitolo 1
SALUTE MENTALE E PERCORSI DI PROMOZIONE, PREVENZIONE E CURA *Pag. 19*

Capitolo 2
SALUTE MENTALE IN INFANZIA E IN ADOLESCENZA, TRANSIZIONE DAI SERVIZI PER L'INFANZIA E L'ADOLESCENZA AI SERVIZI PER L'ETÀ ADULTA, ACCESSO E CONTINUITÀ DI CURA *Pag. 36*

Capitolo 3
SALUTE MENTALE PER LE PERSONE DETENUTE/IMPUTABILI E PER LE PERSONE AFFETTE DA DISTURBI MENTALI AUTRICI DI REATO IN MISURA DI SICUREZZA *Pag. 48*

Capitolo 4
SALUTE MENTALE: RISK MANAGEMENT E SICUREZZA *Pag. 69*

Capitolo 5
SALUTE MENTALE E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA *Pag. 79*

Capitolo 6
SALUTE MENTALE: FORMAZIONE E RICERCA *Pag. 95*

Componenti del Tavolo nominati da decreto

Prof. Alberto Siracusano	Professore Emerito di Psichiatria; Università di Roma Tor Vergata, con funzioni di Coordinatore
Dr. Giuseppe Nicolò	Direttore Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche ASL Roma 5, con funzioni di Coordinatore vicario
Dr.ssa Emi Bondi	Direttore Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze ASST Papa Giovanni XXIII Bergamo Presidente Società Italiana Psichiatria (SIP)
Dr. Tommaso Maniscalco	Direttore Dipartimento di Salute Mentale AULSS 7 "Pedemontana" di Bassano d.G. Coordinatore Gruppo Interregionale salute mentale della Commissione salute della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano
Prof. Andrea Fiorillo	Professore Ordinario di Psichiatria Università di Studi della Campania "Luigi Vanvitelli"
Dr. Massimo Cozza	Direttore Dipartimento Salute Mentale ASL Roma 2
Dr.ssa Gemma Calamandrei	Istituto superiore di sanità
Prof.ssa Elisa Maria Fazzi	Professore Ordinario Neuropsichiatria Infantile Università di Brescia Presidente Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA)
Dr.ssa Graziella Boi	Direttore Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Zona sud - ATS Sardegna
Dr. Roberto Cafiso	Direttore Dipartimento Salute Mentale ASP Siracusa
Dr. Antonio Mautone	Direttore UOC DSM ASL Salerno
Dott. Francesco Vaia	Già Direttore generale della Prevenzione sanitaria

Esperti

Dott.ssa Maria Luisa Scattoni	Istituto Superiore Sanità
Dott.ssa Giuseppe Quintavalle	Direttore Generale, Asl Roma 1
Dott. Francesco Enrichens	AGENAS
Dott. Enrico Pompili	Direttore Unità Operativa Complessa DSMDP ASL Roma 5
Prof.ssa Cinzia Niolu	Professore Ordinario di Psichiatria presso l'Università degli Studi di Roma Tor Vergata

Si ringraziano per il sostegno ai lavori del Tavolo tecnico:

Dott.ssa Margherita Camarda	Dirigente del Ministero della Salute
Dott.ssa Adriana Chiurato	Dirigente del Ministero della salute
Avv. Roberto Agoglia	Ufficio di Gabinetto del Ministero della Salute
Dott.ssa Valeria Marcattili	Ufficio di Gabinetto del Ministero della Salute

Si ringraziano per il contributo e la disponibilità offerta ai fini della realizzazione del presente Piano:

Dott.ssa Lorena Martini	AGENAS
Prof. Mario Amore	Professore Ordinario di Psichiatria, Università di Genova
Dott.ssa Laura Camoni	Psicologa e ricercatrice dell'Istituto Superiore di Sanità
Dott. Massimo Canu	Psicologo – Psicoterapeuta
Prof. Roberto Catanesi	Professore Ordinario di "Psicopatologia forense"
Dott. Giancarlo Cerveri	Direttore Dipartimento Salute Mentale ASST Lodi
Prof. Massimo Clerici	Psichiatra- Professore Ordinario Psichiatria Università degli Studi Milano Bicocca
Dott. Giulio Corrivetti	Direttore Dipartimento Salute Mentale ASL Salerno
Dott.ssa Simona De Simone	Psicologa Psicoterapeuta Direttore Dipartimento Salute Mentale ASL Roma 3
Dott. Giuseppe Ducci	Direttore Dipartimento Salute Mentale ASL Roma 1, Collegio Nazionale Dipartimenti Salute Mentale
Prof. Stefano Ferracuti	Professore Ordinario di Psicopatologia Forense
Prof.ssa Michela Gatta	Direttore UOC Neuropsichiatria Infantile Azienda Ospedale Università di Padova
Prof. Francesco Gazzillo	Professore Associato di Psicologia Dinamica presso il Dipartimento di Psicologia dinamica, clinica e salute, "Sapienza" Università di Roma
Prof. Luigi Grassi	Professore Ordinario di Psichiatria Università di Ferrara
Dr. Carlo Locatelli	Direttore Centro Antiveleni IRCCS Maugeri Pavia
Prof.ssa Liliana Lorettu	Direttore Scuola di Specializzazione in Psichiatria Università di Sassari Coordinatore Società Italiana di Psichiatria Sezione Sardegna
Prof. Giovanni Martinotti	Professore ordinario di Psichiatria presso l'Università "G.d'Annunzio" di Chieti

Dott. Gabriele Masi	Già Responsabile U.O Complessa di Neuropsichiatria - Psichiatria e Psicofarmacologia dell'Età Evolutiva IRCCS Fondazione Stella Maris
Prof. Luigi Mazzone	Professore ordinario, Direttore della Scuola di Specializzazione in Neuropsichiatria Infantile dell'Università degli Studi di Roma Tor Vergata
Dott. Leonardo Meneghetti	Direttore del Dipartimento di Salute Mentale della AULSS 8 "Berica" di Vicenza
Dott. Felice Alfonso Nava	Direttore Servizi Socio Sanitari AULSS 9 "Scaligera" di Verona
Dott.ssa Giovanna Paoletti	Direttore ff UOC DSMDP ASL Roma 5
Dott. Massimo Polledri	Neuropsichiatra Infantile Esperto Dipartimento politiche antidroga Presidenza del Consiglio
Dott.ssa Maria Pontillo	Dirigente Psicologo presso l'Unità operativa complessa di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza dell'Ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma
Dott. Davide Ribechini	Medico Psichiatra Referente dei percorsi terapeutici SPDC di Pisa
Dott. Giovanni Riccardi	Dirigente Psicologo, psicoterapeuta ASL Roma 5
Dott.ssa Noemi Sanna	Psichiatra e consulente forense
Dott. Alberto Sbardella	Direttore U.O.C. Salute Mentale Penitenziaria e Psichiatria Forense (SMPPF) ASL Roma 2
Dott. Stefano Vicari	Professore Ordinario di Neuropsichiatria Infantile Università Cattolica sacro Cuore Roma
Dott. Vincenzo Villari	Direttore del Dipartimento di Neuroscienze e Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Città della Salute e della Scienza di Torino
Dott. Nicolò Granada	Psicologo Psicoterapeuta
Dott.ssa Maria Pia Randazzo	Dirigente statistico AGENAS
Dott. Angelo Picardi	Psichiatra, psicoterapeuta, epidemiologo ISS
Dott.ssa Roberta Ghidoni	Direttrice scientifica IRCCS Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli Brescia
Dr. Giovanni de Girolamo	Responsabile dell'Unità Operativa di Psichiatria Epidemiologica e Valutativa presso l'I.R.C.C.S. Fatebenefratelli di Brescia
Dr.ssa Roberta Rossi	Psicologa Psicoterapeuta Responsabile Unità di Ricerca "Psichiatria" dell'I.R.C.C.S. Fatebenefratelli di Brescia

Ministero della salute

Dott. Marco Mattei	Capo di Gabinetto
Cons. Giulia Ferrari	Vice Capo Vicario di Gabinetto
Dott.ssa M. Rosaria Campitiello	Capo Dipartimento della prevenzione, della ricerca e delle emergenze sanitarie
Prof. Saverio Mennini	Capo Dipartimento della programmazione, dei dispositivi medici, del farmaco e delle politiche in favore del SSN.
Dott. Giovanni Leonardi	Capo Dipartimento della salute umana, della salute animale e dell'ecosistema (One Health) e dei rapporti internazionali (DOHRI)
Dott. Giuseppe Celotto	Capo Dipartimento dell'amministrazione generale, delle risorse umane e del bilancio
Prof. Americo Cicchetti	Commissario straordinario di Agenas
Dott. Sergio Iavicoli	Direzione Generale della Prevenzione
Dott. Stefano Lorusso	Direzione Generale del Personale, dell'Organizzazione e del Bilancio
Dott.ssa Mariella Mainolfi	Direzione Generale delle Professioni sanitarie e delle risorse umane del servizio sanitario nazionale (DGPROF)
Dott.ssa Rosaria Boldrini	Ufficio 2 - Ufficio di Statistica (DGSISS)
Dr.ssa Novella Luciani	Ufficio di Gabinetto del Ministero Economia e Finanze
Dott. Alessio Nardini	Direttore generale della Direzione generale dei corretti stili di vita e dei rapporti con l'ecosistema
Dott.ssa Cristina Tamburini	Ufficio 5 - Tutela della salute delle fasce di popolazione vulnerabili
Dott.ssa Caterina Bianca Neve Aurora Bianchi	Ufficio 5 - Tutela della salute delle fasce di popolazione vulnerabili
Dott.ssa Giovanna Romano	Ufficio 5 - Tutela della salute delle fasce di popolazione vulnerabili

Associazioni e Soggetti Auditi su loro richiesta

Dott. Mauro Abate	Confcooperative Sanità
Prof. Eugenio Aguglia	Pres. Società Italiana di Psichiatria e Psicopatologia Forense (SIPPF)
Prof. Domenico Arduini	ASM ONLUS (Ass. Italiana per lo Studio delle Malformazioni)

Dott. Raffaele Barone	INDTC-RP International Network of Democratic Therapeutic
Mariano Barbieri	Associazione “Psiche 2000”
Dott. Francesco Bernacchia	Rete Igea
Dott. Davide Beventore	Ordine degli Psicologi Lombardia
Avv. Antonella Boschi	Associazioni Familiari (AIFA Lombardia APS e FIR per la Salute Mentale)
Michele Capano	Associazione Diritti alla Follia
Dott.ssa Flavia Caretto	Psicoterapeuta
Dott. Stefano Castagnoli	Coordinamento Toscano delle Associazioni per la Salute Mentale ODV
Prof. Massimo Clerici	Vice Pres. Società Italiana di Psichiatria e Psicopatologia Forense (SIPPF)
Dott.ssa Giovanna Crespi	Società Italiana Psichiatria forense
Dott.ssa Angela D’Agostino	Confcooperative Sanità
Dott. Francesco Della Gatta	FNO - TSRM E PSTRP (Federazione Nazionale Ordini TSRM e PSTRP)
Dott. Gerardo De Carolis	A.O. San Camillo Forlanini
Prof. Giulio Di Mizio	SIMPSE (Soc. Italiana di Medicina e Sanità Penitenziaria)
Dott. Guido Faillace	FEDERSERD, SIPAD, SITD (Federazione Italiana degli operatori dei Dipartimenti e dei Servizi per le Dipendenze Società Italiana Patologie da Dipendenza, Società Italiana Tossicodipendenze)
Dott.ssa Felicia Giagnotti	Fondazione Itaca
Dott.ssa M. Corinna Gorlani	Associazioni Familiari (AIFA Lombardia APS e FIR per la Salute Mentale)
Dott. Roberto Grelloni	ANPIS (Ass. Naz. per l’Inclusione Sociale)
Dr. Galileo Guidi	Coordinamento Toscano delle Associazioni per la Salute Mentale ODV
Dott.ssa Maria Antonietta Gulino	Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi (CNOP)
Dott. Ivan Iacob	FASSID – AUPI (Ass. Unitaria Psicologici Italiani)
Dott.ssa Cristina Lemme	ADHD ITALIA
Prof. Francesco Mancini	Consulta Scuole Psicoterapia

Dott. Giancarlo Marenco	Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi (CNOP)
Dott. Francesco Marchionni	CNG (Consiglio Nazionale dei Giovani)
Dott.ssa Romina Mazzei	Rete Igea
Dott. Giacomo Menghini	Coordinamento Nazionale degli Psicologi
Dott. Stefano Milano	Coordinamento Nazionale degli Psicologi
Dott. Luca Mingarelli	Ordine degli Psicologici Lombardia, INDTC-RP (International Network of Democratic Therapeutic)
Dott.ssa Chiara Minicucci	ANCI (Ass. Nazionale Comuni Italiani)
Dott. Cesare Moro	Società Italiana di Scienze Infermieristiche in Salute Mentale – SISISM
Dott. Davide Moscone	Associazione Spazio Asperger ONLUS
Dott. Narciso Mostarda	A.O. San Camillo Forlanini
Dott. Antonio Maria Pagano	SIMPSE (Soc. Italiana di Medicina e Sanità Penitenziaria)
Laura Parolin	Gruppo di Lavoro OPL
Dott.ssa Eva Pascoli	Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi (CNOP)
Dott.ssa Ilaria Persiani	Ass. Mito E Realta’
Dott.ssa Camilla Piredda	Unione degli Universitari e Rete degli Studenti Medi
Dott.ssa Maria Cristina Pisani	CNG (Consiglio Nazionale dei Giovani)
Dott.ssa Elisabetta Pizzi	Associazione “Altrimenti. Associazione per il diritto della salute psicologica”
Prof. Piero Porcelli	Associazione Italiana di Psicologia -AIP
Dott.ssa Valentina Porretta	Operatrice Gay Center / Gay Help Line
Dott. Salvino Pozzi	ANPIS (Ass. Naz. per l’Inclusione Sociale)
Prof. Carlo Ricci	Consulta Scuole Psicoterapia
Dott.ssa Alexandra Rinaldi	Fondazione Itaca
Dott. Emilio Robotti	FENASCOP (Federazione Nazionale Strutture Comunitarie Psicoterapeutiche)
Dott. Franco Sirianni	Coordinamento Psichiatri Toscani
Dott. Fabio Sordini	FASSID – AUPI (Ass. Unitaria Psicologici Italiani)

Dott.ssa Chiara Spinato	ANCI (Ass. Nazionale Comuni Italiani)
Dott.ssa Rocchina Stoppelli	La Tazza Blu
Dott.ssa Sarah Vecchio	SITOX (Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze)
Dott.ssa Camilla Velotta	Unione degli Universitari e Rete degli Studenti Medi
Dott.ssa Angela Volpe	INDTC-RP (International Network of Democratic Therapeutic)
Dott. Enrico Zanalda	Presidente Società Italiana Psichiatria forense
Dott. Stefano Rambelli	Confecooperative federsolidarietà
Dott.ssa Angela Bravi	Gruppo tecnico delle Regioni e Province autonome sulle Dipendenze
Dott.ssa Roberta Balestra	Presidente Federazione Italiana degli operatori dei Dipartimenti e dei Servizi per le Dipendenze (FeDerSerD)
Dott. Augusto Consoli	Presidente Società Italiana Tossicodipendenze (SITD)
Dott. Claudio Leonardi	Presidente Società Italiana Patologie da Dipendenza (SIPaD)
Prof. Armando Genazzani	Presidente Società Italiana Farmacologia (SIF)
Prof. Orazio Cantoni	Società Italiana di Tossicologia (SITOX)
Dott. Gianni Testino	Società Italiana Alcologia (SIA)
Prof.ssa Carla Ghelardini	Presidente Collegio Nazionale dei Farmacologi Universitari (CNFU)
Dott.ssa Patrizia Stacconi	Associazione Italiana Famiglie ADHD – AIFA APS
Dott.ssa Francesca Mezzelani	Associazione Italiana Famiglie ADHD – AIFA APS

Piano di Azione Nazionale per la Salute Mentale
PANSM 2025 – 2030

INTRODUZIONE

Il diritto alla salute è elemento fondamentale dei diritti umani, sancito dall'art.32 della Costituzione della Repubblica Italiana, e riconosciuto a livello internazionale. Art.32: "*La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizioni di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana*.".

La salute mentale è un bene comune, parte integrante del principio costituzionale del diritto alla salute, e non è riducibile alla sola assenza di malattia psichiatrica, ma include il benessere psicologico, emotivo e sociale, lo sviluppo cognitivo, l'*empowerment* personale, tutti fattori che permettono agli individui di sviluppare pienamente la consapevolezza del proprio potenziale di crescita personale, della propria autoefficacia e, dunque, di autodeterminarsi e di essere in grado di affrontare le sfide della vita, migliorare le relazioni sociali, contribuire al benessere della collettività e alla sua crescita produttiva. La salute mentale influisce sui comportamenti umani, sul benessere della nostra mente e del nostro corpo.

Il diritto alla salute mentale riguarda tutti gli individui, di ogni genere, età, etnia, religione, ceto sociale, provenienza geografica, vivano essi in condizioni di piena libertà sociale o sottoposti a misure detentive e/o restrittive. Recentemente, il decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62 ha definito la condizione di disabilità come una duratura compromissione fisica, mentale, intellettiva, del neurosviluppo o sensoriale che, in interazione con barriere di diversa natura, può ostacolare la piena ed effettiva partecipazione nei diversi contesti di vita su base di uguaglianza con gli altri. In linea con questa definizione, le persone con disturbi della salute mentale affrontano sfide esistenziali che incidono sul benessere psicologico. Soffrire di un disagio psichico può compromettere significativamente le capacità individuali nel gestire le attività quotidiane e nel mantenere la stabilità del proprio lavoro. Lo stigma interiore può essere fonte di grave disabilità perché il disagio psichico rende le persone fragili e vulnerabili nei diversi contesti di vita.

In questi ultimi anni abbiamo assistito a grandi progressi medico-scientifici, diagnostici e terapeutici, allo stesso tempo si sono verificate profonde e radicali trasformazioni sociali, ambientali, climatiche, tecnologiche, con un netto cambiamento del valore e del significato di salute mentale.

Le problematiche legate oggi alla salute mentale sono molto diverse rispetto a quelle di soli pochi anni fa: bisogna ragionare in termini di una nuova cultura della salute mentale.

I fattori di rischio si vanno estendendo rapidamente e in maniera incontrollabile; ne sono un esempio la grande diffusione delle nuove sostanze psicoattive o l'utilizzo patologico del web o il verificarsi, sempre più spesso, di drammatiche situazioni relazionali caratterizzate da violenza, rabbia, aggressività. Grande preoccupazione è legata all'impatto dei social e degli smartphone sulla salute mentale. L'allarme riguarda particolarmente i giovani e, in generale, l'influenza sulla qualità dei legami e delle relazioni sociali di tutta la popolazione, con il verificarsi di un grande impoverimento emotivo-affettivo. Ultime ricerche evidenziano la negatività sulla salute mentale della "infanzia senza gioco", sostituita dal mondo digitale e come le nuove tecnologie possano modificare, non sempre in modo positivo, funzionamento e connettività cerebrale.

Tutto questo rende necessari la ridefinizione dei modelli organizzativi e di assistenza per i pazienti con disagi psicologici e per i loro familiari e lo sviluppo di adeguate politiche a sostegno della *Mental Health*. I principi generali di queste scelte dovranno basarsi sull'accessibilità alle cure, sull'equità, sull'inclusione, sulla sicurezza, sull'innovatività e su nuove modalità di comunicazione antistigma e di educazione sulla salute mentale e sul benessere psicologico. Altri principi generali del diritto alla salute mentale sono: la qualità e l'appropriatezza dei trattamenti, basati su evidenze scientifiche (*Evidence Based Medicine*), il rispetto della dignità e dei valori umani (*Value Based Medicine*), la lotta allo stigma, la non discriminazione e la valorizzazione del potenziale insito nella disabilità.

I dati pubblicati nel 2023 dal Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM) del Ministero della Salute sono particolarmente allarmanti e testimoniano un grande divario tra domanda, bisogni e offerta: si sono ridotte

rispetto al 2020 le strutture per l'assistenza psichiatrica sul territorio, anche se gli utenti in carico ai servizi sono tornati ai livelli pre-pandemia. Si osserva un netto calo delle dotazioni di personale e delle risorse disponibili, con conseguente riduzione delle prestazioni erogate agli assistiti rispetto ai livelli precedenti alla pandemia Covid-19. In parallelo l'incidenza dei nuovi utenti per anno continua a scendere e diminuisce di circa due punti dal 2022, suggerendo che molte persone con sofferenza mentale si rivolgono a circuiti esterni di cura o rinunciano a curarsi.

Il presente Piano di Azione fa riferimento al Piano di azione globale per la salute mentale 2013-2030, approvato dalla settantaquattresima Assemblea mondiale della Salute (decisione-WHA74) https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029. Il PANSM prodotto dal Tavolo Salute Mentale, in coerenza con quanto sottolineato nel suddetto Piano d'azione globale, sottolinea la necessità di un approccio basato sul corso della vita e di attuare misure volte a promuovere la salute mentale e il benessere per tutti, al fine di prevenire problemi di salute mentale, garantire una assistenza sanitaria adeguata e integrata e attuare strategie di promozione e prevenzione anche rafforzando i sistemi informativi, la formazione e la ricerca.

L'urgenza di intervenire sui bisogni di cura per la salute mentale è stata segnalata anche in maniera chiara nella comunicazione della Commissione Europea (2023) intitolata "*Un approccio globale alla salute mentale*" che sottolinea come le persone affette da disturbi psichici abbiano un'aspettativa ridotta di vita, soffrano di patologie internistiche croniche in comorbidità e relativamente ai servizi indicano la necessità di un passaggio dall'assistenza ospedaliera a servizi integrati di salute mentale e assistenza sociale in strutture di prossimità. La Commissione Europea, nel riconoscere la validità del modello bio-psico-sociale integrato con i determinanti ambientali e sociali nell'ottica della *One Health*, invita gli stati membri a dare priorità alle politiche di sostegno alla salute mentale, implementando il personale, le risorse, i progetti di formazione e la cultura sulla salute mentale.

Uno strumento pratico e strategico per supportare la riorganizzazione dei servizi in ottica integrata e comunitaria, che si inserisce nel più ampio impegno dell'OMS per promuovere l'integrazione della salute mentale nei sistemi sanitari, è la recente *policy brief* dal titolo "*Scaling up mental health services within the primary health care approach*" dell'Ufficio regionale per l'Europa dell'OMS, che ha un approccio basato su principi di equità, prossimità e sostenibilità.

Gli ultimi dati pubblicati dall'OMS, 2 settembre 2025, sottolineano, ancora di più, l'urgenza di intervenire con politiche sanitari efficaci a favore della salute mentale. Oltre un miliardo di persone al mondo convive con disturbi mentali e questi rappresentano la seconda causa di disabilità a lungo termine: "trasformare i servizi per la salute mentale è una delle più importanti sfide della sanità pubblica" (WHO, World Mental health today, Mental Health Atlas 2024).

I determinanti sociali della salute mentale includono un insieme di fattori complessi, presenti durante tutto il ciclo vitale, dal concepimento alla fine della vita. Influiscono fortemente sulla salute mentale individuale e sociale, agiscono in sinergia secondo il modello bio-psico-sociale, contribuiscono ad aumentare le disparità sociali e condizionano la salute fisica e psichica della popolazione. Questi determinanti strutturali sono molteplici: svantaggi e iniquità socio-economiche; povertà economiche e povertà vitale; avversità nell'infanzia e nell'adolescenza; discriminazioni di ogni genere; solitudine ed isolamento; precarietà e insicurezza; educazione, cultura e formazione; caratteristiche dell'abitare; frammentazione sociale; caratteristiche climatiche e ambientali; fenomeni migratori.

Un tema di grande attualità e criticità è quello del disagio giovanile. Il rapporto tra disagio giovanile e salute mentale è un rapporto articolato e complesso che può essere definito di legame biunivoco.
Il disagio giovanile, chiamato anche disagio mentale o psichico, rientra nella ampia area della salute mentale *one health* ma deve essere distinto da un disturbo mentale conclamato. In generale, l'area del disagio è collegata a diverse problematiche, quali difficoltà di ambiente sociale svantaggiato (*environment mastery*), difficoltà relazionali e familiari (autonomia e relazioni positive con gli altri), crisi psicologiche individuali (accettazione di sé e crescita personale), fattori traumatici di vita (bullismo, adattamento e resilienza). Queste diverse problematiche possono essere transitorie e legate ai determinanti sociali di salute mentale preceden-

temente descritti. Sono tutte situazioni che richiedono interventi di prevenzione specifici e accurati; in particolare va tenuto presente che in contesti sociali e familiari sfavorevoli o disfunzionali, eventi "critici" quali insuccessi scolastici, delusioni affettive, emarginazione nel rapporto tra pari, povertà vitale, prevalenza di modalità relazionali basate su aggressività e violenza, costituiscono tutti condizioni di rischio costitutivi del disagio giovanile che possono condurre a gravi problemi di salute mentale.
È evidente che il rischio, a partire dal disagio, è quello di sviluppare un disturbo psichiatrico conclamato, ma è altrettanto evidente che tutti i punti problematici toccati sono gli stessi che troviamo come elementi base di una buona salute mentale. Recenti studi ("*Mental health competencies are stronger determinants of well-being than mental disorders symptoms, in both psychiatric and non clinical samples*", Nature June 2024) dimostrano come i pilastri della salute mentale e del "*global wellbeing*" si riferiscono a un insieme di caratteristiche della *mental health* che, a loro volta, sono costituite da funzioni psichiche capaci di promuovere uno stato psicologico e di *One Health* positivo: *emotional*, *cognitive*, *spiritual*, *social*, *physical*.
Se è vero, dunque, che il disagio giovanile non può essere considerato un disturbo psichiatrico, è altrettanto vero che incide fortemente sulla salute mentale e, allo stesso tempo, rappresenta un *warning* che non può essere ignorato.

La promozione della salute mentale e la lotta allo stigma devono prevedere azioni concrete per l'aumento delle risorse dedicate e programmi di intervento specifici, clinici e sociali, e la collaborazione tra diversi operatori della salute mentale, con la stretta partecipazione del terzo settore. Sono necessarie politiche pubbliche, campagne di informazione, educazione e sensibilizzazione, creazione di sistemi comunitari a favore della salute mentale, a partire dalla educazione scolastica di ogni grado. Allo stesso modo, è necessario prevedere servizi e programmi di miglioramento della vita e di supporto per le persone affette da disturbi psichici e dei loro *caregiver* nonché potenziare i programmi di integrazione sociosanitaria e il lavoro in *equipe* multidisciplinari tra le diverse competenze professionali coinvolte nei progetti terapeutici; in tal modo sarà possibile rispondere in modo efficace alle complessità e criticità legate alla assistenza alle persone con problemi di salute mentale, per favorire: la continuità delle cure, la personalizzazione dei percorsi terapeutici e riabilitativi, l'inclusione sociale, l'autonomia e la qualità di vita (ad esempio, l'abitare).

Questo piano di azioni ha come obiettivo prossimale il miglioramento dell'assistenza attraverso l'introduzione di percorsi di trattamento scientificamente orientati e la promozione della salute mentale in tutti i contesti di vita. Obiettivo distale attraverso queste azioni sarà la riduzione dello stigma e una diversa attenzione sociale del disagio e della malattia mentale.

La salute mentale è un diritto che deve essere presente e rispettato in tutti i luoghi della nostra vita, da quelli in cui viviamo a quelli in cui lavoriamo, a quelli in cui ci formiamo. Riguarda tutte le fasi del ciclo della vita e richiede adeguati programmi di prevenzione, specie per le prime fasi della vita per garantire un corretto sviluppo neuropsicologico, per le fasi di transizione dall'adolescenza all'età adulta, dall'età adulta all'età senile, e per le diverse caratteristiche e necessità genere specifiche. È necessario occuparsi sempre con maggiore slancio ed interesse del rapporto tra salute mentale e mondo del lavoro, attivando dialoghi di confronto tra i rappresentanti istituzionali, il mondo sanitario e le associazioni dei familiari e dei pazienti. Obiettivo è anche contrastare la riduzione della produttività, della spesa sociale e dell'impatto negativo dovuto al calo e all'invecchiamento demografico: una cattiva salute mentale ha costi socioeconomici diretti ed indiretti molto alti, con un notevole aggravio per il sistema sanitario.

Esistono ormai chiare evidenze scientifiche internazionali che dimostrano come il rischio di sviluppare disturbi psichici capaci, a loro volta, di ammalare la nostra salute mentale è inestricabilmente legato ai *life events* ed agli stili di vita della nostra esistenza. I dati epidemiologici a livello mondiale riconoscono che la pandemia COVID-19 ha avuto un impatto altamente negativo sulla salute mentale della popolazione generale. In particolare, sono aumentati i livelli di ansia e depressione, in specie nei giovani e nell'età senile, come anche si è maggiormente diffuso il disagio psichico a livello sociale. La ricerca internazionale si è concentrata sull'individuazione e definizione dei determinanti psicosociali di salute mentale, che si ritiene svolgano il ruolo primario di fattore di rischio e di vulnerabilità per la salute mentale ed il benessere psicologico della popolazione; affrontare la sfida di contrastare gli effetti negativi di questi determinanti è diventato uno dei punti fondamentali per la definizione delle politiche di prevenzione e cura dei disagi e dei disturbi psichici.

La storica frase dell'OMS "*non c'è salute senza salute mentale*" ha aperto la strada ad una nuova cultura della salute mentale e del benessere psicologico che ha portato, negli anni, al nuovo costrutto di *One Health* e di *One Mental Health*, spostando sempre di più il *focus* dalla patogenesi alla salutogenesi.

Integrare la salute mentale, fisica e ambientale in una prospettiva globale è imprescindibile per promuovere azioni nei diversi campi formativi, comunicativi, di ricerca, di assistenza, di sviluppo tecnologico, culturali, etologici, sociali. Sarà necessario prevedere: a) programmi di formazione interdisciplinare: educare gli operatori ad un approccio globale alla salute che includa competenze interdisciplinari di assistenza sanitaria e sociale; b) progetti di assistenza integrata: garantire un approccio più olistico alla cura delle persone, affrontando insieme gli aspetti della salute mentale e fisica; c) interventi precoci e di prevenzione: comprendere l'interazione tra salute mentale, fisica e ambiente fin dal primo periodo scolastico può portare a individuare migliori misure preventive e a mettere in atto strategie di intervento precoce. Il paradigma della *One Perinatal Mental Health* può rappresentare l'esempio più chiaro ed evidente di cosa significa prevenzione e intervento precoce.

Strumento fondamentale di pianificazione centrale degli interventi di prevenzione e promozione della salute da realizzare sul territorio basata su integrazione, coordinamento e rete tra le diverse istituzioni, strutture e attività presenti nel territorio, per assicurare flessibilità, efficacia e tempestività di risposta sia a situazioni di emergenza, sia ai bisogni di salute della popolazione, è il "*Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025*", adottato con Intesa Stato-Regioni del 6 agosto 2020 e attualmente in fase di aggiornamento.

Il PANSM vuole essere un documento sintetico, agile ed incisivo per la promozione, prevenzione e sviluppo di azioni a favore del miglioramento e del trattamento della salute mentale e del benessere psicologico della nostra società. È un documento strategico ed operativo il cui scopo è promuovere e stimolare interventi appropriati ed efficaci a favore della salute mentale, che dovranno essere recepiti e messi in atto dalle Regioni, titolari dell'organizzazione sanitaria. Nell'ottica della coesione e uniformità sul territorio nazionale nel raggiungimento degli obiettivi di salute ed equità e a supporto dei decisori delle politiche sanitarie, è previsto il monitoraggio della realizzazione delle azioni strategiche delineate nel PANSM 2025-2030 per verificare il recepimento nella pianificazione regionale del mandato del Piano nonché il raggiungimento degli obiettivi strategici nazionali.

Tale monitoraggio sarà curato dalla Commissione Salute e dalle Direzioni tecniche competenti del Ministero della Salute in collaborazione con il Tavolo tecnico sulla Salute Mentale.

Prof. Alberto Siracusano
Coordinatore Tavolo Tecnico della Salute Mentale

Dott. Giuseppe Nicolò
Coordinatore Vicario Tavolo Tecnico della Salute Mentale

PIANO NAZIONALE SALUTE MENTALE 2025 - 2030
SCHEMA

Introduzione

Il PANSM vuole essere un documento sintetico, agile ed incisivo per la promozione, prevenzione e sviluppo di azioni a favore del miglioramento e del trattamento della salute mentale e del benessere psicologico della nostra società. È un documento strategico ed operativo il cui scopo è promuovere e stimolare interventi appropriati ed efficaci a favore della salute mentale che dovranno essere recepiti e messi in atto dalle Regioni, titolari dell'organizzazione sanitaria. Il PANSM propone alcune possibili azioni finalizzate al miglioramento della tutela della salute mentale, nelle diverse fasi del ciclo vitale, delle persone, adulti e minori, con disturbi mentali, anche in comorbilità, e in luoghi dove la sofferenza psichica è particolarmente rilevante.

La salute mentale rappresenta un ambito trasversale e intersettoriale che riguarda l'intera comunità, allargandosi anche a settori non sanitari come istruzione, lavoro e servizi sociali. Il Dipartimento di salute mentale (DSM) si occupa soprattutto di diagnosi e cura di disturbi mentali ma la promozione del benessere mentale e la prevenzione primaria dovrebbero coinvolgere tutta la rete dei servizi socio-sanitari educativi e comunitari. Infatti, i determinanti sociali della salute (povertà, disoccupazione, isolamento, traumi, discriminazioni, condizioni abitative.) influiscono sulla salute mentale. Tutto questo rende necessario un approccio integrato che coinvolga sanità, sociale, educazione e lavoro. Una ridefinizione di modelli organizzativi e di assistenza in salute mentale per meglio affrontare le attuali sfide quali: la cronicizzazione, l'aumento del disagio psichico, la richiesta di accessibilità e continuità assistenziale, la carenza di personale, le complessità socio-economiche. Un modello integrato proattivo territoriale centrato sulla persona e sulla comunità.

Nell'ottica della coesione e uniformità sul territorio nazionale nel raggiungimento degli obiettivi di salute ed equità e a supporto dei decisori delle politiche sanitarie, è previsto il monitoraggio della realizzazione delle azioni strategiche delineate nel PANSM 2025-2030 per verificare il recepimento nella pianificazione regionale del mandato del Piano nonché il raggiungimento degli obiettivi strategici nazionali

Tale monitoraggio sarà a cura della Commissione Salute e delle Direzioni tecniche competenti del Ministero della Salute in collaborazione con il Tavolo tecnico sulla Salute Mentale.

***Parole chiave**: modello biopsicosociale, one mental health, one perinatal mental health, salutogenesi, benessere psicologico, determinanti sociali, fattori di rischio, lotta allo stigma, nuova cultura salute mentale, monitoraggio*

1- Salute Mentale e Percorsi di promozione, prevenzione e cura

Il PANSM utilizza come modelli teorici di riferimento il modello biopsicosociale e quello della One Health/One Mental Health che pongono ampia attenzione non solo ai determinanti biologici e psicologici, ma anche agli aspetti sociali, ambientali e culturali del contesto dove la persona vive. Il modello organizzativo di riferimento è il dipartimento integrato ed inclusivo con la centralità della persona e il coinvolgimento della famiglia.

Il diritto alla salute è costituzionalmente previsto per tutti i cittadini e va garantito a tutti i cittadini in equa misura, indipendentemente dal censo e dalla residenza. La prevenzione, il trattamento e la riabilitazione nella salute mentale rientrano a pieno titolo nel mandato istituzionale dei Dipartimenti di Salute Mentale. Diversi motivi di carattere storico-contestuale, di retaggi ideologici, di diverse radici culturali e formative fanno sì che la relativa attuazione avvenga in maniera differenziata dalle Regioni, talora anche a livello intraregionale.
La salute mentale, a partire dalla importante riforma della legge 833/1978, ha avuto differenti evoluzioni storico-culturali con accentuazione in alcuni casi degli aspetti sociali, in altri più prettamente biologici, in altri maggiormente basati su fattori psicologici. Il modello bio-psico-sociale non ha avuto la necessaria diffusione

e capillarizzazione da permettere un approccio qualitativamente omogeneo e condiviso. Fra le diverse cause va citata la tendenza all'autoreferenzialità, dovuta alla scarsa cultura della valutazione ed all'assenza di indicatori obiettivi di esito e di processo.
Altro elemento importante, di carenza nel processo di armonizzazione di un modello condiviso, è l'assenza quasi totale di leggi attuative compartecipate della legge 833/1978. Dopo i due Progetti Obiettivo del 1994 e del 1998, e a seguito della maggior autonomia delle Regioni in materia sanitaria (Riforma del Titolo V, Legge Costituzionale 3/2001), la diversità si è accentuata. Questo si desume chiaramente dall'analisi dei report ministeriali sul Sistema Informativo nazionale per la Salute Mentale (SISM) che negli ultimi anni stanno regolarmente evidenziando importanti differenze interregionali in termini di modello, uso della residenzialità e semiresidenzialità, ospedale, territorio, risorse investite e personale.

***Parole chiave**: Dipartimento a modello integrato, prevenzione e salute mentale in gravidanza, salute mentale nel peripartum, percorsi di cura dedicati, innovazione, evidence based, telemedicina, I.A.*

2- Salute mentale in infanzia e in adolescenza, transizione dai servizi per l'infanzia e l'adolescenza ai servizi per l'età adulta, accesso e continuità di cura

Il PANSM affronta il significativo anticipo dell'età di insorgenza dei disturbi mentali gravi e dell'aumento della loro complessità, della gravità del fenomeno della sotto diagnosi e di conseguenza il ritardo negli interventi di cura. Ha l'obiettivo di favorire un'adeguata continuità di cure e presa in carico nell'età di transizione tra minore e maggiore età di giovani con quadri psicopatologici complessi; vanno previste le equipe di transizione.

La transizione dall'età evolutiva all'età adulta rappresenta una fase del ciclo della vita particolarmente complessa per la salute mentale, sia per la presenza di molteplici fattori di rischio che la possono compromettere, che per la multidimensionalità delle problematiche bio-psico-sociali presenti, tra loro interagenti e per i *life events* che si possono verificare. È un complesso periodo di passaggio in cui devono essere garantite la continuità di cura, per chi già soffre di un disturbo psichico ad esordio precoce, e la possibilità di accedere alle cure, a un supporto relazionale, informativo e gestionale per i giovani che iniziano a manifestare un disagio psichiatrico-psicologico durante tale fase. In questo percorso sono coinvolte varie figure professionali e servizi con competenze diverse; ognuno ha mandati e priorità differenti, inclusi l'utente e la sua famiglia. Particolare attenzione deve essere data alla diagnosi precoce dei *disturbi del neurosviluppo*, sia per l'aumento della frequenza di tali disturbi che per l'importante impatto sociale che stanno dimostrando di avere. È nella conoscenza delle possibili traiettorie evolutive che collegano questi disturbi tra loro, con un'elevata co-occorrenza, e con i possibili e probabili esiti in età adulta che possono essere implementate strategie diagnostiche e terapeutiche mirate ed efficaci. È necessario sviluppare ricerche e modelli di intervento con efficacia terapeutica dimostrata, per rendere, nei momenti di crisi, tale fase sicura per la salute mentale dei nostri giovani. Ciò richiede una chiara organizzazione dei processi di assistenza, con validi predittori di esito, verifica degli *outcomes* e degli effetti delle soluzioni di cura messe in atto. I *determinanti psicosociali* e gli stili di vita vanno analizzati con grande attenzione per il ruolo etiopatogenetico che svolgono nell'insorgenza e nel mantenimento dei disturbi dell'età evolutiva e della fase di transizione, come anche per gli importanti effetti sulla formazione delle gravi disfunzioni relazionali giovanili che caratterizzano l'epoca attuale.

***Parole chiave**: neurosviluppo, equipe multidisciplinare, prevenzione precoce nei contesti vita, continuità di cura tra età evolutiva ed età adulta.*

3- Salute Mentale per le persone detenute/imputabili e per le persone affette da disturbi mentali autrici di reato in misura di sicurezza

Il PANSM individua i Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali per i pazienti autori di reato. Si prevede la figura del referente forense e dell'équipe forense nei servizi di salute mentale territoriali con funzione di collegamento con gli psichiatri del carcere e con la Magistratura. È previsto un incremento delle articolazioni per la tutela della salute mentale in carcere. Potenziamento dello snodo sistema giustizia e minori. Realizzazione del nuovo sistema informativo ministeriale per le REMS e diffusione di pratiche valutative e cliniche evidence based.

Il capitolo affronta i problemi di salute mentale delle persone private dalla libertà personale, siano essi minori o adulti. Prende in esame i diversi progetti di intervento organizzativi, clinici nei diversi contesti di restrizione. Vengono discussi i collegamenti con l'autorità giudiziaria, i trattamenti codificati e la necessità di valutazioni cliniche *evidence based*. È di primaria importanza promuovere una adeguata e moderna valutazione diagnostica e prognostica al fine di definire la presa in carico più appropriata e personalizzata per l'ottimizzazione delle cure. Obiettivo primario è sempre il raggiungimento del miglior stato di benessere psico fisico della persona. Viene auspicata una condivisione delle modalità di valutazione del rischio di recidiva e del livello di pericolosità, soprattutto considerando la grande eterogeneità delle valutazioni peritali e dei percorsi di cura proposti a livello nazionale. Si sottolinea la necessità di prevedere corsi formativi accreditati e certificati per l'attività peritale.

***Parole chiave**:* Adeguamento numero ATSM, regolamentazione ATSM, potenziare snodi giustizia minorile, incrementare formazione in ambito forense, adeguare il numero posti letto REMS, utilizzare strumenti e trattamenti evidence based in ambito forense, creare sistema informativo.

4- Salute Mentale: Risk Management e Sicurezza

Il PANSM si pone l'obiettivo di sviluppare una piena conoscenza dei rischi presenti all'interno dei processi di salute mentale e una prevenzione degli stessi. In particolare, si evidenzia il mandato di cura dei servizi di salute mentale e la competenza delle forze dell'ordine per la tutela della sicurezza pubblica.

La sicurezza delle cure è l'elemento centrale della funzione del *risk management* aziendale in sanità, fin dalla sua istituzione con la cosiddetta legge "Gelli- Bianco" del 2017 ("*Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*. GU Serie Generale n.64 del 17-03-2017). Nell'ambito della salute mentale, all'obiettivo principale, di garantire la sicurezza dei pazienti, si associa la necessità di garantire anche la sicurezza del personale sanitario, della comunità, riducendo al minimo gli eventi avversi e promuovendo un ambiente terapeutico sicuro, requisito fondamentale per un buon governo clinico del processo di cura e per la qualità del servizio reso agli utenti. Nel governo clinico il *risk management* è uno strumento fondamentale, in quanto rappresenta l'insieme delle strategie, delle pratiche e dei processi mirati a identificare, valutare, mitigare e monitorare i rischi associati alla cura dei pazienti psichiatrici.

***Parole chiave**: sicurezza pazienti, personale sanitario e utenti; prevenzione suicidio, sicurezza luoghi di cura, gestione dell'aggressività, prevenzione, segnalazione, monitoraggio, formazione.*

5- Salute Mentale e Integrazione Socio-Sanitaria

Il PANSM vuole implementare il modello organizzativo gestionale del Budget di salute, anche in collaborazione con il Terzo settore, sviluppando il supporto all'abitare e i percorsi di inclusione lavorativa. In particolare vengono promosse a livello nazionale la nuova progettualità della prescrizione sociale e le campagne di comunicazione contro lo stigma.

I determinanti della salute mentale sono multifattoriali: di natura biologica, psicologica e sociale. Particolare rilevanza assumono i fattori sociali in integrazione con gli aspetti sanitari per la realizzazione di percorsi di prevenzione, cura e riabilitazione per le persone con gravi disturbi mentali.
Centrale è la presa in carico da parte dei dipartimenti di salute mentale, che si traduce non solo nel trattamento terapeutico-riabilitativo ma anche intervenendo nel contesto di vita della specifica persona, con percorsi di cura e di integrazione sociale, cogliendo le opportunità territoriali e relazionali. Obiettivo principale del percorso è la realizzazione di una effettiva partecipazione alla vita sociale, con una tensione verso l'implementazione della contrattualità e l'affermazione dei diritti di cittadinanza. Abitare, lavorare, relazionarsi, sono alcuni dei verbi che le persone dovrebbero poter coniugare nella vita quotidiana in relazione alle loro effettive possibilità, necessità e aspettative.
In questa ottica, l'art. 26 "Assistenza sociosanitaria alle persone con disturbi mentali" dei Livelli Essenziali di Assistenza - approvati con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 (GU n.65 del 1832017 Suppl. Ordinario n. 15) – dispone che 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. In particolare, sono previsti la definizione, attuazione e verifica del programma terapeutico-riabilitativo e socioriabilitativo personalizzato da parte dell'equipe multiprofessionale in accordo con la persona e in collaborazione con la famiglia; interventi terapeutico-riabilitativi e socio-educativi volti a favorire il recupero dell'autonomia personale, sociale e lavorativa; interventi sulla rete sociale formale e informale. L'assistenza distrettuale alle persone con disturbi mentali è integrata da interventi sociali in relazione al bisogno socioassistenziale emerso dalla valutazione. Nonostante i Livelli Essenziali di Assistenza, purtroppo i Servizi di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e i Dipartimenti di Salute Mentale faticano a fornire una risposta appropriata ed efficace alla complessità dei problemi connessi alla tutela della salute mentale in quanto risultano ad oggi ancora assenti le condizioni strutturali e i contesti tecnici innovativi per una integrazione delle politiche e delle risorse del sistema sanitario con quelle del sistema sociosanitario e sociale. Andrebbero promosse politiche, iniziative formative e metodologie innovative per una reale integrazione degli interventi e interoperabilità delle risorse del sistema sanitario, sociosanitario e sociale al fine di fornire risposte appropriate alle persone con gravi disturbi psichici o severi problemi di salute mentale realizzando percorsi di cura personalizzati e partecipati capaci di promuovere autonomie e reinserimento sociale.

Parole chiave: *valutazione multidimensionale, supporto all'abitare, budget salute mentale, inserimento lavorativo, lotta allo stigma, prescrizione sociale, Terzo Settore.*

6 - Salute Mentale: Formazione e Ricerca

Il PANSM sottolinea l'importanza di implementare i percorsi formativi pre e post laurea con le nuove sfide della salute mentale e benessere psicologico, in particolare sui disturbi adolescenziali, le nuove dipendenze, i disturbi della personalità e gli autori di reato. La ricerca deve vedere una collaborazione tra ISS, Università, ASL e IRCCS e con tutte le società scientifiche utili alla promozione della salute mentale secondo il principio della One Mental Health.

L'ambito della formazione è uno dei punti centrali per garantire la qualità dei percorsi rivolti alla prevenzione, alla valutazione degli interventi in psichiatria e in salute mentale. Non solo coloro che operano nei servizi di salute mentale, psichiatri, psicologi, riabilitatori, infermieri, assistenti sociali, personale amministrativo, ma tutti gli operatori della salute in generale (medici di medicina generale, medici specialisti, medici delle direzioni sanitarie, infermieri e altri laureati nelle professioni sanitarie, assistenti sociali) devono avere competenze inerenti all'area della salute mentale stessa – a seconda del loro ruolo e funzione – come parte imprescindibile e continuativa della pratica clinica.
Ugualmente la ricerca in salute mentale rappresenta un ambito da incrementare e su cui investire maggiormente se si vuole raggiungere l'obiettivo di garantire percorsi preventivi, valutativi e trattamenti

innovativi, scientificamente ineccepibili e basati su prove di evidenze e di efficacia, migliorando la qualità assistenziale.

Parole chiave: *percorsi formativi pre e post laurea, collaborazione tra Università, ASL, IRCCS, Società Scientifiche, ISS; formazione ed esigenze assistenziali Dipartimenti Salute Mentale, aggiornamenti, educazione continua in medicina.*

Capitolo 1
Salute mentale e percorsi di promozione, prevenzione e cura

Promozione della cultura della salute mentale e prevenzione

Prima ancora di approfondire il modello di salute mentale, i percorsi di cura correlati e gli *standard* è opportuno sottolineare alcuni aspetti centrali relativi alla promozione della cultura della salute mentale nella popolazione ed alla prevenzione della patologia mentale.

Il primo punto deve essere realizzato attraverso una comunicazione chiara ed efficace che insista sulla promozione di stili sani di salute mentale estesi a tutta la comunità in un'ottica antistigma e che non favorisca la scotomizzazione della patologia psichiatrica ma riconosca il *continuum* fra stili di vita, disagio e psicopatologia.

Per realizzare questo importante obiettivo, oltre ad un'azione integrata ed armonica a livello comunicativo fra tutte le diverse componenti dell'area salute mentale serve un investimento massiccio ed articolato in termini di prevenzione.

Va definito un progetto, ampio, strutturato e capillare di alfabetizzazione emotivo-relazionale che fornisca strumenti adeguati di comunicazione assertiva ed efficace non solo ai giovani ma anche e soprattutto ai loro interlocutori in termini educativi. Ciò appare particolarmente opportuno e rilevante per quanto riguarda l'educazione all'utilizzo delle nuove tecnologie digitali, al fine di prevenire modalità di comunicazioni distorte e scarsamente evolutive. Nella individuazione dei percorsi di cura è utile tener presente l'Accordo n.137/CU del 13/11/2014 ("*Accordo sul documento 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'Accordo n. 70/CU del 25/07/2019 ("*Linee di indirizzo sui disturbi neuropsichiatrici dell'infanzia e adolescenza*"), nonché l'intesa n. 151/CSR del 4 agosto 2021 ("*Aspetti normativi e criteri di riferimento per il sistema di autorizzazione e di accreditamento delle cure domiciliari*") e l'intesa n. 58/CSR del 28 aprile 2022 ("*Linee d'indirizzo per la realizzazione dei progetti regionali per il potenziamento dei Dipartimenti di Salute Mentale*").

È fondamentale prevedere modelli organizzativi che facilitino una forte integrazione tra i servizi dell'area salute mentale e quelli delle dipendenze, in particolare per la fascia d'età giovanile.
È necessario anche che le Regioni progettino azioni e interventi preventivi e di promozione che riguardano le tematiche attuali di rischio psicopatologico come quelle derivanti dai determinanti sociali come povertà, povertà vitale, solitudine, psicopatologia delle relazioni affettive, stili di vita a rischio, disagio giovanile, salute mentale in carcere, prevenzione del suicidio.

È inoltre necessario rilanciare e rafforzare un sistema di servizi socio sanitari territoriali integrati, inclusivo, basato sui diritti, partecipato e libero da pratiche coercitive. In tale direzione, il 23 ottobre 2025 in Conferenza Stato Regioni è stato sancito un accordo (Rep. atti n. 174/CSR) sul documento "*Linee di indirizzo per il superamento della contenzione meccanica nei luoghi di cura della salute mentale*" volto al miglioramento della qualità dell'assistenza nei luoghi di cura della salute mentale promuovendo strategie di prevenzione della contenzione meccanica. Tale documento rappresenta uno strumento utile a rispondere alle sollecitazioni da parte delle agenzie internazionali per la tutela della salute e dei diritti dell'uomo anche sulla base dell'evoluzione del dibattito istituzionale sul tema avvenuto nel corso degli anni.

Il modello di riferimento

Il modello dipartimentale a matrice integrato ed inclusivo

Premesso che la scelta degli assetti dei modelli organizzativi e gestionali che definiscono i rapporti fra gli ambiti della psichiatria e delle dipendenze sono di competenza delle Regioni. Esistono allo stato attuale a livello regionale - in virtù delle differenze geografiche, culturali e organizzative - fondamentalmente due modelli consolidati: il primo che colloca i servizi per le dipendenze all'interno di un proprio dipartimento e il secondo che comprende gli stessi in maniera autonoma all'interno dei Dipartimenti di Salute mentale. Si ritiene che il modello organizzativo di riferimento più opportuno è il dipartimento a matrice integrato e

inclusivo da realizzarsi a livello territoriale nel rispetto dei due modelli che allo stato attuale sono determinati a livello regionale.

Nell'ottica di una ottimizzazione della qualità della assistenza, finalizzata al contenimento dei costi e al miglioramento della efficienza complessiva del servizio sanitario, si ritiene appropriata la costituzione di P.D.T.A. (Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali) con le diverse Unità Operative Complesse dei Dipartimenti coinvolti, al fine di favorire l'aggancio con una utenza che successivamente si interfaccerà sul territorio in modo autonomo con gli specialisti di riferimento.

Il Dipartimento a matrice integrato ed inclusivo ha il compito di porre in essere tutte le azioni tese a garantire i livelli essenziali di assistenza e ad assicurare la prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione con al centro la persona. Realizza percorsi ed interventi pluriprofessionali condivisi tra i diversi servizi territoriali ed ospedalieri, in connessione con gli altri presidi aziendali, in integrazione con le realtà sociali del territorio, in un'ottica di salute mentale di comunità e di *One Mental Health*. È necessario implementare percorsi di cura e di presa in carico trasversali e interdisciplinari tra le competenze dei diversi servizi specialistici inclusi nel modello dipartimentale; in particolare considerando l'abbassamento dell'età di insorgenza di disturbi mentali gravi e la presenza di molteplici forme di comorbidità tra i servizi della neuropsichiatria infantile ed i servizi delle dipendenze. Tali percorsi saranno strutturati nel rispetto delle specifiche caratteristiche e autonomie gestionali, organizzative e tecnico-professionali.

Le persone con problemi di salute mentale richiedono, infatti, un approccio sistemico e cure appropriate ai diversi bisogni espressi. In questo quadro si confermano, in particolare, così come già individuati nel PANSM 2013, tre modelli clinico-organizzativi atti a governare il processo assistenziale:

- la collaborazione/consulenza: una modalità di lavoro organizzata tra dipartimenti e medicina generale o tra servizi NPIA, PLS, servizi psicologici o sociali e scuola per gli utenti che non necessitano di cure specialistiche continuative;
- l'assunzione in cura: percorso di trattamento per gli utenti che necessitano di trattamento specialistico ma non di interventi complessi e multiprofessionali;
- la presa in carico: percorso di trattamento integrato per gli utenti che presentano bisogni complessi e necessitano di una valutazione multidimensionale e intervento di diversi profili professionali. Il percorso clinico di "presa in carico" prevede la definizione di un Piano di Trattamento Individuale per il singolo utente e - a seconda dei bisogni individuati - richiede l'identificazione del "*case manager*" e la ricerca e il recupero del rapporto con gli utenti "persi di vista", oltre a una maggiore attenzione alle famiglie nell'ambito dei programmi di cura e lo sviluppo di programmi di prevenzione in collaborazione con gli Enti locali e con la scuola.

Secondo il Rapporto SISM 2024 (https://www.salute.gov.it/new/it/tema/salute-mentale/rapporto-sulla-salute-mentale/) gli utenti psichiatrici assistiti dai servizi specialistici nel corso del 2023 sono aumentati del 10% rispetto al 2022. Gli assistiti, infatti, ammontano a 854.040 unità, rispetto ai 776.829 del 2022, con tassi standardizzati che vanno da 108,5 per 10.000 abitanti adulti delle Marche fino a 325,9 della Liguria. In entrambi i sessi risultano meno numerosi i pazienti al di sotto dei 25 anni e al di sopra dei 75 mentre la più alta concentrazione si ha nelle classi 45-54 anni e 55-64 anni (45% circa in entrambi i sessi).

Per quanto riguarda le patologie, osservando i tassi degli utenti trattati per gruppo diagnostico si evidenziano importanti differenze legate al genere. I tassi relativi ai disturbi schizofrenici, ai disturbi da abuso di sostanze e al ritardo mentale sono maggiori nel sesso maschile rispetto a quello femminile, mentre l'opposto avviene per i disturbi affettivi, nevrotici e depressivi. In particolare per la depressione il tasso degli utenti di sesso femminile è quasi doppio rispetto a quello del sesso maschile (26,4 per 10.000 abitanti nei maschi e 45,9 per 10.000 abitanti nelle femmine).

Le prestazioni erogate nel 2023 dai servizi territoriali ammontano a 9.601.165, con una media di 13,6 prestazioni per utente. Complessivamente l'81,8% degli interventi è effettuato in sede, l'8,4% a domicilio e il resto in una sede esterna. Il 30,7% degli interventi è rappresentato da attività infermieristica a domicilio e nel territorio, il 25,2% da attività psichiatrica, l'11,6% da attività di riabilitazione e risocializzazione

territoriale, il 6,7% da attività di coordinamento, il 4,1% da attività di supporto alla vita quotidiana, il 7,2% da attività psicologica-psicoterapica; la quota restante riguarda attività rivolta alla famiglia e attività di supporto.

Considerando l'abbassamento dell'età di insorgenza dei disturbi mentali gravi e la sempre maggiore frequenza di comorbilità con le dipendenze è auspicabile la condivisione fra l'ambito della psichiatria e quello delle dipendenze di un modello integrato ed armonico, che riconosca una matrice comune all'interno di un Dipartimento a matrice integrato ed inclusivo da realizzarsi a livello territoriale nel rispetto dei due modelli determinati a livello regionale, che comprenda sia la tutela della salute mentale degli adulti e dei minori, in particolare per quanto riguarda la psicopatologia dell'adolescenza, che le dipendenze.

A tal proposito va evidenziato che l'attuale scenario epidemiologico è dominato, in senso psicopatologico, sia dalla comorbilità tra Disturbi mentali, Disturbi correlati a sostanze e da *addiction* e Disturbi del Neuro-sviluppo, sia da nuove costellazioni cliniche di tali Disturbi che si sono imposte nell'ultimo ventennio con una crescita esponenziale.

I disturbi mentali correlati all'uso di sostanze (DUS) e alle diverse forme di *addiction*, sia per soggetti adulti che minori, rappresentano oggi un problema centrale per la salute pubblica e costituiscono un onere significativo per le persone colpite, le loro famiglie e le comunità di appartenenza.

La natura dei servizi intrinsecamente multidisciplinare consente di predisporre e realizzare interventi complessi in modo coordinato, valorizzando, nel percorso di cura condiviso, le competenze di ciascun professionista dell'équipe, medici di varie specializzazioni, psicologi, educatori, infermieri, assistenti sociali, tecnici della riabilitazione e altri operatori.

La Relazione Nazionale al Parlamento sulle droghe (2025) relativa all'anno 2024 riporta che sono oltre 300 mila gli studenti minorenni che riferiscono l'uso di almeno una sostanza illegale nel corso dell'anno, pari a un quinto della popolazione scolastica *under* 18, dato in generale diminuzione se comparato al 2023 (23%).
In controtendenza rispetto al 2023, il 2024 ha fatto registrare la diminuzione dei consumi di cocaina fra i giovanissimi: contro il 2,2% rilevato nel 2023, l'1,8% degli studenti (circa 45.000) ha utilizzato la sostanza durante l'anno, di cui circa 10.000 (0,4% della popolazione studentesca) riferiscono un consumo abituale, almeno 10 volte al mese. Dal 2023 al 2024, il consumo di cannabinoidi è passato dal 22% al 21%, le NPS dal 6,4% al 5,8%, i cannabinoidi sintetici dal 4,6% al 3,5%, gli stimolanti dal 2,9% al 2,4%, la cocaina dal 2,2% all'1,8%, gli allucinogeni dal 2,0% all'1,2%. Solo gli oppiacei restano stabili all'1,2%.
Particolarmente preoccupante è l'incremento delle denunce che coinvolgono minori: nel 2024, un quarto dei minorenni denunciati ovvero 300 *under* 18 è stato segnalato per reati legati alla cocaina, in netto aumento rispetto ai primi anni 2000, quando questa quota non superava il 10%. Anche le segnalazioni per uso personale di cocaina e crack sono cresciute, rappresentando dal 2020 circa il 25% di tutte le segnalazioni annuali per violazioni dell'articolo 75 della legge sugli stupefacenti. Nel 2024, 6.270 persone tossicodipendenti o alcol-dipendenti erano in carico agli Uepe per misure alternative.) Nell'ultimo anno, presso i Servizi pubblici e privati (SerD) dedicati alla prevenzione, al trattamento e alla riabilitazione delle dipendenze, presenti in modo capillare su tutto il territorio nazionale, sono stati trattati 134.443 pazienti (+2.7% rispetto al 2023), una parte dei quali ha seguito anche un percorso di cura e riabilitazione presso strutture terapeutiche residenziali e semi-residenziali. In particolare, si è registrato un aumento (dal 51% al 55%) di persone che hanno chiesto di essere prese in cura per cocaina/crack.
Quanto agli accessi in Pronto Soccorso droga-correlati, se ne registra una lieve diminuzione: 8.596 (-2.3% rispetto al 2023), esito in ricoveri stabile. I decessi per intossicazione acuta da sostanze stupefacenti rilevati su base indiziaria da parte delle forze di polizia sono stati nel 2023 n. 227 (in calo rispetto al 2022) e nel 2024 n. 231.

Una dipendenza più silente ma largamente diffusa è quella dal web. La Relazione dichiara che il 13% degli studenti fa un uso rischioso del web, trascurando le amicizie, riducendo le ore di sonno e manifestando disagio in caso di mancato accesso alla rete *online*. Anche la violenza naviga velocemente sul web: il 47% degli studenti è stato vittima di cyberbullismo e il 4,2% ha ricevuto inviti per le *challenge*, ossia sfide *online* per essere accolti in determinati gruppi. È opportuno rammentare come un rapporto non equilibrato col web può correlarsi al preoccupante fenomeno degli Hikikomori e del ritiro sociale volontario: secondo la

Relazione, in Italia il 2% dei ragazzi riferisce di essersi auto-isolato per più di 6 mesi e un ulteriore 2,3% lo ha fatto per un periodo tra 3 e 6 mesi.

Anche i giochi *online* possono divenire pericolosi: secondo la Relazione il 17% ne fa un uso rischioso, con un investimento eccessivo di ore e una dipendenza emotiva.

Il progetto *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* (ESPAD) monitora i comportamenti a rischio degli adolescenti tra i 15 e 19 anni in 37 Paesi europei, in particolare sulla tendenza all'uso di sostanze. Dai dati emerge che il 14% dei ragazzi e il 12% delle ragazze intervistate hanno fatto uso di sostanze illecite nel corso della vita.

L'abitudine al fumo di sigaretta risulta dimezzata nel periodo 1995-2024, tuttavia ancora quasi uno studente su tre ha fumato sigarette almeno una volta nella vita. Persiste un'iniziazione precoce al fumo: il 15% ha fumato per la prima volta all'età di 13 anni o prima.

Parallelamente, cresce l'uso delle sigarette elettroniche tra gli adolescenti, che preoccupa sul diffondersi della dipendenza da nicotina: il 44% degli studenti ha usato sigarette elettroniche almeno una volta nella vita e il 16% le ha provate a 13 anni o prima.

Anche il consumo di alcol tende a diminuire, seppure in percentuale maggiore tra i ragazzi, rispetto alle ragazze, che evidenziano un consumo più stabile. Ma il 33% degli studenti riferisce di aver consumato la prima bevanda alcolica all'età di 13 anni o prima. Anche l'utilizzo della cannabis cala, anche se il 5% ne fa ancora un uso ricorrente.

In Europa aumenta il rischio di nuove dipendenze, come quella dai videogiochi: l'80% dei ragazzi riferisce di aver giocato almeno una volta nell'ultimo mese e questa abitudine è più che triplicata fra le ragazze, rispetto al 2015. Aumenta anche l'abitudine ai giochi d'azzardo *online*, praticati dal 14% degli studenti intervistati.

In generale, nel *report* ESPAD solo il 59% degli studenti riferisce in media un buono stato di benessere mentale, con un miglior benessere percepito tra i ragazzi: 69% rispetto al 49% delle ragazze.

Per quanto concerne la situazione in Italia dal nuovo report ESPAD, l'Italia risulta il Paese con la maggiore diffusione del gioco d'azzardo tra i giovani, che riguarda il 45% degli studenti intervistati, che hanno giocato soprattutto in luoghi fisici, come bar o locali (nel 98% dei casi). Ma resta alto anche l'uso corrente di cannabis, consumata abitualmente dall'8,6% dei ragazzi, e cresce l'abuso di sostanze inalanti. L'Italia registra anche una forte differenza di genere rispetto al benessere mentale percepito: solo il 35% delle ragazze ha dichiarato un buono stato di benessere mentale, rispetto al 66% dei ragazzi.

In linea con il Report ESPAD, anche la Relazione sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia denuncia la crescita preoccupante del gioco d'azzardo fra gli adolescenti italiani, che ha raggiunto il dato più alto di sempre: il 62% degli studenti tra i 15 e i 19 anni ha giocato d'azzardo almeno una volta nella vita e il 57% nell'anno 2024.

Si specifica quindi che i quadri psicopatologici di cui sopra in comorbilità con i DUS e le diverse forme di *addiction* comportamentale rappresentano oggi un problema centrale per la salute pubblica e costituiscono un onere significativo per le persone colpite, le loro famiglie e le comunità di appartenenza. Se non trattate adeguatamente, queste condizioni comportano costi sostanziali per la società, tra cui perdita di produttività, aumento della spesa sanitaria, assistenziale e della giustizia penale. L'individuo comorbile ("doppia diagnosi") deve essere riconosciuto come persona portatore di un problema di salute che merita un trattamento integrato ed articolato.

Anche gli organismi europei raccomandano l'organizzazione di Servizi ed interventi dedicati ai pazienti con presenza di comorbilità tra disturbi correlati all'uso di sostanze e altri disturbi mentali (si fa riferimento alle recenti Comunicazioni della Commissione europea "*on a comprehensive approach to mental health*" del 7 giugno 2023 e alle Raccomandazioni del Consiglio Europeo del 4 dicembre 2023).

Questi nuovi bisogni di salute necessitano quindi di una innovazione nell'ambito della valutazione, della presa in carico, della diagnosi precoce e della *recovery* che si fondano sulla necessità di una valutazione multi-dimensione e di una flessibilità ed integrazione dell'offerta di cura.

In particolare emerge sempre più la necessità di sviluppare progettualità ed interventi trasversali con la realizzazione di percorsi di cura specialistici di tipo integrato, basati su diversi livelli di intensità di cura.

Si ribadisce pertanto che il modello organizzativo ritenuto più efficace per garantire una appropriata offerta assistenziale sia dato, in coerenza con gli attuali due modelli regionali esistenti, dallo sviluppo di un dipartimento a matrice integrato ed inclusivo, rivolto alla popolazione di tutte le fasce di età al fine di assicurare i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) per la tutela della salute mentale complessivamente intesa che prevedono gli obiettivi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione in tutti gli ambiti della stessa, attraverso una gestione unitaria dei diversi aspetti che ne fanno parte.
L'organizzazione unitaria e integrata dei diversi percorsi di diagnosi, cura e riabilitazione, nonché di prevenzione e di sensibilizzazione, contribuisce a dare centralità ai bisogni dei pazienti, superando frammentazioni organizzative tra le strutture e dicotomie tra i diversi "poli" e contribuisce altresì a ridurre il pregiudizio e lo stigma.
Inoltre, tale modello organizzativo integrato ed inclusivo è in grado di dare una risposta articolata e complessa agli attuali quadri clinici, complicati dal consumo emergente delle nuove sostanze psicoattive (NSP) e delle sostanze più "tradizionali" - come la cannabis - che hanno visto modificare significativamente il principio attivo aumentandone la concentrazione e, conseguentemente, la pericolosità.
Altrettanto rilevante è stato l'incremento delle più diverse dipendenze comportamentali nella popolazione generale, come si desume dai dati precedentemente esposti. I cambiamenti riscontrati in quest'ampia area clinica, determinati dalle sollecitazioni del "mercato", da nuovi stili di consumo o da comportamenti che generano dipendenza, hanno introdotto - da un lato - sostanze dalle caratteristiche più selettive e - dall'altro - comportamenti (quali gioco d'azzardo, *gaming, sexual addiction,* sport *addiction, addiction* da pornografia) che risultano più *rewarding* e *addictive* e che maggiormente si associano, oggi rispetto a ieri, con i disturbi mentali.
L'organizzazione integrata dei Servizi può dunque contribuire a realizzare specifiche sperimentazioni cliniche innovative in grado di migliorare le conoscenze sul fenomeno in oggetto e, soprattutto, sui danni determinati in particolar modo dalle NSP e dalle dipendenze comportamentali identificando adeguate soluzioni di intervento e di cura.
Pertanto, la definizione di un modello dipartimentale a matrice integrato e inclusivo, che preveda la forte integrazione ed armonizzazione dei modelli operativi degli attuali Servizi delle Dipendenze e della Salute Mentale adulti e minori, nel rispetto delle specifiche competenze professionali, appare opportuna per un'efficace presa in carico dell'utenza.
Le organizzazioni dipartimentali integrate ed inclusive dovranno basare la specificità dei loro interventi sulla centralità della persona, il coinvolgimento della famiglia, il reinserimento sociale e la lotta allo stigma e dovranno fare particolare riferimento ai seguenti elementi:

- presa in carico assertiva e proattiva;
- interventi domiciliari e di prossimità;
- sviluppo di una rete di servizi di diverso livello assistenziale (ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale) per tutte le aree afferenti;
- implementazione dei progetti integrati di rete;
- appropriate risposte alle urgenze in stretta integrazione con le altre UU.OO. aziendali;
- gestione della cronicità, anche per gli aspetti organici correlati, in stretta integrazione con le altre UU.OO. Aziendali.

Il modello di riferimento teorico: il paradigma bio-psico-sociale; ONE HEALTH

Il modello teorico di riferimento è il modello biopsicosociale, One Health, definibile come una strategia di approccio alla persona sulla base di una concezione multidimensionale della salute, delineato in modo specifico nel capitolo sulla integrazione sociosanitaria.

Questo modello adotta una visione integrata che mette al centro la persona, non soltanto in riferimento alla salute ma anche nella considerazione stessa della malattia. Il modello biopsicosociale, integrato con l'approccio One Health, pone ampia attenzione non solo ai determinanti biologici e psicologici alla base delle

malattie e quali fattori centrali per il mantenimento del benessere, ma anche agli aspetti sociali, ambientali e culturali del contesto entro il quale il soggetto vive.

Gli indirizzi programmatori nazionali e regionali devono prevedere, attraverso la promozione di équipe multiprofessionali, lo sviluppo di approcci che pongono al centro la persona e la famiglia, la valutazione dei bisogni in chiave multidimensionale, la stesura di piani di cura individualizzati, l'erogazione di interventi integrati.

La multiprofessionalità non esaurisce le proprie potenzialità nell'ambito delle figure specialistiche operanti in salute mentale, ma le travalica inserendosi in una complessa rete di figure operanti in altre aree sociosanitarie.

Il modello a matrice quale strumento per l'integrazione e l'inclusione

Tale impostazione fa riferimento al documento "*Standard per l'assistenza territoriale dei Servizi Salute Mentale Adulti, Dipendenze Patologiche, Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e Salute in carcere"* (Accordo Stato-Regioni del 21 Dicembre 2022) con, in appendice, il *"Metodo per la determinazione del fabbisogno del personale del SSN*".

Notevole l'importanza per la Salute Mentale di questo documento, per il quale i lavori iniziarono a settembre 2020 nell'ambito, appunto, del progetto PONGOV Cronicità di Agenas, che aveva l'obiettivo di fornire strategie per promuovere la riorganizzazione dei processi di gestione della cronicità tramite l'uso delle tecnologie digitali.

In questo ambito, uno dei temi sensibili affrontati allora fu quello dei diversi modelli regionali di integrazione tra sanitario e sociale per la presa in carico della complessità dei pazienti cronico-fragili, così da promuovere interventi più efficaci. Era previsto il disegno di una gestione razionale basata su obiettivi sociosanitari e non solo sociali o sanitari, possibilmente attraverso un'azione anche sulle diverse fonti di finanziamento.

Il modello delineava un'organizzazione che include reti locali articolate in quattro livelli in modo da dare risposte differenziate per livelli di intensità e complessità assistenziale crescente. Questa base organizzativa comune ha costituito un elemento unificante per le successive elaborazioni, finalizzate a migliorare l'integrazione dei Servizi.

Successivamente il documento è stato arricchito dalla definizione di fabbisogni e *standard* di personale per le diverse discipline; infine, in accordo con il Ministero dell'Economia e Finanze, il Ministero della Salute ed Agenas, il documento è stato approvato ed allegato al documento, evidentemente di portata storica, dell'Accordo Stato-Regioni del 21 Dicembre 2022.

Con questo documento, per la prima volta dal 1994 per la Salute mentale e per la prima volta in assoluto per gli altri Servizi, si definisce un modello organizzativo condiviso e omogeneo e degli standard di personale di riferimento su cui lavorare come punto di partenza per tutti.

Con questi nuovi standard è possibile riparametrare i fabbisogni in un contesto di omogeneità e di riequilibrio tra le diverse regioni.

Vale la pena di soffermarsi ancora su alcuni aspetti che potranno avere un grande impatto per la Salute Mentale. Infatti l'allegato fornisce la necessaria metodologia organizzativa di integrazione della salute mentale al DM 77, in coerenza con quanto previsto dal "*Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale*", che supera il modello per singolo servizio e favorisce un approccio multidisciplinare, integrato e centrato sulla persona.

Nello specifico, il documento propone un modello assistenziale per le aree salute mentale adulti, neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e dipendenze patologiche basato su 4 livelli assistenziali a intensità/complessità crescente:

1) Livello di consultazione ed assistenza primaria: la funzione viene garantita all'interno delle Case di Comunità in stretta collaborazione con i MMG e con tutti gli operatori che garantiranno le attività di

individuazione precoce e di primo intervento secondo le modalità organizzative che le Regioni individueranno in attuazione del DM 77/2022;

2) Livello di presa in carico per episodio di cura o per progetti terapeutico-riabilitativi individualizzati a lungo termine, assicurati da Centri di Salute Mentale (CSM), Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA) e Servizi per le Dipendenze (SerD);
3) Livello di assistenza specialistica in ambito ospedaliero o residenziale, garantito dai Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), dai reparti di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA), da unità di offerte ospedaliere dedicate alla disintossicazione da alcol o sostanze, dalle strutture residenziali terapeutiche specifiche per ciascun settore, dai presidi per le dipendenze e di psichiatria penitenziaria nelle case circondariali e negli istituti penali minorili;
4) Livello delle reti specialistiche di Area Vasta, regionali o interregionali, comprendente servizi sovrazonali per i Disturbi dell'alimentazione e della Nutrizione, le Residenze per la Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS), i Centri di riferimento sovrazonali per i disturbi neuropsichici dell'età evolutiva di cui all'Intesa in Conferenza Unificata del 25 luglio 2019 (Rep. Atti n. 70/CU), servizi sanitari e sociosanitari specialistici per le disabilità intellettive e l'autismo.

Questi 4 livelli sono da considerarsi armonici, tra loro interrelati ed incardinati all'interno del Dipartimento integrato ed inclusivo.

Relativamente ai livelli 1 e 2 è opportuno precisare quanto segue.

Nel primo livello l'operatività è garantita da una microequipe multiprofessionale in cui siano presenti almeno le figure del medico psichiatra, dello psicologo psicoterapeuta, dell'infermiere e dell'educatore professionale. La microequipe opera in coordinamento funzionale con la casa di Comunità (la sua allocazione dipende dai modelli organizzativi regionali).

Questi devono operare secondo i principi del *task-shifting* e del *task-sharing* al fine di garantire efficacia ed appropriatezza di intervento, diagnostico e terapeutico.

La continuità con le Case della Comunità permette la collaborazione fattiva con le Cure Primarie sfruttando la contiguità logistica al fine di sperimentare forme di contatto più dirette con l'utenza a fini diagnostici e di intercettazione precoce della patologia psichiatrica.

Inoltre tale approccio di prossimità, grazie anche a logiche de-stigmatizzanti, permette il trattamento capillare delle patologie psichiatriche di minor gravità, ma altamente impattanti sulla salute personale e comunitaria, in particolare dello spettro ansioso e depressivo mediante interventi a carattere psicoterapeutico individuali e di gruppo.

Rispetto al secondo livello, nel ribadire anche in questo caso i principi di *task-shifting* e *task-sharing* precedentemente accennati, indipendentemente dalla prossimità garantita presso le Case della Comunità si conferma il ruolo centrale e di regia dei CSM e la possibilità di accesso diretto agli stessi.

Perciò fermo restando l'autonomia regionale/provinciale in ambito di organizzazione sanitaria e sociosanitaria, è importante che l'organizzazione definita garantisca il coordinamento delle risorse umane e strumentali afferenti al Dipartimento integrato e inclusivo in modo da garantire la multidisciplinarietà dell'intervento e la continuità assistenziale.

Di seguito si dettaglia il ruolo del Medico di Medicina Generale (MMG) nei rapporti con il Dipartimento integrato ed inclusivo

L'integrazione della medicina generale si pone come un'esigenza ineludibile per il SSN nel suo complesso e necessita di una cooperazione che comprenda il piano culturale, quello assistenziale e organizzativo, in un sistema maggiormente interconnesso e quindi più funzionale in una prospettiva di salute pubblica.
Il MMG, in forza del rapporto fiduciario che instaura con il paziente adulto o con il minore, riveste un ruolo chiave nell'individuare precocemente il disturbo psicopatologico o il rischio di sviluppare una psicopatologia e rappresenta il principale punto di riferimento per il paziente, la famiglia ed il *caregiver*. Inoltre i disturbi mentali sono potenzialmente invalidanti con rischio di sviluppare o peggiorare obesità, ipertensione, diabete mellito, la sindrome metabolica e le malattie cardiovascolari. Pertanto, i MMG dovrebbero promuovere

interventi sullo stile di vita (dieta, fumo, attività fisica) nonché il monitoraggio degli effetti collaterali dei farmaci.
I MMG hanno un ruolo centrale nella appropriatezza degli invii ai CSM, nella continuità di gestione dei pazienti, nonché rispetto alle dimissioni "protette" dell'utente dal CSM.
Diverse patologie di pertinenza psichiatrica richiedono una presa in carico da parte dei servizi del DSM, ma altri disturbi mentali, in particolare medio-lievi, possono essere gestiti e risolti con un'integrazione con il MMG curante dell'assistito attraverso un modello condiviso di collaborazione/consulenza, come ad esempio il modello per la depressione "*stepped care*" (NICE, 2009).
Il percorso di cura in rapporto con il MMG si può articolare in quattro modalità principali, in funzione della gravità del caso:

1) i casi più lievi sono gestiti dal MMG in autonomia (presa in cura semplice). In questi casi si ritiene opportuno che il MMG nella presa in cura/carico possa interfacciarsi con i servizi posti in essere dal Comune, anche attraverso le case di comunità;
2) i casi di complessità moderata sono gestiti dal MMG rapportandosi con il CSM (presa in cura condivisa), prevedendo un livello "minore" in cui lo psichiatra interviene solo per l'inquadramento (consulenza) e un livello "maggiore" in cui la microequipe collabora con il MMG anche al fine del trattamento (collaborazione);
3) i casi più gravi sono inviati per competenza al CSM che li prende in cura per "restituirli" al MMG al termine del trattamento (assunzione in cura);
4) i casi più complessi sono inviati per competenza al CSM che li prende in carico, sempre rapportandosi con il MMG per un condiviso monitoraggio, in particolare attraverso il *Case Manager* (CM), con possibilità anche di una restituzione al MMG al termine del trattamento integrato.

Di seguito si dettaglia il ruolo delle famiglie e degli utenti nel Dipartimento integrato e inclusivo

Va sviluppato un rapporto costruttivo con le famiglie, che riesca a includere pienamente le loro potenzialità collaborative nel progetto di lavoro che parte dalla persona con disturbo mentale, con una declinazione su più livelli.

Alla famiglia del paziente psichiatrico è necessario garantire, anche in una ottica di collaborazione, informazioni su:

- Disturbo, interventi terapeutici e riabilitativi, anche nell'ambito di un modello psico educativo;
- Sintomi premonitori della crisi;
- Linee operative dedicate alle emergenze;
- Percorsi previdenziali assistenziali, con particolare attenzione all'amministratore di sostegno;
- Sostegno psicoterapeutico;
- Gruppi di auto mutuo aiuto;
- Esistenza di associazione di tutela della salute mentale;
- Collegamento alle varie e diverse agenzie territoriali (consultorio, Comune, ufficio collocamento, organizzazioni sociali, etc.).

Il Dipartimento Integrato e inclusivo, infatti, riconosce il ruolo delle Associazioni di familiari, utenti, volontariato e della loro rappresentanza negli ambiti istituzionali previsti dalla vigente normativa, con esse collabora e si attiva - con modalità condivise e concordate - per farle conoscere, innanzitutto - ma non solo - a quanti utilizzano i servizi psichiatrici, quali ulteriori spazi autonomi di formazione, informazione, scambio e proposta, anche nell'ottica della valorizzazione del supporto tra pari e della figura dell'esperto per esperienza.

La verifica di questo modello dipartimentale integrato e inclusivo dovrà avvenire attraverso il monitoraggio e la definizione di specifici indicatori, quali, ad esempio:

Indicatori di processo e di esito: tempi di presa in carico e tempistiche e numerosità visite successive (liste di attesa), continuità tra servizi (soprattutto ospedale-territorio);

Indicatori di Qualità della vita: valutati attraverso test specifici, inserimento scolastico e socio-lavorativo, riduzione della solitudine percepita e dello stigma;

Indicatori di Remissione sintomatologia: tassi di ricaduta e riospedalizzazione, precisione nel seguire appuntamenti e prescrizioni (aderenza ai trattamenti e al progetto terapeutico);

Indicatori di efficacia della transizione tra servizi salute mentale minori e adolescenti e salute mentale adulti come ad esempio il *Transition Readiness and Appropriateness Measure* (TRAM) e il *Transition Related Outcome Measure* (TROM).

Le specificità nei percorsi di salute mentale

All'interno di questo modello di riferimento si definisce la necessità di prevedere specificità organizzative e trattamenti integrati come di seguito dettagliato.

La malattia mentale grave e il trattamento integrato

Le persone con disturbi mentali gravi hanno maggiori probabilità di sperimentare una situazione sociale complessa, caratterizzata da povertà, isolamento sociale, esclusione, disoccupazione, stigma, bisogni abitativi e maggiore probabilità di morte prematura. Doversi misurare con variabili così differenti implica la strutturazione di percorsi assistenziali complessi. Tali percorsi necessitano di:

- Facilità di accesso dell'utenza, in particolare per i giovani;
- Percorsi diagnostico-terapeutici definiti e dedicati;
- Competenze elevate degli operatori sanitari;
- Coinvolgimento dell'utenza, delle famiglie e degli *stakeholders*;
- Interazioni con altre Istituzioni pubbliche e private da parte dei servizi sanitari;
- Gestione delle risorse economiche volta all'integrazione socio sanitaria (*Budget* di salute);
- Lotta allo stigma e alla discriminazione;
- Percorsi di inclusione sociale anche in collaborazione con il Terzo Settore.

Il trattamento integrato risulta l'unica modalità di erogazione di cura percorribile per una condizione di complessità assistenziale che caratterizza le persone con disturbi dello spettro schizofrenico, la depressione, il disturbo bipolare e i gravi disturbi di personalità, nell'ambito dei quali va posta una particolare attenzione per i disturbi antisociali di personalità, considerati i frequenti invii da parte dell'autorità giudiziaria.

Vanno quindi dettagliate alcune successive prospettive organizzative che ne derivano, fermo restando l'articolazione organizzativa per i Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione, l'attivazione di servizi o funzioni, che si occupano della salute mentale perinatale, dell'ADHD e dell'Autismo negli adulti, nonché della salute mentale dei migranti.

È peraltro opportuno in questa sede definire il ruolo dello Psicologo di Assistenza Primaria che, ancorché di incardinamento ed afferenza distrettuale, è necessario mantenga uno stretto collegamento con il Dipartimento integrato e inclusivo al fine di garantire il necessario raccordo interservizi.

Psicologo di Assistenza Primaria

Lo Psicologo di Assistenza Primaria, collocato nelle Case di Comunità e/o nei Distretti Sanitari, deve essere in possesso dei requisiti e dei titoli formativi previsti dalla normativa vigente – ad es. laurea magistrale, almeno 3 anni di esperienza professionale nei diversi ambiti della psicologia della salute e di comunità – in modo tale da aver acquisito le diverse competenze necessarie a garantire un primo livello di cure psicologiche a bassa soglia, di qualità, efficace, facilmente accessibile, *cost-effective*, che permetta una rapida presa in carico della persona. Lo Psicologo di Assistenza Primaria deve essere altresì formato in modo similare ai medici di medicina generale al lavoro territoriale. A tale riguardo vedasi la recente pubblicazione "*Scaling up mental health services within the PHC approach: lessons from the WHO European Region*" (WHO Aprile 2025).

Questa figura professionale, oltre a potenziare la capacità operativa del sistema sociosanitario, consente di intercettare precocemente situazioni di disagio che, se non adeguatamente gestiste, possono evolvere in sintomi psichici o stati di cronicità. Sono interventi attuati in un'ottica di prevenzione: un approccio *One*

Health-biopsicosociale, che mette al centro la persona nella sua globalità e il rapporto tra la persona e i contesti di vita. È importante promuovere stili di vita sani rivolti al singolo e alla comunità, contrastare tempestivamente i fattori di rischio.

Le attività di Psicologia di Assistenza Primaria, nell'ottica della *One Health*, comprendono: azioni di prevenzione, diagnosi e trattamento precoce dei disturbi psicologici (art. 1 Legge 56/1989) in fase iniziale o di lieve-media entità; interventi di consulenza, valutazione e supporto psicologico per situazioni di sofferenza che non richiedono un trattamento specialistico o una presa in carico multidisciplinare prolungata; interventi di sostegno e supporto a problemi legati all'adattamento nelle diverse fasi del ciclo di vita; sostegno nelle diagnosi internistiche infauste, di condizione cronica o di recidiva; sostegno all'aderenza alla cura e ai progetti terapeutici; assistenza psicologica domiciliare. Fondamentale per questi progetti sono l'intesa e la collaborazione con il Medico di Medicina Generale e il Pediatra di Libera Scelta, e l'invio verso i servizi specialistici di secondo livello e servizi sociali e sociosanitari attraverso specifici protocolli anche in considerazione del modello a matrice in precedenza dettagliato uno strumento efficace per l'integrazione e l'inclusione.

La salute mentale perinatale

Salute affettivo relazionale della donna, della coppia e della famiglia nelle fasi del ciclo di vita

La depressione è una delle complicanze più frequenti per le donne nel periodo perinatale, definito dal WHO (2022) come il periodo che va dall'inizio della gravidanza al compimento del primo anno dopo il parto. La prevalenza del disturbo depressivo nel periodo prenatale è pari al 15-20%, mentre nel periodo *postpartum* è del 16-18%, con percentuali più elevate nei Paesi a basso e medio reddito. Queste percentuali sono aumentate dalla pandemia di COVID-19: in Italia la percentuale di donne a rischio di depressione nel periodo perinatale è passata dall'11% del 2019 al 25% del 2022 (Camoni et al. 2023; Camoni et al., 2022).

Una diagnosi tempestiva è fondamentale perché permette di intraprendere cure efficaci, non solo per ridurre la sofferenza delle donne ma anche per limitarne le conseguenze per la loro salute, per il nascituro e per le relazioni familiari. Depressione e ansia durante la gravidanza sono infatti associate a cattive condizioni di salute del bambino alla nascita - in termini di aumento del rischio di parto prematuro e basso peso alla nascita e nella prima e seconda infanzia e adolescenza in termini di peggiori prestazioni cognitive e problemi comportamentali.

A fronte della elevata prevalenza, in Italia non sono presenti percorsi clinici condivisi e uniformi per il riconoscimento, la presa in carico e il trattamento delle donne con disturbo mentale, in particolare depressione e ansia, nel periodo perinatale. È urgente la definizione di percorsi integrati multidisciplinari che supportino il benessere psicologico e la salute mentale della donna durante il percorso nascita. La Linea Guida Nazionale "Gravidanza fisiologica, seconda parte" (SNLG 1/2025) raccomanda fortemente, infatti, una organizzazione di una rete assistenziale che assicuri diagnosi e trattamento di depressione e ansia in gravidanza e dopo il parto e che deve essere attivata dove non ancora presente, con il coinvolgimento dei Dipartimenti di salute mentale, dei servizi sociali e delle altre agenzie presenti sul territorio. I programmi diagnostico/terapeutici dovrebbero iniziare precocemente, avere un approccio graduato in base alla severità del disturbo e garantire alla donna risultata positiva allo *screening* la possibilità di un approfondimento diagnostico e, quando necessario, di una presa in carico tempestiva e di trattamenti basati sull'evidenza, considerando sempre la necessità di salvaguardare lo sviluppo della relazione madre-bambino anche nei contesti di maggiore gravità. Inoltre, lo *screening* di cui sopra deve essere applicato a tutta la popolazione generale, dal primo trimestre di gravidanza, per l'identificazione del rischio e la diagnosi precoce del disturbo dell'umore. Particolare attenzione va riservata alle popolazioni a rischio (familiarità per disturbi della salute mentale, genitori con esperienze di morte endouterina fetale in gravidanze precedenti, poliabortività, genitori con figli nati pretermine, nati da PMA, nati con malformazioni e condizioni di disabilità o menomazioni sensoriali, genitori di età minore, genitori con condizioni di fragilità psicosociale e con stili di vita a rischio). In tal modo si effettuerebbe una operazione di prevenzione moderna e concreta su larga scala non solo sulla madre e sulla coppia, ma sulle generazioni future, intervenendo efficacemente sul fenomeno del rischio della trasmissione transgenerazionale di malattie. Tale prevenzione ha ricadute non solo sulla salute mentale, ma, in un'ottica di *One Health*, sulla salute psicofisica generale, comprese le condizioni mediche (ipertensione, diabete, obesità, rischio cardiovascolare, ecc.).

Influenze negative sul benessere emotivo della madre, sulla qualità dell'attaccamento familiare e sullo sviluppo psicologico e fisico del neonato è anche la Depressione Perinatale Paterna (*Paternal Perinatal Depression*, PPND) la cui prevenzione e il cui trattamento è fondamentale sin dall'inizio della gravidanza al fine di promuovere il coinvolgimento paterno nelle visite ginecologiche, nelle attività di consultorio e nell'assistenza successiva al parto.

Va inoltre incentivata la promozione della salute mentale delle madri e dei padri durante la gravidanza attraverso il potenziamento della rete dei servizi soprattutto consultoriali principalmente con l'attuazione dei corsi preparatori alla nascita dedicati ai genitori, che prevedano diverse soluzioni di intervento: informative, psicoeducative, formative. Vanno in particolar modo potenziati: 1) l'offerta attiva alla madre, al padre e ai familiari, nell'ambito del percorso nascita, di materiale informativo e di sensibilizzazione sull'importanza del disagio psichico e sull'opportunità di un intervento precoce; 2) l'implementazione dei fattori protettivi del benessere psichico genitoriale-fetale-neonatale mediante azioni di sostegno coordinate multidisciplinari, anche in collaborazione con gli enti locali e le altre risorse presenti sul territorio (ostetricia e ginecologia, pediatria, medicina di base, psichiatria, neuropsichiatria infantile, psicologia, centri per le famiglie, associazioni auto aiuto), alle donne a rischio, al fine di ridurre l'incidenza e la gravità dei disturbi psichici in epoca perinatale, anche favorendo positive competenze genitoriali al fine di assicurare al bambino un ambiente adeguato a sostenerne il fisiologico sviluppo psichico (esempi: attivazione di interventi ambulatoriali e di altri interventi domiciliari con personale adeguatamente formato; attivazione/implementazione di Corsi di Accompagnamento alla Nascita, offerti a tutta la popolazione, strutturati con programmi di promozione del benessere psichico e sostegno alla genitorialità; attivazione/Implementazione di *Home visiting*, Consulenze allattamento e cure neonatali, Corsi di Massaggio Infantile, Incontri di Spazio Ascolto, trattamento psicologico individuale, gruppi di sostegno alla genitorialità, differenziati in base alla gravità del rischio).

A tale proposito si veda anche l'Accordo 15/CSR del 20/02/2020 "*Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi 1000 giorni di vita – Documento di indirizzo per genitori, operatori sanitari e policy maker, per la protezione e la promozione della salute dei bambini e delle generazioni future*".

Infine, vanno organizzate le modalità del ricovero nel periodo perinatale (gravidanza e *post-partum*) delle donne con un disturbo grave, secondo modelli che rispettino la relazione tra madre e bambino e favoriscano la formazione del legame di attaccamento sano e sicuro, con l'obiettivo di istituire ricoveri in *family room* nel nostro Paese.

Consultori familiari e richieste specifiche dell'Autorità Giudiziaria

I Consultori familiari, istituiti con legge n. 405 del 1975, sono servizi-sociosanitari multiprofessionali integrati di base e svolgono una funzione centrale nella rete dei servizi territoriali. Offrono un sostegno alle famiglie su diverse problematiche assistenziali: salute sessuale e riproduttiva, benessere psicologico, prevenzione della salute per la donna, l'uomo, il bambino e l'adolescente fino ai 24 anni. Va sottolineato quanto indicato dal Ministero della Salute "I *Consultori al fine di poter svolgere la loro funzione devono essere organizzati in rete con i servizi sanitari del territorio, con quelli ospedalieri, i servizi sociali territoriali e le associazioni del terzo settore, che devono operare al fine di realizzare una presa in carico congiunta*" *(https://www.salute.gov.it/new/it/tema/salute-riproduttiva/mappa-consultori/).* Bisogna constatare che negli ultimi anni i Consultori hanno subito un progressivo importante depotenziamento di risorse, personale e possibilità di presa in carico, proprio in un periodo in cui si sta verificando un aumento dei bisogni su tutti i settori di competenza di questi servizi. Si ritiene di primaria importanza un rilancio ed un potenziamento dei Consultori e delle loro diverse attività integrate con scuole, pediatri di libera scelta, medici di base, case di comunità, DSM, etc.

Nell'ambito delle richieste formulate dall'Autorità giudiziaria nei procedimenti relativi alla disciplina dell'affidamento dei figli minori nonché nei procedimenti di limitazione o decadenza dalla responsabilità genitoriale (articoli. 333 cc e 330 cc), i Consultori Familiari svolgono un ruolo cruciale quale garante della tutela del benessere psicofisico del minore e degli adulti coinvolti.

In tali circostanze, è consuetudine diffusa, rivolgersi ai Consultori Familiari al fine di ricevere adeguato supporto psicologico al minore coinvolto e una eventuale presa in carico della famiglia attraverso percorsi di sostegno genitoriale.
Con l'approvazione dei LEA con il decreto del Presidente del consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, pubblicato nel Supplemento ordinario n. 15 della Gazzetta Ufficiale, serie generale n. 65, all'articolo 24 vengono definite le funzioni svolte all'interno del SSN dalla rete distrettuale dei consultor; in particolare alla lettera q del citato 'articolo 24 viene specificata la funzione "*rapporti con il Tribunale dei minori e adempimenti connessi (relazioni, certificazioni, ecc.)*". Nell'ambito specifico delle valutazioni richieste dall'Autorità giudiziaria, in particolare dal Tribunale per i Minorenni, nei procedimenti di separazione, divorzio o affidamento dei figli, il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) svolge un ruolo cruciale quale garante della tutela del benessere psicofisico del minore. A partire dai principi costituzionali (art. 30 Cost.) e dalle convenzioni internazionali sui diritti del fanciullo, la normativa italiana — recentemente riformata dal decreto legislativo 149/2022 (c.d. riforma Cartabia) — pone al centro l'interesse superiore del minore, prevedendo procedimenti unitari presso il nuovo Tribunale per le persone, per i minorenni e per le famiglie. In questo quadro, il SSN è chiamato a collaborare attraverso le proprie strutture specialistiche (servizi di neuropsichiatria infantile, consultori familiari, servizi di psicologia) per effettuare valutazioni cliniche in materia di condizioni psicologiche dei figli e qualità delle relazioni familiari (art. 337-ter comma 1 Separazioni, divorzio e affidamento dei figli) e di idoneità genitoriale (affidamento e adozioni L. 184/83). Quanto sopra è normato dall'Allegato 1 *-Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica- lettera G2. - Attività Medico Legali per finalità Pubbliche* - GU serie Generale n. 65, supplemento ordinario n. 15 del 18/03/2017.

La riforma Cartabia ha rafforzato l'importanza della stretta collaborazione tra SSN e Autorità Giudiziaria (Articolo 473 bis 27 c.p.c.) specificando che, nei casi di intervento dei servizi sanitari, le relazioni siano basate su criteri scientificamente validati, tempestive e rispettose del diritto all'ascolto del minore nonché che siano tenuti distinti i fatti accertati dalle eventuali valutazioni formulate dagli operatori.

Pertanto, il SSN contribuisce non solo alla costruzione di percorsi di supporto e cura volti a salvaguardare il diritto del bambino ma anche alla rilevazione e segnalazione di eventuali fragilità genitoriali, in coerenza con la funzione protettiva della giustizia civile e minorile.
Per quanto riguarda l'ambito specifico delle separazioni, divorzio e affidamento dei figli, è prassi molto diffusa, all'interno dei Tribunali italiani, disporre l'invio del nucleo familiare ai Servizi sanitari pubblici o privati convenzionati per interventi psicologici, sociali, educativi nell'interesse delle persone minorenni. Nello specifico, vengono spesso demandate al Servizio sanitario attività quali la valutazione e successiva presa in carico sanitaria del minore e, non di rado, una valutazione delle competenze genitoriali. Relativamente a quest'ultime, che andrebbero disposte attraverso Consulenza Tecnica d'Ufficio (art. 473 bis 25 c.p.c.) il SSN si limita ad effettuare valutazioni di tipo clinico osservativo e relazionale ad approfondire gli aspetti psicologici, affettivi e comunicativi che incidono sul benessere del minore e sul funzionamento famigliare, senza esprimere giudizi a valenza peritale. Tali valutazioni vengono redatte al fine ultimo di identificare fattori di rischio e protezione per la salute psico-emotiva del minore e di impostare un successivo progetto di sostegno, cura e presa in carico condiviso con tutte le parti coinvolte. In questo ambito, strettamente sanitario, vale la disciplina del consenso informato che prevede il consenso delle parti interessate all'accertamento diagnostico, all'invio delle valutazioni effettuate e al successivo trattamento proposto.
Ad integrazione delle attività di competenza del SSN, concorrono gli Ambiti Territoriali Sociali, aggregazioni di più Comuni (decreto legislativo 267/2000), chiamati a programmare, gestire e coordinare i servizi sociali e le prestazioni di welfare a livello locale. Il ruolo dei Servizi Sociali Territoriali è di primaria importanza nell'assistenza, sostegno e aiuto genitoriale. Gli stessi, attraverso le Equipe multiprofessionali intervengono per competenza, nel tutelare i minori in situazioni di pregiudizio o in presenza di carenza genitoriale. Sono gli stessi Servizi Sociali Territoriali, incaricati dal giudice, ad effettuare indagini socio-familiari, supportare eventualmente la famiglia o gestire un minore tramite affidamento qualora i genitori non siano idonei ad esercitare la responsabilità genitoriale.

Attività terapeutiche di gruppo

I dipartimenti dovrebbero promuovere attività terapeutiche e/o psicoeducative di gruppo per popolazioni di utenti che presentano un grado di complessità non elevato ma che, essendo numericamente rilevanti, assorbono numerose energie ai servizi, come ad esempio i disturbi emotivi comuni.

Il Case-management

La presa in carico di un paziente a cui viene diagnosticato un disturbo mentale grave è realizzata dal Centro di Salute Mentale (CSM), che elabora un Piano di Trattamento Individuale (PTI). Il trattamento prevede un clima di collaborazione (alleanza di lavoro) tra l'utente con disturbo mentale grave (permanendo nel suo contesto sociale e familiare) e gli operatori. Ciò costituisce la base per un programma di cura efficace e protratto nel tempo.

Il CSM segue, tramite una figura di riferimento con il ruolo di Case *Manager* (CM), l'andamento degli interventi socio-sanitari finalizzati a consentire all'utente una vita soddisfacente ed integrata nella società, nell'ambito di un percorso di *recovery*. Il CM non è una terapia ma un programma specifico di organizzazione, gestione ed erogazione dei trattamenti per il singolo paziente. È un dato ormai molto presente in letteratura scientifica che i programmi di CM sono in grado di ridurre i giorni di ospedalizzazione e anche di migliorare il decorso della malattia, prolungando i periodi di benessere.

Il CM agisce a più livelli, condividendo gli obiettivi con gli utenti e la famiglia, i contenuti, i metodi, i criteri di verifica dei provvedimenti, unitamente alle fasi condivise di progettazione e di attuazione. L'obiettivo primario del CM è quello di fornire un supporto personalizzato, permettendo ai servizi di salute mentale di prendersi cura in modo adeguato dei casi gravi.

I trattamenti dei disturbi mentali gravi

Attualmente, ogni trattamento per i disturbi mentali gravi tiene in massima considerazione il punto di vista dell'utente e la realizzazione dei suoi obiettivi di vita (*recovery*). D'altro canto, è fondamentale che gli operatori del servizio sanitario forniscano agli utenti e agli *stakeholder* tutti, informazioni chiare e valide sui migliori trattamenti possibili, in modo di permettere all'utente stesso una scelta pienamente consapevole (*empowerment*). I concetti di *recovery* ed *empowerment* mantengono la loro dicitura inglese perché definiscono aspetti multidimensionali e complessi non traducibili con una sola parola in italiano. Inoltre, tutta la letteratura scientifica nelle varie lingue mantiene i termini in inglese. *Recovery* è un percorso che va oltre la cura e si avvale, nella sua definizione, di parametri non esclusivamente clinici: con tale termine si intende un processo/percorso individuale che implica di più della remissione sintomatologica e che coinvolge lo sviluppo di domini della vita considerati importanti per il soggetto: scolarizzazione, lavoro, alloggio e relazioni sociali, realizzazione e benessere personale. Con il termine *empowerment* si intende un percorso che rende l'utente consapevole e in grado di esercitare un pieno diritto nelle scelte di cura con conoscenze scientificamente validate ma in grado di garantire il proprio benessere.

L'*empowerment* si raggiunge attraverso la convergenza delle opinioni della persona, del personale sanitario e della politica sanitaria, al fine di realizzare obiettivi realistici che armonizzino i differenti punti di vista in un'ottica di promozione del benessere individuale e della comunità.

Tutti i trattamenti di seguito proposti sono validati scientificamente e considerati basati sulle evidenze scientifiche (*EBM-Evidence-based medicine*).

I trattamenti sono diversi a seconda della fase della malattia e le diverse tipologie si potenziano virtuosamente tra loro e ottimizzano i risultati.

I trattamenti farmacologici

I trattamenti farmacologici in un percorso di cura devono essere erogati secondo le più accreditate linee guida. Ogni cittadino con un disturbo mentale grave deve poter accedere ai migliori trattamenti farmacologici efficaci e registrati nel nostro paese. È importante che ogni Azienda Sanitaria, recependo le indicazioni ricevute in primo luogo dalla Regione, in base alle indicazioni del Ministero della Salute, dell'ISS, dell'AIFA e dell'Agenas, garantisca l'accesso alle cure e la promozione di ogni intervento che aumenti l'aderenza alle cure stesse. I trattamenti devono essere ispirati a principi clinici e organizzativi definiti per la salute mentale quali:

1) evidenze scientifiche di efficacia e appropriatezza prescrittiva AIFA (tale aspetto implica un aggiornamento degli operatori);
2) personalizzazione della terapia con condivisione degli obiettivi con l'utente finalizzati al benessere complessivo della persona, con adeguata illustrazione dei possibili effetti collaterali;
3) utilizzo, a parità di efficacia, dei trattamenti con un profilo di tollerabilità migliore per il singolo utente;
4) identificazione di procedure definite per i pazienti non *responder* e dei percorsi da intraprendere secondo le linee guida e la letteratura accreditata secondo uno schema di progressiva complessità;
5) valutazione dei costi e dei benefici delle associazioni farmacologiche;
6) promozione della psicoeducazione ai trattamenti farmacologici;
7) facilitazione dell'accesso alle cure, promuovendo attività utili ad aumentare l'aderenza (per es., visite domiciliari, incontri con i familiari etc.);
8) attivazione di percorsi dedicati (PDTA) nei quali siano presenti iniziative per monitorare l'impatto dei farmaci su altre variabili cliniche (per es., impatto metabolico, cardiologico, etc.).

I trattamenti psicoterapici

La psicoterapia è un trattamento del disagio e della sofferenza psichica, dei disturbi psichici, della personalità, basata su teorie riconosciute e validate con dati di efficacia dalla comunità scientifica. Utilizza tecniche di intervento principalmente basate sulla relazione ed alleanza terapeutica tra paziente e terapeuta. Il trattamento psicoterapico è un intervento che incide sugli aspetti cognitivi emozionali e comportamentali dei processi interpersonali per ottenere un miglioramento del benessere psicologico e dell'equilibrio emotivo. La psicoterapia può essere individuale, di coppia, familiare, di gruppo. Si svolge in un contesto terapeutico specifico (setting), richiede la formulazione di un consenso informato, ha una durata stabilita/indicativa, da valutare nel corso del processo terapeutico. È esercitata da medici e psicologi specializzati e regolarmente iscritti agli albi professionali. Obiettivo principale è promuovere il raggiungimento di un ottimale e adeguato livello di qualità della vita e del funzionamento individuale, relazionale, sociale. La psicoterapia può essere integrata con trattamenti di terapia farmacologica ed è applicabile in tutte le fasi del ciclo vitale e ad ogni età (bambino, giovane, adulto, anziano). La moderna psicoterapia combina, inoltre, le conoscenze delle teorie psicologiche con i dati provenienti dalla ricerca neuroscientifica.

La psicoterapia è una pratica clinica diffusa e di rilievo all'interno dei DSM. Essa viene erogata anche *on line* ma in tal caso occorrono delle tutele accurate per l'utente: dalla libera scelta del terapeuta, al consenso informato, sino agli approcci più idonei di cui il paziente va reso edotto relativi alla patologia da trattare. La psicoterapia può essere esercitata unicamente dai sanitari abilitati secondo quando prescrive la legge. La relativa abilitazione alla pratica clinica è conseguita attraverso una specializzazione normata.

Gli aspetti dedicati al tema in oggetto concernono:

- Gli obiettivi della terapia e la scelta del terapeuta;
- I requisiti di un trattamento appropriato;
- Le modalità del consenso informato necessario al trattamento;
- L'autonomia decisionale dell'utente;
- I limiti espliciti della confidenzialità del *setting* nei confronti di terzi;
- Il rispetto assoluto della personalità del paziente e delle sue convinzioni;
- La necessaria etica professionale da parte del terapeuta;
- La continuità della cura in caso di impedimento da parte del terapeuta;

- I trattamenti on line e i percorsi uniformi nell'erogazione delle cure;
- Le modalità esplicite della fine di un trattamento.

Si è inteso con queste specifiche, che saranno oggetto di un documento più dettagliato, non solo tutelare il paziente spesso non sufficientemente informato sulle regole generali del trattamento, ma anche validare al meglio il lavoro dei singoli professionisti, sia in ambito pubblico che privato, oltreché la metodologia adottata pur nelle variegate proposte epistemologiche, al fine di stabilire processi basati sull'evidenza e garantiti dalla teoria scientifica che la supporta.

I trattamenti psicosociali

Fondamentale è un percorso di integrazione sociale con al centro le relazioni e il rapporto con il territorio, nei luoghi di vita e di lavoro, con l'obiettivo dell'inclusione, così come declinato nel capitolo sulla integrazione socio sanitaria.

In questo ambito si inseriscono i trattamenti psicosociali rivolti a promuovere la capacità di sviluppo, supportati da robuste evidenze scientifiche (EBM). Gli interventi psicosociali che attualmente presentano dati di efficacia sono: la *Cognitive Remediation* (CR), la Psicoeducazione (PE), la Riabilitazione Vocazionale (RV), il *Social Skill Training* (SST), gli interventi sui familiari (SI).

Tutti gli interventi psicosociali sono volti a potenziare le abilità personali e sociali, recuperare il funzionamento cognitivo e prevenire il deterioramento del funzionamento globale.

È fondamentale tenere presente i seguenti punti:

- Non tutti gli interventi psicosociali sono utili per tutti. La scelta è individualizzata, condivisa con la persona, su obiettivi realistici;
- Tutti gli interventi psicosociali necessitano di una valutazione iniziale con strumenti dedicati e una valutazione successiva per quantificare l'esito dell'intervento;
- Gli interventi psicosociali possono essere erogati simultaneamente, ma i tempi della loro erogazione sono definiti;
- Gli interventi seguono il principio dell'integrazione, che prevede un coordinamento di un *Case Manager* e il contributo di differenti figure professionali.

I trattamenti innovativi ed evidence-based

Gli operatori della salute mentale dovrebbero poter proporre all'utenza la possibilità di accedere a strumenti diagnostici e terapeutici basati su innovazioni e/o supportati da robuste evidenze scientifiche, anche attraverso l'individuazione di risorse specifiche.

Agli utenti che soffrono di gravi disturbi psichiatrici resistenti ai trattamenti è opportuno che, se necessario anche in una logica interdipartimentale, siano attivati percorsi di cura dedicati, che possano erogare trattamenti specifici, accreditati in letteratura.

Per i pazienti complessi in comorbidità con dipendenza comportamentale o da uso di sostanze è necessaria **una stretta collaborazione ed integrazione multidisciplinare tra i servizi specialistici di riferimento coinvolti** fondata su una formazione specifica condivisa, sulla flessibilità operativa e sull'integrazione delle risorse e degli strumenti di lavoro, stante la complessità di questi quadri clinici. Inoltre, i cambiamenti indotti dalle diverse patologie di dipendenza, dalle nuove modalità di consumo, dall'impatto delle nuove sostanze psicoattive hanno prodotto bisogni di salute inediti che richiedono cambiamenti innovativi preventivi, diagnostici e terapeutici. Pertanto, andranno implementate le capacità del riconoscimento precoce del disturbo in comorbidità, della valutazione diagnostica multidimensionale e multiprofessionale, della presa in carico terapeutico-riabilitativa condivisa e della recovery.

Appare opportuna la definizione di protocolli operativi dedicati a percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) o progetti terapeutico riabilitativi individualizzati (PTRI) che prevedano interventi differenziati basati su criteri clinimetrici (ad es. modello dei quattro quadranti di New York).

Telemedicina ed innovazione tecnologica

L'importante sviluppo tecnologico e le positive esperienze di altri paesi europei ed americani, sia per quanto riguarda la televisita che il teleconsulto medico, anche nel settore della salute mentale, impongono particolare attenzione a questo innovativo strumento che, affiancandosi alle modalità canoniche di erogazione dei servizi, può rappresentare un'ulteriore modalità da promuovere. L'accordo sancito in Conferenza Stato regioni il 17 dicembre 2020 (rep. 215/CSR) reca le indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina. Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) delinea le prospettive future dell'azione del Servizio sanitario regionale, con un *focus* centrato al potenziamento dell'assistenza territoriale nelle sue articolazioni organizzative e nei suoi programmi di innovazione tecnologica prevedendo lo stanziamento di apposite risorse per lo sviluppo della telemedicina attraverso progetti di assistenza a distanza su base regionale e la creazione di una Piattaforma Nazionale di Telemedicina (PNT).

Oltre alla telemedicina vanno menzionate le potenzialità relative allo sviluppo dell'Intelligenza Artificiale nel campo della medicina, e quindi anche della salute mentale, che, considerato il rapido recente sviluppo, da una parte richiedono attenzione sul tema, dall'altro impongono estrema prudenza per la necessaria validazione scientifica delle innovazioni proposte.

TABELLA DELLE AZIONI

OBIETTIVO	AZIONI	ATTORI	INDICATORI
Monitoraggio, recepimento ed attuazione del PANSM (Da realizzarsi entro 5 anni)	Recepimento con atto formale da parte delle Regioni del PANSM e programmazione schematiche di azioni e progetti operativi specifici	Regioni	Percentuale di completamento delle attività di recepimento e attuazione degli obiettivi
Sperimentazione del modello "a matrice" (Intesa 21/12/2022) e relativi *standard* (Da realizzarsi entro 3 anni)	Recepimento ed attuazione del modello	Regioni	Delibera di recepimento e di modalità e cronoprogramma di sperimentazione
Implementazione dello screening precoce fin dal primo trimestre della gravidanza utilizzando la rete dei Servizi che in fasi diverse della perinatalità intercettano le donne potenzialmente a rischio (Consultori Familiari, MMG e PLS, Reparti di Ostetricia e Ginecologia, NPIA, DSM, Psicologia Clinica ospedaliera (Da realizzarsi entro 3 anni)	Definizione di una specifica procedura	Regioni/ASL e AA.OO./Comuni	Delibere aziendali di istituzione della procedura dedicata Procedure/protocolli di definizione del percorso

OBIETTIVO	AZIONI	ATTORI	INDICATORI
Uniformare gli interventi nel campo della salute mentale perinatale secondo modelli EBM graduando secondo il livello di gravità. (trattamento interpersonale, trattamento cognitivo comportamentale, implementazione dell'Home visiting nel post partum per i casi meno gravi, trattamento farmacologico nei casi più gravi fino alla presa in carico delle condizioni severe e a rischio suicidario con il ricovero) (Da realizzarsi entro 3 anni)	Definizione di uno specifico PDTA	Regioni/ASL e AA.OO./Comuni	Delibere aziendali di istituzione del PDTA dedicato
Implementazione del case *management* (Da realizzarsi entro 3 anni)	Formalizzazione del *Case manager* nei PTI di presa in carico Formazione specifica	ASL e AA.OO.	Formazione per *Case management*
Miglioramento del trattamento dei disturbi della salute mentale comuni (Da realizzarsi entro 3 anni)	Valorizzazione del percorso di consulenza specialistica per la rete dei MMG. Promozione delle attività psicoterapiche di gruppo o altro. Valorizzazione/ revisione di PDTA inerenti la comorbidità tra Disturbi mentali e Disturbo da uso di sostanze/comporta mentali	ASL e AA.OO. ASL e AA.OO.	Formazione, definizione ed attuazione di protocolli operativi
Trattamenti innovativi ed *evidence-based* (Da realizzarsi entro 5 anni)	Possibilità di accedere a strumenti diagnostici e terapeutici basati su innovazioni e supportati da robuste evidenze scientifiche	Regioni	Formazione, definizione ed attivazione di percorsi di cura dedicati, che possano erogare trattamenti specifici, accreditati in letteratura.

OBIETTIVO	AZIONI	ATTORI	INDICATORI
Implementazione della telemedicina (Da realizzarsi entro 5 anni)	Definizione di procedure e di interventi per l'attuazione di televisita e teleconsulto medico in salute mentale	Regioni/ASL e AA.OO.	Definizione di una procedura dedicata
Sviluppo e validazione dell'utilizzo dell'IA in salute mentale: ricerca, prevenzione, interventi (Da realizzarsi entro 5 anni)	Monitoraggio ed analisi degli strumenti di IA validati in medicina nei suoi campi di impiego Sviluppo regolamentazione normativa specifica per la sicurezza, *privacy*, rispetto relazione con gli utenti, etica.	Gruppo di lavoro dedicato (formato da Ministero/ Regioni/ Società scientifiche/ Esperti del settore)	Definizione formale del gruppo di lavoro

Capitolo 2
Salute mentale in infanzia e in adolescenza, transizione dai servizi per l'infanzia e l'adolescenza ai servizi per l'età adulta, accesso e continuità di cura

Salute mentale in infanzia e adolescenza

La ricerca scientifica internazionale ha dimostrato che la maggior parte delle patologie psichiatriche, neurologiche e neuropsicologiche hanno il loro esordio in infanzia e adolescenza e se non adeguatamente e tempestivamente trattate possono determinare conseguenze significative in età adulta sia per quanto riguarda la salute mentale che le condizioni di disabilità e non autosufficienza. Questi disturbi rientrano nei disturbi del neurosviluppo, con quadri molto diversi tra loro per tipologia, clinica, decorso e prognosi, alcuni evidenti fin dai primi anni di vita come i disturbi dello spettro autistico, del linguaggio e dell'apprendimento, il disturbo da *deficit* di attenzione e iperattività o malattie neurologiche come le paralisi cerebrali infantili e l'epilessia, altri più tardivamente, in adolescenza, con disturbi psichiatrici come i disturbi della condotta alimentare, la schizofrenia, i disturbi dell'umore e quelli della condotta.

Con il termine neurosviluppo si descrive il complesso processo di maturazione e strutturazione delle vie e dei circuiti del sistema nervoso centrale che permettono lo sviluppo delle funzioni adattive (sensoriali, motorie, cognitive, comunicative, emotivo-relazionali e sociali) con un percorso che inizia dal concepimento, nei primi 1000 giorni, per arrivare fino alla giovane età adulta, in un intreccio continuo tra fattori di rischio e protettivi di natura genetica, epigenetica, neurobiologica e ambientale. Le possibili interferenze in questo complesso processo condizionano in modo rilevante l'intero divenire della persona nel tempo e la sua salute mentale.

Lo studio delle possibili traiettorie evolutive (*pathways*) che collegano questi disturbi tra loro, con un'elevata frequenza di co-occorrenza e con i possibili e probabili esiti in età adulta è fondamentale per sviluppare piani di prevenzione e implementate strategie diagnostiche e terapeutiche mirate ed efficaci a favore della salute mentale. Le conoscenze scientifiche attuali dimostrano che l'efficacia è tanto maggiore quanto più gli interventi sono precoci, intensivi ed integrati, ed allo stesso tempo differenziati, con percorsi di cura attenti agli aspetti specifici di ciascun disturbo, di ciascuna fascia di età, di ciascun contesto psicosociale, e con un grado di intensità modulato sul livello di gravità attuale, sulle finestre terapeutiche età dipendenti e sul tipo

di rischio evolutivo, supportati da competenze e strutture appropriate e formazione costante, per intervenire quando la modificabilità neurobiologica e la sensibilità ai cambiamenti ambientali è massima.

Gli interventi devono essere declinati/articolati in base ai punti di forza dei singoli utenti, ai loro profili funzionali e agli specifici bisogni prioritari, partecipati e condivisi attivamente con le famiglie e ove possibile con gli utenti, orientati a sostenere e/o abilitare non solo la persona con disturbo del neurosviluppo ma anche i suoi contesti di vita più significativi (famiglia, scuola, ambiti di socializzazione, lavoro, ecc.), attenti a promuovere la salute mentale del piccolo paziente e della sua famiglia nell'attualità e nel futuro, monitorati attraverso una verifica sistematica di "*outcome*", sia specifica che globale.

Si tratta di situazioni che richiedono una presa in carico multidisciplinare di lunga durata, con interventi complessi e coordinati di diagnosi, trattamento e riabilitazione che coinvolgano la famiglia e i contesti di vita, integrati in rete con altre istituzioni e con il territorio. Un sistema integrato e completo di servizi di neuropsichiatria per l'infanzia e l'adolescenza richiede quindi la presenza di *équipes* multidisciplinari composte di tutte le figure professionali necessarie a garantire gli interventi (neuropsichiatri infantili, psicologi dell'età evolutiva, fisioterapisti, terapisti della neuro psicomotricità dell'età evolutiva, logopedisti, educatori professionali, infermieri, ecc.) ed un adeguato *range* di strutture (ambulatoriali, semiresidenziali, residenziali, di ricovero), entrambi aspetti indispensabili per garantire i LEA. Appare prioritario migliorare l'integrazione tra i Pediatri di libera scelta (PLS) ed i servizi territoriali ed ospedalieri di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza per intercettare i bisogni emergenti ed i segnali di rischio sempre più precoci e sempre più diffusi nella popolazione in età evolutiva.

Particolare attenzione richiede inoltre il tema dell'aumento progressivo degli accessi in Pronto Soccorso (PS) per tutti i disturbi neuropsichici, sia neurologici che soprattutto psichiatrici, e dei successivi bisogni di ricovero e di intervento. Una parte di tali accessi rappresentano vere emergenze e vanno gestite di conseguenza, sia in PS che tramite l'eventuale ricovero che si renda necessario, in reparti di NPIA (che sono gli unici effettivamente appropriati per età e tipologia di disturbo) che richiedono un adeguato potenziamento a livello nazionale. La restante parte è composta da accessi inappropriati al PS, che meglio avrebbero potuto essere gestiti sul territorio. Inoltre, spesso le emergenze in età evolutiva e soprattutto in adolescenza sono il frutto di un mancato intervento precoce nelle fasi precedenti della vita, evidenziando che è strategico l'investimento su tutti i servizi della rete di NPIA, dall'acuzie al territorio e viceversa.

Il documento di intesa in Conferenza Unificata "*Linee di indirizzo sui disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell'infanzia e della adolescenza*" (Atti n. 70/CU del 25 luglio 2019) descrive in dettaglio i bisogni in aumento, i modelli organizzativi, gli obiettivi e le azioni prioritarie che è indispensabile mettere in campo.

Transizione dall'infanzia all'adolescenza all'età adulta

La transizione dall'infanzia e adolescenza all'età adulta rappresenta una fase del ciclo della vita particolarmente complessa per la salute mentale, sia per la presenza di molteplici fattori di rischio che la possono compromettere, che per la multidimensionalità delle problematiche bio-psico-sociali presenti, tra loro interagenti e per i *life events* che si possono verificare. È un complesso periodo di passaggio in cui devono essere garantite la continuità di cura, per chi già soffre di un disturbo psichico ad esordio precoce, e la possibilità di accedere alle cure, a un supporto relazionale, informativo e gestionale per i giovani che iniziano a manifestare un disagio psichiatrico-psicologico durante tale fase. In questo percorso sono coinvolte varie figure professionali e servizi con competenze diverse; ognuno ha mandati e priorità differenti, inclusi l'utente e la sua famiglia.

È necessario sviluppare ricerche e modelli di intervento realmente terapeutici, per rendere, nei momenti di crisi, tale fase sicura per la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza. Ciò richiede una chiara organizzazione dei processi di assistenza, con validi predittori di esito, verifica degli *outcomes* e degli effetti delle soluzioni di cura messe in atto. I determinanti psicosociali e gli stili di vita vanno analizzati con grande attenzione per il ruolo che svolgono nell'insorgenza, nel mantenimento e nel miglioramento dei disturbi dell'infanzia e adolescenza e della fase di transizione, come anche per l'importante ruolo che possono esercitare nei disturbi psichici giovanili che caratterizzano l'epoca attuale.

Dati generali

I dati nazionali e internazionali degli ultimi dieci anni documentano un aumento significativo di incidenza e prevalenza di tutti i disturbi psicopatologici internalizzanti ed esternalizzanti dell'età evolutiva, specie in adolescenza, ivi compresi quelli del neurosviluppo, con importante accelerazione negli ultimi 3 anni in epoca *post* pandemica. Inoltre, si osserva un significativo anticipo dell'età di insorgenza dei disturbi mentali gravi e un aumento della loro complessità, con notevole sovraccarico assistenziale per le strutture ospedaliere e territoriali dedicate ai disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza. Ad esempio, tra il 2011 e il 2021 si è osservato un incremento di circa 20 volte dell'accesso ai servizi di urgenza di terzo livello per ideazione suicidaria, condotte autolesive e tentativi di suicidio. In Lombardia, la regione maggiormente colpita dalla prima ondata pandemica, tra il 2016 e il 2022 si è osservato un aumento del 61% degli accessi in Pronto Soccorso di minorenni con codici triage rossi e gialli per un qualsiasi disturbo psichiatrico, mentre l'aumento a livello regionale degli accessi per ideazione suicidaria è stato di 3 volte. Tale condizione ha ulteriormente evidenziato la situazione gravemente carente, già preesistente all'emergenza e peggiorata dalla pandemia, sugli adolescenti fragili, nonché le difficoltà nella continuità degli interventi terapeutici nella transizione verso la giovane età adulta.

Negli ultimi anni ha assunto rilevanza il dato che i disturbi del neurosviluppo ad esordio precoce - in particolare il disturbo dello spettro dell'autismo, il disturbo da *deficit* di attenzione ed iperattività (ADHD), la disabilità intellettiva, i Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA), i disturbi nutrizione e alimentazione (DNA), sono spesso ad elevata persistenza nell'età adulta e in associazione con disturbi psichiatrici dell'adulto. Questa osservazione va estesa a tutti i disturbi che, esorditi in età pediatrica, richiedono continuità di cura anche nell'età adulta. Tali disturbi sono caratterizzati da percorsi evolutivi complessi, con problematiche sulla loro presa in carico nel corso dell'infanzia e dell'adolescenza, ma ancor più nella difficoltà per la continuità delle cure nell'età adulta. Bisogna implementare le potenzialità di prevenzione attiva che la conoscenza di tali percorsi può offrire sia sul piano clinico che organizzativo.

Un'area clinica particolarmente significativa è rappresentata dai disturbi psichiatrici, gli unici per i quali vi siano specifici servizi integrati territoriali e ospedalieri già chiaramente deputati alla presa in carico, quindi sarebbe atteso vi fossero minori difficoltà rispetto alla transizione di quanto non accada per altri disturbi del neurosviluppo. La transizione, in tale ambito, è particolarmente strategica, poiché è noto come la metà di tutti i disturbi psichiatrici inizi prima dei 14 anni, e molti sono già presenti nei primi anni di vita, con potenziale evoluzione verso altri disturbi psichiatrici importanti, secondo traiettorie evolutive complesse, in parte prevedibili sulla base delle conoscenze sulla dinamica del neurosviluppo, nelle sue interazioni precoci con le situazioni psicosociali. Tali condizioni rappresentano il 45% del carico globale di malattia nell'arco di età 0-25. Si segnala contemporaneamente la gravità del fenomeno della sotto diagnosi di tali disturbi e di conseguenza il ritardo negli interventi di cura.

È importante sottolineare che esistono finestre neuro-evolutive e psico-evolutive tempo-specifiche in età evolutiva che è indispensabile conoscere per pianificare interventi preventivi appropriati e formulare corretti giudizi prognostici. Tali finestre implicano una specifica conoscenza della psicopatologia dell'infanzia e dell'adolescenza a partire dalle prime fasi di vita, per individuare e trattare quei disturbi che solo apparentemente esordiscono più tardivamente (ad es. i disturbi dell'umore e/o della condotta dell'adolescenza), ma che in realtà sono radicati in precoci meccanismi disfunzionali di disregolazione emotiva già evidenti nei primi anni e poi condizionano il successivo decorso clinico.

In Italia, come in altri paesi in Europa e nel mondo, vi sono numerose differenze tra gli specialisti e i servizi che si occupano dell'infanzia e dell'adolescenza e quelli che si occupano dell'età adulta nelle diverse discipline cliniche, che hanno conoscenze e competenze distinte e complementari, sulla base di itinerari formativi caratterizzati da limitate aree di sovrapposizione; l'ambito dei disturbi psichiatrici non fa eccezione. In particolare, da una *survey* effettuata in 36 Paesi europei emerge che solo il 27% degli specialisti della salute mentale in formazione ha una conoscenza buona o molto buona del processo di transizione. Inoltre, un'adeguata formazione teorica sulla transizione è riconosciuta solo dal 17%, laddove la formazione pratica è riconosciuta dal 28%. Tutto ciò limita la fluidità e l'efficacia del processo di transizione e rende ragione del fatto che nessuna delle due categorie specialistiche sopra descritte possa occuparsi del processo di transizione da sola ed è pienamente esemplificativo di quanto avviene anche in altri ambiti della continuità di cura e della transizione.

È ampiamente condiviso che i servizi coinvolti nella transizione tra l'infanzia e l'adolescenza e l'età adulta debbano avere formazione e competenze sulla specifica fase evolutiva ed un approccio "*developmental*" e debbano essere in grado di sviluppare modalità di valutazione sistematica degli esiti dei percorsi. Sono presenti numerosi modelli, diversi da nazione a nazione, anche in base alle specifiche organizzazioni dei sistemi e servizi sanitari, sociali ed educativi.

Qualunque percorso e intervento deve essere in linea con le attenzioni e le specificità previste dalla Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza e con la Garanzia Europea per l'Infanzia (*Child Guarantee*), che ha lo scopo di assicurare che bambini e adolescenti in situazioni di vulnerabilità, ed in particolare minorenni con disabilità e con disturbi del neurosviluppo e/o problemi di salute mentale, abbiano accesso a servizi di buona qualità ed attenti ai loro specifici bisogni evolutivi. È opportuno sviluppare interventi assistenziali specifici anche per le esigenze dei minori migranti e delle loro famiglie.

Il contesto italiano

Il contesto italiano presenta alcune caratteristiche specifiche rispetto ad altri paesi, in particolare:

- Un sistema sanitario universalistico;
- Pediatria di libera scelta per tutti i bambini e ragazzi tra 0 e 14 anni, estesa a 16 in alcune regioni, e assistenza pediatrica ospedaliera fino ai 18 anni;
- Presenza di Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza che seguono trasversalmente tutti i disturbi del sistema nervoso centrale, inclusi i disturbi neurologici e psichiatrici, da 0 a 18 anni non ancora compiuti, dal punto di vista diagnostico, terapeutico e riabilitativo, sebbene con scarsità di risorse e con grande variabilità interregionale di risorse e di modelli organizzativi;
- Servizi di Psichiatria dell'adulto ad impronta fortemente territoriale e diffusi su tutto il territorio, con una continuità delle cure tra servizi ospedalieri e centri di salute mentale territoriali;
- Variabile presenza, organizzazione, mandato e radicamento territoriale di altri servizi specialistici (es. Neurologia ecc.) e di Servizi per la disabilità in età adulta;
- Presenza di servizi e percorsi socio sanitari che possano utilizzare anche strumenti quali il Budget di Salute;
- Un sistema scolastico e sociale inclusivo;
- Variabilità delle età di passaggio tra servizi dell'età evolutiva e servizi per l'età adulta a seconda della tipologia di servizi (ad es., passaggio a 14-16 anni tra pediatra di libera scelta e medico di medicina generale; nessun vincolo per età per i servizi consultoriali o per le dipendenze patologiche) o di specifiche organizzazioni regionali (ad es., età per l'accesso ai servizi di Pronto Soccorso per minorenni o per adulti, età per il ricovero in degenza ospedaliera pediatrica o adulta, ecc.).

Sono inoltre presenti aspetti giuridici specifici, a tutela delle persone minorenni, che sono diversi da quelli esistenti per le persone adulte. In caso di minorenni, i genitori devono sempre essere coinvolti nei percorsi, salvo diversa disposizione dall'Autorità giudiziaria. In genere, sia con affido all'ente o presenza di un tutore sia, nei casi più estremi, anche in situazioni di limitazione o decadenza della responsabilità genitoriale, corre comunque l'obbligo di informare i genitori.
Il consenso ai trattamenti deve essere espresso da chi è titolare ed esercita la responsabilità genitoriale, ovvero, di norma, i due genitori, ma nel "minore maturo" il loro consenso non è sufficiente per l'attuazione di terapie in assenza del coinvolgimento del minorenne, di cui va sempre tenuta in considerazione la volontà, la partecipazione alle scelte e cercato l'assenso e il gradimento.

Criticità della fase di transizione

L'interruzione o la discontinuità dell'assistenza che può avvenire nel caso di un percorso inefficace di transizione pregiudica la salute, il benessere e la prognosi dei soggetti, così come le esperienze negative legate al passaggio della presa in carico hanno un impatto negativo sull'aggancio dei ragazzi ai nuovi servizi con un elevato rischio di *drop-out*. Tale *gap* potrebbe comportare ritardi nella cura, peggioramento delle condizioni cliniche, comparsa di comorbilità, ricorso inappropriato ai servizi sanitari di emergenza, aumento del carico psicologico, riduzione della qualità di vita e, parallelamente, maggiore compromissione del funzionamento sociale e lavorativo anche in età adulta con elevati costi umani, sociali ed economici.

Le principali criticità emerse nei percorsi di transizione tra infanzia e adolescenza e età adulta includono:

- **Criticità nell'accesso e nella Diagnosi precoce dei l disturbi del neurosviluppo e di salute mentale**, *insufficienza dei servizi di counseling psicopatologico-psicologico, inadeguatezza dei luoghi di primo intervento e cura; carenza dei servizi di rete*;
- **Carenza posti letto di NPIA, che limita le possibilità di ricovero di adolescenti con disturbi psichiatrici gravi** *in luoghi appropriati ed età-specifici*;
- **Carenza dell'offerta territoriale di centri diurni e risposte residenziali di intensità graduata per il post-acuzie;**
- **Molteplicità dei servizi di riferimento, con differenti mandati,** *fanno sì che per un disturbo complesso seguito in età evolutiva da un solo servizio sanitario sia necessario effettuare la transizione verso più servizi per l'età adulta, e che alcuni disturbi o alcuni aspetti della presa in carico possano non trovare riscontro nei servizi dell'età adulta (ad es., Disturbi Specifici di Apprendimento, disabilità complesse, disabilità intellettiva e autismo);*
- **Differenti modelli di cura** *tra servizi per l'età evolutiva e servizi per l'età adulta, più inclusivi della famiglia e del contesto i primi, più centrati sul singolo utente i secondi, nonché scarsa conoscenza e consuetudine, da parte dei servizi per l'adulto, degli aspetti neuroevolutivi, dell'abitudine a lavorare su sintomi che cambiano e che possono fluttuare nelle varie fasi dello sviluppo pur mantenendo un filo conduttore coerente nonché la necessità di modulare gli interventi in base alla fase evolutiva specifica, secondo quanto raccomandato dalla letteratura internazionale*;
- **Difficoltà nella comunicazione e nel passaggio di informazioni** *per la differenza di modelli, mandati, priorità, sedi e reti di riferimento, sistemi informativi, aspetti relativi alla tutela della privacy e giuridici nonché per la mancanza di modalità sistematiche di interazione e scambio tempestivo*;
- **Frequente carenza di raccordi stabili e di protocolli e/o pratiche condivise**;
- **Mancanza di un *assessment* pianificato e condiviso**, *che sia centrato sulla condivisione dei criteri diagnostici, sui bisogni e punti di forza di ogni soggetto e con obiettivi chiari per chi deve intraprendere il percorso di transizione, che consenta di individuare per ciascun utente il percorso di riferimento più opportuno e il livello di intensità di accompagnamento necessario, così da facilitare il cambiamento*;
- **Mancanza di formazione congiunta e specifica sulla continuità di cura nel passaggio all'età adulta** *per gli operatori dei diversi servizi coinvolti (con particolare riferimento alle specificità delle traiettorie psicopatologiche evolutive, ma anche riguardanti il tema della recovery), che rende difficile la costruzione di un linguaggio condiviso tra i servizi dell'età evolutiva e dell'età adulta*;
- **Insufficiente coinvolgimento attivo del paziente e dei suoi familiari** *nei processi decisionali che riguardano il percorso di transizione*;
- **Parziale livello di consapevolezza e autodeterminazione** *nei pazienti in transizione*;
- **Difficoltà delle famiglie nell'accettare il percorso di transizione** *e il cambiamento dei servizi e degli operatori di riferimento*;
- **Mancanza di una figura di *case manager*** *chiaramente identificata a supporto della transizione, con cui interloquire e con cui condividere dubbi e preoccupazioni legati al futuro;*
- ***Risorse limitate*** *e sovraccarico dei servizi*;
- **Insufficiente valutazione degli esiti dei percorsi di transizione attivati**, *per la mancanza di studi longitudinali e di appropriate valutazioni di outcome*;
- **Promuovere la cultura della salute mentale in età evolutiva e sviluppare consapevolezza delle criticità della fase di transizione.**

Livelli di azione e supporto alla fase di transizione

Oltre all'ottica clinica, relativa al singolo paziente e al particolare percorso di transizione adatto allo specifico disturbo e profilo di funzionamento, è necessario attuare una attenta ottica di programmazione (**livello di azione programmatoria**), che riguardi le diverse dimensioni della continuità di cura (relazionale, informativa e gestionale). L'azione di programmazione deve consentire di analizzare in anticipo le tipologie dei bisogni più frequenti ed individuare i principali servizi coinvolti o da coinvolgere, definendo sia i diversi possibili livelli di attenzione e supporto nel percorso di transizione (elevato, alto, medio e basso), la loro priorità, gli aspetti di fattibilità e sostenibilità che i percorsi di riferimento. Se, infatti, per la componente sanitaria sono i singoli disturbi presenti a orientare verso la tipologia o le tipologie di servizio per l'età adulta che saranno necessari (ad esempio, servizio di psichiatria dell'adulto, servizio di neurologia ecc.), sarà poi la complessità della situazione e la tipologia di bisogni a orientare verso il livello di accompagnamento più opportuno e verso le tipologie di ulteriori servizi che possono essere necessari in ambito educativo e sociale.

È possibile identificare quattro livelli di azione/supporto alla transizione tra servizi per l'età infantile e adolescenziale e servizi per l'età adulta:

1) **elevato livello di azione/supporto alla transizione**: utenti con disturbi attivi, gravi e complessi e vulnerabilità multiple, che non solo hanno bisogno di proseguire la presa in carico verso più servizi per l'età adulta, ma richiedono anche interventi di tutela (prosieguo amministrativo, amministratore di sostegno o altri);
2) **alto livello di azione/supporto alla transizione**: utenti con disturbi attivi, con necessità di continuità immediata del proprio percorso presso i servizi per l'età adulta, frequentemente di passaggio verso più servizi;
3) **medio livello di azione/supporto alla transizione:** utenti con disturbi lievi o moderati, con buona autonomia e in buon compenso, per i quali è sufficiente una relazione clinica e contatti tra i due servizi senza necessità di visite congiunte o supporti aggiuntivi;
4) **basso livello di azione/supporto alla transizione:** utenti con disturbi lievi, in risoluzione o in remissione, o per i quali verosimilmente i contatti con i servizi per l'età adulta saranno episodici e puntiformi (ad es., DSA), e che richiedono un percorso informativo e di *empowerment* per l'utente e la famiglia e la consapevolezza di quali potrebbero essere i servizi di riferimento in caso di bisogno in futuro, ma non un vero passaggio verso i servizi per l'età adulta.

Il **livello di azione programmatoria** è particolarmente importante, stante le diverse tipologie di servizi coinvolti, le diverse organizzazioni dei servizi presenti a livello locale, le evidenti differenze tra transizione verso l'età adulta nella presa in carico territoriale e nella presa in carico in centri di riferimento sovrazonali di terzo livello. È indispensabile individuare spazi per la programmazione condivisa tra i diversi servizi e le istituzioni coinvolte, con tavoli di lavoro specifici e stabili nel tempo, che includano i servizi sanitari, sociali, educativi, del terzo e quarto settore coinvolti nella transizione, nonché rappresentanti dei pediatri di libera scelta e dei medici di medicina generale. La composizione può essere flessibile a seconda dello specifico problema di salute da affrontare, del livello di complessità ovvero di variabili di contesto locali. In alcune realtà tale livello programmatorio è stato definito "**equipe funzionale di transizione**".

Il livello programmatorio si deve incontrare almeno un paio di volte l'anno per valutare in anticipo le tipologie di bisogni emergenti nella popolazione di riferimento di quello specifico territorio, a partire dagli utenti che compiranno i 16-17 anni nell'anno successivo e che dovranno quindi effettuare la transizione entro due anni dopo, non solo per delineare i principali percorsi di riferimento, ma anche per individuare le possibili criticità e le risposte da sviluppare (se mancanti), nonché gli interlocutori istituzionali deputati a farlo. Dovrà inoltre favorire la collaborazione tra servizi, individuando quali coinvolgere di volta in volta in base a macroaree di bisogno; sviluppare programmi formativi condivisi e linguaggi comuni, specifici per le esigenze e i punti di forza locali; definire priorità condivise, che possano essere estese o ridotte in base alla variabilità dei bisogni emergenti e delle risorse; analizzare la sostenibilità, le possibili disuguaglianze e gli interventi correttivi; definire tempi e modi per il monitoraggio del percorso. Inoltre, sempre nel livello programmatorio potranno essere affrontate congiuntamente situazioni particolari e definiti ambiti di flessibilità (tra cui, ad esempio, se

e quando e di quanto e per quali obiettivi e come anticipare il passaggio in situazioni particolari, se e quando e di quanto e per quali obiettivi e come posticipare il passaggio).

Livelli di azione e supporto alla formazione

La formazione condivisa dovrà avere valenza trasversale, tra servizi e istituzioni, e riguardare sia il modello organizzativo proposto sia aspetti più specifici di singoli disturbi, con il coinvolgimento di docenti e discenti sia dell'area evolutiva che dell'adulto. Per quanto riguarda l'attività didattica, è auspicabile che nei corsi di laurea di medicina e chirurgia, di psicologia e delle professioni sanitarie, nonché nei corsi delle scuole di specializzazione siano previsti momenti formativi dedicati al tema della transizione del paziente dall'età evolutiva all'età adulta e alle conoscenze cliniche necessarie per la gestione delle sue diverse sfaccettature (neurosviluppo, traiettorie evolutive, psicopatologia in adolescenza e nella disabilità intellettiva, autismo, ecc.).

È auspicabile prevedere una collaborazione sinergica tra servizi per l'età evolutiva e per l'adulto anche nell'ambito della ricerca mediante progetti condivisi e pubblicazioni congiunte. In tal senso, appare strategico definire la gestione di eventuali registri di patologia alimentati con dati di pazienti pediatrici che passano all'età adulta.

La continuità delle cure deve contemplare anche il passaggio delle informazioni clinico-assistenziali (**Livello di Azione Informativo**) attraverso modalità condivise di utilizzo dei dati nel rispetto della normativa vigente in materia di trattamento dei dati.

Sempre a questo livello è utile sviluppare materiali informativi (ad es. opuscoli, video tutorial, ecc.), con linguaggio adatto alla tipologia di persone cui sono rivolti, che consentano di rendere maggiormente comprensibile sia al paziente che alla famiglia il percorso, per aumentare la consapevolezza e ridurre lo *stress* emotivo. Può essere istituita una pagina web dedicata al tema, o materiali *social*, ove si espliciterà il modello di transizione proposto. In tale pagina potrà essere inserito anche il materiale informativo di carattere generale che sarà predisposto. Inoltre, potranno essere elaborati specifici opuscoli per singole patologie contenenti informazioni di dettaglio sull'andamento della patologia, nuove terapie, modalità di somministrazione di terapie particolari.

Anche il coinvolgimento delle Associazioni, Istituzioni, altro (Livello di Azione Relazionale) può contribuire al buon esito del processo di continuità delle cure con iniziative a supporto dell'*empowerment* del paziente e della famiglia.

Livelli di azione e supporto clinico-organizzativi-gestionali

Al **livello clinico** (microequipe clinica) andranno gestiti gli aspetti clinici individuali, in modo personalizzato in base allo specifico profilo di funzionamento dell'utente, della famiglia e al conseguente livello di supporto alla transizione necessario.

Per tutti gli utenti e per tutte le famiglie deve essere attuato un percorso di preparazione al passaggio di continuità delle cure e conseguente programma educativo: quando possibile, sarebbe importante che, prima del passaggio, l'adolescente acquisisca alcune informazione e competenze sul proprio disturbo. Tali competenze riguardano:

- la conoscenza della propria patologia;
- l'implementazione della capacità di prendere decisioni autonome ma consapevoli riguardo al trattamento;
- la conoscenza dei farmaci e dei trattamenti utilizzati;
- la capacità di prendere appuntamenti con la struttura o di rivolgersi ai servizi adeguati in caso di necessità;
- la capacità di comunicare le proprie preoccupazioni riguardo agli esami e ai trattamenti proposti.

Livelli di azione e supporto clinico-organizzativi-gestionali specifici

La preparazione del paziente e della famiglia al passaggio alla medicina dell'adulto è importante che possa avvenire a partire dai 16 anni, per garantire un tempo appropriato di elaborazione, e si esplica attraverso la

progressiva consapevolezza delle proprie necessità di cura e assistenza, del distacco dai familiari e del pieno raggiungimento dell'autonomia decisionale, in relazione alle specifiche condizioni cliniche. La valutazione della disponibilità del paziente alla transizione è essenziale e comporta una valutazione della conoscenza medica del paziente, della capacità di autonomia di gestione del programma terapeutico ed infine della propensione psicologica del paziente al percorso di transizione. Potranno essere somministrati questionari di valutazione validati con i quali saranno indagati alcuni aspetti inerenti il grado di preparazione del paziente al suo passaggio al *setting* assistenziale dell'adulto.

Risulta fondamentale la condivisione di un programma specifico per ciascun paziente, definito di comune accordo tra servizi per l'infanzia e l'adolescenza e servizi per l'età adulta, che tenga conto dei peculiari aspetti diagnostici e terapeutici relativi a questa fase e dei delicati aspetti psicologici del paziente, della sua partecipazione e gradimento delle proposte terapeutiche, aspetti fondamentali per una buona *compliance* al trattamento. Al fine di agevolare tale processo clinico-organizzativo dovrà essere identificata una figura responsabile del processo che coordini i rapporti tra i Servizi Specialistici, la famiglia, il Medico di Medicina Generale ed altri eventuali servizi coinvolti, trasmettendo agli operatori che accolgono il paziente le conoscenze e le competenze necessarie per garantire un'assistenza continuativa nel corso dell'adolescenza e dell'età adulta. La condivisione del programma dovrà prevedere anche il coinvolgimento del personale delle professioni sanitarie attraverso figure di case *management* dedicate o infermieri, logopedisti, fisioterapisti, ecc., di riferimento, a seconda delle Unità Operative coinvolte, sia per l'area evolutiva che dell'adulto.

Livello di azione della equipe multidisciplinare e documentazione di continuità

Nel percorso dovranno comunque essere coinvolte tutte le figure professionali necessarie alla valutazione, assistenza, formazione/educazione e supporto organizzativo per ogni soggetto. Risulta imprescindibile, in tale contesto, implementare un approccio collaborativo tra gli operatori affinché sia garantita la continuità assistenziale delle cure (*Equipe* Multidisciplinare e Multiprofessionale). Il *team* di professionisti dedicati al processo di continuità delle cure dovrà essere composto da:

- almeno 1 medico specialista in neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza;
- almeno 1 medico del servizio per adulti relativo al problema di salute principale (in particolar modo, lo psichiatra dell'adulto per i disturbi psichiatrici);
- almeno 1 psicologo psicoterapeuta;
- altri operatori o servizi a seconda della tipologia di disturbo e del livello di supporto alla transizione necessario (altri medici specialisti, assistente sociale, infermiere, educatore professionale, Tecnico della riabilitazione psichiatrica, professionisti della riabilitazione, MMG, operatori del terzo o quarto settore, case *manager* o altri).

Il *Team* potrà coinvolgere ulteriori professionisti in base ai bisogni assistenziali di ciascun paziente.

Per ogni paziente il servizio di NPIA deve redigere una relazione conclusiva del percorso effettuato, che includa le opportune indicazioni relative al passaggio di transizione all'età adulta. Questa dovrà contenere, oltre alle informazioni più generali sul percorso, anche eventuali informazioni utili relative a:

- parametri di attenzione in condizioni di urgenza;
- episodi e quadro clinico che ha richiesto interventi di urgenza;
- caratteristiche del *follow-up*;
- eventuali presidi/ausili utilizzati dal paziente;
- piano terapeutico generale;
- frequenza e durata degli interventi riabilitativi;
- bisogni assistenziali ed educativi particolari;
- *compliance* del paziente e/o del *caregiver* all'attuazione del piano.

Nei pazienti ad elevato, alto o moderato bisogno di supporto nella transizione, deve essere redatto anche un piano/progetto/programma di continuità delle cure con particolare attenzione nel favorire la partecipazione alle scelte con il gradimento dell'adolescente.

Il piano/progetto/programma di continuità delle cure dovrà contenere l'indicazione del livello di supporto necessario e delle seguenti attività:

- previsione della tempistica relativa al percorso;
- interventi educativi pianificati e valutazione del raggiungimento del grado di autonomia ad ogni tappa;
- previsione di numero di visite ambulatoriali cogestite e tempistiche;
- previsione di autogestione della terapia;
- previsione di possibilità di prenotazione autonoma del paziente;
- definizione del piano annuale delle visite e degli accertamenti programmati;
- attività informativa relativa all'acquisizione di consapevolezza riguardante l'autonomia nella firma dei consensi agli atti sanitari proposti e delle decisioni terapeutiche concordate;
- definizione degli eventuali interventi giuridici da attivare, dei bisogni salute;
- arricchimento dell'offerta di Centri Diurni e di strutture residenziali di intensità graduata per la fase *post* acuta;
- interventi di integrazione scolastica e sociale, azioni sugli ambienti di vita.

Ulteriori attività potranno essere definite a seconda della tipologia di paziente e/o della patologia. Inoltre, può essere utile che il paziente entri in contatto con i *setting* assistenziali dell'area dell'adulto prima della transizione definitiva. In alcuni casi, può essere utile che il paziente venga introdotto nei *setting* dell'adulto attraverso una visita informale in loco con accompagnamento da parte di un operatore e/o del *case manager* prima del passaggio. Nelle situazioni ad elevata e ad alta necessità di supporto è importante effettuare visite congiunte, prima presso il servizio di NPIA con la presenza del medico dell'adulto, poi presso il Centro dell'Adulto con la presenza dello specialista neuropsichiatra infantile. Sarebbe auspicabile concentrare in giornate dedicate l'attività ambulatoriale per questi pazienti evitando la commistione, almeno per i primi tempi, con i pazienti adulti/anziani.

Sintesi dei livelli di azione/supporto nel passaggio dai servizi dell'infanzia e dell'adolescenza all'età adulta

Il contesto generale è quello ben delineato dalle "*Linee di Indirizzo sui disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell'infanzia e della adolescenza*" (Atti n. 70/CU del 25 luglio 2019), di cui si riporta di seguito un estratto:

"*Vi è consenso generale sul fatto che l'elemento fondamentale per prevenire i drop out e per minimizzare qualsiasi possibile effetto negativo nel passaggio ai servizi per gli adulti è che i servizi per l'età evolutiva e quelli per l'età adulta strutturino momenti stabili di integrazione e raccordo, che consentano:*

a. di programmare la transizione con largo anticipo (a partire dai 16 anni), perché essa possa avvenire nel momento più adatto per la persona, prima o dopo il compimento dei 18 anni;

b. di continuare il trattamento nelle NPIA oltre i 18 anni, se l'evoluzione clinica indica una possibile evoluzione positiva nel breve periodo, tale da evitare la necessità di ricorrere ad un servizio per adulti;

c. di anticipare la presa in carico da parte della salute mentale adulti o del servizio per le dipendenze patologiche o di altri servizi per l'età adulta, affiancati dalla NPIA, ove si tratti di utenti di età superiore ai 17 anni, non noti ai servizi per l'età evolutiva e con disturbi per i quali è evidente la necessità di una presa in carico da parte dei servizi per gli adulti al compimento della maggiore età.

È utile strutturare un modello flessibile per promuovere transizioni efficaci e per non vanificare i risultati degli interventi attuati nelle epoche di vita precedenti. Devono essere sviluppate procedure locali condivise per la gestione integrata della transizione. Tali procedure devono essere formalizzate e garantire che i criteri di accesso ai servizi per adulti siano coerenti con i bisogni e le aspettative dei giovani precedentemente trattati nelle NPIA; deve, inoltre, essere formalmente strutturato un adeguato monitoraggio nel tempo, che consenta di identificare i punti di forza e le criticità di quanto definito e di introdurre interventi migliorativi".

SCHEMA RIASSUNTIVO delle diverse fasi dell'attività clinica con il paziente per il percorso di transizione, con l'indicazione delle differenze di percorso a seconda dei livelli di supporto necessari.

Pre-passaggio (dai 16 anni)	Individuazione precoce del paziente.	Servizio di NPIA
	Acquisizione del consenso del paziente e della famiglia a intraprendere il percorso di transizione e identificazione dei possibili servizi di riferimento per l'età adulta che potrebbero essere necessari in base alla situazione clinica.	Servizio di NPIA
	Assessment e monitoraggio nel tempo del livello di autonomia del paziente, con elaborazione di una sintetica scheda individuale con le caratteristiche cliniche e psicologiche del paziente, in grado di evidenziare i progressi di sviluppo, l'abilità nell'autogestione e l'acquisizione della conoscenza dei bisogni correlati al disturbo, che identifichi inoltre il verosimile livello di supporto opportuno per la transizione (elevato, alto, medio, basso) e i possibili servizi di riferimento per l'età adulta, nonché eventuali passaggi giuridici da attuare prima della maggiore età (ad es. amministratore di sostegno, prosieguo amministrativo, ecc.). Avvio di contatto e raccordo con il Medico di Medicina Generale.	Servizio di NPIA
	Percorso di formazione e informazione progressiva di paziente e famiglia, al fine di aumentare l'*empowerment* e la consapevolezza, acquisire le preferenze del paziente e della famiglia in generale e rispetto al livello di supporto necessario, condividere dettagli sulla verosimile tempistica nonché sulle modalità di funzionamento e localizzazione del centro o dei centri per adulti e delle eventuali differenze con i servizi per l'età evolutiva.	Servizio di NPIA (in raccordo con i servizi dell'adulto)
	Identificazione, da parte dei servizi coinvolti, dei professionisti della *equipe* clinica multidisciplinare e multiprofessionale coinvolti, trasversalmente all'area evolutiva e dell'adulto e avvio del raccordo (per le situazioni con bisogno elevato, alto o medio di supporto alla transizione).	*Equipe* multidisciplinare funzionale di transizione
	Valutazione dello stato di preparazione al passaggio e individuazione del *case manager* (per le situazioni con bisogno elevato o alto di supporto alla transizione).	Servizio di NPIA
	Valutazione multidisciplinare dei bisogni clinico-assistenziali, sociali, psicologici del paziente con stesura del progetto di transizione personalizzato.	Servizio di NPIA
Passaggio (in genere nei 6 mesi che precedono la maggiore età, ma	Promuovere Equipe condivise che si attivino a partire dai 16 anni.	Neuropsichiatra infantile, psichiatra e medico dell'età adulta, case manager

può essere modulato tra i 17 e i 19 anni)	Redazione di relazione conclusiva del percorso presso il servizio dell'età evolutiva, che includa le indicazioni condivise per il percorso in età adulta e dettagli approfonditi delle problematiche clinico-assistenziali, sociali, psicologiche del paziente, dell'eventuale programma di presa in carico o di *follow-up* impostato, del rischio di insorgenza e gestione delle complicanze e/o ricadute per il caso specifico, da mettere a disposizione del paziente, della famiglia e dei servizi per l'età adulta.	Servizio di NPIA in raccordo con servizi di riferimento per l'età adulta ed altro personale sociale o sanitario che ha partecipato al percorso
Post-passaggio	Valutazione del grado di aderenza del paziente al percorso di continuità delle cure a 6 mesi dal passaggio (per le situazioni ad elevato, alto e moderato supporto alla transizione).	Servizio di riferimento per l'età adulta
	Valutazione dell'aderenza, del funzionamento e della soddisfazione del paziente/famiglia a 12 mesi dal passaggio (per le situazioni ad elevato, alto e moderato supporto alla transizione).	Servizi di riferimento per l'età adulta, servizio di NPIA, MMG ed eventuali altri servizi coinvolti nel percorso
	Telefonata di monitoraggio a 12 mesi dalle dimissioni (solo per le situazioni a bassa necessità di supporto nel passaggio all'età adulta).	Servizio di NPIA

TABELLA DELLE AZIONI

OBIETTIVO	AZIONI	ATTORI	INDICATORI
Esistenza di una rete regionale integrata e completa di servizi per la diagnosi, il trattamento e la riabilitazione dei disturbi neuropsichici in infanzia e adolescenza (Da realizzarsi entro 5 anni)	Sviluppo e aggiornamento di piani applicativi regionali (Atti n.70/CU del 25 luglio 2019) che delineino la rete omogenea e diffusa di servizi di NPIA, in grado di garantire percorsi specifici, integrati e coordinati per i disturbi del neurosviluppo (neurologici, neuropsicologici e psichiatrici) in infanzia e adolescenza, con la descrizione delle diverse tipologie di strutture, in ambito ambulatoriale/territoriale, semi residenziale, residenziale e di ricovero, e dei raccordi tra di esse.	Regioni/ASL e AA.OO.	Esistenza di uno o più atti regionali che recepiscano gli Atti n.70/CU del 25 luglio 2019 e delineano il piano applicativo regionale Esistenza di uno o più atti regionali che delineano le linee di priorità Esistenza di uno o più atti regionali che definiscono requisiti e standard delle strutture di NPIA

OBIETTIVO	AZIONI	ATTORI	INDICATORI
	Definizione delle linee prioritarie di intervento, modulate in base alle specifiche realtà regionali del piano quinquennale di implementazione Definizione regionale dei requisiti strutturali e organizzativi delle strutture indicate e dei raccordi e modalità di integrazione con altre tipologie di servizi e strutture.		
Garanzia dell'attività e continuità di cura (Da realizzarsi entro 3 anni)	Implementazione delle *equipe* multidisciplinari di transizione	Regioni	Delibera regionale di definizione delle *equipe* multidisciplinare di transizione
Definizione e attuazione di percorsi di continuità di cura tra servizi per l'età evolutiva e servizi per l'età adulta (Da realizzarsi entro 3 anni)	Condivisione di protocolli operativi tra servizi di NPIA, servizi di Psichiatria dell'adulto, servizi per le dipendenze, servizi per le disabilità ed altri servizi per l'età adulta, con indicazioni relative agli aspetti programmatori, agli aspetti clinici e inclusivi di linee per il monitoraggio	Regioni/ASL e AA.OO.	▪ esistenza di linee di indirizzo regionali relative sia al livello programmatorio sia al livello clinico; ▪ esistenza di modalità di monitoraggio regionale; ▪ esistenza di protocolli operativi locali che includano il livello programmatorio e il livello clinico; ▪ esistenza di modalità di monitoraggio locale dei passaggi e degli eventuali drop out successivi, di analisi delle motivazioni e di attivazione di interventi correttivi.

Capitolo 3
Salute Mentale per le persone detenute/imputabili e per le persone affette da disturbi mentali autrici di reato in misura di sicurezza

La Costituzione Italiana sancisce, nel terzo comma dell'articolo 27, il rispetto della dignità umana, chiarendo che le "*pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato*".
Tale principio è alla base dell'argomento del presente capitolo "tutela della salute mentale per le persone detenute/imputabili", tanto più considerata l'attuale drammaticità della condizione carceraria, conosciuta come "Emergenza Carceri": la situazione di sovraffollamento, il dramma dell'elevato numero di suicidi in carcere, la carenza di spazi adeguati e di personale sono solo alcuni aspetti di questa emergenza.

Per le persone detenute con sopravvenuti gravi problemi psichiatrici, parimenti ai gravi problemi fisici, come previsto dalla sentenza n. 99 del 19 aprile 2019 della Corte Costituzionale va attuato il principio della possibilità della detenzione domiciliare, nella propria abitazione o in altro luogo di privata dimora, oppure in luogo pubblico di cura, assistenza o accoglienza, anche nei confronti di coloro che debbano ancora scontare una pena residua superiore ai quattro anni. In particolare, la sentenza prevede che "*Se è vero che la tutela della salute mentale dei detenuti richiede interventi complessi e integrati, che muovano anzitutto da un potenziamento delle strutture sanitarie in carcere, è vero altresì che occorre che l'ordinamento preveda anche percorsi terapeutici esterni, almeno per i casi di accertata incompatibilità con l'ambiente carcerario. Per questi casi gravi, l'ordinamento deve prevedere misure alternative alla detenzione carceraria, che il giudice possa disporre caso per caso, momento per momento, modulando il percorso penitenziario tenendo conto della tutela della salute dei malati psichici e della pericolosità del condannato, di modo che non siano sacrificate le esigenze della sicurezza collettiva*."

È necessario che l'Amministrazione penitenziaria per favorire le attività dei Servizi sanitari intramurari per la Salute mentale, affronti i nodi critici che riguardano il sistema della pena. Le "carceri" rappresentano degli spazi in cui la persona non deve essere mortificata, privata del "suo spazio" e del "suo tempo", ma aiutata a responsabilizzarsi e a costruire una conoscenza e una coscienza di sé come individuo e come membro della società, utilizzando tecniche di formazione e di promozione della cultura. Sicurezza, prevenzione e rieducazione devono armonizzarsi in un equilibrio propositivo. La sfida è quella di attivare un senso di giustizia e legalità, nel rispetto della dignità umana e dei diritti umani, che promuova un principio etico del futuro per chi deve scontare una pena detentiva.
È interessante notare lo stretto collegamento che esiste tra i determinanti della salute mentale, ad esempio solitudine, isolamento, fragilità, esclusione, disabilitazione sociale, povertà vitale ed economica e quanto affermato dall'articolo 3 della Costituzione *"…È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana …*".

Promozione della tutela della salute mentale per le persone detenute/imputabili

La condizione delle persone con disturbi mentali all'interno del carcere rappresenta una delle criticità più delicate del sistema penitenziario e del sistema sanitario. L'ambiente detentivo, strutturato principalmente per garantire sicurezza e disciplina, spesso non è adeguato a rispondere ai bisogni terapeutici, riabilitativi e relazionali di chi soffre di patologie psichiatriche, soprattutto quando a tale quadro si aggiunge una condizione di cronico sovraffollamento. Ciò comporta un aggravamento della sofferenza, un rischio maggiore di isolamento e il peggioramento dello stato mentale. In questa prospettiva si rende sempre più urgente sviluppare contemporaneamente strutture e percorsi alternativi alla detenzione, basati sull'assistenza, sul reinserimento sociale e sul bisogno regionale programmato di ATSM o REMS. La possibilità di attivare percorsi di cura all'esterno, in collaborazione con i Dipartimenti di Salute Mentale e le comunità terapeutiche territoriali, può garantire un trattamento più umanizzato, ridurre il rischio di recidiva e favorire un recupero reale della persona. Tali interventi, pur richiedendo risorse e coordinamento interistituzionale, rappresentano una risposta più umana ed efficace al disagio psichico, in linea con i principi costituzionali di dignità e diritto alla salute.

Nel contesto normativo interno, le **principali norme di riferimento** sono distribuite tra il codice penale (articoli 146 n. 3 e 147 n. 2) in tema di differimento della pena per ragioni di salute; il codice di procedura penale (art. 684) con riguardo ai profili procedimentali; la legge di ordinamento penitenziario con l'articolo 11, legge 26 luglio 1975, n. 354 e s.m.i. in materia di operatività del servizio sanitario nazionale all'interno degli istituti penitenziari e degli istituti penali per minorenni e l'articolo 47-*ter*, comma 1, lett. c), e comma 1-*ter*, rispettivamente in tema di detenzione domiciliare per ragioni di salute e di detenzione domiciliare "surrogatoria" del differimento della pena; infine, il regolamento di esecuzione della legge di ordinamento penitenziario (articolo 1 del decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230 - Diritto alla salute dei detenuti e degli internati).

Attraverso l'elaborazione costituzionale, la **salute** è stata, inoltre, considerata tra i beni primari dell'uomo quale **diritto fondamentale della persona**, nonché di preminente interesse della collettività, presidiato dall'articolo 32 della Costituzione e annoverato tra i **principi fondamentali** dell'ordinamento costituzionale della Repubblica. Il diritto in esame, nel suo nucleo irrinunciabile e quale diritto fondamentale, è "*protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana, il quale impone di impedire la costituzione di situazioni prive di tutela, che possano appunto pregiudicare l'attuazione di quel diritto*" (v. di recente Corte cost., 2 dicembre 2005, n. 432).

Il progressivo passaggio dal modello basato sulla Sanità penitenziaria e quello uniformato quanto ai livelli di prestazioni tra soggetti detenuti e persone libere ha visto, dapprima con il **decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230** e, più tardi, con il **decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008** (GU, serie Generale, n. 126 del 30 maggio 2008), **il passaggio della sanità penitenziaria alla competenza del Ministero della Salute e delle Regioni,** operando il riordino della medicina penitenziaria nell'intento di allineare le prestazioni sanitarie assicurate ai detenuti a quelle disponibili per gli altri cittadini.

Le **competenze sono ripartite** (articolo 2, comma 3, del decreto legislativo n. 230 del 1999) tra l'azienda unità sanitaria locale e l'amministrazione penitenziaria: la prima quale **ente cui sono affidati la gestione ed il controllo dei servizi sanitari** negli istituti penitenziari (articolo 3 del decreto legislativo n. 230 del 1999); la seconda, invece, quale **garante della sicurezza**, soprattutto attraverso l'emanazione di decreti recanti la disciplina del regime autorizzatorio e delle modalità d'accesso del personale appartenente al servizio sanitario nazionale (articolo 4, comma 2, del decreto legislativo n. 230 del 1999). A far data dal **1° gennaio 2000,** sono state quindi trasferite al servizio sanitario nazionale le funzioni relative al settore della prevenzione e a quello **dell'assistenza ai detenuti ed agli internati tossicodipendenti** (articolo 8 del decreto legislativo n. 230 del 1999).

Il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008 quindi, demanda al SSN e ai Servizi di salute mentale e delle dipendenze per le rispettive competenze nella gestione della salute psichica dei detenuti.

Risulta necessario che i DSM si attrezzino con le risorse umane necessari per ottemperare a questo obbligo legislativo.

a) I Presidi Sanitari Penitenziari

Ogni Azienda Sanitaria prende in carico la salute delle persone detenute, attraverso un sistema articolato di servizi sanitari con caratteristiche di complessità organizzativa e funzionale crescenti, che costituiscono le reti regionali e nazionali per l'assistenza sanitaria penitenziaria (Rif. Art. 1 Rep. N. 3/CU del 2015), garantendo i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

I Servizi sanitari penitenziari, presenti in ogni singolo istituto penitenziario, sono sede territoriale della locale Azienda sanitaria erogano l'assistenza sanitaria per il raggiungimento dei LEA, garantendo l'azione multidisciplinare e l'integrazione degli interventi a favore della persona detenuta.

In ogni istituto è attiva la presenza di un'equipe di salute mentale, che interviene in ambito penitenziario in modalità crescente in base alla tipologia e dimensioni dell'Istituto e in considerazione dei bisogni delle persone ristrette per la presa in carico dei detenuti con problemi di salute mentale. Le equipe preferibilmente saranno composte da personale medico, infermieristico e della riabilitazione e, attraverso il loro coordinatore avranno, tra l'altro, compiti di organizzazione delle richieste, dei rapporti con i soggetti istituzionali e non coinvolti nei percorsi di cura delle persone, del miglioramento della qualità delle prestazioni e della raccolta

di dati clinici ed epidemiologici. L'equipe concorre, anche attraverso attività di formazione congiunta tra personale penitenziario e sanitario, alla gestione del disagio psichico negli Istituti ed opera in rete con gli altri soggetti dell'area trattamentale e soggetti coinvolti in attività di riabilitazione e inclusione.

L'equipe garantisce:

- Individuazione precoce del disagio dei detenuti per la prevenzione e la riduzione del rischio di suicidio e di auto/eterolesionismo;
- Precoce individuazione delle forme di patologia psichiatrica o di disagio psichico che possano evolvere in un quadro psicopatologico;
- Interventi di cura e riabilitazione delle persone sottoposte a misure di detenzione e presa in carico di pazienti che necessitino di interventi integrati;
- Interventi mirati a prevenire l'insorgenza di patologie psichiatriche;
- Assistenza psicologica;
- Integrazione con gli altri servizi medici dell'azienda sanitaria locale, per i casi complessi a diagnosi multipla, e con i servizi sociali per i pazienti con bisogno di intervento sociale;
- Collaborazione con l'area trattamentale dell'istituto, per attivare percorsi di assistenza e cura, sia all'interno dell'istituto, sia all'esterno, tramite l'attivazione di misure alternative;
- Continuità terapeutica con i servizi e i presidi del territorio sia durante la detenzione che nella fase di uscita dal carcere, al termine della pena detentiva o nel corso delle misure alternative alla detenzione.

In ogni Istituto Penitenziario l'azienda sanitaria, per il tramite del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) integrato, realizza una rete di collaborazione con la Magistratura competente, nel corso delle fasi di cognizione o di esecuzione della pena, per individuare tempestivamente percorsi di cura e riabilitazione appropriati attivabili nel territorio e nelle strutture residenziali terapeutiche, al fine di limitare il ricorso a misure di sicurezza detentive per le persone per cui è possibile declinare un percorso extramoenia dall'istituzione carceraria. La collaborazione tra l'Autorità giudiziaria e la ASL/DSM dovrebbe essere perfezionata da appositi accordi interistituzionali, così da consentire l'attivazione del percorso di cura più appropriato sia alle esigenze del paziente che alle necessità di sicurezza.

b) Le sezioni psichiatriche dentro le carceri: le Articolazioni Tutela Salute Mentale in carcere (ATSM)

In atto le articolazioni per la tutela della salute mentale in carcere (ATSM) risultano presenti in 33 Istituti Penitenziari con circa 320 posti, corrispondenti allo 0,5% della popolazione detenuta, a fronte di una presenza stimata del 10-15% di persone con disturbo mentale in carcere. Dal punto di vista epidemiologico, considerata la prevalenza del disturbo mentale in carcere, sarebbe necessario implementare significativamente l'assistenza psichiatrica in ATSM, invitando le regioni ad una rivalutazione puntuale dei fabbisogni in funzione delle necessità, delle peculiarità dei diversi territori e delle caratteristiche dei relativi servizi sanitari regionali/Istituti penitenziari.

Si ritiene necessario un incremento dei posti letto all'interno delle varie strutture sanitarie degli Istituti Penitenziari, che possano coadiuvare i Dipartimenti nella gestione di persone con disturbo psichiatrico grave, ma compatibili con il regime carcerario, nella erogazione di cure e trattamenti sia farmacologici che psicosociali intensivi in *setting* idonei. In ogni Istituto Penitenziario deve essere strutturato un intervento in base ai bisogni sanitari della popolazione detenuta, garantendo gli stessi *standard* di trattamento delle persone libere che si recano ad esempio presso un centro di salute mentale.

Va ricordato, nel rispetto della sentenza della Corte Costituzionale 27 gennaio 2022, n. 22, che è compito dei Dipartimenti strutturare programmi e percorsi extramurari compatibilmente con le esigenze giudiziarie di tutela della collettività e di sicurezza degli operatori. Si ricorda che il Dipartimento di Salute Mentale può e deve garantire le cure in ambito psichiatrico ma non la sicurezza sociale.

È da sottolineare come l'Allegato C del citato d.P.C.M. 1° aprile 2008 ritenga vincolante ed essenziale per il successo del programma di superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) la realizzazione di tutte le misure ed azioni indicate per la tutela della salute mentale negli istituti di pena. Si sottolinea la necessità dell'attivazione all'interno degli istituti di sezioni organizzate o reparti, destinati agli imputati e condannati, con infermità psichica sopravvenuta nel corso della misura detentiva, che non comporti l'applicazione provvisoria della misura di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario o l'ordine di ricovero in OPG o in case di cura o custodia.

Normativa

La nascita dell'articolazione per la tutela della salute mentale in carcere (ATSM) trova riferimento nelle seguenti normative:

D.P.C.M. 1° aprile 2008, allegato C "*Linee di indirizzo per gli interventi negli ospedali psichiatrici giudiziari* (OPG) *e nelle case di cura e custodia*: assicurare che le osservazioni per l'accertamento delle infermità psichiche di cui all'art. 112 D.P.R. 230/2000 siano espletate negli istituti ordinari."

Accordo Conferenza Unificata Consiglio dei Ministri del 13 ottobre 2011 "*Integrazione agli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e nelle Case di cura e custodia (CCC) di cui all'Allegato C al D.P.C.M. 1° aprile 2008"*: si ritiene necessario che: (Implementazioni per la tutela della salute mentale negli istituti penitenziari ordinari) Ogni Regione e Provincia autonoma, attraverso i propri DDSSMM, programmi, in accordo con all'Amministrazione Penitenziaria, ed attivi entro il 30 giugno 2012, in almeno uno degli Istituti Penitenziari del proprio territorio o, preferibilmente, in quello di ognuna delle Aziende Sanitarie, in una specifica sezione, ai fini dell'implementazione della tutela intramuraria della salute mentale delle persone ristrette negli Istituti del territorio di competenza (regionale o aziendale), un'idonea articolazione del servizio sanitario.

Accordo Conferenza Unificata Consiglio dei Ministri del 22 gennaio 2015 "*Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari per adulti e implementazioni delle reti sanitarie regionali e nazionali*", allegato Servizi sanitari in ambito penitenziario: 3.2. Sezioni per soggetti affetti da disturbi mentali. In tali sezioni gli interventi diagnostici e terapeutico-riabilitativi sono assicurati dai dipartimenti di salute mentale delle Aziende sanitarie territorialmente competenti, oltre che dagli altri specialisti del Servizio. L'inserimento in dette sezioni che comprendono ed unificano le preesistenti sezioni penitenziarie per osservandi e minorati psichici, è riservato ai soggetti detenuti che presentano disturbi psichici gravi, con specifico riferimento ai soggetti di cui all'articolo 111 (commi 5 e 7) del decreto del Presidente della Repubblica n. 230 del 2000 sull'ordinamento penitenziario, ai soggetti di cui al successivo articolo 112 ed ai soggetti di cui all'articolo 148 c.p.

Si segnala che il Codice penale fa ancora riferimento ai termini "*manicomio*" e "*Ospedali psichiatrici giudiziari e alle case di cura e custodia*", strutture che sono state chiuse a seguito dell'introduzione delle REMS. La legge 81/2014 ha stabilito la chiusura degli OPG, fissando al 31 marzo 2015 il termine definitivo, e ha pertanto previsto la realizzazione delle REMS come strutture alternative.

La piena realizzazione delle ATSM e dei percorsi sanitari per i problemi di salute mentale, negli istituti penitenziari, consentirebbe di gestire in modo più appropriato le crescenti esigenze di trattamento della popolazione carceraria con disturbo psichiatrico. Le ATSM implementate coerentemente al fabbisogno di ogni Regione (Accordo in CU n. n. 3/2015) e allocate negli Istituti Penitenziari, in relazione al fabbisogno regionale, dotate al massimo di 18/20 posti letto, sono organizzate per poter garantire gli interventi necessari.

La potenzialità di questi presidi potrebbe anche declinarsi nella gestione in un contesto specialistico, di condizioni cliniche a minore gravità, che potrebbero giovarsi di brevi e puntuali periodi di ricovero. Lo scopo delle ATSM è quello di contrastare la cronicità e favorire la cura e la riabilitazione delle persone detenute con gravi patologie psichiatriche facilitando l'accesso ai programmi di trattamento sul territorio.

Va comunque specificato che gli articoli 111 e 112, d.P.R. 230/2000 sono parte di una normativa secondaria non aggiornata da 25 anni e, soprattutto, non adeguata dopo le modifiche del 2018 della norma primaria di cui è regolamento (l. 354/1975 e smi) in relazione alla riforma della medicina penitenziaria (d.lgs. 230/1999).

Quanto all'articolo 112, d.P.R. 230/2000 – evidenziando che interviene non in merito alla "osservazione psichiatrica" bensì all'"accertamento delle infermità psichiche" – si segnala anche che l'attività in parola, nella stessa norma, era prevista come da realizzarsi di regola (comma 1) "nel medesimo istituto in cui il soggetto si trova o, in caso di insufficienza di quel servizio diagnostico, in altro istituto della medesima categoria". Solo al successivo comma 2 era previsto, quale eccezione, che "*L'autorità giudiziaria che procede o il magistrato di sorveglianza possono, per particolari motivi, disporre che l'accertamento sia svolto presso un ospedale psichiatrico giudiziario, una casa di cura e custodia o in un istituto o sezione per infermi o minorati psichici, ovvero presso un ospedale civile*".

Il frequente ricorso all'articolo 112, comma 2, d.P.R. 230/2000 è notoriamente alla base di molte prassi abituali di inappropriato trasferimento delle persone detenute in altri Istituti penitenziari, anche formalmente nei recenti anni segnalate dalla stessa Amministrazione Penitenziaria. Per questo motivo, nell'attuale assetto della sanità penitenziaria che impone la garanzia dei LEA in tutti gli istituti Penitenziari – e per la salute mentale, opportuni interventi dei DSM al pari di quelli garantiti alle persone libere – ha portato alcune regioni ad escludere la possibilità di svolgimento dell'accertamento in parola nelle ATSM, rendendo questo accertamento un prerequisito per la temporanea accoglienza del paziente all'interno di queste Sezioni sanitarie specializzate intra-penitenziarie La questione dell'articolo148 è nota. Fino ad un passato più recente i detenuti affetti da infermità psichica sopravvenuta alla condanna erano trasferiti, su disposizione del magistrato di sorveglianza, negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, in virtù della disposizione dell'articolo 148 c.p..

Il superamento degli OPG non è stato, tuttavia, accompagnato da una contestuale riforma della disciplina dell'articolo 148 c.p., lasciando del tutto incerta la 'sorte' di quei malati ristretti in carcere che, affetti da infermità psichica 'sopravvenuta', non possono più essere ricoverati nei vecchi OPG (ormai aboliti) né nelle nuove REMS, destinate esclusivamente all'esecuzione delle misure di sicurezza. Si trattava dunque di individuare uno strumento giuridico idoneo ad assicurare adeguata tutela a coloro che, nel corso dell'esecuzione della pena, fossero colpiti da un'infermità psichica che li rendeva incompatibili con la detenzione carceraria e che non potevano più ricorrere al rimedio dell'articolo 148 c.p..

La soluzione in realtà era contenuta nello schema di decreto legislativo adottato il 23 dicembre 2017, poi 'cassato', che prevedeva una riformulazione dell'articolo 147 c.p. (con l'aggiunta della parola 'psichica' a 'fisica' connotante l'infermità, che consente il differimento della pena detentiva). A ciò ha posto, solo in parte, rimedio la sentenza n. 99 del 2019 della Corte cost.: essa ha sancito la definitiva 'inapplicabilità' dell'articolo. 148 c.p. all'infermità psichica sopravvenuta alla condanna, in base alla considerazione che detta norma è stata superata dalle riforme legislative in materia di abolizione degli OPG pur non essendo stata da queste espressamente abrogata; soprattutto, essa è frutto di un approccio alla malattia mentale basato sull'internamento, tipico dell'epoca in cui fu scritta, del tutto contrario al cambiamento del paradigma

culturale e scientifico sul trattamento della salute mentale. In altre parole, la riforma del 2014 avrebbe completamente svuotato di contenuto precettivo la disposizione codicistica: tutti gli istituti a cui essa rinvia sono scomparsi in virtù di riforme legislative che riflettono tale cambiamento culturale. Si tratta di un'affermazione netta che, pur non giungendo a sostenere l'implicita 'abrogazione' della norma, ne sancisce l'assoluta 'inapplicabilità'.

La vocazione, quindi, di questa porzione della ATSM sarebbe quella sia di gestione di una post acuzie, sia di un iniziale approccio riabilitativo, sia cognitivo che pratico-esperienziale, preparatorio ad eventuali progetti fuori del carcere. A carico degli SSPPDDCC territorialmente competenti (è competente il SPDC sul cui territorio insiste l'istituto di pena) rimane sempre e comunque la gestione delle acuzie, con l'esecuzione del TSO o dei ricoveri in urgenza per stato di necessità (articolo 54 c.p.). Va ricordato che la normativa del TSO ne prevede l'esecuzione in ambito ospedaliero, proprio a salvaguardia del paziente, quindi l'esecuzione del TSO va effettuata presso il SPDC del luogo ove insiste l'Istituto penitenziario proprio a massima garanzia della salute del soggetto. In sintesi, quando la collocazione dell'istituto lo consente, al fine di favorire la continuità di cura il ricovero ordinario dovrà avvenire preferibilmente presso il reparto ospedaliero che ha già in carico il paziente e, in subordine, presso la struttura ospedaliera associata all'Istituto penitenziario. Nel caso si renda necessario un ricovero in regime di Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO), verrà effettuato presso il SPDC corrispondente all'Istituto penitenziario.

Le sezioni ATSM devono prevedere aree per attività di tipo riabilitativo e spazi verdi per le attività ricreative comuni.

A ciò va aggiunta la assoluta necessità di poter avere un adeguato corretto e completo monitoraggio delle reali presenze, ingressi e uscite, tramite un sistema informatizzato, per una valutazione complessiva delle presenze reali e dei dati di *follow up*.

Criticità e obiettivi

In merito allo specifico intervento psichiatrico in carcere è importante distinguere la malattia mentale con il disagio psicologico e sociale, quest'ultimo infatti va affrontato con altri interventi, ambientali, relazionali, sociali e trattamentali. Occorre evitare la tentazione e il rischio di definire psichiatriche tutte le persone con comportamenti "disturbanti" ed aggressivi. Va altresì precisato che l'attività clinica erogata dall'ambito sanitario ha caratteristiche diverse dal trattamento criminologico-rieducativo fornito dall'Amministrazione Penitenziaria. Allo stesso modo le relazioni sulle condizioni di salute psichica dei singoli detenuti, eventualmente richieste dalle varie Autorità, non dovrebbero essere né confuse né utilizzate come pareri di natura peritale.

Gli obiettivi da raggiungere per il miglioramento della tutela della salute mentale delle persone detenute/imputabili dovrebbero essere di duplice natura: organizzativa e clinica.

Obiettivi organizzativi:

1) rivalutazione del fabbisogno di ATSM in funzione delle necessità delle Regioni/PA
2) aggiornamento delle regolamentazioni per il funzionamento delle ATSM

Obiettivi clinici:

1) garantire la continuità terapeutica e assistenziale alle persone detenute già in carico ai servizi territoriali prima dell'arresto.
2) garantire la presa in carico dei detenuti residenti nella Regione ma sconosciuti ai servizi territoriali prima dell'arresto, che presentano problematiche di tipo psichiatrico e dei detenuti senza fissa dimora che presentano le stesse problematiche.
3) assicurare la stesura congiunta del Piano di Trattamento Individuale (PTI) tra il servizio di salute mentale competente per il presidio sanitario penitenziario, unitamente al servizio per le dipendenze nei casi di doppia diagnosi e i servizi territorialmente competenti per il paziente, che include anche gli elementi finalizzati alla eventuale concessione di benefici di legge.
4) valutare congiuntamente il decorso clinico del caso, al fine di adeguare il PTI ai bisogni di salute e al profilo giuridico della persona detenuta.

Le ATSM, individuate sulla base del fabbisogno regionale, garantiscono, pertanto, l'assistenza alle persone detenute imputabili o con disturbi mentali autrici di reato in attesa dello svolgimento di eventuali operazioni peritali.

In ogni Dipartimento di Salute Mentale dovrebbe esservi un "referente forense" che funga da facilitatore tra il territorio e i sanitari del carcere, per favorire una presa in carico efficace ed appropriata sia dei detenuti, sia delle persone che saranno ritenute incompatibili con il regime carcerario, sia di coloro che dopo valutazione peritale saranno ritenuti non imputabili per vizio di mente. Il referente forense ha il compito di interfacciarsi con i Magistrati e i servizi del territorio per indirizzare tempestivamente eventuali indicazioni dell'autorità giudicante.

La figura del referente forense dovrebbe garantire le seguenti funzioni:

1) collaborazione continua con i sanitari del carcere per la presa in carico delle persone detenute imputabili con problemi di salute mentale che verranno scarcerati;
2) funzione di collegamento con i sanitari del carcere con la Magistratura per persone con disturbi mentali autrici di reato che, pur essendo ritenuti non imputabili e pericolosi socialmente, risulta complesso inserire nelle attuali REMS (per la misura detentiva) e nelle strutture SRP (per la misura non detentiva);
3) riferimento per CTU e Periti incaricati di valutare paziente in carico alla ASL. Appare opportuno che il coinvolgimento attivo dei Dipartimenti avvenga già in fase di perizia/CTU.

Minori autori di reato

Un *focus* specifico riguarda i minori autori di reato, per i quali risulta fondamentale garantire e strutturare specifici e più idonei percorsi di presa in carico integrati tra servizi socio-sanitari e servizi della giustizia minorile, al fine di promuovere la centralità di un intervento multidisciplinare capace di garantire una continuità assistenziale durante e dopo l'esecuzione della misura penale.

A seguito del trasferimento delle competenze sanitarie in materia penitenziaria al SSN (d.P.C.M. 1° aprile 2008), si è reso necessario un riassetto organizzativo volto a rafforzare la collaborazione tra Aziende Sanitarie, Enti Locali e Servizi di Giustizia, in una cornice di riferimento che riconosce nel comportamento deviante una possibile espressione di disagio la cui matrice è di tipo bio-psico-sociale.

Diversi successivi documenti di intesa hanno affrontato tale tema focalizzandosi sia su possibili modalità di implementazione dell'integrazione tra i diversi servizi coinvolti nei percorsi di cura e giudiziari dei ragazzi sia su specifiche problematiche cliniche particolarmente rilevanti come la prevenzione del rischio suicidario.

Come delineato dall'Accordo della Conferenza Unificata n. 45 del 2023, che identifica nelle misure alternative e di comunità gli strumenti privilegiati di esecuzione penale minorile, la **tempestiva valutazione** circa le condizioni fisiche, psichiche e sociali del minore autore di reato si pone come preliminare al fine di rendere edotta l'Autorità Giudiziaria circa le condizioni di vulnerabilità del minore, i suoi bisogni clinici e le eventuali fragilità che incidono sulla responsabilità e sulla capacità di sostenere il processo penale specie nei casi di richiesta dell'Istituto della Messa alla Prova, prevista dall'articolo 28 del d.P.R. 448/1988.

Una valutazione sanitaria tempestiva e integrata, come quella promossa, permette di individuare eventuali disturbi psichiatrici, del neurosviluppo, dipendenze patologiche o altri bisogni terapeutici che devono essere presi in considerazione nella progettazione del percorso in un'ottica rieducativa e in linea con i principi ispiratori della giustizia minorile – che pone al centro la personalizzazione dell'intervento e la tutela del diritto alla crescita e allo sviluppo del giovane.

E', dunque, necessario promuovere, in conformità a quanto delineato dall'Accordo della Conferenza Unificata n. 45 del 2023, **percorsi di assistenza socio-sanitaria** integrati e differenziati attraverso:

- creazione di ***équipe* Interistituzionali Integrate** in collaborazione tra i servizi della giustizia minorile, i servizi sanitari e i servizi sociali territoriali al fine di una presa in carico congiunta sia relativamente ai bisogni di cura che di assistenza psico-sociale;
- creazione di ***équipe* sanitaria multiprofessionale**, in seno ad ogni ASL e con identificazione di una figura di coordinamento;
- diverse intensità assistenziali a seconda dell'accertata o meno presenza di disturbi del neurosviluppo

e/o psicopatologia, delle problematiche di dipendenza, delle fragilità emergenti nei contesti di riferimento e delle fasi evolutive specifiche del giovane, pesate secondo evidenze cliniche di appropriatezza, efficacia ed efficienza;

- monitoraggio dello sviluppo più che singolo episodio di cura;
- coinvolgimento attivo della famiglia.

Dal punto di vista operativo, così come delineato dall'Accordo in Conferenza Unificata n. 45 del 2023, si prevede dunque che in seno ad ogni Azienda Sanitaria:

a) si identifichi una figura di **coordinatore** (psicologo, neuropsichiatra infantile o psichiatra) con funzioni di snodo clinico e gestionale della presa in carico sanitaria e figura di collegamento tra il sistema Giustizia e il sistema Sanità. Il coordinatore rappresenterà la figura di riferimento per l'*équipe* interistituzionale sanità-giustizia e svolgerà funzione di referente per la programmazione degli interventi di valutazione e di successiva presa in carico del minore da parte dell'*équipe* sanitaria multidisciplinare e dei Servizi sanitari preposti. Inoltre, il coordinatore si occuperà della facilitazione della transizione ai servizi territoriali per i minori provenienti dagli Istituti di Pena (IPM) e dai Centri di Prima Accoglienza (CPA) nonché delle segnalazioni provenienti dagli uffici dell'USSM.

b) creazione di **Équipe sanitarie multidisciplinari** (come da CU n. 45/2023) in seno a ciascun Dipartimento di Salute Mentale composta da figure quali il neuropsichiatra infantile/psichiatra, psicologo clinico, assistente sociale, altre professionalità (infermiere, medico tossicologo), per l'*assessment* e diagnosi e successiva stesura di PTI e PTRI in coprogettazione con Enti Locali e Servizi della Giustizia minorile. L'*équipe*, sotto la supervisione del coordinatore che ne garantisce la tempestività della risposta e il funzionale raccordo con gli altri Enti della *équipe* interistituzionale, si occuperà inoltre di monitorare nel tempo l'andamento clinico ed evolutivo del progetto di presa in carico in raccordo con i Servizi aziendali preposti (NPIA, CSM, SERD, Disabili Adulti) e assicurerà la continuità assistenziale nelle fasi di transizione all'età adulta.

La **competenza amministrativa** per la presa in carico del minore autore di reato è in capo alla Azienda Sanitaria di residenza del giovane e, in caso di minore sottoposto a misura cautelare in comunità (articolo 22 del d.P.R. 448/1988), in collaborazione con l'Azienda Sanitaria di domicilio. Per i casi di minori senza fissa dimora la competenza di presa in carico sociale e sanitaria è del comune/territorio dove il minore è stato posto in stato di fermo/arresto ovvero dove ha commesso il fatto.

Al fine di implementare modelli di intervento omogenei e appropriati e tenuto conto dell'alta specificità della materia, si rende necessario sviluppare specifici percorsi di cura integrati e PDTA di riferimento in ciascuna Regione, che declinino innanzitutto le modalità di effettiva attuazione di quanto previsto dall'Accordo della Conferenza Unificata n. 45 del 2023 e succ. alla luce delle diverse organizzazioni sanitarie regionali e della epidemiologia locale, declinando operativamente l'*équipe* interistituzionale sanità-giustizia e l'***Équipe* sanitaria multidisciplinare** in seno a ciascuna Azienda Sanitaria Locale e composta da figure professionali provenienti dai diversi servizi coinvolti per l'*assessment* e diagnosi e successiva stesura di PTI e PTRI in coprogettazione con Enti Locali e Servizi della Giustizia minorile. L'*équipe* si occuperà inoltre di monitorare nel tempo l'andamento clinico ed evolutivo del progetto di presa in carico in raccordo con i Servizi aziendali preposti (NPIA, CSM, SERD, Disabili Adulti) e assicurerà la continuità assistenziale nelle fasi di transizione all'età adulta. Tali percorsi dovranno includere anche indicazioni sulle procedure di valutazione, con attenzione ad aspetti specifici che possono essere rilevanti in questa popolazione (PTSD, funzionamento cognitivo limite, ADHD, DOP e disturbi della condotta, Minori Stranieri non Accompagnati, comportamenti autolesivi e suicidari, dipendenze comportamentali e da sostanze, ecc.) che consentano di delineare, per ciascun minore, gli aspetti di funzionamento cognitivo e adattivo, psicopatologici e personologici, punti di forza ed elementi di vulnerabilità personali e ambientali, rischio di evoluzione antisociale, ecc. Inoltre, si rende necessario identificare specifici percorsi di presa in carico rispetto ai bisogni sanitari e/o psico-sociali idonei a sostenere la funzione educativa della pena, secondo i principi del diritto minorile già espressi nel d.P.R. 448/1988.

Una valutazione sanitaria tempestiva e integrata, come quella promossa, permette di individuare eventuali disturbi psichici, dipendenze patologiche o altri bisogni terapeutici che devono essere presi in considerazione

nella progettazione del percorso in un'ottica rieducativa e in linea con i principi ispiratori della giustizia minorile, che pone al centro la personalizzazione dell'intervento e la tutela del diritto alla crescita e allo sviluppo del giovane.

Il rafforzamento della rete integrata socio-sanitaria, recependo le indicazioni della C.U., permette la presa in carico congiunta del minore autore di reato con psicopatologia e/o disturbo di uso di sostanze in una coprogettazione di azioni a tutela del minore secondo uno sguardo evolutivo.

Infine, si rende necessaria una maggiore **chiarezza relativamente alla responsabilità dei possibili percorsi di collocamento residenziale/comunitario per i minori autori di reato,** distinguendo tra percorsi di natura strettamente sanitaria e percorsi di tipo socio-educativo nonché implementare percorsi sperimentali di coprogettazione tra gli Enti, relativamente a futuri e più idonei percorsi di presa in carico congiunta di tipo socio-sanitario. Si ribadisce che la competenza amministrativa per la presa in carico del minore autore di reato è in capo alla Azienda Sanitaria di residenza del ragazzo e, in caso di minore collocato in comunità in luogo distante dalla residenza, essa avviene in collaborazione con l'Azienda Sanitaria di domicilio. Per i casi di minori senza fissa dimora la competenza di presa in carico sociale e sanitaria è del comune/territorio dove il minore è stato posto in stato di fermo/arresto ovvero dove ha commesso il fatto.

In ragione di tali distinzioni si possono identificare:

a) **Strutture socio-educative**, di competenza amministrativa del Centro Giustizia Minorile/Ente Locale;

b) **Strutture residenziali terapeutiche di NPIA** e per le dipendenze, l'accesso alle quali richiede l'indicazione clinica da parte di un medico NPIA del servizio di riferimento territoriale dell'utente, in linea con quanto indicato nell'Accordo n. 138/CU del 13 novembre 2014 riguardante "*Gli interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza*";

c) **Strutture sperimentali di tipo socio-sanitario ad alta intensità**, di competenza congiunta CGM/NPIA/ENTE LOCALE.

Nello specifico:

il collocamento in **strutture socio-educative,** nella forma della misura cautelare prevista dagli articoli 20-22 del d.P.R. 448/1988, è di competenza amministrativa dei Servizi della Giustizia minorile (CGM) in eventuale compartecipazione con gli Enti Locali, secondo specifici accordi e protocolli di intesa. Per "competenza amministrativa" si intende l'insieme delle funzioni e responsabilità inerenti alla identificazione della struttura, contribuzione della retta e successiva verifica della progettualità educativa. L'inserimento del minore presso queste strutture (debitamente inserite nell'elenco delle strutture accreditate con il Ministero di Giustizia) avviene per il tramite dei servizi della Giustizia Minorile.

Diversamente l'inserimento in **struttura residenziale terapeutica di NPIA**, di competenza sanitaria, che deve rispondere a specifiche esigenze cliniche del minore. Si tratta di strutture residenziali con finalità terapeutiche e riabilitative, specifiche per minori con disturbi psichiatrici. L'inserimento, a cura dei servizi di NPIA dalle Aziende Sanitarie di competenza per residenza del minore, avviene tramite stesura di apposito PTI, che ne definisce la condizione clinica iniziale e le specifiche trattamentali. I posti disponibili a livello nazionale sono molto limitati, per la maggior parte nelle regioni del nord e in parte del centro, con tempi di attesa rilevanti incompatibili con quanto previsto dalla normativa del processo penale minorile. Si rende necessario prevedere un adeguamento del numero di posti letto delle stesse.

Infine, per le **strutture sperimentali socio-sanitarie ad alta intensità**, si rende necessario avviare un processo di coprogettazione tra Enti sanitari, Enti Locali e Sistema Giustizia, definendo specifici ruoli e competenze sia dal punto di vista amministrativo che gestionale. Tali strutture, come da Accordi in Conferenza Unificata (CU/61/2022, CU/148/2022), di tipo sperimentale e ad alta integrazione socio-sanitaria dovranno rispondere alle specifiche necessità trattamentali di quei minori e giovani adulti autori di reato che presentano gravi disturbi del comportamento, e/o disturbi da uso di sostanze, non ancora strutturati in un franco disturbo psichiatrico o in una franca dipendenza e dovranno garantire un corretto inquadramento diagnostico e l'avvio di un percorso tipo rieducativo e terapeutico. Questa utenza risulta infatti, in considerazione della multiproblematicità e alta complessità di presa in carico, non idonea a nessuno dei percorsi *standard* di tipo

sanitario e/o educativo. La normativa vigente non definisce in modo puntuale la ripartizione delle responsabilità e degli oneri tra i tre soggetti, rendendo necessaria la predisposizione di protocolli operativi interistituzionali a livello regionale o locale, per regolare criteri di accesso, *governance*, copertura dei costi e responsabilità operative.

Tipologie di misure penali applicabili ai minori autori di reato

Nel sistema giudiziario italiano il trattamento penale dei minori si ispira ai principi di rieducazione, responsabilizzazione e residualità della detenzione, come stabilito dal d.P.R. 448/1988 ("*Processo penale a carico di imputati minorenni*") e successivamente integrato dal d.lgs. 121/2018 ("*Disciplina dell'esecuzione delle pene nei confronti dei condannati minorenni*").

Le principali misure penali che possono essere adottate nei confronti dei minori autori di reato sono:

1. Misure cautelari

- Collocamento in comunità socio-educativa (articolo 22 D.P.R. 488/1988).
- Permanenza in casa (articolo 21 D.P.R. 488/1988).
- Custodia cautelare presso un Istituto Penale Minorile (articolo 20 D.P.R. 488/1988).
- Prescrizioni (obblighi di condotta) articolo 20 comma 1, lettera d, D.P.R. 488/1988.

2. Misure alternative e di comunità

- Messa alla prova (articolo 28 D.P.R. 448/1988): sospensione del processo subordinata a un percorso educativo e riparativo, con esito positivo che estingue il reato.
- Affidamento in prova al servizio sociale (in fase di esecuzione penale).
- Attività di utilità sociale (introdotte anche per minori dall'articolo 3, d.lgs. 121/2018): previste come prescrizioni e modalità esecutive delle misure penali di comunità. Consistono nello svolgimento di attività gratuite a favore della collettività presso enti pubblici o del terzo settore, nell'ambito dell'esecuzione della misura.

3. Misure in esecuzione penale minorile (artt-18-19 D.lgs. 121/2018)

- Detenzione domiciliare.
- Affidamento terapeutico (per minori con problemi di dipendenza o disturbi psicopatologici secondo articolo 27, d.P.R. 488/1988).
- Affidamento a strutture socio-sanitarie (comunità terapeutiche ad alta integrazione sanitaria secondo l'articolo 19, d.lgs. 121/2018).

4. Misure educative

- Progetti educativi individualizzati: interventi personalizzati finalizzati al recupero sociale e formativo del minore, anche all'interno degli Istituti Penali Minorili.
- Percorsi di formazione professionale, culturale e lavorativa.

La tutela della salute mentale in persone affette da disturbi mentali autrici di reato in misura di sicurezza

a) Normativa

Rete R.E.M.S: Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza detentive

Le Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (R.E.M.S.) sono state istituite per superare la misura di sicurezza detentive applicata fino al 2015 negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e nelle Case di Cura e Custodia per coloro che sono stati assolti per infermità mentale, ma al contempo considerati socialmente pericolosi.

La Legge 81/2014 ha rappresentato la tappa verso la sanitarizzazione e la deistituzionalizzazione degli Istituti di cura degli autori di reato con malattia mentale e ha disciplinato le misure di sicurezza e i principi di cura a cui fare riferimento. La legge di riforma non ha inciso sulle norme penalistiche delle misure di sicurezza, limitandosi a modificare le sedi di esecuzione dell'internamento delle persone sottoposte alla misura di sicurezza.

La Legge 81/2014 contiene una serie di elementi innovativi:

- il giudice dispone nei confronti della persona affetta da disturbi mentali autrice di reato l'applicazione di una misura di sicurezza, anche in via provvisoria, del ricovero in R.E.M.S., solo quando sono acquisiti elementi dai quali risulta che ogni misura diversa non è idonea ad assicurare cure adeguate a fare fronte alla pericolosità sociale di detto individuo. Inoltre, viene istituito l'obbligo, per il giudice di motivare la scelta di applicare una misura di sicurezza detentiva all'interno della R.E.M.S., considerata come *extrema ratio* rispetto alla possibilità di una gestione interna ai Dipartimenti di Salute Mentale territoriali;
- si assiste a una modificazione dell'accertamento della pericolosità sociale del soggetto, che viene ora accertata in base alle qualità soggettive della persona e non alle condizioni di vita individuale, familiare e sociale del reo, come avveniva prima, in accordo all'articolo 133 c.p.;
- viene imposto l'obbligo della redazione e dell'invio dei progetti terapeutico-riabilitativi individualizzati (PTRI) di tutti i pazienti nelle R.E.M.S. al Ministero della Salute e alla competente autorità giudiziaria entro 45 giorni dall'ingresso del reo in struttura. La ratio di questa disposizione è quella di evitare il rischio di istituzionalizzazione e la proroga sistematica delle misure di sicurezza in R.E.M.S. mediante la realizzazione di un programma dettagliato rispetto alle necessità assistenziali del soggetto;
- la durata delle misure di sicurezza detentive provvisorie o definitive non può superare la durata massima della pena detentiva prevista per il reato commesso, stabilita dall'articolo 278 c.p.p.. Questo evidenzia l'impossibilità di giungere all'istituzionalizzazione dei rei affetti da malattia mentale, fatta eccezione per l'ergastolo.

L'Accordo CU n. 188 del 30 novembre 2022 rappresenta un testo rilevante in termini di programmazione e operatività del sistema, introducendo rilevanti aggiornamenti della regolamentazione in tema di R.E.M.S. fra cui:

- l'istituzione di forme di coordinamento regionale strutturate (Punti Unici Regionali - PUR), che, operando d'intesa ed in costante raccordo con DSM e ASL, cui compete l'erogazione delle prestazioni sanitarie, assicurano specifiche attività in relazione alla Magistratura e all'Amministrazione Penitenziaria, compresa la prioritaria ricerca e facilitazione di soluzioni assistenziali in contesti non detentivi nell'ambito della gestione della lista d'attesa;
- la gestione unica regionale della lista di attesa per l'accoglienza in R.E.M.S., secondo specifici criteri di priorità, aggiuntivi a quello cronologico di assegnazione. A tale riguardo tuttavia la Corte Costituzionale, con la sentenza n. 22 del 27 gennaio 2022, richiama alla necessità di uno specifico intervento del legislatore che ripristini riserva di legge, ossia l'esigenza che sia una legge dello Stato a disciplinare la misura di sicurezza, con riguardo non solo ai "casi" in cui può essere applicata ma anche ai "modi" con cui deve essere eseguita. L'assegnazione alle R.E.M.S. resta, infatti, nell'ordinamento italiano una misura di sicurezza, disposta dal Giudice Penale non solo a scopo terapeutico ma anche per contenere la pericolosità sociale di una persona che ha commesso un reato;
- la definizione di indicazioni specifiche rispetto al progetto terapeutico-riabilitativo individualizzato (P.T.R.I.) che il DSM territorialmente competente definisce per ogni paziente al quale è applicata una misura di sicurezza per infermità psichica, attraverso la rete socio-assistenziale e con il dirigente responsabile della REMS qualora non sia possibile una diversa presa in carico;
- la definizione delle modalità di collaborazione con la Magistratura, mediante specifici Accordi, ai fini dell'attuazione delle disposizioni normative inerenti all'applicazione delle misure di sicurezza detentive,

alla loro trasformazione e all'applicazione di misure di sicurezza non detentive, al fine di migliorare l'appropriatezza degli inserimenti.

b) Stato dell'arte

I dati forniti dalle direzioni competenti del Ministero della Salute tramite censimento del 10 aprile 2025 riportano 39 R.E.M.S. attive per un totale di 709 posti sul territorio nazionale; per quanto riguarda la lista d'attesa dei soggetti con misura di sicurezza detentiva in attesa di essere accolti in REMS, al momento non esistono dati certi, tuttavia la sentenza della Corte Costituzionale n. 22/2022 riporta una forbice, al momento della redazione, tra le 670 e le 750 persone.

La stessa Corte ha segnalato come problematico l'assenza di un sistema informativo certo.

Per i soggetti che vengono raggiunti da misure di sicurezza detentiva si registra una lunga lista d'attesa e un'impropria collocazione alternativa o in regime di libertà, per carenza di posto letto in particolare in alcune aree regionali del territorio italiano. Tale dato non risulta al momento oggettivabile per l'assenza di sistemi informativi dedicati.

Le R.E.M.S assolvono all'esecutività delle seguenti Misure di Sicurezza:

- misure di Sicurezza detentiva "da eseguirsi in R.E.M.S.", del ricovero in CCC, ai sensi dell'articolo 219 c.p. Questa Misure di Sicurezza viene applicata nella situazione di vizio parziale di mente, nelle fattispecie degli articoli. 89, 95 e 96 c.p.;
- misure di Sicurezza detentiva "da eseguirsi in R.E.M.S.", del ricovero in OPG, ai sensi dell'articolo 222 c.p. Viene disposta sulla base dell'accertamento del vizio totale di mente, riconducibile alle fattispecie degli articoli 88, 95 e 96 c.p.;
- misure di Sicurezza Provvisoria: secondo quanto disposto dagli articoli. 206 c.p. e 312-313 c.p.p. Si tratta di pazienti, in attesa di giudizio, per i quali è stato già accertato il vizio di mente e rispetto ai quali la valutazione peritale ha verificato un livello di pericolosità tale da non potere essere gestita sul territorio, con programmi del DSM da realizzarsi secondo le previsioni dell'articolo 228 c.p. (Libertà Vigilata).

c) Problematiche

1. Le R.E.M.S. sono strutture sanitarie che si collocano in un'area di confine tra giustizia e sanità. Ai pazienti delle R.E.M.S. sono applicate le norme del Codice Penale e del Codice di Procedura Penale. La sentenza n. 22 del 2022 della Corte Costituzionale ribadisce chiaramente che l'esecuzione delle misure di sicurezza è competenza giudiziaria e non sanitaria, e quindi la gestione delle persone in misura di sicurezza dovrà prevedere un maggiore coinvolgimento del Ministero della Giustizia. Considerata la misura di sicurezza detentiva, gli ingressi e le dimissioni dalla R.E.M.S. per motivi giudiziari dipendono dal Magistrato competente, sulla base di un parere peritale psichiatrico forense, per il riconoscimento della pericolosità sociale e della non imputabilità, determinanti nell'attribuzione della misura di sicurezza detentiva al paziente. Sin da subito si è pertanto evidenziata la complessità di un sistema che avrebbe coinvolto la Sanità e la Giustizia chiamate a collaborare per garantire la salute e la sicurezza degli internati e degli operatori all'interno delle residenze. Tale considerazione ha determinato la necessità di formalizzare la collaborazione tra Sanità e Autorità Giudiziaria mediante la stipula di Accordi e/o Protocolli operativi fra le singole Regioni e il Ministero di Giustizia. Nonostante ciò è evidente che la mancata differenziazione dei percorsi di cura in base alle necessità assistenziali sta determinando l'esclusivo adempimento al mandato custodiale intaccando l'organizzazione e l'efficacia del percorso sanitario.
2. Talora appare problematica la necessità di raccordo con le competenti figure di polizia giudiziaria in ordine alle competenze da un lato di carattere amministrativo/giudiziario/di sicurezza e dall'altro alle competenze di carattere sanitario che necessitano di una maggiore distinzione e definizione, alla luce della Sentenza della Corte Costituzionale 22/2022.

3. Ulteriori contraddizioni sono emerse dal livello di applicazione della normativa penitenziaria vigente, evidenziando norme inapplicabili in ambito sanitario quali le limitazioni relative alla permanenza all'aperto (articolo 10 ord. penit.), l'apparato disciplinare (articoli 32-40 ord. penit.), l'impiego della forza fisica (articolo. 41, comma 1, ord. penit.), il regime di sorveglianza particolare (articolo 14 *bis* ord. penit.). Ulteriore inapplicabilità, a causa dell'impossibilità oggettiva di mantenimento del posto letto con garanzia di riammissione immediata in REMS in caso di fallimento, riguarda la Licenza Finale Esperimento (articolo. 53 ord. penit.) che di fatto non può essere più applicata ai soggetti "*internat*i".

4. La difficoltà di garantire la sicurezza all'interno delle R.E.M.S. nelle condizioni di collocazione di utenti gravati da elevati livelli di aggressività predatoria e violenza, amplificata dalla mancata differenziazione dei percorsi di cura in base alle necessità assistenziali, espone indiscriminatamente sia gli operatori sia le persone assistite, indipendentemente dalle loro caratteristiche cliniche e personologiche, al rischio di aggressione e violenza.

5. L'insufficienza dei posti letto R.E.M.S., unitamente al ricorso alla applicazione di misure di sicurezza detentive anche laddove non si sono verificate le condizioni di fallimento dei percorsi terapeutici alternativi, ha determinato la ormai cronica mancanza di disponibilità di posti letto utili a garantire l'immediata esecutività delle misure di sicurezza disposte dalla magistratura e ha generato la c.d. "lista d'attesa". A questo è seguito sia l'aumento dei pazienti autori di reato presenti nelle strutture residenziali territoriali in regime di libertà vigilata, che le collocazioni forzate per elevata necessità custodiale in carcere o in SPDC.

6. Inappropriatezza degli invii: tale problema può essere dovuto, come segnalato nella sentenza della Corte Costituzionale n. 22 del 2022, alla mancanza di *standard* definiti nella scelta della misura più appropriata in relazione alla situazione clinica e alla pericolosità sociale dei singoli interessati, nonché in taluni casi allo scarsa interfaccia e confronto nella fase di valutazione peritale con la rete dei servizi e strutture dei Dipartimenti di salute mentale nella fase di valutazione peritale. Nello specifico, l'inappropriatezza può essere determinata dall'inserimento in REMS di utenti con comportamenti violenti e con caratteristiche personologiche che si collocano nell'area della psicopatia aggravate dall'abuso di sostanze, senza alcun apparente disturbo psichiatrico maggiore primario per le quali la presa in carico in tali strutture sociosanitarie non risulta appropriata. Appare opportuno ricordare che la sentenza n. 9163 del 2005, pur estendendo anche ai disturbi della personalità il riconoscimento ai fini degli articoli 88 e 89 c.p., pone l'accento, oltre che sulla sussistenza del nesso causale con il fatto reato, sulla natura del disturbo che deve raggiungere elementi di consistenza, intensità, rilevanza e gravità tali da poter incidere sulla capacità di intendere e di volere. Il corretto inquadramento della gravità del disturbo di personalità è ad oggi una valutazione che non sempre tiene in considerazione i criteri individuati dalla Suprema Corte.

7. La distinzione fra Residenze di *Assessment* e di Mantenimento, teorizzate dalla legge 9/2012, non ha mai trovato riscontro applicativo concreto né è mai stata recepita dalla magistratura o dal Dipartimento di amministrazione penitenziaria nell'assegnazione degli internandi. Il tentativo di superare, mediante una generica classificazione funzionale a monte, l'assenza di percorsi di intensità assistenziale diversificati in base ai diversi bisogni clinici e criminogenici, ha drammaticamente evidenziato la natura residua custodialistica del sistema.

8. Difficoltà, da parte dei servizi territoriali, a concretizzare le dimissioni dei pazienti o a reperire il posto letto in strutture residenziali, con permanenze in R.E.M.S., in alcuni casi anche di anni, per soggetti ormai liberi; difficoltà nel reperire strutture che abbiano esperienza di riabilitazione forense.

9. Difficoltà di reperimento di personale adeguatamente formato per fronteggiare il *turn over* elevato che caratterizza i lavoratori del settore, considerato il particolare *target* di utenza e la necessità di competenze specifiche da parte del personale. Vista la specificità e peculiarità della materia, compatibilmente con le norme vigenti, va presa in esame la possibilità di una contrattazione locale decentrata che preveda incentivazione economica *ad hoc*.

10. La sicurezza dei pazienti e degli operatori è affidata alla vigilanza privata, che ha compiti di tutela delle strutture non di pubblica sicurezza, in violazione dall'art. 5 della legge 15 dicembre 1990, n. 395 (norma tuttora vigente), che attribuisce agli appartenenti al Corpo di Polizia Penitenziaria i seguenti compiti:

- assicurano l'esecuzione delle misure privative della libertà personale;
- garantiscono l'ordine all'interno degli Istituti di prevenzione e pena e ne tutelano la sicurezza;
- partecipano, anche nell'ambito di gruppi di lavoro, alle attività di osservazione e trattamento rieducativo dei detenuti e degli internati;
- espletano il servizio di traduzione dei detenuti e degli internati e il servizio di piantonamento degli stessi in luoghi esterni di cura;
- concorrono nell'espletamento dei servizi di ordine e sicurezza pubblica e di pubblico soccorso.

L'ipotesi prevista dalla normativa censurata dalla sentenza della Corte costituzionale n. 22 del 2022, ovvero che un singolo vigilante esterno debba garantire la sicurezza di professionisti e utenti, si è dimostrata utopica. La sicurezza degli operatori sanitari va gestita e assicurata.

d) Proposte operative: processi clinici, normativi e organizzativi

Processi Clinici

È auspicabile la strutturazione di un percorso di cura mirato che tenga conto della peculiarità del contesto forense, considerando che da un corretto *assessment* ne derivano trattamenti codificati secondo linee guida *evidence based* e che una adeguata valutazione a fini prognostici è necessaria per definire la destinazione della presa in carico in differenti strutture.

È di auspicio comune che il legislatore, come richiesto dalla Corte Costituzionale, modifichi profondamente l'assetto della attuale normativa prevedendo modelli (percorsi e strutture) di presa in carico in relazione all'intensità assistenziale e modulato per i diversi livelli di pericolosità, distinguendo nettamente le competenze in ambito di esecuzione delle misure di sicurezza che sono di esclusiva pertinenza del Ministero della Giustizia (quindi anche la sicurezza delle strutture e degli operatori, la notifica degli atti giudiziari ecc.) e l'assistenza sanitaria inclusa quella psichiatrica e psicologica che sono di esclusiva competenza del Ministero della Salute.

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per i pazienti autori di reato:

1. *Fase della presa in carico e assessment iniziale;*
2. *Percorso di cura: trattamenti codificati secondo linee guida evidence-based differenziate per patologie* (disturbi psicotici, disturbi dell'umore, disturbi gravi di personalità);
3. *Gestione del rischio di recidiva violenta*
4. *Rivalutazione Pericolosità Sociale*

1. Fase della presa in carico e assessment iniziale

La misura detentiva della R.E.M.S. presuppone l'emissione di un'ordinanza di applicazione di una misura di sicurezza detentiva da parte dell'autorità giudiziaria e la sua trasmissione al Dipartimento di Amministrazione Penitenziaria per l'assegnazione della R.E.M.S. di competenza territoriale e conseguentemente, in base alla residenza anagrafica, al Dipartimento di Salute Mentale titolare.

Dopo l'ingresso del paziente nella R.E.M.S., avviene la presa in carico da parte del personale interno alla struttura.

La valutazione clinica iniziale deve comprendere diverse aree:

- clinico-personologica;
- consapevolezza di malattia e *insight;*
- funzionamento cognitivo e *social cognition;*
- funzionamento sociale;
- rischio violenza, pericolosità sociale e psicopatia.

È opportuno che a livello nazionale si condivida un modello di valutazione del rischio e della valutazione di pericolosità onde avere dati confrontabili.

La sintesi dell'osservazione effettuata e il conseguente piano di trattamento personalizzato saranno riportati nel PTI-intramurario, che verrà condiviso con la ASL di appartenenza dall'utente.

La ASL di competenza, a sua volta, sarà convocata entro i primi 45 giorni di ricovero per la programmazione condivisa del PTRI da inviare all'Autorità Giudiziaria, che sarà rinnovato con cadenza trimestrale per evitare che si possa incorrere in ritardi nell'*iter* di rivalutazione della pericolosità sociale.

2. Percorso di cura: trattamenti codificati secondo linee guida evidence-based differenziate per patologie (disturbi psicotici, disturbi dell'umore, disturbi gravi di personalità).

I pazienti con disturbi mentali gravi autori di reato che accedono in R.E.M.S. sono accomunati esclusivamente da una misura di sicurezza detentiva e dalla pericolosità sociale, ovvero l'alta probabilità di recidiva di reato.

A causa della grande eterogeneità clinica dell'utenza (connotata da farmacoresistenza, elevata comorbilità per DUS, disturbi di personalità, ADHD, assetto cognitivo borderline, frequente marginalità sociale, con procedimenti penali pregressi o pendenze concomitanti) il trattamento dei pazienti psichiatrici autori di reato è caratterizzato da "alto costo/basso volume", alta intensità assistenziale e vocazione terapeutico riabilitativa.

Non esistono, in generale, linee guida codificate per questa specifica popolazione e le terapie impiegate si basano su ricerche effettuate sull'utenza dei servizi generali di salute mentale che vengono estense e applicate alla popolazione forense.

Vi è un consenso su alcuni specifici interventi farmacologici quali impiego di litio, clozapina e uso preferenziale terapia LAI, psicologici; DBT e psicosociali (psicoeducazione, cognitive remediation, SST, DBT Skill Training, riabilitazione vocazionale) nonché su elementi generali dell'erogazione dell'assistenza.

3. Gestione del rischio di recidiva violenta

Una valutazione approfondita dei fattori di rischio e protettivi è fondamentale per la valutazione del rischio e la prevenzione della recidiva. Le valutazioni del rischio sono necessarie sia nel contesto peritale/giudiziario, sia nella pianificazione di interventi trattamentali per i pazienti autori di reato e alla loro conseguente assegnazione a programmi specifici identificati in base al loro rischio.

Il rischio può essere stimato utilizzando valutazioni cliniche non strutturate, valutazioni attuariali del rischio (ARA) e giudizi professionali strutturati (SPJ). Esistono numerosi strumenti specifici di valutazione del rischio attualmente in uso. Una revisione sistematica della letteratura ha identificato 80 diverse variabili utilizzate nella misurazione della recidività violenta o sessuale e 20 strumenti di valutazione formale.

L'HCR-20 V3 è stato identificato come lo strumento più comunemente utilizzato sia in Europa che a livello internazionale seguito dalla *Psychopathy Checklist Revised* (Hare, 2003) per la valutazione della psicopatia. La revisione ha rilevato che gli strumenti sono efficaci nello *screening* degli individui a basso rischio di recidiva, ma hanno solo un valore predittivo positivo da basso a moderato.

A livello internazionale (Ogonah et al 2023) si ritiene che "*non vi è sufficiente evidenza scientifica per la poter avere una previsione affidabile del rischio di violenza*". Si ritiene infatti che gli strumenti testologici funzionino moderatamente bene per guidare il trattamento, ma sono limitati se vengono utilizzati come unico fattore determinante nei pareri peritali. I modelli di valutazione del rischio forense, quale ad esempio la HARM-FV comprensiva di una scala di registrazione degli agiti aggressivi AIS che consente un monitoraggio costante degli eventi violenti, generalmente si concentrano sui fattori di rischio piuttosto che sui fattori protettivi che ultimamente si sta cercando di enfatizzare, in attesa di maggiori riscontri scientifici. Ne sono un esempio la scala 3 e 4 del DUNDRUM e la valutazione strutturata di 17 elementi dei fattori protettivi per il rischio di violenza SAPROF che è stata sviluppata per essere utilizzata insieme all'HCR-20 V3.

Appare però necessario che anche in Italia si addivenga ad un sistema condiviso di valutazione della pericolosità come anche del rischio di recidiva che possa pesare e dare una misura del livello di pericolosità sociale e del livello di assistenza necessario, non fosse altro che per permettere un confronto tra regioni, con il sistema Giudiziario, con i periti.

4. Rivalutazione pericolosità sociale

In caso di osservazione di miglioramento clinico globale e di indicatori favorevoli interni e esterni rispetto al rischio di violenza è ipotizzabile da parte dei servizi territoriali la proposizione di un PTI che preveda la dimissibilità dalla R.E.M.S. attraverso un'udienza di rivalutazione della misura di sicurezza detentiva volta all'attenuazione o revoca della pericolosità sociale da parte dell'Autorità Giudiziaria.

In caso di revoca della misura di sicurezza della R.E.M.S, il paziente sarà preso in carico dal Servizio di Salute Mentale dipartimentale come soggetto libero.

In caso di attenuazione di misura della R.E.M.S. in libertà vigilata, l'utente sarà preso in carico dal Servizio territoriale coerentemente con le modalità contenute nel PTI proposto.

Processi normativi

Sul piano normativo è necessario rivedere la Legge 81/2014 in armonia con quanto indicato dalla sentenza della Corte Costituzionale n. 22 del 2022, fermo restando quanto previsto dalla sentenza della Corte Costituzionale n. 99 del 2019.

Processi Organizzativi

Dal punto di vista organizzativo si individuano come prioritarie le seguenti azioni:

- *Realizzazione in ciascuna regione del Punto Unico Regionale (P.U.R.)*

Il P.U.R., istituito dalla CU n. 188 del 30 novembre 2022, è l'organo di collaborazione interistituzionale per la gestione dei pazienti con misura di sicurezza, comprensivo di competenze sanitarie, forensi, di conoscenza del territorio, amministrative di supporto all'Autorità Giudiziaria (DAP, PRAP, Tribunali, Forze dell'Ordine) con l'obiettivo di fornire supporto all'Autorità Giudiziaria per dare esecuzione ai provvedimenti applicativi di misura di sicurezza detentivi e non detentivi in base al principio di territorialità.

- *Rivalutazione del fabbisogno del numero di posti letto R.E.M.S.*

È auspicabile, sulla base dell'esperienza maturata e dei dati disponibili, per ovviare alla problematica della lista d'attesa, effettuare a livello nazionale un'adeguata programmazione dei posti letto necessari, prevedendo altresì che ogni regione si doti almeno di una R.E.M.S. da 20 posti letto, mantenendo la possibilità nelle regioni a ridotta popolazione di creare strutture con un numero di posti letto inferiore (ma non meno di 10 posti letto).

Specifiche indicazioni da applicare per governare il fenomeno delle liste d'attesa si trovano all'interno della citata Conferenza Unificata n.188 che all'articolo 4, relativo ai "Criteri per la tenuta della lista d'attesa", evidenzia la dinamicità del fenomeno e identifica i criteri prioritari che ciascuna regione, di concerto con l'Autorità Giudiziaria, dovrà tenere in conto:

- data di applicazione della misura di sicurezza detentiva in R.E.M.S.;
- caratteristiche sanitaria del paziente;
- livello attuale di inappropriatezza della collocazione del paziente cui è applicata una misura di sicurezza detentiva immediatamente eseguibile con particolare riferimento allo stato di detenzione in Istituto Penitenziario o al ricovero in SPDC;
- adeguatezza, al momento di ogni revisione della lista d'attesa, delle soluzioni assistenziali, non solo residenziali, alternative alla R.E.M.S., da sottoporre alla competente Autorità Giudiziaria.

o *Implementazione a livello nazionale della Cabina di Regia Nazionale Interistituzionale*

La Cabina di regia, istituita presso il Tavolo di consultazione permanente per la sanità penitenziaria, comprende referenti ministeriali, regionali, tecnici sanitari, referenti dell'Amministrazione Penitenziaria, delle Forze dell'Ordine e della Magistratura, come previsto dall'articolo 13 CU n. 188 del 2022. La Cabina di regia assicura il "*coordinamento, il monitoraggio e la promozione di iniziative volte all'attuazione delle disposizioni normative anche in riferimento alla valutazione dell'adeguatezza delle risorse economiche dei fondi pertinenti all'attività di superamento degli ex OPG* […]", anche con la partecipazione di una rappresentanza della Magistratura ordinaria, su indicazione del Consiglio Superiore della Magistratura.

o *Definizione di specifici flussi ministeriali con garanzia di interoperabilità/potenziamento dei sistemi informativi vigenti.*

Come sancito nell'articolo 14 CU n. 188 del 2022 è di fondamentale importanza avere a disposizione un sistema informativo che consenta, sia a livello locale che nazionale, l'uniforme e continuo monitoraggio delle attività delle R.E.M.S.

Ad oggi l'assenza del sistema informativo di monitoraggio unico del Ministero della Salute/Agenas a livello nazionale non consente di avere dati univoci rispetto ai pazienti in misura di sicurezza detentiva (R.E.M.S. e lista d'attesa) e ai pazienti in misura di sicurezza non detentiva e non consente di estrapolare dati di *outcome*, *in primis* sulla recidiva, necessari per definire in termini di efficacia gli esiti della riforma.

In questo momento il Ministero della Salute non ha accesso diretto ai dati riguardanti i pazienti raggiunti da misura di sicurezza detentiva e non vi sono dati ufficiali disponibili dei pazienti in misura di sicurezza non detentiva e tanto meno sulla loro collocazione attuale.

Attualmente (come richiamato dalla sentenza n. 22 del 2022), i dati dell'attuale sistema informativo e quello del Ministero della Giustizia sono assolutamente e profondamente diversi. È necessario pertanto la realizzazione di un sistema informativo nazionale, del Ministero della Salute, integrato con gli attuali flussi informativi.

Si auspica la modifica del decreto ministeriale 15 ottobre 2010 per colmare l'attuale gap informativo sulle attività delle R.E.M.S. Tale modifica, oltre alla condivisione dei contenuti informativi con le regioni e province autonome e gli altri *stakeholders*, nell'*iter* formale di adozione deve prevedere anche l'acquisizione del parere dell'Autorità garante della privacy e l'accordo con la Conferenza Stato-Regioni.

o *Attivazione di referente/equipe forensi presso i DSM*

Elemento portante dell'impianto organizzativo è la costituzione nei Dipartimenti di Salute Mentale delle Unità di Psichiatria Forense, mediante la formazione di *equipe* forensi, deputate a sostenere l'attività

territoriale nella gestione di quei soggetti che necessitano di competenze di diversa natura: psichiatriche e giuridiche. Queste *equipe* specifiche sono da inquadrare all'interno dei Dipartimento di Salute Mentale integrati. Le unità di psichiatria forense, all'interno dei Dipartimenti di Salute Mentale, dovrebbero essere composte da professionisti aventi diverse competenze professionali per soddisfare pienamente la funzione di raccordo tra Periti, Servizi Territoriali, Magistrati e psichiatri degli Istituti di pena.

Si ritiene opportuna la presenza di uno psichiatra con esperienza documentata in ambito forense, di uno psicologo in grado di poter valutare e organizzare valutazioni di tipo testologico che diviene cruciale per un inquadramento ottimale del soggetto autore di reato e di un Educatore professionale o terapista della riabilitazione psichiatrica capace di interfacciarsi, sin dall'inizio, con i vari attori che si dovranno occupare del paziente autore di reato, da un assistente sociale.

Questo assetto organizzativo consentirebbe una condivisione nella stesura del PTRI già dalle fasi iniziali dell'applicazione della misura di sicurezza (detentiva e non) per la persona affetta da disturbi mentali autrice di reato, sia con la creazione di PTRI extragiudiziari e la successiva presa in carico da parte dei Servizi Psichiatrici Territoriali per le persone imputabili con problemi di salute mentale e la gestione organizzata della documentazione forense del dipartimento. Appare altresì opportuno che tale struttura/funzione sia collegata/integrata con il PUR Regionale.

Le unità di Psichiatria Forense hanno il compito di inter-mediazione con i soggetti istituzionali preposti nella definizione e nell'attuazione del progetto di cura (Procura, Tribunale, Periti, R.E.M.S., UEPE, Enti locali, ecc.); di attivazione di percorsi alternativi concretizzabili sul territorio; di monitoraggio, presa in carico del percorso; di consulenza psichiatrica presso le Case Circondariali di competenza. Esse sono deputate a supportare ed accompagnare i pazienti autori di reato nel corso del loro provvedimento giuridico, in qualsivoglia contesto sociale essi siano inseriti (istituti di pena, carcere, R.E.M.S., comunità terapeutiche, territorio). Inoltre, sono mediatrici della comunicazione fra la psichiatria e l'Autorità Giudiziaria. Tali *equipe* si interfacciano con i periti in fase di stesura del loro elaborato (nello specifico nella parte in cui sono chiamati ad identificare il percorso di cura più idoneo a contenere le istanze di pericolosità sociale del paziente).

La presenza dell'*equipe* forense all'interno del Dipartimento Integrato di Salute Mentale ha la finalità di garantire una adeguata gestione dei pazienti complessi, fungendo da snodo di coordinamento nella presa in carico dei soggetti autori di reato e da supporto, nel circuito giudiziario, agli altri professionisti sanitari che seguono il paziente. A tal proposito è opportuno promuovere l'integrazione dei servizi per questi soggetti anche al di fuori della realtà carceraria, per diminuire la divagazione dei pazienti nei vari servizi presenti sul territorio.

Al fine di rispondere alla complessità clinica di questi soggetti che presentano con elevata frequenza comorbidità con patologie legate all'uso di alcol o sostanze stupefacenti, i Dipartimenti di salute mentale integrati dovrebbero avviare sperimentazioni di gestione condivisa coinvolgendo personale delle UOC Dipendenze nell'attività delle Equipe Forensi.

Per dare piena applicazione a tale sinergia di intervento si fornisce indicazione alle UUOO coinvolte di definire in modo specifico un Progetto Terapeutico Individuale Condiviso (PTIC).

- *Sperimentazione di strutture residenziali specializzate nel trattamento di persone con disturbi mentali autori di reato con misure di sicurezza non detentiva.*

È auspicale attivare un percorso di sperimentazione di strutture specializzate per il trattamento delle persone libere vigilate che attualmente non trovano sempre adeguata risposta nell'offerta dei servizi esistenti.

Tale previsione mira al rafforzamento delle rete di strutture afferenti ai Dipartimenti di salute mentale, in linea con quanto indicato dalla sentenza della Corte Costituzionale n. 22 del 2022 che, nel raccomandare la realizzazione, sull'intero territorio nazionale, di un numero di REMS sufficiente a far fronte ai reali fabbisogni, evidenzia che tale obiettivo debba conseguirsi *"nel quadro di un complessivo e altrettanto urgente potenziamento delle strutture sul territorio in grado di garantire interventi alternativi adeguati rispetto alle necessità di cura e a quelle, altrettanto imprescindibili, di tutela della collettività (e dunque dei diritti*

*fondamentali delle potenziali vittime dei fatti di reato che potrebbero essere commessi dai destinatari delle misur*e)".

Piano di Azione Nazionale in Salute Mentale Carcere e R.E.M.S.

Sviluppare una cultura forense diffusa nell'ambito dei Dipartimenti di salute mentale

OBIETTIVO	AZIONI	ATTORI	INDICATORI
Migliorare la tutela della salute mentale per persone detenute/imputabili (Da realizzarsi entro 5 anni)	rivalutazione del fabbisogno di ATSM e attivazione delle equipe di salute mentale in carcere in funzione delle necessità delle Regioni/PA aggiornamento delle regolamentazioni per il funzionamento delle ATSM garantire continuità assistenziale e presa in carico integrata salute mentale/dipendenze	1 Ministero salute/ Regioni 2 Ministero salute/ Ministero Giustizia (Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria)/Regioni 3 Regioni/ASL e AA.OO.	1 Esistenza di provvedimenti interministeriali e regionali relativi ai nuovi fabbisogni individuati 2 definizione di linee di indirizzo per funzionamento delle ATSM (documento) 3 esistenza di indicazioni che identifichino e valorizzino percorsi di presa in carico integrata
Adeguamento del numero di posti letto in strutture terapeutiche per minori autori di reato che presentano patologia psichiatrica e/o doppia diagnosi in situazione di acuzie/sub acuzie (Da realizzarsi entro 3 anni)	Definizione della programmazione del numero di posti letto per ogni Regione in proporzione alle necessità regionali	Ministero della salute/Regioni	Attivazione regionale dei p.l. mancanti
Migliorare l'appropriatezza della presa in carico territoriale per le persone affette da disturbi mentali autrice di reato (Da realizzarsi entro 3 anni)	Sperimentazione di strutture residenziali specializzate nella realizzazione del PTRI di persone con disturbi mentali autori di reato con misure di sicurezza non detentiva	Ministero salute/ Ministero Giustizia /Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria/Regioni	Documento: linee di indirizzo per sperimentazione di strutture residenziali specializzate nella presa in carico di persone con disturbi mentali autori di reato con misure di sicurezza non detentiva

OBIETTIVO	AZIONI	ATTORI	INDICATORI
Sistema informativo ministeriale su pazienti autori di reato in mds (Da realizzarsi entro 3 anni)	Superamento SMOP e creazione database ministero salute/giustizia per sistema informativo nazionale flussi	Ministero della salute/Ministero Giustizia/ Regioni /Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria	Realizzazione sistema informativo e output annuale dei dati suddivisi per regione
Adeguamento del numero di p.l. di REMS (Da realizzarsi entro 3 anni)	Definizione della programmazione del numero di posti letto per ogni Regione in proporzione alle necessità regionali	Ministero della salute/Regioni	Decreto interministeriale (Salute e Giustizia) del fabbisogno regionale di p.l. di REMS Attivazione regionale dei p.l. mancanti
Attivazione referente forense/equipe forense per ogni DSM (Da realizzarsi entro 3 anni)	Individuazione referente forense per ogni dipartimento di salute mentale	Regioni/ASL e AA.OO.	Numero di Dipartimenti che hanno nominato la figura del referente forense
Sistema omogeneo nazionale per la valutazione della pericolosità e per l'identificazione del livello di sicurezza (Da realizzarsi entro 3 anni)	Istituzione gruppo lavoro ministero, Tavolo tecnico, regioni, società scientifiche	Ministero della salute/Regioni	Adozione documento con raccomandazioni degli strumenti per la valutazione della pericolosità
Proposta gruppo lavoro ministero, Tavolo tecnico, regioni, società scientifiche per produzione documento di consenso con raccomandazioni sui trattamenti *evidence based* (Da realizzarsi entro 5 anni)	Definizione di un documento di consenso sui trattamenti *evidence based* per autori di reato (specifici interventi farmacologici (litio, clozapina e uso preferenziale terapia LAI), psicoterapici (interventi basati sulla CBT, DBT, MBT) e psicosociali (psicoeducazione, cognitive *remediation*, SST, Skill Training, riabilitazione vocazionale)	Ministero della salute/Regioni	Produzione documento con raccomandazioni sui trattamenti *evidence based* Diffusione del documento di raccomandazioni attraverso programmi formativi regionali

OBIETTIVO	AZIONI	ATTORI	INDICATORI
Rete strutture dedicate ai liberi vigilati (Da realizzarsi entro 3 anni)	Individuazione all'interno della rete dell'assistenza residenziale di un numero congruo (alla realtà regionale) di strutture dedicate al trattamento riabilitativo residenziale dei liberi vigilati, o realizzazione di programmi terapeutico riabilitativi ad elevata intensità di cura	Regioni/ASL e AA.OO.	Creazione rete residenziale dedicata ai pazienti autori di reato in libertà vigilata

Capitolo 4

Salute Mentale: Risk *Management* e Sicurezza

La prospettiva contemporanea di gestione del rischio clinico in psichiatria richiede l'identificazione delle criticità nell'ambito dei percorsi di diagnosi e cura degli utenti dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), sia nei *setting* ospedalieri, dove fino ad oggi si è concentrata prevalentemente l'attenzione, sia per i servizi territoriali, nei quali i trattamenti cura possono risultare più complessi e diversificati e dove vi può essere una carenza nel numero di operatori. È opportuno che la cultura e le iniziative rivolte alla gestione del rischio clinico siano rivolte sia nell'ambito ospedaliero che nell'ambito territoriale secondo le diverse caratteristiche organizzative e di intervento.

In quest'ottica il *risk management*, che vede come elemento centrale della sua funzione la sicurezza delle cure, fin dalla sua istituzione, è uno strumento fondamentale per il governo clinico, in quanto rappresenta l'insieme delle strategie, delle pratiche e dei processi mirati a identificare, valutare, monitorare e mitigare i rischi associati alla cura dei pazienti psichiatrici, contribuendo altresì alla promozione della qualità delle cure erogate.

Gli strumenti operativi del *risk management*, quali la segnalazione degli eventi sentinella, il monitoraggio, l'analisi sistematica degli eventi avversi accaduti (*incident reporting*) e l'analisi delle cause (*root cause analysis* e *significant event audit*) rappresentano una premessa fondamentale per la stesura di procedure e protocolli di sicurezza atte a gestire e ridurre le situazioni a rischio identificando le aree di maggiore criticità. È, infatti, solo con l'analisi delle vulnerabilità dei singoli *setting* di cura che è possibile intervenire in maniera efficace, concreta e specifica nelle singole realtà cliniche, andando oltre l'estrema variabilità delle caratteristiche dei servizi sul territorio nazionale, in modo da garantire una continua azione di miglioramento della sicurezza, efficienza ed efficacia dei trattamenti erogati.

Va rilevato che oggi, nell'ambito della salute mentale, l'obiettivo della sicurezza delle cure si declina anche con la necessità di garantire la **sicurezza del personale sanitario** (vedi, a tal proposito, l'istituzione da parte del Ministero dell'Osservatorio Nazionale sulla Sicurezza degli Esercenti le Professioni Sanitarie nel 2022) riducendo al minimo gli eventi avversi e promuovendo un ambiente terapeutico sicuro, requisito fondamentale per un buon governo clinico del processo di cura e per la qualità del servizio reso agli utenti.

Particolare rilevanza ha assunto tale fenomeno nell'ambito della salute mentale, anche perché con attuazione della L. 81/2014 si è presentata la necessità di adeguamento delle **capacità di gestione** dei DSM ad una popolazione di utenti con disagio mentale e con particolari problematiche di comportamento, che non appartengono all'utenza tradizionale dei Dipartimenti e che richiedono trattamenti integrati complessi, con competenze psicoterapeutiche e socio riabilitative avanzate, nonché un alto rischio di reiterare agiti aggressivi, che possono mettere a rischio la sicurezza degli operatori sanitari.

Di estrema delicatezza è **l'acquisizione del consenso informato alle cure**, sancito dalla nostra Costituzione, che presenta in ambito di salute mentale aspetti di particolare problematicità, in quanto alcuni utenti, per via delle loro condizioni psicopatologiche, possono non disporre delle risorse mentali e cognitive per esprimere liberamente il consenso in determinati momenti del decorso della patologia. È da valutare la riconcettualizzazione, in ambito della salute mentale, della capacità di esprimere il consenso in forma gradata su un *continuum* da rapportarsi all'obbligo di cura, protezione, vigilanza e sorveglianza. Il *continuum* può andare da un rapporto del tutto analogo a quello applicato in qualsiasi altro contesto sanitario al trattamento sanitario obbligatorio. Appare comunque sempre prioritario promuovere la partecipazione del paziente e dei famigliari alla definizione del percorso di cura così da implementare l'adesione consapevole ai trattamenti proposti.

Da controllare con particolare attenzione è l'interazione ospedale-territorio: ad esempio la definizione dei percorsi di cura nei passaggi di presa in carico, nei quali la criticità è garantire una effettiva continuità di cura ed evitare la perdita di contatto terapeutico con pazienti complessi.

E', inoltre, fondamentale la formazione del personale all'utilizzo di linee guida *evidence based* per la cura delle diverse patologie, la loro implementazione a livello nazionale, nonchè la verifica di efficacia dei

trattamenti effettuati. In un'ottica di attenzione alla qualità dell'assistenza erogata, che non può prescinde dal migliorare e monitorare l'efficacia e la sicurezza delle cure con la promozione di indicatori specific alla reale attività dei servizi e attenzione alla qualità percepita, da parte dei pazienti e dei loro famigliari.

Infine va posta grande attenzione all'adeguamento strutturale dei luoghi di cura, ai criteri di sicurezza per gli utenti e per gli operatori, con la realizzazione di spazi adeguati, la scelta e l'uso di arredi e strumenti idonei a garantire ambienti confortevoli e terapeutici, privi di oggetti o spazi potenzialmente pericolosi e non sorvegliabili, ma corrispondenti alla necessità e alle caratteristiche del ricovero in psichiatria.

Di grande importanza è la valutazione della esperienza di cura, da parte dei pazienti e famigliari, inclusa la percezione di sicurezza e qualità dell'assistenza. Così come appare prioritario l'attenzione al benessere psichico degli operatori, esposti a situazioni di forte *stress* o rischio di aggressione e di *burn out*.

Normativa:

D.M. 5 marzo 2003; DPR 7 luglio 2006; D.M. 11 dicembre 2009; Legge n.189/2012; D.M. n. 70 del 2 aprile 2015; Legge n. 24 dell'8 marzo 2017; D.M. 19 dicembre 2022

Il D.M. 20 marzo 2008 prevede attivazione Osservatorio Nazionale Eventi.Il D.M. 11 dicembre 2009 istituisce, ilSistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (SIMES);" - Il *Global Patient Safety Action Plan* 2021–2031 e Il P*atient Safety Incident Reporting And Learning Systems: technical report and guidance: World Health Organization*

D.M. 13 gennaio 2022, integrato con il D.M. 7 dicembre 2023

Legge n. 81/2014

Articoli 2, 13 e 32 della Cost. (v. Cass.Pen., Sez. IV, 11 luglio 2001, n. 35822).

Convenzione sui diritti dell'uomo e la biomedicina (Convenzione di Oviedo) del 1997, documento acquisito dal nostro ordinamento con la legge 28 marzo 2001, n. 145) e la Carta dei diritti fondamentali dei cittadini dell'Unione Europea del 2004 (C364/01).

Codice di deontologia medica: articoli 35, 36, 37 e 38

Legge 22 dicembre 2017, n. 219 in tema di consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento, definita "pianificazione condivisa delle cure" all'articolo 1, comma 2

Normativa e disposizioni in materia dell'utilizzo di linee guida.

a) Legge 8 marzo 2017, n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita."

b) Decreto del Ministro della salute 27 febbraio 2018 "Istituzione Sistema Nazionale Linee Guida"

Di particolare pertinenza per il *risk management*, in un processo di promozione della qualità delle cure, negli SPDC sono gli:

- ***Indicatori di sicurezza,*** eventi che vanno costantemente e primariamente attenzionati e monitorati:

  - ✓ **Incidenza di eventi sentinella:**
    - Tassi di aggressioni (verso personale, utenti, oggetti), autolesionismo o suicidi;
    - Errori terapeutici: errori nella somministrazione di farmaci, come dosaggi errati o somministrazione a pazienti sbagliati;
    - Allontanamento dal reparto non concordato.

- ✓ **Incidenti ambientali:** situazioni critiche verificatesi legate alla struttura (ad es., accesso ad oggetti pericolosi, mancanza di dispositivi di sicurezza), all'organizzazione del servizio oppure ad omessa sorveglianza, che possono compromettere la sicurezza dei pazienti e degli operatori
- ✓ **Tasso di contenzioni:** frequenza, adeguatezza e durata delle contenzioni
- ✓ **Tempi di risposta agli eventi critici:** tempo impiegato dal personale per intervenire in situazioni ad alto rischio.
- ✓ **Tempi di effettiva presa in carico:** valutazione del paziente all'ingresso e impostazione trattamento
- ✓ **Benessere degli operatori:** Attenzione al benessere psichico degli operatori che possono essere esposti a situazioni di forte *stress* o aggressione e a rischio di *burn out*.

L'attività di prevenzione e controllo del *risk management* si realizza mediante la promozione di:

- ***Protocolli e strumenti di sicurezza***: stabilire procedure per gestire e ridurre situazioni di rischio. Utilizzo di presidi tecnologici che consentano rapidi interventi in situazioni critiche (telecamere, allarmi. Rilevatori di fumo, uscite di sicurezza).
- ***Protocolli per la sorveglianza e il monitoraggio degli effetti collaterali dei farmaci utilizzati:*** in particolare effetti metabolici e cardiovascolari delle terapie farmacologiche croniche.
- ***Attenzione al benessere psichico degli operatori:*** *con attivazione se necessari di supporti psicologici per ridurre lo stress come ad es. gruppi di debrifing, defusing, dopo situazioni di criticità, sostegno psicologico individuale, supervisione di casi complessi, promozione del lavoro di equipe.*
- ***Formazione del personale***: formazione continua per affrontare situazioni di emergenza e utilizzare tecniche di comunicazione empatica e di *de-escalation*.
- ***Definizione del rischio dei pazienti***: valutazione del rischio per ogni paziente (ad esempio, tendenze suicidarie o comportamenti aggressivi) al momento del ricovero e periodicamente (scale di valutazione standardizzate).
- ***Gestione ambientale:*** progettazione e disposizione degli spazi in modo da ridurre le possibilità di autolesionismo e aggressioni (ad esempio, eliminazione di oggetti contundenti o punti di ancoraggio), ma anche favorire ambienti confortevoli e ampi in cui gestire, *detendere,* situazioni difficili e promuovere socializzazione e riabilitazione precoce, presupposti necessari ad una migliore qualità del "clima di reparto" e della qualità delle cure erogate. Adeguamento del personale sia in termini numerici che di formazione multidisciplinare per l'ottimizzazione della cura e la promozione di attività riabilitative precoci.
- ***Mappatura delle aree critiche:*** identificazione di zone particolarmente vulnerabili come le stanze di isolamento, i bagni o le aree di soggiorno comuni, dove il rischio di incidenti può essere maggiore e introduzione di correttivi (es. video sorveglianza) anche mediante l'utilizzo di strumenti proattivi di *risk management* (e.s, *Safety Walk Round, Failure Mode and Effects Analysis*, ecc).

Piano di Azioni Nazionale per il *RISK MANAGEMENT* in Salute Mentale

Sviluppare piena conoscenza dei rischi presenti all'interno dei processi di salute mentale e prevenzione degli stessi.

OBIETTIVO	AZIONI	ATTORI	INDICATORI
Valutazione e prevenzione dei rischi logistici presenti nei reparti ospedalieri e negli SPDC per attuazione di comportamenti suicidari o di aggressività eterodiretta ed autodiretta (Da realizzarsi entro 3 anni)	Stesura di indicatori specifici di riferimento a livello regionale sulla base dell'analisi degli *incident* reporting verificatesi e della letteratura internazionale attuale, per l'	Regioni/ASL e AA.OO	▪ Presenza di procedure e indicatori Regionali specifici di riferimento per la sicurezza logistica degli SPDC con avvio di processi di adeguamento delle singole strutture ai requisiti richiesti.

	adeguatezza strutturale e organizzativa degli SPDC in termini di appropriatezza e sicurezza degli arredi, dei dispositivi, degli spazi, degli ambienti, rispetto attuazione di agiti auto ed etero aggressivi. -Report Annuale degli *incident* reporting verificatesi per problematiche strutturali/ambientali in ogni AA.OO, ASL e messa in atto di azioni di miglioramenti specifiche		▪ Presenza di Report annuali aziendali e regionali in termini di adeguatezza strutturale e/o di miglioramento organizzativo messo in atto in relazione agli eventi sentinella verificatesi e alle indicazioni regionali Riduzione degli eventi sentinella ▪ Numero di analisi approfondite delle cause degli eventi sentinella
Sviluppo di protocolli operativi per la salute mentale in carcere e la prevenzione del suicidio (Da realizzarsi entro 3 anni)	Da valutare con UO Penitenziarie Censimento: esigenza di salute mentale in ambito penitenziario a livello regionale Differenziazione dell'esigenza di salute mentale in base alle specificità delle CC e CR Sviluppo di interventi psicologici specifici e valutabili per i nuovi giunti, interventi specifici per i detenuti a rischio suicidio etc. (procedure prevenzione suicidio in carcere)	Regioni/ASL e AA.OO	Report a ASL e Regione su indicatori specifici

Segnalazione e analisi di eventi avversi legati all'aggressività etero diretta e attuazione di procedure di prevenzione e gestione dell'aggressività specifiche. (Da realizzarsi entro 3 anni)	Audit per ogni evento rilevante connesso a comportamenti aggressivi, con identificazione e messa in atto di azioni di miglioramento specifico. Attuazione di misure di prevenzione, quali ad es.: A) Stesura di procedure di gestione e prevenzione dell'aggressività. B)Identificazione dei pazienti a rischio, (ad es. con uso di scale di valutazione validate) C) Formazione del personale a tecniche di d'*escalation* e riconoscimento situazioni a rischio	Regioni/ASL e AA.OO	▪ Presenza di procedure specifiche a livello DSM aggiornate periodicamente sulla base degli audit effettuati. Report annuali con anali casistica da ASL/AA.OO a Regione per eventi sentinella (omicidi, aggressione fisiche gravi crisi pantoplastiche. ▪ Percentuale di operatori che hanno effettuato corsi di descalation (100%) ▪ Riduzione degli eventi sentinella ▪ Report annuali aziendali e regionali in termini di adeguatezza strutturale e/o miglioramento organizzativo messo in atto in relazione agli eventi sentinella e eventi avversi verificatesi e alle indicazioni regionali
Prevenzione, segnalazione e monitoraggio, dei tentativi di suicidio e autolesionismo messi in atto in ambiente ospedaliero (Da realizzarsi entro 5 anni)	Ampliamento e aggiornamento delle raccomandazioni ministeriali per la prevenzione del suicidio all' ambito del ricovero psichiatrico. Stesura di procedure aziendali specifiche per la psichiatria. Sviluppo di *audit* per ogni evento verificatosi. Formazione del personale all'identificazione e gestione del rischio	Ministero/Regioni/ASL e AA.OO.	▪ La presenza di procedure aggiornate ogni quattro anni a livello aziendale, che abbiano recepito le indicazioni delle linee guida nazionali Presenta report annuali con analisi casistica delle Asl/AA.OO a Regione ▪ Percentuale di personale che ha effettuato corsi di formazione specifica ▪ Numero di suicidi/tentati suicidi avvenuti in ambito ospedaliero
Promozione della trasparenza e della conoscenza delle attività e delle modalità della degenza, sia in SPDC che nelle comunità riabilitative, per una adesione consapevole ai progetti di cura e alle regole applicate alla degenza (Da realizzarsi entro 3 anni)	Stesura di "carte dei servizi" da consegnare ai pazienti e famigliari all'ingresso in struttura/degenza, che contengano l'offerta di cura erogabile nello specifico SPDC o nella comunità terapeutica in oggetto, le regole di convivenza e di sicurezza applicate	ASL e AA.OO	Presenza di protocolli di accoglienza, con regole di comportamento da tenere, interne agli SPDC, e alle comunità protette. Presenza di "carte dei servizi" che illustrino l'offerta di cura prevista, le attività svolte, le regole di comportamento richieste

Valutare il livello di soddisfazione dei famigliari e utenti (Da realizzarsi entro 3 anni)	Stesura di questionari di gradimento da dare ai pazienti alla dimissione dai reparti e annualmente agli utenti nei servizi territoriali	ASL e AA.OO	Analisi semestrali di *customer* dei questionari somministrati ai famigliari e ai pazienti;
Monitoraggio della contenzione, teso alla riduzione ed al superamento di tale procedura nella gestione delle gravi agitazioni psicomotorie (Da realizzarsi entro 3 anni)	Stesura per ogni azienda Ospedaliera o ASL di Protocolli e procedure della contenzione in armonia con le linee di indirizzo del ministero per il superamento della contenzione. -Registrazione delle contenzioni effettuate su registro regionale. -Promozione delle pratiche previste dalle linee di indirizzo ministeriale, tese al superamento della necessità di dover ricorrere alla pratica contenzione per gestione aggressività.	Regioni/ASL e AA.OO	▪ Presenza di protocolli operativi dettagliati per la contenzione per ogni AAOO ▪ Registro delle contenzioni, ospedaliero e regionale ▪ Report semestrale dei dati, con riduzione della pratica
Prevenzione effetti collaterali dei trattamenti farmacologici (Da realizzarsi entro 3 anni)	Segnalazione di: eventi avversi verificatesi, implementazione e /o strutturazioni di protocolli di monitoraggio effetti collaterali	Regioni/ASL e AA.OO	Riduzione o non comparsa di eventi avversi segnalati a livello DSM e regionale
Miglioramento gestione casi complessi, che richiedano interventi multidisciplinari (Da realizzarsi entro 3 anni)	Stesura di protocolli condivisi con SERD e NPIA e servizi di disabilità cognitiva, sulla gestione di pazienti complessi	Regioni/ASL e AA.OO	Presenza per ogni AAOO, ASL di protocolli di gestione adolescenti in acuzie, pazienti doppia diagnosi, disabilità, disturbi del neurosviluppo con SERD NPIA, psicologia clinica
Migliorare gli interventi sulle acuzie psichiatriche, nei luoghi di cura: sul territorio, servizi d'urgenza-emergenza, pronto Soccorso Reparto (Da realizzarsi entro 3 anni)	Creazione di procedure condivise fra i vari "attori" del processo di gestione delle acuzie psichiatriche, creazione di raccomandazioni e/ linee-guida di trattamento farmacologico e comportamentale	Regioni/ASL e AA.OO Servizi di Emergenza urgenza, Forze dell'ordine, Pronto soccorso	-Presenza, per ogni A.O./ ASL, di protocolli di gestione delle acuzie psichiatriche con Pronto Soccorso, SPDC. AREU /118. Forze dell'ordine. -Riduzione degli eventi sentinella e *incident* reporting specifici

Sicurezza degli operatori sanitari

Definizione della problematica

Lavorare in un ambiente sicuro è un diritto del lavoratore.

Negli ultimi anni abbiamo assistito ad un incremento rilevante di episodi di aggressività nei confronti degli operatori sanitari; fra questi, particolarmente esposti sono i lavoratori nell'ambito della salute mentale, con conseguenze "drammatiche" in termini di perdita di sicurezza percepita, dei luoghi di lavoro e con un rischio ingravescente di aumento di insorgenza di *burnout* per i lavoratori della sanità, quando non anche di patologie psichiche legate alle esperienze traumatiche vissute.

La gestione di tale fenomeno non può essere demandata ai soli operatori sanitari ma necessita di interventi coordinati fra diversi attori istituzionali, in cui i ruoli siano chiaramente definiti, così come le specifiche competenze, al fine di attuare interventi efficaci ed in sicurezza sia per l'utente che per gli operatori a diverso titolo coinvolti; in tal modo si garantisce anche agli operatori sanitari il diritto alla sicurezza che riconosciuto a tutti i lavoratori.

Non sempre, infatti, situazioni rischiose e pericolose sono gestite in maniera adeguata e coordinata; spesso si manifestano confusione di ruoli ed interpretazioni della norma contrastanti che alimentano controversie inter-istituzionali e criticità, riguardanti sia il diritto alla cura per i pazienti che il diritto alla sicurezza per gli operatori sanitari.

Ciò si verifica a maggior ragione in situazioni complesse di comorbilità ovvero di non pertinenza strettamente psichiatrica, fino ad arrivare agli estremi di situazioni antisociali se non francamente delinquenziali, in cui il coinvolgimento richiesto agli operatori sanitari è meramente custodialistico, in contrasto netto con il mandato sanitario della salute mentale.

Appare pertanto importante apportare elementi di chiarificazione normativa e elementi propositivi di miglioramento.

Gestione dell'aggressività comportamentale

Nei casi di aggressività manifesta ovvero potenziale e imminente, laddove emergano elementi suggestivi di concrete possibilità in tal senso, è compito delle Forze dell'Ordine agire per un'azione a carattere repressivo ovvero preventivo, ove necessario, adeguatamente proporzionata all'evento stesso. L'azione preventiva/repressiva, inquadrabile all'interno della tutela dell'ordine e della sicurezza pubblica, sarà quindi finalizzata alla salvaguardia dell'incolumità del soggetto ovvero degli altri soggetti presenti, ivi compresi gli operatori sanitari, indipendentemente dalle eventuali alterazioni delle facoltà mentali del soggetto aggressivo.

Sedi di intervento

Quanto sopra descritto è applicabile senza distinzioni di sorta in qualsiasi luogo, pubblico o privato, territoriale o ospedaliero, considerata la finalità ultima per le Forze dell'Ordine di tutela della collettività e della sicurezza pubblica.

Competenze dei soggetti coinvolti

Personale Sanitario

L'obiettivo delle attività trattamentali in capo al personale sanitario è sempre orientato alla cura dei quadri clinici eventualmente diagnosticati e può prevedere un contenimento farmacologico dell'aggressività secondo linee di indirizzo condivise.

Non è competenza del personale sanitario la gestione dell'aggressività fisica manifesta, se non nelle more dell'articolo 52 c.p., relativo alla legittima difesa, o all'articolo 54 relativo allo "Stato di necessità": "*Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo*".

Forze dell'Ordine

In presenza di un soggetto che sta compiendo atti di violenza nei confronti di sé stesso, di astanti o del personale intervenuto o presente, o che si trovasse nell'imminenza di attuare tali agiti comportamentali, è compito dell'operatore di Polizia provvedere alla prevenzione/repressione del reato con una proporzionata azione di contenimento per garantire le condizioni di sicurezza, anche se il soggetto violento sia affetto da alterazioni delle facoltà mentali.

Guardie giurate

Si tratta di soggetti incaricati di pubblico servizio con poteri di redazione di verbali e relazioni di servizio, atti a preservare le strutture in cui sono preposti (ad es. strutture sanitarie), garantendone una cornice di sicurezza. A tale proposito, nella loro funzione complementare e sussidiaria, **non sostitutiva rispetto alle Forze dell'Ordine**, possono essere chiamate, in situazioni di necessità, nell'attesa dell'arrivo di queste ultime che hanno il compito di reprimere i reati e di tutelare la sicurezza pubblica. Non sono abilitate ad intervenire direttamente sui soggetti pericolosi se non in "stato di necessità".

Collaborazione con le Forze dell'Ordine per comportamenti violenti o aggressivi

Indipendentemente dalle motivazioni della condotta aggressiva di un soggetto nei diversi contesti, siano esse ospedaliere o territoriali, riconducibili alle attività del DSM, per assicurare che l'intervento richiesto sia effettuato in modo efficace, rapido e sicuro, consentendo l'inizio dei trattamenti necessari alla cura della patologia di base, è necessaria la presenza delle Forze dell'ordine fino al venir meno del comportamento aggressivo.

È necessario che ci sia tempestività e dettaglio di comunicazione fra gli attori coinvolti al fine di una collaborazione fattiva che permetta sia interventi efficaci che tempi d'intervento ridotti al minimo. In tal senso si auspica la stesura di protocolli condivisi con un intervento prioritario da parte delle Forze dell'Ordine che permetta di ridurre concretamente il pericolo di aggressione per i sanitari o altre persone presenti (ad es. i degenti), in particolare all'interno delle strutture ospedaliere.

Collaborazione con le Forze dell'Ordine per i TSO

Una situazione particolare riguarda i soggetti con un trattamento sanitario obbligatorio per disturbo mentale; in questi casi i trattamenti possono essere non solo obbligatori ma coattivi.

L'eventuale necessità di coercizione fisica del paziente non collaborante/aggressivo dovrà essere attuata, in ottemperanza di una ordinanza del Sindaco, dalla Polizia Locale coadiuvata, ove necessario, dalle Forze di Polizia.

Nell'attuazione dell'ordinanza rimangono ben distinti i ruoli del personale sanitario e della Polizia Locale o, in generale, della Forza Pubblica: al personale sanitario spetta assistere e tutelare comunque la salute del paziente, alla Polizia Locale portare a compimento l'esecuzione dell'ordinanza sindacale.

In particolare, le modalità più idonee relative al contenimento del soggetto aggressivo dovranno essere valutate dall'operatore di polizia in un'ottica di legittimità e proporzionalità.

Va comunque ricordato che, in armonia con quanto previsto dall'articolo 54 c.p. relativamente allo stato di necessità, di fronte a comportamenti che evidenzino un rischio attuale, ovvero immediato, per l'incolumità del soggetto o di terzi, sono giustificati interventi di tipo ispettivo e coattivo della Forza Pubblica, indipendentemente dalla presenza di ordinanze relative a TSO o ad ASO.

Normativa di riferimento:

Legge 23 dicembre 1978, n. 833, articoli 33, 34 e 35. Legge 13 maggio 1978, n. 180, successivamente confluita nella legge n. 833. Art.32 della Costituzione, che sancisce il diritto alla salute

Testo Unico delle Leggi di Pubblica Sicurezza (r.d. 6 maggio 1940, n. 635)
Codice penale: articoli 52, 53; 54 e 610
Codice civile: articolo 2047

Linee guida sull'applicazione di ASO e TSO per malattia di mente ai sensi degli articoli 33, 34 e 35 della legge 23 dicembre 1978, n. 833" (Accordo tra il Ministro della salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano 09/038/CR/C7).

Linee Guida Regionali per i Dipartimenti di Salute Mentale in materia di Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) e Accertamento Sanitario Obbligatorio (ASO)- (articoli 33 e 34 legge n. 833 del 13 dicembre 1978 e legge n. 180 del 13 maggio 1978).

Conferenza delle Regioni e Province autonome (09/038/CR/C7) "Raccomandazioni in merito all'applicazione di accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale (articoli 33, 34 e 35 della legge 23 dicembre 1978, n. 833)"

Protocollo operativo "La gestione del soggetto non collaborante-aggressivo nei confronti del personale sanitario" Aulss 3 "Serenissima-Venezia del 28 novembre 2023 con parere favorevole del Ministero dell'Interno

Corte Costituzionale - Sentenza 76 del 5 maggo 2025 (ECLI:IT:COST:2025:76) Giudizio di legittimità costituzionale in via incidentale. Norme impugnate: Articoli 33, 34 e 35 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

TABELLA DI SINTESI

OBIETTIVO	AZIONI	ATTORI	INDICATORI
Formazione del personale sanitario e prevenzione (Da realizzarsi entro 3 anni)	Programmi di formazione e addestramento del personale sanitario con obbligatorietà corsi di *descalation* per gli operatori. Linee guida o procedure per il trattamento dei comportamenti aggressivi	ASL e AA.OO.	Percentuale di Aziende che hanno definizione e implementazione di un piano formativo per le attività indicate
Sicurezza del paziente e degli operatori: prevenzione ambientale e organizzativa (Da realizzarsi entro 5 anni)	Interventi di attuazione di cambiamenti strutturali: adeguamento delle strutture a criteri di sicurezza anche con il ricorso a dispositivi tecnologici (videocamere, allarmi alle porte, apertura delle porte con codice o con tag che innescano allarme all'avvicinarsi a una porta, ecc.) e di maggior vivibilità (spazi adeguati). Miglioramento e adeguamento dei reparti a standard organizzativi che permettono nella degenza, attività anche risocializzanti e riabilitative.	ASL e AA.OO.	Programmazione dei lavori ed effettuazione degli interventi, adeguamento organico con presenza figure professionali necessari, verifica annuale, *working progress*

Capitolo 5
Salute Mentale e Integrazione Socio-Sanitaria

PREMESSA

I determinanti della salute mentale sono multifattoriali: di natura biologica, psicologica e sociale. Particolare rilevanza assumono i fattori sociali in integrazione con gli aspetti sanitari per la realizzazione di percorsi di prevenzione, cura e riabilitazione per le persone con gravi disturbi mentali.

Centrale è la presa in carico da parte dei Dipartimenti di salute mentale che si traduce non solo nel trattamento terapeutico-riabilitativo multiprofessionale ma anche intervenendo nel contesto di vita della specifica persona, con percorsi di cura e di integrazione sociale, cogliendo le opportunità territoriali e relazionali. Obiettivo principale del percorso è la realizzazione di una effettiva partecipazione alla vita sociale, con una tensione verso l'implementazione della contrattualità e l'affermazione dei diritti di cittadinanza. Abitare, lavorare, relazionarsi, sono alcuni dei verbi che le persone dovrebbero poter coniugare nella vita quotidiana in relazione alle loro effettive possibilità, necessità e aspettative.

In questa ottica, l'articolo 26 "*Assistenza sociosanitaria alle persone con disturbi mentali*" dei Livelli Essenziali di Assistenza, approvati con il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 (GU n. 65 del 18 marzo 2017, Suppl. Ordinario n. 15) – determina che il Servizio sanitario nazionale garantisca 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 includa 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. In particolare, sono previsti la definizione, attuazione e verifica del programma terapeutico-riabilitativo e socioriabilitativo personalizzato da parte dell'*equipe* multiprofessionale in accordo con la persona e in collaborazione con la famiglia; interventi terapeutico-riabilitativi e socio-educativi volti a favorire il recupero dell'autonomia personale, sociale e lavorativa; interventi sulla rete sociale formale e informale. L'assistenza distrettuale alle persone con disturbi mentali è integrata da interventi sociali in relazione al bisogno socioassistenziale emerso dalla valutazione.

Nonostante i Livelli Essenziali di Assistenza, purtroppo i Dipartimenti di Salute Mentale faticano a fornire una risposta appropriata ed efficace alla complessità dei problemi in quanto risultano ad oggi ancora assenti le condizioni strutturali e i contesti tecnici innovativi per una integrazione delle politiche e delle risorse del sistema sanitario con quelle del sistema sociosanitario e sociale. Andrebbero promosse politiche, iniziative formative e metodologie innovative per una reale integrazione degli interventi e interoperabilità delle risorse del sistema sanitario, sociosanitario e sociale al fine di fornire risposte appropriate alle persone con gravi disturbi psichici o severi problemi di salute mentale, realizzando percorsi di cura personalizzati e partecipati capaci di promuovere autonomie e reinserimento 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 comunità, di socialità/affettività, 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.

INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA E ASSISTENZA PRIMARIA

L'OMS Europa il 9 aprile 2025 ha pubblicato un nuovo documento programmatico "*Scaling up mental health services within the PHC approach: lessons from the WHO European Region*" che presenta strategie chiave basate sull'evidenza su come i paesi possono potenziare i servizi di salute mentale nell'ambito di un approccio di assistenza primaria che enfatizza l'assistenza integrata e centrata sulla persona.

Nel documento si evidenzia come la salute mentale è influenzata tanto dalle circostanze della vita quanto da fattori biologici. Reddito, alloggio, istruzione, occupazione e relazioni sociali svolgono tutti un ruolo fondamentale e le difficoltà legate a questi aspetti della vita sono spesso le cause profonde del disagio

mentale. Se non affrontati, questi determinanti sociali contribuiscono a peggiorare la salute e ad aumentare le disuguaglianze tra i gruppi di popolazione.
L'assistenza primaria è in grado di aiutare a colmare sia il divario terapeutico sia molti determinanti sociali. È anche vicina ai luoghi in cui le persone vivono, lavorano e crescono le loro famiglie, il che la rende una posizione ideale per rilevare i primi segnali di malattia e fattori di *stress*, offrire un supporto culturalmente appropriato e raggiungere le popolazioni svantaggiate che altrimenti potrebbero non avere accesso ai servizi sanitari. Questa vicinanza e fiducia rendono inoltre l'assistenza primaria un punto di riferimento naturale per il collegamento con i servizi di altri settori e per mettere in contatto le persone con altre risorse utili nella loro comunità, come i servizi sociali o i programmi scolastici.
Il documento programmatico dell'OMS Europa si concentra sulle seguenti 4 strategie chiave per potenziare i servizi di salute mentale nell'assistenza primaria:
1) migliorare le competenze di salute mentale degli operatori di assistenza primaria attraverso l'istruzione (livello universitario) e la formazione;
2) integrare i *teams* di cure primarie con professionisti della salute mentale;
3) potenziare i collegamenti tra servizi di cure primarie e servizi specialistici di salute mentale;
4) favorire la collaborazione multi-settoriale per affrontare i determinanti sociali della salute mentale.
In particolare, nell'ambito della quarta strategia si evidenzia come la collaborazione con i diversi settori - sanità pubblica, istruzione, edilizia abitativa, protezione sociale, polizia, giustizia penale, servizi per l'impiego, luoghi di lavoro - consente un approccio olistico alla salute mentale, riconoscendo che i determinanti sociali, i fattori ambientali e i contesti sociali hanno un impatto sul benessere mentale.

INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA E RESIDENZIALITA' PSICHIATRICA

Le Comunità Terapeutiche rappresentano ambienti di cura residenziali complessi all'interno dei quali viene svolto uno specifico Progetto Terapeutico – Riabilitativo Personalizzato, concordato con il paziente, la famiglia e l'*equipe* del Servizio inviante, finalizzato alla cura, alla riabilitazione ed al reinserimento sociale e lavorativo della persona. Queste strutture rappresentano un tassello fondamentale in quanto offrono spazi di cura residenziali capaci di riattivare processi evolutivi, relazionali e trasformativi. Le Comunità Terapeutiche non sono semplici luoghi di assistenza ma in esse la dimensione clinica si intreccia con quella riabilitativa e con il sociale. È auspicabile che tali Comunità costituiscano una rete che favorisca le best practice, validate da studi scientifici, e sviluppi la buona residenzialità.

Infatti, come evidenziato in Rapporti ISTSAN 23/9 del 2023 nella pubblicazione "*Residenzialità psichiatrica: analisi e prospettive" del Gruppo di Lavoro "Residenzialità Psichiatrica*", gli studi di valutazione disponibili mostrano che la durata della permanenza nelle strutture residenziali è superiore rispetto alle indicazioni, con processi di 'reistituzionalizzazione' o 'transistituzionalizzazione' in cui esse assumono la funzione di 'case per la vita", limitando così la possibilità di tornare a una vita indipendente. Il basso tasso di occupazione lavorativa risulta connesso alla carenza di adeguati programmi di riabilitazione volti a ottenere e mantenere un impiego competitivo per le persone con problemi psichiatrici. È frequente, inoltre, una risposta inadeguata all'autonomia e all'autogestione, con atteggiamenti di "tutela" del personale che ostacolano l'acquisizione delle competenze necessarie per la vita indipendente. Un persistente isolamento sociale è connesso infine alla dipendenza del paziente dal personale delle strutture. In generale, emerge la scarsità di pratiche orientate alla recovery" e ad "un maggior rischio di comportamenti disfunzionali da istituzionalizzazione". Va inoltre considerato il rilevante impatto economico nei servizi, con un impegno di risorse che potrebbero essere utilizzate in modo maggiormente appropriato e con migliori esiti di qualità della vita. La riconversione di una parte delle risorse per la residenzialità psichiatrica verso una serie di azioni correlate all'integrazione socio sanitaria può rappresentare un percorso virtuoso, efficace ed efficiente, per le persone con gravi disturbi mentali. Tra le diverse azioni di integrazione socio sanitaria che possono essere messe in campo in alternativa alla residenzialità si segnalano il budget di salute, la valutazione multidimensionale con interventi innovativi *evidence-based*, il supporto all'abitare, i progetti IESA, i percorsi di inclusione lavorativa, il supporto tra pari e la prescrizione sociale.

IL *BUDGET* DI SALUTE

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 innovative proposte nel favorire l'integrazione tra il sistema di cura ed il sistema di comunità nel campo della salute mentale in Italia.

Il *budget* di salute è uno strumento 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, implementando autonomia ed *empowerment* nell'ambito dei percorsi di cura.

I *budget* di salute o strumenti similari sono stati sviluppati in diversi Paesi, tra cui Regno Unito, Belgio, Danimarca, Italia, Finlandia, Austria, Francia, Svezia, Germania, Australia e Stati Uniti, sebbene con diverse tipologie di programmi e con una variabilità di criteri di inclusione e valutazione degli esiti. La *Systematic Review* "*Benefits and challenges of a personal budget for people with mental health conditions or intellectual disability; a systematic review*" di Micai e altri colleghi, pubblicata il 4 agosto 2022 su *Frontiers in Psychiatric*, ha evidenziato nella popolazione interessata dall'utilizzo del budget di salute una soddisfazione personale correlata alla maggiore scelta e motivazione, alla maggiore partecipazione nella vita comunitaria e nell'occupazione assistita legata all'autogestione delle iniziative e a una migliore qualità della vita.

Si tratta pertanto di promuovere l'attuazione a livello regionale ed aziendale di quanto definito nell'Intesa della Conferenza Unificata n. 104 del 6 luglio 2022 "*Linee programmatiche: progettare il Budget di salute con la persona-proposta degli elementi qualificanti*", attraverso iniziative formative specifiche per i professionisti delle unità di valutazione multidimensionale e la definizione di percorsi procedurali in grado di consentire un'appropriata applicazione di quanto previsto.

In particolare, dovrebbero essere realizzati "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." Il Budget di salute "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 (formazione-lavoro, socialità/affettività, abitare,) e si strutturano 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, convergono 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."

In questo ambito prioritaria è l'elaborazione di protocolli operativi e linee guida tra i soggetti territoriali coinvolti nella presa in carico, attraverso l'operatività di team multidisciplinari psico-sociale-sanitario-educativo-formativo. Infine, a livello locale va approfondita la tematica della Case history, prevedendo un budget per intercettare precocemente i disagi, percorsi di integrazione per la popolazione di detenzione o post detenzione, il potenziamento dei servizi di etnopsichiatria.

D'altro canto, le principali linee guida nell'ambito delle *'Severe Mental Illness'* prevedono una individualizzazione delle cure (psichiatria di precisione) e obiettivi orientati alla *recovery* personale. Questo approccio implica l'utilizzo di nuovi strumenti valutativi ed indicatori sempre più specifici finalizzati ad ottenere un profilo dell'utente completo e in grado di orientare i differenti attori nel sostenere le scelte di vita della persona.

In termini più generali, si tratta di implementare il modello organizzativo gestionale del *Budget* di salute sull'intero territorio nazionale, attraverso interventi sociosanitari flessibili e integrati, capaci anche di sviluppare efficienti collaborazioni con il Terzo settore, per promuovere obiettivi formativi e lavorativi, legati all'abitare e all'inclusione sociale, rivolti a persone con disturbi psichici severi. Particolare rilievo riveste la co-

programmazione tra Aziende Sanitarie e Enti Locali, con il coinvolgimento degli Enti del Terzo settore e di tutti i soggetti potenzialmente interessati alla costruzione del Budget di Salute (es. associazioni, cooperative, famiglie e privati) e finalizzata all'identificazione dei bisogni, degli interventi, delle modalità di realizzazione degli stessi e delle risorse disponibili. Inoltre, nella realizzazione del *Budget* di Salute, deve essere incentivata la partecipazione attiva delle figure di utenti esperti per esperienza o facilitatori.

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. n. 328/2000) e **prevedere sistemi autorizzativi e di accreditamento istituzionale** per la cogestione di progetti personalizzati con Budget di Salute orientati alla valorizzazione dei processi e alla qualità delle connessioni tra i nodi della rete dei sostegni e delle opportunità. In particolare, nel superare la standardizzazione delle forme di risposta ai bisogni e la conseguente rigidità dei sistemi d'offerta, vanno individuati nuovi modelli regolativi pubblico privati a maggior supporto della personalizzazione degli interventi, alla generatività delle opportunità inclusive e al sostegno competente alla fruizione delle stesse. Cruciale in questa fase è il coinvolgimento delle associazioni di utenti e familiari.

LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

Il bisogno terapeutico riabilitativo e assistenziale della persona è valutato in tutte le sue dimensioni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale, con esplorazione allargata alle risorse e alle preferenze personali, familiari e di coloro che compongono la rete relazionale, nonché in considerazione delle opportunità offerte dal contesto di vita della persona. La valutazione multidimensionale delle persone con bisogni complessi è realizzata da apposita *equipe* funzionale multiprofessionale costituita da tutte le componenti dell'offerta assistenziale sanitaria, sociosanitaria e sociale e con il coinvolgimento della persona, della sua famiglia e della rete relazionale di riferimento.

La valutazione multidimensionale, effettuata con modalità, procedure e strumenti tesi all'individuazione del profilo di bisogno, guida l'elaborazione del progetto personalizzato, nella considerazione prioritaria, oltre che delle cure terapeutiche, anche delle possibilità di domiciliarità e abitare inclusivo, apprendimento, espressività, affettività e socialità, formazione e lavoro, con assunzione di obiettivi di abilitazione e di capacitazione della persona, in relazione all'intensità dei supporti necessari.

Il progetto è elaborato dall'*equipe* multiprofessionale insieme con la persona e la famiglia ed è realizzato entro percorsi assistenziali integrati che coinvolgono tutte le componenti dell'offerta sanitaria, sociosanitaria e sociale. I contenuti e le modalità di costruzione del progetto sono definiti per area di bisogno, con attribuzione delle responsabilità professionali e di servizio in capo ai soggetti coinvolti e con individuazione delle risorse dedicate. L'*equipe* di valutazione riconsidera il profilo di bisogno della persona in relazione alle diverse fasi del progetto.

Al fine di garantire il massimo grado di personalizzazione della risposta ai bisogni della persona e all'inclusione sociale, l'organizzazione dei servizi dedicati è riorientata verso modelli che integrano i determinanti di salute e di qualità della vita. Detti modelli valorizzano la natura relazionale, abilitante e capacitante dell'assistenza e, a tale fine, attivano, nella rete di cura e sostegno, le risorse familiari, solidali e comunitarie locali, con particolare riguardo alle realtà del Terzo settore, quali fattori produttivi di mantenimento e sviluppo della salute.

Per l'innovazione dell'assistenza sociosanitaria entro direttrici di solidarietà, partecipazione e sussidiarietà, è valorizzato il protagonismo della comunità civile con sviluppo della collaborazione cooperativa nel rapporto fra enti pubblici ed enti del Terzo Settore. Nell'ambito del partenariato, l'ente del Terzo Settore coprogramma, coprogetta e cogestisce con il soggetto pubblico programmi e progetti personalizzati, in particolare mediante apporto di occasioni di domiciliarità e abitare inclusivo, apprendimento, espressività e

socialità, formazione e lavoro, rimanendo in capo al servizio pubblico la responsabilità del percorso assistenziale integrato.

INTERVENTI INNOVATIVI ED EVIDENCE-BASED

Il progetto elaborato dall'Unità di valutazione multidimensionale deve prevedere interventi nell'ambito degli assi del *budget* di salute. Tali interventi devono essere erogati nel rispetto dei 5 principi CHIME (Leamy et. al. 2011):

1) ***C**onnectedeness* (Connessione);
2) ***H**ope* (speranza e ottimismo);
3) ***I**dentity* (identità);
4) ***M**eaning in life* (significato della vita);
5) ***E**mpowerment*.

In questo ambito si distinguono alcuni interventi innovativi tra cui il *Wellness Recovery Action Plan*, l'*Illness management recovery*, il *Recovery colleges e recovery education program,* il *Refocus* e il Supporto tra pari, di seguito dettagliati.

Il **WRAP,** acronimo di *Wellness Recovery Action Planning* (https://www.wellnessrecoveryactionplan.com), è uno degli interventi innovativi orientati alla *recovery*, finalizzato alla promozione della vita e del benessere desiderati dalla persona con problematiche di salute mentale. I cinque concetti chiave al centro del WRAP che, insieme ai valori e all'etica dell'intervento, aiutano a renderlo concreto nella nostra vita sono:

1. *Speranza*. La convinzione che possiamo stare meglio, mantenere il nostro benessere e realizzare i nostri sogni e obiettivi. Riflettendo su cosa significa la speranza per noi, possiamo anche individuare modi per aumentarla nella nostra vita.
2. *Responsabilità personale*. Sta a ciascuno di noi agire e fare ciò che è necessario per stare bene. Possiamo decidere cosa significa per noi la responsabilità personale e quali passi vogliamo intraprendere per prenderci cura di noi stessi e del nostro benessere.
3. *Educazione*. Imparare il più possibile da ciò che stiamo vivendo aiuta a prendere buone decisioni in tutti gli aspetti della nostra vita. Ognuno di noi può definire cosa significa educazione per sé stesso e quali passi vuole intraprendere per apprendere di più in qualsiasi area.
4. *Autoaffermazione*. Esprimere i propri bisogni e rivolgersi agli altri ci aiuta a ottenere ciò di cui abbiamo bisogno, desideriamo e meritiamo per sostenere il nostro benessere e il nostro percorso di recovery. Possiamo determinare autonomamente come vogliamo praticare l'autoaffermazione in diverse aree della nostra vita, inclusi i modi in cui comunichiamo i nostri bisogni e le nostre preferenze agli altri.
5. *Supporto*. Ricevere supporto dagli altri e offrire supporto agli altri ci aiuta a sentirci meglio e a migliorare la qualità della nostra vita. Siamo noi a decidere cosa significa supporto per noi, cosa cerchiamo nelle persone che ci supportano e in che modo vogliamo sia fornire che ricevere supporto.

L'*Illness management recovery* (IMR), comprende una varietà di interventi progettati per aiutare le persone a migliorare la loro capacità di superare gli effetti debilitanti delle loro malattie sul funzionamento sociale e nei ruoli. Le componenti principali di questo intervento sono le seguenti:

- psicoeducazione;
- adattamento comportamentale;
- prevenzione delle ricadute;
- addestramento delle abilità di *coping*.

Lo *Strengths Model* si fonda su 6 principi molto semplici:

1) le persone con disabilità psichiatriche possono guarire, riprendersi e trasformare le loro vite;

2) il *focus* è sui punti di forza individuali piuttosto che sui *deficit*;
3) a comunità è vista come un luogo naturale di risorse;
4) l'utente che conduce il processo di aiuto;
5) la relazione operatore-utente è fondamentale ed essenziale;
6) il *setting* primario del nostro lavoro è la comunità.

Il ***Recovery Colleges*** e il ***Recovery Education Program*** sono una nuova iniziativa rivolta a persone con disturbi mentali, mirata a supportare il loro percorso di *recovery* e a ridurre le disuguaglianze.
In primo luogo, i *Recovery Colleges* si basano sulla teoria e la pratica della formazione per adulti, piuttosto che su modelli clinici o terapeutici. Per questo motivo condividono molte delle caratteristiche fondamentali di un *college* per adulti: registrazione, iscrizione, programmi trimestrali, personale a tempo pieno, insegnanti a contratto e un ciclo annuale di lezioni. I partecipanti sono studenti (non pazienti, clienti o utenti di servizi) e il loro obiettivo è quello di essere luoghi seri di apprendimento. Alcuni *college*, infatti, si trovano fisicamente all'interno di istituti di istruzione per adulti tradizionali (ad., il *Mayo Recovery College* in Irlanda) o in ambienti di istruzione superiore (ad ., *Boston University Recovery Education Program*).

In secondo luogo, offrono una gamma di corsi educativi che gli studenti possono personalizzare in base alle loro specifiche esigenze. Questi corsi spesso si concentrano sullo sviluppo di nuove competenze che possono favorire vari aspetti del loro percorso di *recovery* (in senso ampio). Possono includere corsi su fattori legati alla salute, come la gestione della malattia, l'autocura e la salute fisica; oltre a corsi su competenze di vita, occupazione e tecnologia dell'informazione.

In terzo luogo, i *Recovery Colleges* si distinguono per il coinvolgimento significativo di persone in *recovery* (pari) in tutti gli aspetti della vita del *college*. I pari sono spesso impiegati come insegnanti dei corsi, da soli o in collaborazione con altri esperti. Questo approccio è noto come co-erogazione. I pari sono anche frequentemente coinvolti nella *governance* e nella gestione del *college*, con un ruolo attivo nelle decisioni riguardanti il *curriculum*, la struttura, il personale e la filosofia generale. Questa collaborazione tra professionisti e pari è conosciuta come co-produzione. L'enfasi sulla co-erogazione e sulla co-produzione rende i *Recovery Colleges* distinti rispetto alle pratiche educative tradizionali.

Refocus

Refocus è un intervento finalizzato ad accrescere l'attenzione dei servizi di salute mentale dell'età adulta verso il sostegno alla *recovery* personale. Quest'intervento è da utilizzare in aggiunta alle cure *standard* e consiste di due componenti: le relazioni che promuovono la *recovery* e le prassi di lavoro. Scopo primario dell'intervento è sostenere la personale degli utenti dei servizi di salute mentale. Questo implica, da parte dell'utente, di impegnarsi per raggiungere i propri obiettivi con un supporto collaborativo degli operatori solo quando necessario. Il tipo di sostegno e la modalità con cui viene fornito dagli operatori sono definiti in base ai punti di forza, ai valori e alle preferenze riguardo al trattamento caratteristici per ogni persona.
Le relazioni che promuovono la *recovery* costituiscono il cuore dell'intervento con gli operatori e gli utenti che lavorano insieme come collaboratori. All'interno di questo tipo di relazione gli operatori utilizzano la loro competenza clinica come una risorsa per le persone che cercano di trovare i modi per andare avanti nella loro vita. I servizi sono "a fianco della persona e non sopra" implicando nuovi modi per gli operatori e gli utenti di relazionarsi e lavorare insieme.

Integro intervento psicoeducativo per il raggiungimento degli obiettivi, metodologia d'intervento che riunisce in modo coerente e funzionale strategie basate sulle evidenze: dalla definizione degli obiettivi, all'abilitazione cognitivo-emozionale, al *problem solving*, alle abilità di comunicazione, alle tecniche di rilassamento applicabile anche in SPDC.

IL SUPPORTO ALL'ABITARE

L'abitare rappresenta uno degli elementi fondamentali della vita, in particolare nell'ambito della presa in carico delle persone con gravi disturbi mentali. Abitare non si coniuga solo con la possibilità di avere una casa nella quale vivere acquisendo le capacità di saper gestire in modo autonomo i diversi aspetti da affrontare: dalla gestione quotidiana delle risorse economiche alla preparazione dei pasti, fino alle pulizie. Significa in

primo luogo acquisire le capacità di saper vivere fuori della casa, nel quartiere, con punti riferimento per le necessità della vita quotidiana e per la realizzazione di una rete relazionale con le risorse sociali disponibili, con la possibilità di frequentare luoghi di aggregazione e di avere una bussola che consenta una capacità di orientamento sul territorio. Il miglioramento dell'autostima e dell'*empowerment* determinato dall'abitare una casa può rappresentare un elemento propulsivo per la formazione e l'inserimento nel mondo del lavoro.

I servizi riabilitativi per le persone con psicosi complesse, secondo le linee guida del Nice del 2020, dovrebbero:

- fornire assistenza personalizzata e centrata sulla persona attraverso la collaborazione e la condivisione del processo decisionale con il coinvolgimento degli utenti del servizio e dei loro accompagnatori;
- essere offerti nell'ambiente meno restrittivo e mirare ad aiutare le persone a progredire da un sostegno più intensivo ad una maggiore indipendenza attraverso la riabilitazione;
- riconoscere che non tutti ritornano allo stesso livello di indipendenza che avevano prima della malattia e potrebbero aver bisogno di un alloggio assistito (ad es. assistenza residenziale, alloggi assistiti o servizi di sensibilizzazione fluttuanti) a lungo termine.

Per poter realizzare l'abitare con protagonista le persone con gravi disturbi mentali c'è bisogno di poter attuare percorsi di integrazione sociosanitaria flessibili e personalizzati, tenendo conto delle storie uniche e del contesto.

Importante è il sistema motivazionale con l'implementazione dei processi di autodeterminazione e la condivisione delle scelte, l'inclusione come senso di appartenenza nel quartiere, con la possibilità di avere più punti riferimento, con opportunità d'incontro e socializzazione.

Le persone con disagio mentale vivono meglio e si sentono più sicure se percepiscono di trovarsi all'interno di una comunità e di una rete di supporto, in un territorio dove negozi, trasporti pubblici e altri servizi necessari sono facilmente accessibili.

Vanno costruite buone relazioni con i residenti promuovendo un maggior rispetto reciproco e maggiore fiducia, contrastando lo stigma e i pregiudizi, anche con attività educativa nelle scuole, ai fini dell'accettazione delle persone con disturbi psichici.

Necessaria è una flessibilità che significa possibilità di scegliere tra tipi di alloggi, dove e con chi abitare, modelli di co-pagamento, piani di trattamento e di supporto, in base alle esigenze dei singoli utenti, valutando le loro caratteristiche, i loro bisogni e le loro aspettative. Rilevante è l'apporto del volontariato come fattore di inclusione sociale.

Importante è il ruolo del *case manager* che può offrire assistenza individuale, sociale, sanitaria e lavorativa, mettendo in rete le varie risorse del territorio (organizzazioni, associazioni, cooperative), e i servizi di salute mentale che sono coinvolti con la persona in un percorso di *recovery*.

Deve essere attentamente valutata e monitorata la capacità di gestione del denaro, che dovrebbe fare parte del piano di recupero personale. Le persone con problemi di salute mentale solitamente spendono più denaro quando non stanno bene, ma l'amministrazione diretta del denaro da parte degli utenti è un passo estremamente importante sulla loro strada verso l'autonomia e la responsabilità personale, promuovendo anche il diritto di scelta, l'autodeterminazione e l'aumento della contrattualità delle persone.

Il supporto all'abitare deve rappresentare un obiettivo centrale per la salute mentale comunitaria, mantenendo il percorso della residenzialità psichiatrica per le persone con gravi disturbi mentali che non sono in grado di affrontare una convivenza in una civile abitazione, anche se assistiti.

È quindi necessario promuovere l'"abitare assistito" come ulteriore passaggio da delineare a livello regionale ed aziendale che non rientra nell'ambito delle strutture residenziali psichiatriche così come definite nell'Accordo 116, approvato in Conferenza Unificata il 17 ottobre 2013, anche con una riduzione dei costi per il servizio pubblico.

Il supporto all'abitare (SuAb) si può articolare in tre percorsi:

1) *più di natura riabilitativa*, in uno spazio temporale definito con altri utenti, fino ad un massimo di cinque, per consentire di (ri)acquisire le capacità di una vita indipendente in un contesto abitativo normale, finalizzato all'uscita dall'abitazione condivisa;
2) *più di natura assistenziale*, a lungo termine, anche in costanza di obiettivi riabilitativi da perseguire, per consentire un supporto continuativo ma flessibile, in una abitazione condivisa con altri utenti;
3) *più di accompagnamento nei percorsi riabilitativi per le persone che vivono nel proprio nucleo familiare*, da sole o con altre persone.

Nella prospettiva di una più estesa articolazione delle forme di residenzialità previste dall'art. 33 del Decreto del Presidente del Consiglio de Ministri del 12 gennaio 2017, tutti e tre i percorsi, attualmente, rientrano nella fattispecie dell'assistenza domiciliare in civili abitazioni, da non identificare come strutture, con possibilità di locazioni di natura sia pubblica che privata, sulla base di progetti personalizzati da parte dei Dipartimenti salute mentale delle ASL, garanti della progettualità.

L'assistenza e i percorsi riabilitativi sono modulati in modo flessibile nell'ambito dei diversi tre percorsi in relazione alla progettualità condivisa, con operatori professionali qualificati, anche del Terzo Settore, fermo restando la responsabilità dei progetti da parte del servizio pubblico.

I progetti IESA

È importante anche la promozione dell'inserimento eterofamiliare di adulti sofferenti di disturbi psichici (IESA) in famiglie o nuclei selezionati, con la cultura dell'accoglienza, già sperimentato per pazienti psichiatrici in diverse Regioni, con una importante valenza terapeutica, riabilitativa e assistenziale, con una sostenibilità sociale ed economica. Si tratta di un percorso di cura, con un tempo definito, intrapreso sulla base di progetti individuali condivisi, con l'assistenza al bisogno garantita da parte di operatori professionali e con un monitoraggio da parte dell'*equipe* curante dei servizi territoriali del DSM, finalizzato ad una autonomizzazione progressiva. L'assistenza è a carico dell'ASL mentre il rimborso spese forfettario mensile alla famiglia ospitante è a carico dell'ospite, anche con la possibilità di integrazioni con provvidenze economiche da parte del servizio pubblico sociosanitario.

Più in generale è necessaria una promozione dell'accesso alla casa rivolta a tutte le persone con disabilità come elemento di valore per la coesione sociale, anche secondo il principio dell'*Housing First*.

Housing First

La disponibilità di una casa propria ha mostrato di incidere positivamente sul benessere psico fisico della persona riducendo le spese per cure mediche e medicinali. L'effetto "inclusione sociale" è migliorato dalle opportunità che la casa - come luogo di cura di sé, di identità e di appartenenza ad una comunità - offre alla persona. Alcune ricerche hanno evidenziato come la persona possa tendere ad un coinvolgimento nel mercato del lavoro grazie al processo di miglioramento dell'auto-stima e dell'*empowerment* che l'alloggio può determinare. Infine, molte ricerche si sono concentrate sulla riduzione dei costi di gestione dell'*Housing First* per l'amministrazione pubblica e per il contribuente.

I principi che guidano l'approccio *Housing First* sono: la comprensione del bisogno dell'utente; un supporto che dura per tutto il tempo necessario; l'accesso ad appartamenti indipendenti; la separazione del trattamento dal diritto alla casa; l'auto-determinazione del soggetto; la definizione di un programma di supporto condiviso tra servizio sociale e utente (orientato alla *recovery*).

I progetti del *Network Housing First* Italia (NHFI), nato nel 2014 a Torino da una rete di organizzazioni pubbliche e private, prevedono il passaggio diretto dalla strada alla casa e un accompagnamento intensivo del servizio sociale che li supporti nel percorso di reintegrazione sociale e benessere soggettivo. Il network italiano (*Housing First* Italia: https://www.fiopsd.org/hfi-la-community-italiana-housing-first) conta oltre 30 aderenti attivi in 12 Regioni e 25 città, tra le quali Torino, Milano, Trento, Udine, Pisa, Trieste, Padova.

Reti di self-help supportate

Lo sviluppo di moduli di supporto flessibili per la domiciliarità ha permesso di realizzare in diverse aree d'Italia soluzioni di coabitazione, mettendo in comune le risorse per la quotidianità (cuoche, pulitrici, badanti), a volte anche con l'impiego di Esperti in Supporto tra Pari, o di familiari, che possono rappresentare punti di riferimento (talora anche solo conviviali) per altri utenti.

PERCORSI DI INCLUSIONE LAVORATIVA

Il lavoro rappresenta uno degli elementi principali della vita sociale e di relazione delle persone che restituisce identità, autostima e dignità, oltre che mezzo reddituale ed economico per poter soddisfare in modo autonomo i bisogni della vita. Le prime parole della nostra Costituzione, all'articolo 1, sono: "*L'Italia è una Repubblica democratica, fondata sul lavoro*". Queste assumono un significato ancora maggiore per le persone con disturbi mentali in una ottica riabilitativa e di (ri)acquisizione di capacità lavorative, anche in seguito di percorsi di formazione e di tirocinio.

Di seguito si elencano alcuni interventi e norme per l'inserimento lavorativo delle persone con disturbi mentali.

La Cooperazione e l'Impresa Sociale

Il bisogno di implementare le diverse possibilità di inserimento lavorativo riguarda in primo luogo percorsi che si possono attivare con la cooperazione sociale disciplinata dalla Legge 8 novembre 1991, n. 381, che all'articolo 1 recita: "*Le cooperative sociali hanno lo scopo di perseguire l'interesse generale della comunità alla promozione umana e all'integrazione sociale dei cittadini*". In particolare, attraverso le attività diverse previste dalla lettera "b) agricole, industriali, commerciali o di servizi, finalizzate all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate, tra le quali "i soggetti in trattamento psichiatrico" devono costituire almeno il trenta per cento dei lavoratori della cooperativa e, compatibilmente con il loro stato soggettivo, essere soci della cooperativa stessa.

La cooperativa sociale costituisce un valore aggiunto rappresentato da un ambiente inclusivo e solidale con senso di appartenenza comunitario, con possibilità di inserimenti lavorativi in diversi ambiti, supportati da attività di sostegno e di accompagnamento.

Le cooperative sociali di tipo B, nate negli anni 80, con i cambiamenti nel mondo del lavoro rischiano di passare da una logica tesa a veri e propri inserimenti lavoratori delle persone con disturbi mentali a percorsi più di natura assistenzialista appoggiandosi solo al servizio pubblico, con una minore capacità competitiva e di conseguenza occupazionale. C'è pertanto bisogno di un rilancio nel mondo del mercato del lavoro, anche attraverso l'incentivazione da parte delle Istituzioni nazionali e regionali delle convenzioni già previste dall'articolo 14 d.lgs 276/2003. Si tratta della possibilità per le aziende di poter assolvere agli obblighi di assunzione ai sensi della Legge 68/1999, attraverso il conferimento di commesse di lavoro alle cooperative sociali di tipo B.

L'impresa sociale, che ricomprende di diritto la cooperazione sociale, può essere costituita, ai sensi del d.lgs. 3 luglio 2017, n. 112, dagli enti privati che "*esercitano in via stabile e principale un'attività d'impresa di interesse generale, senza scopo di lucro e per finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale, adottando modalità di gestione responsabili e trasparenti e favorendo il più ampio coinvolgimento dei lavoratori, degli utenti e di altri soggetti interessati alle loro attività*.".

In questo ambito appare di grande rilevanza la promozione della co-programmazione, la co-progettazione ed accreditamento da parte delle amministrazioni pubbliche con il coinvolgimento attivo degli Enti del Terzo Settore per la realizzazione di progetti per la gestione di percorsi di integrazione socio-lavorativa delle persone con disturbi mentali in carico ai Dipartimenti di Salute Mentale, ai sensi del d.lgs. 3 luglio 2017, n. 117 "Codice del Terzo Settore" e s.m.i.

La Legge 68/1999 per il diritto al lavoro dei disabili

Il secondo percorso relativo agli inserimenti lavorativi parte dalla Legge 12 marzo 1999, n. 68 "*Norme per il diritto al lavoro dei disabili*" che riguarda le persone in età lavorativa con minorazioni fisiche, psichiche e sensoriali e i portatori di handicap intellettivo, con una riduzione della capacità lavorativa superiore al 45%, prevedendo l'obbligo per le aziende con almeno 15 dipendenti di assumere, attraverso il collocamento mirato, una quota variabile di persone disabili. L'assunzione per i disabili psichici, diversamente dagli altri disabili, è subordinata ad un progetto personalizzato assistito con un avvio al lavoro solo previa richiesta nominativa da parte dell'azienda attraverso apposite convenzioni di integrazione lavorativa normate dall'art. 11 che, tra l'altro, devono prevedere forme di sostegno, di consulenza e di tutoraggio al fine di favorire l'adattamento al lavoro e verifiche periodiche sull'andamento del percorso da parte degli enti pubblici incaricati delle attività di sorveglianza e controllo. Si tratta di percorsi di inserimento lavorativo che, per quanto riguarda le persone con disturbi mentali, con difficoltà vengono avviati dalle aziende, per problematiche correlate al pregiudizio e al percorso di monitoraggio. Un *vulnus* discriminatorio da superare attraverso il ricorso alle buone pratiche che si possono attivare a livello regionale partendo dalla nuova legislazione quadro sulla disabilità (legge n. 227 del 22 dicembre 2021), combinata con le raccomandazioni contenute nelle "Linee Guida in materia di collocamento mirato" (D.M. n. 43 del 22 marzo 2022), con l'obiettivo di produrre un salto di qualità nell'inclusione lavorativa per le persone con disturbi mentali.

Alle buone prassi si possono aggiungere gli "accomodamenti ragionevoli" così come definiti nella legge 9 agosto 2013, n. 99: "*Al fine di garantire il rispetto del principio della parità di trattamento delle persone con disabilità, i datori di lavoro pubblici e privati sono tenuti ad adottare accomodamenti ragionevoli, come definiti dalla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, ratificata ai sensi della legge 3 marzo 2009, n. 18, nei luoghi di lavoro, per garantire alle persone con disabilità la piena eguaglianza con gli altri lavoratori. I datori di lavoro pubblici devono provvedere all'attuazione del presente comma senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica e con le risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente*". Il concetto dell'accomodamento ragionevole è stato normato anche nell'articolo 17 del d.lgs. 3 maggio 2024, n. 62 (*Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato*).

Altresì, appare necessario un maggiore dialogo che consenta una facilitazione dei percorsi di inclusione lavorativa, con una promozione istituzionale dell'integrazione sociosanitaria, distinguendo la disabilità cognitiva da quella mentale, oggi racchiuse in modo inappropriato nell'unica categoria della disabilità psichica.

Individual Placement and Support

L'*Individual Placement and Support* (IPS), modello nato negli Stati Uniti, prevede un primo supporto nella ricerca del lavoro da parte del servizio pubblico all'interno del libero mercato ma con le stesse condizioni degli altri lavoratori una volta realizzata l'assunzione. Su richiesta della persona il supporto del servizio pubblico può continuare anche dopo l'inserimento lavorativo, così come può svolgere opera di mediazione con il datore di lavoro.

L'IPS ha lo scopo di supportare le persone con disturbi mentali nella ricerca di un impiego nel mondo del lavoro di tipo competitivo e nel mantenimento dell'impiego ottenuto, attraverso un operatore dedicato appositamente formato secondo tale metodologia, che segue l'utente con un rapporto diretto e costante, offrendo supporto continuativo nella ricerca, raggiungimento e svolgimento del lavoro. L'IPS è considerata attualmente l'unica metodologia *evidence based* per l'inserimento lavorativo di pazienti psichiatrici nel panorama internazionale e per il quale esiste una *fidelity*.

Caratteristica dell'IPS è l'organizzazione di modalità di sostegno "sul campo", cioè direttamente nell'ambito del lavoro: la maggior parte delle attività di supporto non consiste in apporti esterni ma nell'attivare e rendere disponibili le risorse già presenti nell'ambiente lavorativo ("*natural support*"). Il modello valorizza gli aspetti di partecipazione e responsabilità dell'utente per tutte le scelte operative che lo riguardano.

L'ingresso in un programma IPS è una libera scelta della persona basata sulle sue preferenze, non condizionata dalla diagnosi e dalla sua anamnesi, senza percorsi preparatori prima del lavoro.

Si tratta di una modalità di inserimento alternativa, meno protettiva, che punta ad una maggiore fiducia nelle capacità e nell'autonomia delle persone con disturbo mentale, con l'obiettivo di rendere la persona maggiormente integrata nella comunità di appartenenza. Secondo alcuni autori gli utenti seguiti con il metodo IPS trovano più velocemente lavoro e con più ore (Bond et al., 2012a) e percepiscono una retribuzione più alta rispetto ad altri utenti inseriti con altri percorsi (Kinoshita et al., 2013; Marshall et all., 2014).

INTERVENTI MIRATI ALL'INCLUSIONE SOCIALE

Il Supporto tra pari: promuovere il sapere esperienziale

Il Supporto tra Pari in Salute Mentale si è sviluppato, soprattutto negli Stati Uniti, a partire dalla fine degli anni settanta, diventando in breve una componente essenziale della rete di supporto territoriale per le persone con disturbi mentali gravi. Può essere definito come il supporto emotivo e pratico mutualmente offerto da utenti dei servizi di salute mentale ad altri soggetti che condividono un disturbo psichico o mentale, al fine di ottenere un cambiamento ed una crescita personale e sociale. Si tratta di un sistema di aiuto reciproco che consiste 'nel dare e ricevere aiuto sulla base di principi di rispetto, responsabilità condivisa' e, soprattutto, 'su un accordo raggiunto tra pari su che cosa è di aiuto in un determinato contesto'. Si tratta, pertanto, di offrire 'supporto, compagnia, empatia, condivisione ed assistenza per contrastare i sentimenti di solitudine, rifiuto, discriminazione e frustrazione che – ancor oggi – sperimentano le persone con disturbi mentali'.

La pratica della progettazione personalizzata e comunitaria concorre a far emergere, se ben orientata, un contesto generativo capace di rinnovare le organizzazioni e i diversi saperi disciplinari, verso interventi più sostenibili, partecipativi ed efficaci. In questo approccio, che mette al centro il sapere esperto delle comunità, emerge la necessità di includere nella produzione di conoscenza e di pratiche di salute, chi ha esperito il disturbo mentale (Rapper et al., 2011). La figura degli Esperti in Supporto tra Pari (ESP) è oramai presente in numerose linee guida a livello internazionale (OMS, 2019; NICE, 2014; Foglesong et al., 2022; Ostrow, 2012) e nazionale (Programma Nazionale Equità e Salute 2021-27). Come è dimostrato in letteratura, si tratta di una figura che rappresenta una risorsa preziosa a livello clinico-assistenziale, per favorire percorsi di *recovery* e sostenere processi di autodeterminazione, *empowerment* e inclusione sociale delle persone che vivono il disturbo mentale (Davidson et al., 2012; Gillad et al., 2022). Un ulteriore aspetto di innovazione della figura dell'ESP si rileva nell'impatto del suo lavoro nei servizi e con la società civile (Bologna & Simmons, 2018; Cooper et al., 2024).

Si citano ad esempio i *People Participation Teams* nel contesto dei servizi sanitari britannici (*National Health Service* - NHS), che mostrano la possibilità di modelli di *governance* orientati alla partecipazione e alla valorizzazione del sapere esperienziale delle persone che accedono ai servizi, delle loro famiglie e reti informali. Tra le loro funzioni la pianificazione dei servizi, la formazione dei clinici, gli *audit*, la ricerca e le commissioni di reclutamento del personale (Curwen et al., 2019).

In questa prospettiva, il sapere esperienziale facilita la costruzione di inedite interconnessioni con le comunità (co-produzione) e può garantire maggiore qualità e appropriatezza di intervento (Kalocsai et al., 2024). In particolare, gli Esperti in Supporto tra Pari, intesi come persone che hanno vissuto l'esperienza del disturbo mentale e dei loro famigliari, come sintetizzato da AIPESP (2024), possono essere impegnati nelle seguenti attività:

a) promozione e accompagnamento alla *recovery*;
b) presenza in ambito scolastico con testimonianze relative alla storia personale rispetto al disagio psichico, nell'ottica della sensibilizzazione, dell'abbattimento dello stigma sociale e anche della prevenzione del disagio;
c) conduzione di gruppi di attività di inclusione sociale o ricreative e gruppi di Auto- Mutuo-Aiuto;
d) attività di *front-office* e prima accoglienza presso il Servizio: prima accoglienza alla persona e/o al familiare nella sala di attesa;
e) sviluppo di interventi individuali di risocializzazione, attività di base, supporto alla attività quotidiane;
f) affiancamento dell'operatrice/operatore in attività riabilitative di gruppo, laboratori creativi ed espressivi, ludici e del tempo libero, culturali e sportivi;
g) assistenza a domicilio e nel territorio delle persone su segnalazione del Servizio;
h) coinvolgimento in corsi di formazione rivolti al personale, anche in qualità di docente;
i) contributo allo sviluppo di modelli di collaborazione con gli altri professionisti nell'ottica della crescita globale della persona;
j) promozione del fare-assieme, il trialogo, la co-progettazione e la co-produzione (usando gli strumenti a disposizione, come il BdS);
k) coinvolgimento nelle attività di ricerca nei servizi socio-sanitari, nelle istituzioni universitarie e negli enti di ricerca e formazione;
l) attività di advocacy e la tutela dei diritti delle persone con riferimento alle leggi nazionali vigenti, alla Convenzione ONU per i diritti delle persone con disabilità e alle linee guida dell'OMS.

La nuova progettualità della prescrizione sociale

La prescrizione sociale, come definita nella guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel maggio 2022 e riportato dall'Istituto Superiore di Sanità, "*è una pratica che permette ai professionisti sanitari di promuovere il benessere dei cittadini e degli assistiti, indicando servizi e risorse presenti e attivi nella comunità locale in cui vivono. Questo approccio, salutogenico e biopsicosociale, è stato validato dalle prove scientifiche relative all'impatto dei fattori socio-economici sulla salute e risponde all'ipotesi che affrontare i determinanti sociali sia cruciale per migliorare i risultati di salute e qualità della vita. Benché sia una pratica relativamente nuova nell'assistenza sanitaria, risultato di una alleanza e collaborazione con molteplici partner della comunità locale e il settore sanitario, la prescrizione sociale è una pratica già in uso in diversi Paesi europei ed extraeuropei, in particolare nel Regno Unito dove a livello locale è una realtà organizzativa ben consolidata*.".

Il documento dell'OMS "*A toolkit on how to implement social prescribing*", recentemente tradotto in italiano, oltre a fornire strumenti operativi, illustra un modello organizzativo di assistenza sanitaria (territoriale e ospedaliera) basata sulla promozione della salute e sulla prevenzione con l'intervento precoce rispetto alle scelte comportamentali favorevoli alla salute e protettive nei confronti delle malattie cronico-degenerative. L'utilizzo, organizzato e accompagnato, delle risorse culturali e sociali, già presenti nei territori, valorizza l'esperienza di sé e la relazione con l'altro e con la comunità. Molte sono le pratiche salutogeniche prescritte: movimento e attività fisica, alimentazione salutare, gestione dello stress e dei comportamenti a rischio (es. fumo, alcol…), esperienze artistiche e culturali, opportunità di socializzazione.

<u>Un modello di prescrizione sociale</u>

Un percorso classico di prescrizione sociale prevede che il professionista sanitario delle cure primarie, accertata la necessità del proprio assistito/paziente di avvalersi di questo approccio, lo indirizzi a un operatore di collegamento (*link worker*) fra il servizio sanitario e i servizi e le risorse presenti nella comunità. L'operatore di collegamento (un professionista dei servizi sociali, del terzo settore o una figura coinvolta *ad hoc*) lavora con l'assistito/paziente per sviluppare un piano di ben-essere personalizzato e appropriato ai suoi bisogni e invia la persona a uno specifico servizio della comunità per partecipare ad attività individuali o di

gruppo, dall'attività fisica alle attività artistiche, occupazionali o di volontariato, dal supporto abitativo alla consulenza per l'accesso al credito. I progressi legati alla partecipazione all'attività vengono riportati periodicamente all'operatore di collegamento e al professionista sanitario. Un sistema di monitoraggio, in capo ai servizi sanitari o a un'organizzazione affidataria, valuterà l'andamento della adesione e dei miglioramenti relativi alla salute della popolazione e sosterrà il modello organizzativo e le collaborazioni per promuove l'equità di accesso. La prescrizione sociale rappresenta una concreta interpretazione delle comunità locali che promuovono ben-essere sostenibile, come indicato nell'ultimo aggiornamento della "*Carta della Promozione della Salute*" (OMS, Carta di Ginevra, 2021). I punti di forza della prescrizione sociale sono principalmente due: mettere al centro la persona e i suoi bisogni, concentrandosi sulle competenze e le potenzialità; fornire un collegamento a servizi che, nella maggior parte dei casi, sono già disponibili nelle comunità locali, quindi in grado di generare un impatto significativo a un costo relativamente basso.

Sebbene la prescrizione sociale possa giovare a chiunque, gli studi indicano che le persone più fragili sono quelle che possono trarne maggiori benefici. In particolare:

- persone con patologie croniche o con fattori di rischio
- persone sole o socialmente isolate
- persone ad alto rischio di disturbi mentali
- persone vulnerabili, ad esempio a causa dell'età o della loro condizione socio-economica.

In questi gruppi, la prescrizione sociale mette i destinatari in condizione di prendersi cura della propria salute e del proprio ben-essere e riduce la pressione sui sistemi sanitari. Inoltre, questa pratica può contribuire ad aumentare l'equità nella salute, riducendo le disuguaglianze di salute all'interno di una comunità locale.

Le fasi

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) individua le sette fasi chiave per l'attuazione di un programma di prescrizione sociale. Ogni fase descritta è corredata di esempi pratici e strumenti operativi tratti da esperienze già realizzate in diversi Paesi con l'obiettivo di supportare chi desideri mettere in pratica questo approccio. Fasi chiave della prescrizione sociale:

- analizzare la situazione;
- costituire un gruppo di riferimento centrale per l'attuazione;
- sviluppare un piano di lavoro per l'attuazione;
- mappare le risorse della comunità locale;
- coinvolgere tutti (settori sanitario, sociale e del volontariato, operatori di collegamento);
- formazione degli operatori di collegamento;
- monitoraggio e valutazione.

L'ordine in cui le fasi vengono realizzate può variare a seconda del contesto e delle circostanze specifiche.

Lo studio multinazionale coordinato dall'OMS "*Music and Motherhood*" ha valutato la fattibilità dell'attuazione in Danimarca, Italia e Romania di un intervento di canto di gruppo a sostegno di madri con sintomi di depressione *post partum*, già sperimentato con successo nel Regno Unito. L'esperienza italiana, coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) in collaborazione con i servizi consultoriali territoriali della ASL Città di Torino, dell'AULSS 6 Euganea e della ASL Roma 2 e con l'associazione *CCW-Cultural Welfare Center*, può essere considerata un *case study* multicentrico di potenziale prescrizione sociale. Inoltre, al fine di favorire l'inclusione sociale dei pazienti della Salute Mentale attraverso attività di volontariato e tempo libero e creare contesti di socializzazione, il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche di Modena ha promosso, a partire dal 2006, il percorso di socializzazione *Social Point*, precursore in Italia dell'applicazione del modello "*social prescribing*".

Si tratta di mettere in atto nell'ambito della salute mentale nuovi progetti sperimentali di attuazione di questa nuova progettualità.

PREVENZIONE E CONTRASTO DELLO STIGMA

Un importante ostacolo all'integrazione socio-sanitaria in salute mentale è rappresentato dallo **stigma**, costituito da stereotipi negativi, con idee rigide ed impermeabili a proposito di chi presenta disturbi mentali, pregiudizi, con opinioni preconcette riguardanti in particolare la pericolosità, l'incurabilità, l'incomprensibilità, l'incompetenza e l'improduttività, discriminazioni relative a comportamenti di esclusione, distanziamento e di evitamento.

Allo stigma esterno si possono associare difficoltà di inserimento nei percorsi di inclusione sociale, evitamento delle offerte di cura, isolamento. Inoltre, quando le stesse persone con disturbo mentale interiorizzano l'etichettamento negativo si può determinare anche un'auto stigma, subentrando vergogna, paura e convincimento che non ha senso cercare una integrazione sociale, un lavoro, una casa, relazioni di vita e perfino cercare aiuto.

Per queste ragioni si ritiene importante realizzare a tutti i livelli progetti anti-stigma. Si tratta di promuovere l'inclusione sociale dove tutte le persone possano realizzare insieme diverse attività, dallo sport all'arte, dal canto alla danza, senza distinzioni nonché iniziative comunicative positive con al centro le persone che hanno avuto disturbi mentali e testimonial dello spettacolo e dello sport, de-criminalizzando e con uno approccio basato sui diritti di cittadinanza. Inoltre, è rilevante la promozione di un linguaggio inclusivo in tutti i luoghi di comunità, scuola e lavoro.

Da un punto di vista strategico **si dovranno definire linee di indirizzo nazionale prevenzione e contrasto allo stigma, sulla base delle diverse esperienze nazionali ed internazionali e delle evidenze scientifiche in materia**. Si tratta infatti di una tematica complessa, con aspetti sociali e culturali, per la quale sono necessarie l'indicazione e l'adozione di percorsi efficaci, a partire dalla comunicazione, per poter incidere in modo concreto.

I FLUSSI INFORMATIVI

Il tema dell'interoperabilità dei sistemi informativi risulta di fondamentale importanza per assicurare una corretta e tempestiva condivisione delle informazioni utili e per progettare e realizzare percorsi integrati. Si ritiene inoltre auspicabile prevedere l'implementazione di un sistema di monitoraggio attraverso flussi informativi, delle attività relative ai Progetti personalizzati, ai percorsi di inserimento lavorativo, alle progettualità di abitare supportato e di inclusione sociale.

L'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA, DIRITTO DI CITTADINANZA

L'integrazione sociosanitaria rappresenta un fattore fondamentale per poter garantire e sancire la pienezza di diritti e doveri delle persone con disturbi mentali e delle loro famiglie, un arricchimento nel momento in cui la persona viene valutata e presa in carico in tutte le sue dimensioni.

È pertanto necessario garantire continuità al percorso delle linee nazionali del *budget* di salute, con particolare attenzione al supporto dei diritti dei cittadini.

TABELLA DI SINTESI PER L'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA IN SALUTE MENTALE

OBIETTIVO	AZIONI	ATTORI	INDICATORI
Attuazione del *Budget* di salute (BdS) in salute mentale (Da realizzarsi entro 3 anni)	1. Recepimento dell'Intesa n. 104/CU del 6/7/2022 2. Formazione 3.Sperimentazione congiunta Comuni/ ASL/DSM attraverso piattaforma ISS	1. Regioni per il recepimento dell'intesa 2.ISS/ Reg./Comuni/ ASL per attività di formazione 3.ISS/ ASL/DSM	Numero di Regioni che hanno recepito l'Intesa 104/CU del 6/7/2022 Numero corsi di formazione Numero di Regioni e ASL DSM che hanno attivato la sperimentazione sul BdS. Numero progetti con BdS/Regione .

OBIETTIVO	AZIONI	ATTORI	INDICATORI
	4. Attuazione	Comuni per sperimentazione congiunta 4. ASL/DSM/ Comuni per l'attuazione	
Linee di indirizzo sull'abitare (Da realizzarsi entro 5 anni)	1 Censimento esperienze italiane di supporto all'abitare e definizione e adozione di linee guida nazionali con requisiti funzionali 2. Adozione di piani dipartimentali 3. Sperimentazione IESA	1. Ministero per il censimento ISS/ Regioni/ Comuni per il censimento e per l'adozione di linee guida nazionali 2. ASL per l'adozione di piani dipartimentali 3. ASL per la sperimentazione IESA	Linea guida nazionale Numero di Regioni che recepiscono le Linee Guida Nazionali Numero piani dipartimentali Numero Regioni/ASL che hanno attivato la sperimentazione IESA
Implementazione degli inserimenti lavorativi nelle cooperative sociali di tipo b) (Da realizzarsi entro 3 anni)	Recepimento con normativa regionale dell'art. 14 del d.lgs. 276/2003	Regioni	Numero delle Regioni che hanno recepito l'art.14 dlgs 276/2003 Numero persone inserite
Promozione delle assunzioni degli utenti del DSM nelle aziende pubbliche e private (Da realizzarsi entro 3 anni)	1.Recepimento con normativa regionale del d.lgs 62/2024 combinata con le linee guida in materia di collocamento (DM 43 del 11 marzo 2022) 2. Promuovere assunzioni degli utenti con disturbi mentali ai sensi della legge 68/99 e del d.lgs 62/2024	Regioni	Numero delle Regioni che hanno recepito il d.lgs 62/2024 e le linee guida in materia di collocamento (DM 43 del 11 marzo 2022) Numero persone assunte/Regione
Contrastare lo stigma in salute mentale (Da realizzarsi entro 5 anni)	1. Definizione di linee di indirizzo nazionali 2. Realizzazione di progetti contro lo stigma a partire da campagne di comunicazione	1. Ministero della Salute, ISS, e Regioni, per la definizione di linee guida Comuni	Numero di iniziative nazionali/regionali contro lo stigma

OBIETTIVO	AZIONI	ATTORI	INDICATORI
		2. Ministero della Salute, ISS, e Regioni /ASL per la realizzazione di progetti.	
Promuovere un programma di prescrizione sociale (Da realizzarsi entro 5 anni)	1. Realizzazione progetti sperimentali sulla prescrizione sociale	1. ISS/Regioni/ Comuni/ASL	Numero progetti sperimentali attivati sulla prescrizione sociale.
Interoperabilità dei sistemi informativi (Da realizzarsi entro 5 anni)	1. Studio, progettazione ed attuazione di un sistema funzionale di interoperabilità	Ministero Salute/Regioni /Comuni	Realizzazione di un sistema di interoperabilità dei sistemi informativi
Implementazione della figura degli Esperti in supporto tra pari	Realizzazione di progetti sperimentali di coinvolgimento degli esperti in supporto tra pari nelle attività realizzate dai DSM Definizione del profilo di intervento degli esperti per esperienza e in supporto tra pari	Ministero/Regioni/ISS/ASL	Numero e tipologia di progetti avviati Numero di soggetti formati e coinvolti

Capitolo 6
Salute mentale: formazione e ricerca

Premessa

L'ambito della formazione rappresenta uno dei punti centrali per garantire la qualità dei percorsi rivolti alla prevenzione, alla valutazione e agli interventi in psichiatria e in salute mentale. Oltre a coloro che operano nei servizi di salute mentale (psicologia, neuropsichiatria infantile, psichiatria, disabilità) nei SERD, ma tutti gli operatori della salute in generale (pediatri di libera scelta, medici di medicina generale, medici delle altre discipline specialistiche, psicologi, tecnici della riabilitazione psichiatrica, educatori, infermieri, infermieri pediatrici, e altri laureati nelle professioni sanitarie, assistenti sociali) devono avere competenze inerenti all'area della salute mentale stessa e alle competenze interdisciplinari riguardanti l'integrazione dei servizi – a seconda del loro ruolo e funzione - come parte imprescindibile e continuativa della pratica clinica. Si sottolinea anche come nei percorsi formativi professionali dovrebbero essere inclusi contenuti riguardanti l'integrazione non gerarchica e non prescrittiva tra le diverse professioni.

È di particolare rilevanza implementare corsi di formazione e di aggiornamento per le diverse figure impiegate nella rete di assistenza della salute mentale, dai neoassunti al personale già strutturato, tenendo conto dei bisogni assistenziali specifici dei Dipartimenti Integrati, dei servizi di NPIA, degli adulti e delle dipendenze, ad esempio: psichiatri, neuropsichiatri infantili, psicologi psicoterapeuti, MMG, PLS, Professioni infermieristiche e sanitarie, etc.

Gli argomenti devono riguardare i diversi campi della salute mentale, del benessere psicologico, della neuropsichiatria infantile, della disabilità, delle dipendenze, ad esempio: dal *risk management* sanitario, all'assistenza integrata, agli aspetti giuridici e medico legali, al management multidisciplinare del paziente, al supporto sociale, agli interventi psicosociali, alla integrazione sociosanitaria e scolastica. Approfondire *focus* sulle nuove psicopatologie, sulla salute mentale nelle situazioni di emergenza, sulla prevenzione e il trattamento precoce, sulla riabilitazione ed inclusione sociale e scolastica anche nei contesti umanitari, sugli effetti sulla salute mentale dei determinanti psicosociali. Sviluppare programmi *update*, sulle linee guida di trattamento, sulle nuove terapie farmacologiche e psicoterapiche. I corsi di aggiornamento devono trovare uno stretto collegamento con i bisogni emergenti e le necessità degli interventi per utenti e familiari. Si propone di scegliere per gli eventi formativi aziendali tra le aree prioritarie di azione indicate nel presente PANSM.

Ugualmente la ricerca in salute mentale rappresenta un ambito da incrementare e su cui investire maggiormente se si vuole raggiungere l'obiettivo di garantire percorsi preventivi, valutativi e trattamentali innovativi, scientificamente ineccepibili e basati su prove di evidenze e di efficacia, migliorando la qualità dell'assistenza. *The Lancet Psychiatry Commission* ha recentemente ribadito (maggio 2024) che esistono approcci efficaci per prevenire e trattare le malattie mentali e per promuovere la salute mentale in senso lato, ma la maggior parte delle persone che potrebbero beneficiare di interventi basati sull'evidenza (politiche, programmi e pratiche o servizi a livello individuale) non li riceve. Troppo spesso la ricerca produce interventi e strategie di implementazione difficili da applicare a causa di un mancato allineamento con le realtà politiche, culturali, normative, sistemiche, comunitarie, professionali e individuali dei contesti reali. La *Lancet Psychiatry Commission* sta studiando strategie per trasformare il modo in cui viene condotta la ricerca, al fine di una sua concreta applicabilità. Analizza come integrare la ricerca con l'implementazione nel mondo reale, mettere l'equità al centro degli interventi e della ricerca sulla salute mentale, applicare una prospettiva basata sulla scienza della complessità, ampliare i modelli di studio oltre i trial clinici randomizzati e valorizzare la transdisciplinarità nelle diverse iniziative. Finora, la maggior parte della ricerca sull'implementazione della salute mentale è stata condotta nei paesi ad alto reddito, ma le raccomandazioni della Commissione incorporano anche studi provenienti da paesi a basso e medio reddito e propongono strategie per espandere la ricerca sull'implementazione della salute mentale a livello globale.

Stato dell'arte

Per quanto attiene alla formazione il panorama internazionale non-europeo è molto variegato e non sono possibili paragoni con il sistema italiano per la diversità sia dei percorsi di studio pre-laurea che di quelli post-laurea. A livello europeo, fondamentalmente vi è sufficiente omogeneità nei percorsi formativi grazie al lavoro della conferenza Ministeriale del 19 giugno 1999 (*Joint declaration of the European Ministers of Education*) noto come Bologna *Declaration* (dichiarazione di Bologna) promosso dalla *Higher Education* Area (EHEA) (https://www.ehea.info/) e successivi emendamenti, che ha messo a fuoco alcuni obiettivi strategici per tutti i Paesi europei, inclusa l'Italia, in particolare:

- istituire un sistema di istruzione superiore a tre cicli comprendente corsi di Laurea, di Laurea magistrale e di Dottorato;
- garantire il riconoscimento reciproco delle qualifiche e dei periodi di studio all'estero conseguiti presso altre Università;
- attuare un sistema di garanzia della qualità per accrescere quest'ultima e la rilevanza dell'apprendimento e dell'insegnamento.

Ciò è stato fondamentale per creare lo Spazio Europeo dell'Istruzione Superiore (SEIS) che porta a definire criteri di equivalenza da rispettare su diversi dimensioni/punti: (i) dimensione sociale dell'istruzione; (ii) livello dei cicli con primo triennio e biennio di magistrale o lauree a ciclo unico; (iii) armonizzazione dei titoli rilasciati dagli istituti di istruzione superiore, sistema dei crediti secondo il *European Credit Transfer and Accumulation System* – ECTS [Crediti Formativi Universitari – CFU]; (iv) mobilità attraverso progetti di facilitazione per studenti e docenti del loro trasferimento all'estero per la formazione; (v) assicurazione della qualità dell'istruzione che ogni paese deve dimostrare alla *European association for quality assurance in higher education* (per l'Italia membro di questa è l'Agenzia Nazionale di Valutazione del Sistema Universitario e della Ricerca - ANVUR [https://www.anvur.it/]; (vi) apprendimento continuo e apertura internazionale.

Per gli studi post-laurea di area medica, la *European Union of Medical Specialties* (UEMS) (https://www.uems.eu/areas-of-expertise/postgraduate-training/european-standards-in-medical-training) determina ugualmente una equivalenza sulla base dei *curricula* individuati a livello europeo.

Restano diversi *gaps*, in particolare per molti Stati, l'investimento di *budget* prestabilito al 3% del PIL della spesa pubblica da dedicare all'istruzione superiore, si assesta invece, per la maggior parte degli Stati, solo a circa l'1% del PIL (l'Italia è penultima nella graduatoria di investimento, prima solo della Bulgaria), che, come riportato in molti documenti, rende poco possibile lo sviluppo di una buona attrattività verso l'estero per il SEIS.

Per quanto riguarda l'ambito psicologico, la *European Association of Psychotherapy* (EAP) in particolare definisce *standards* per la formazione specialistica in psicoterapia (https://www.europsyche.org/ecp/about-ecp/), attraverso la identificazione di criteri di accreditamento che garantiscano il processo di qualità, come indicato nella Version 8.0, del marzo 2023 (https://www.europsyche.org/app/uploads/2023/07/ECP-document-version-8-0-voted-AGM-Vienna-March-2023.pdf). Inoltre, la *European Federation of Psychologists' Associations*, che rappresenta 37 nazioni, definisce, attraverso criteri specifici inerenti la formazione specialistica post-laurea in psicologia, chi può applicare per ricevere il certificato di specialista in psicoterapia (*European Certificate EUROPSY*) (https://www.europsy.eu/)).

Contesto italiano e del SSN

Formazione

Per quanto attiene la formazione, fermo restando cha la gran parte della competenza ricade sotto il Ministero della Università e Ricerca, la salute mentale e le discipline ad essa collegate (psichiatria, psicologia generale e clinica, riabilitazione psicosociale, NPIA, dipendenze) hanno una loro declinazione nei corsi di studio universitari (formazione pre-laurea) e nei corsi successivi che i laureati devono intraprendere (formazione post-laurea).

In tema di formazione si ritiene di particolare importanza la definizione aggiornata dei *core curriculum* per i diversi operatori, professionisti/specialisti, della salute mentale in linea, ad esempio, con le "*Guidance on mental health policy and strategic action plans*" del WHO 2025. Nello specifico, il modulo 5 del *report* "*Comprehensive directory of policy areas, directives, strategies and actions for mental health" nell'area dedicate alle "Human resource and workforce development*" indica una serie di temi che dovrebbero caratterizzare un "*competency-based curricula for mental health*". Di seguito si riportano, a titolo esemplificativo, quanto suggerito dal WHO come argomenti da trattare nei programmi di studio sulla salute mentale:

- *leadership and management*;
- diritti umani, inclusione comunitaria e approcci di recupero;
- valutazione completa dei bisogni di supporto per la salute mentale;
- salute fisica e stile di vita, interventi psicologici, sociali ed economici;
- interventi farmacologici;
- problemi di salute pubblica;
- comprensione e risposta ai determinanti sociali e strutturali della salute mentale in contesti clinici e comunitari;
- approcci culturalmente appropriati;
- risposta ai bisogni di gruppi diversi, compresi quelli che subiscono discriminazioni;
- risposta alle emergenze;
- problemi di salute mentale e sviluppo durante tutto l'arco della vita;
- approcci partecipativi;
- capacità interpersonali;
- *leadership* e gestione.

Inoltre è opportuno prevedere un percorso formativo strutturato e riconosciuto nel campo delle dipendenze. La mancanza di formazione nel campo dell'*Addiction* coinvolge tutti i gradi formativi e comporta una significativa mancanza di coinvolgimento specialistico unitario nei processi di cura.
Si propone l'attivazione di laurea magistrali e corsi di perfezionamento per le Professioni sanitarie della riabilitazione e per le professioni infermieristiche, orientate sulle diverse dimensioni della Salute Mentale e delle Dipendenze e di carriere specifiche per il personale non medico o sanitario che è parte del personale nei dipartimenti.

A. Percorso formativo pre-laurea

L'ambito della salute mentale nella formazione pre-laurea riguarda i diversi corsi in cui le discipline legate alla salute mentale sono parte dei percorsi di studio stessi.

Per quanto riguarda la formazione nel corso di laurea in Medicina e Chirurgia, in Italia esistono 88 corsi, di cui 63 in lingua italiana, 15 in lingua Inglese e 10 corsi HT (*High Technology*).

Tali corsi rappresentano un numero di posti variabili (15.895 nel 2022; 19.554 nel 2023, inclusi studenti extra EU) con circa 9.000 medici laureati ogni anno.

Il cambiamento dell'organizzazione dei corsi di laurea in Medicina e Chirurgia in questi anni, secondo quanto stabilito dal Consiglio Europeo e dalla sopracitata EHEA (ad es. attivazione CFU obbligatori in psicologia generale al I anno; *Medical Humanities* inclusiva di psicologia medica, al II anno; neuropsichiatria infantile, al IV-V anno; psicologia clinica, medicina psicosomatica, psichiatria al V anno), ha determinato la possibilità di orientare maggiormente, in senso biopsicosociale, la formazione degli studenti, futuri medici, che accederanno alla area della medicina generale e alle diverse scuole di specializzazione. Risulta tuttavia un numero di crediti non bilanciato rispetto a quelli dedicati alle diverse altre aree delle conoscenze e competenze che lo studente deve sviluppare.

A partire dall'anno academico 2024-2025 la formazione inerente i temi della salute mentale (inclusiva di psicologia, neuropsichiatria infantile, dipendenze, psichiatria, riabilitazione psichiatrica, disabilità) sarà rappresentata in vari raggruppamenti formativi (MUR GU 28.06.2023, n.820). Tra questi raggruppamenti

formativi si inseriscono quello specifico (C_04. Clinica psichiatrica e discipline del comportamento) e quelli inerenti altri raggruppamenti e ambiti disciplinari (B_01. Discipline generali per la formazione del medico; C_02. Fisiopatologia, metodologia clinica, propedeutica clinica e sistematica medico-chirurgica; C_06. Clinica delle specialità medico- chirurgiche; C_10. Farmacologia, tossicologia e principi di terapia medica; C_11. Discipline pediatriche; C_15. Emergenze Medico-chirurgiche; C_19. Formazione clinica interdisciplinare, medicina basata sulle evidenze e medicina di precisione; C_20. Scienze umane, politiche della salute e management sanitario e lingua inglese).

Si dovrà verificare l'impatto di tale cambiamento in termini di preparazione e competenze per coloro che, laureati in medicina e chirurgia, intraprendano la formazione post-laurea in Medicina Generale o nelle diverse altre discipline specialistiche.

Le discipline inerenti alla salute mentale (benessere psicologico, neurosviluppo, dipendenze, disabilità) sono rappresentate da crediti formativi universitari (CFU) non numerosi nella CLASSE II (L/SNT1), corso di laurea in Infermieristica (psicologia generale, psicologia clinica psichiatria, circa 32 4 CFU,0 32 ore), e in parte attraverso i crediti di tirocinio.

Più definito è il percorso formativo in cui sono declinate le discipline inerenti alla salute mentale nei corsi di laurea della CLASSE II (L/SNT2), delle quali il corso in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica è quella maggiormente specifica, mentre nei corsi di Educatore professionale, Terapista Occupazionale e Tecnico della neuro e psicomotricità dell'Età Evolutiva, l'ambito della salute mentale è meno rappresentato.

Nella CLASSE L-24 Lauree in Scienze e Tecniche Psicologiche, sia nel corso di laurea triennale in Psicologia e nella successiva laurea magistrale (CLASSE LM-51 Psicologia) vi è un elevato numero di sedi universitarie in cui sono attivi tali corsi di laurea con diverse sotto-denominazioni date ai percorsi formativi della classe LM-51 (ad es., Psicologia clinica, Psicologia del lavoro, Psicologia dell'educazione, Psicologia forense, Processi Cognitivi e Tecnologie e Cyberpsicologia; Psicologia etnica, Psicologia delle masse, Psicologia politica, Psicologia militare, Psicologia dell'emergenza, Psicologia dello sport, Psicologia ambientale, Psicologia della comunicazione, etc.).

Nella CLASSE II delle scuole di medicina si inserisce la Laurea Magistrale CLASSE LM/SNT2 in Scienze Riabilitative delle professioni sanitarie, cui possono afferire i laureati triennali di CLASSE II (L/SNT2) (includendo anche altre professioni sanitarie della stessa classe di riabilitazione, quali fisioterapia, logopedia).

Nelle scuole di Psicologia vi è la laurea magistrale CLASSE LM-51 Psicologia cui afferiscono i laureati di CLASSE L-24 Scienze e Tecniche Psicologiche. In quest'ultimo ambito sono presenti percorsi di laurea di tipo telematico sia in CLASSE L-24 che CLASSE LM-51.

B. Percorso formativo Post-laurea

B.1. Formazione universitaria

Dopo la laurea in Medicina e Chirurgia (laurea specialistica // magistrale in Medicina e Chirurgia CLASSE 46/S // CLASSE LM-41 e laureati del vecchio ordinamento in Medicina e Chirurgia), la formazione nell'ambito delle discipline della salute mentale è rappresentata dalla scuola di specializzazione in Psichiatria e in Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza.

In Italia esistono 35 sedi universitarie di tale scuola di specializzazione (di cui 16 al nord, 11 al centro e 8 al sud) per un totale, nell'anno accademico 2022-2023, di 565 posti disponibili (di cui borse ministeriali, n= 515, e regionali o finanziati da altri enti n =50).

Le scuole di specializzazione in psichiatria, sulla base della riforma universitaria (D.M. n. 68 del 4 febbraio 2015 e D.M. n. 402 del 2017) - che adegua gli ordinamenti didattici delle scuole di specializzazione di area sanitaria afferenti all'area medica, chirurgica e dei servizi al quadro della riforma generale degli studi universitari - hanno una durata quadriennale e sono riconosciuti 240 crediti formativi universitari (CFU). Le attività assistenziali svolte dal medico in Formazione Specialistica sono qualificate in relazione al progressivo grado di autonomia operativa e decisionale in diversi gradi, che vanno dalla attività di appoggio al medico

strutturato, di collaborazione (maggiore autonomia di interventi), fino alla autonomia su compiti che gli sono stati affidati in modo specifico e puntuale (con disponibilità regolare del personale medico strutturato per la consultazione e l'eventuale tempestivo intervento). La graduale assunzione di compiti assistenziali e la connessa progressiva attribuzione di responsabilità sono oggetto di indirizzo e valutazione da parte del Consiglio della Scuola, tenuto conto dello sviluppo della formazione e considerate le proposte definite d'intesa tra i medici in formazione specialistica, i *tutor* individuali e i responsabili delle Unità operative nelle quali si svolge la formazione.

La scuola di specializzazione in Neuropsichiatria Infantile condivide con quella di Psichiatria i riferimenti normativi e le problematiche relative al decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, (vedi oltre). Nello specifico la scuola offre un percorso formativo finalizzato ad acquisire competenze nel campo della neurologia e della psichiatria dell'età evolutiva (0-18 anni). Nel contesto di questi due generali filoni clinici, le finalità formative del corso includono lo sviluppo di competenze per ciò che concerne: a) la dimensione neuroevolutiva che caratterizza tutte le patologie di questa fascia di età; b) le caratteristiche età-specifiche della semeiotica clinica sia in ambito neurologico che psichiatrico; c) la nosografia specifica delle malattie neurologiche in età evolutiva (e le relative procedure diagnostiche) in un'ottica di medicina personalizzata, e di quelle psichiatriche (dai disturbi del neurosviluppo alla psichiatria dell'adolescente); d) gli interventi terapeutici, farmacologici e riabilitativi in ambito neurologico e psichiatrico con le proprie specificità; e) l'acquisizione delle necessarie conoscenze tecniche per la gestione degli esami diagnostici strumentali sia per i disturbi neurologici che psichiatrici. In Italia esistono 22 scuole di specializzazione in Neuropsichiatria infantile che nell' anno accademico 2022/23 hanno avuto 900 iscritti. La durata del corso è di 4 anni (240 crediti formativi universitari CFU). Anche per questo corso, l'accertamento della progressiva acquisizione di competenza da parte dello specializzando e la relativa autonomia assistenziale sono a cura del Consiglio della Scuola. La formazione avviene sia in centri ospedalieri, sia presso le unità territoriali (UONPIA) sia presso centri di riabilitazione. Di conseguenza gli specializzandi assumono gradualmente compiti assistenziali in vari ambiti della neuropsichiatria infantile per raggiungere una piena autonomia alla fine del percorso formativo. Tutti gli specializzandi hanno la possibilità di essere coinvolti in attività e progetti di ricerca, che sono per loro natura complementari alla finalità formative. Per l'internazionalizzazione: compatibilmente con il programma formativo, la scuola prevede esperienze formative e di ricerca extra-rete formativa preferibilmente all'estero. La scuola è riconosciuta in Europa per la Psichiatria Infantile, mentre per quanto riguarda la competenza Neurologica infantile, alcuni paesi richiedono l'espletamento di esami aggiuntivi, in conformità con i propri specifici *iter* formativi. Il bando 2022 ha previsto l'assegnazione di 251 borse, con una percentuale di accettazione del 100 %, mentre il bando 2023 ha previsto l'assegnazione di 213 borse, con una percentuale accettazione del 98 %. Dato importante da sottolineare è che negli anni accademici 2022- 2023 si sono specializzate 231 persone e ne sono state assunte in pochi mesi 229, di cui il 54.9 nel sistema sanitario nazionale. il 16.8 nell'Università (quasi esclusivamente come dottorandi) e il 19.4 presso privati convenzionati. Anche in Neuropsichiatria infantile si è assistito ad un progressivo utilizzo della cosiddetta legge "Calabria"; durante l'anno accademico 2023-2024 sono stati assunti 38 persone, quasi esclusivamente iscritte al quarto anno di specialità, su circa 900 iscritti alle scuole.

Un punto critico a questo proposito è dato da quanto sta accadendo in Italia con il decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35 (in Gazzetta Ufficiale - Serie generale - n. 101 del 2 maggio 2019), convertito dalla legge 25 giugno 2019, n. 60 (in Gazzetta Ufficiale - Serie generale - n. 152 del 1° luglio 2019) recante "*Misure emergenziali per il servizio sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria*". In base a tale decreto i medici in formazione specialistica possono essere assunti dalle aziende del sistema sanitario nazionale (a partire dal secondo anno in poi), con contratto subordinato a tempo determinato o indeterminato e orario a tempo parziale (date le esigenze formative ancora in essere della scuola di specialità cui afferiscono). Il decreto, stabilito come misura emergenziale per far fronte alla carenza di personale, e valido fino al 31 dicembre 2022, è divenuto strutturale e parte integrante delle modalità di assunzione di personale medico, che avviene con contratto a tempo determinato con automatica conversione a tempo indeterminato al conseguimento del titolo di specialista. Ai sensi dell'articolo 14, comma ,1 della Legge n. 34 del 2023 (il cosiddetto "emendamento ANAAO).

Esistono poi 259 scuole di specializzazioni in psicoterapia riconosciute dal Ministero per una disponibilità di circa 7.500 posti per anno nel totale delle scuole e con un totale degli iscritti a tutte le scuole nei quadrienni, per il 2022, di 16.418. Alle scuole hanno afferito, nel 2023, 5.095 nuovi iscritti per acquisire la specializzazione in psicoterapia con successivo loro inserimento nell'Albo degli psicoterapeuti o presso l'Ordine degli Psicologi Regionale o dell'Ordine dei Medici-chirurghi e Odontoiatri provinciali. A tali scuole accedono infatti sia laureati CLASSE 46/S // CLASSE LM-41 Medicina sia i laureati di CLASSE LM-51 Psicologia (la maggior parte - 70-80% degli iscritti). È auspicabile che si costituisca un rapporto formativo tra le Scuole di Psicoterapia ed i servizi di salute mentale, neuropsichiatria dell'infanzia-adolescenza, psichiatria dell'età adulta, dipendenze, orientato anche dai bisogni dei Servizi stessi.

Sono inoltre presenti le Scuole di specializzazione universitarie di area psicologica (DM 50/2019) accreditate dal MUR e riconosciute dal Ministero della salute in concerto con MUR e MEF come pienamente equiparate alle Scuole di area sanitaria.

Innumerevoli sono poi i corsi di Master e di Perfezionamento istituiti dai diversi Atenei italiani su temi inerenti al benessere psicologico, al neurosviluppo, alla disabilità, alle dipendenze, alla salute mentale di cui risulta difficile avere panorama vista l'ampiezza dei temi e dei contenuti.

B.2. Formazione continua obbligatoria

Un ruolo cruciale, inoltre, lo svolge l'Educazione Continua in Medicina (ECM). Il programma ECM è stato avviato nel 2002, in applicazione del d.lgs. 502/1992, integrato dal d.lgs. 229/1999, che ha istituito l'obbligo della formazione continua per i professionisti della sanità, con l'obiettivo di adottare un approccio moderno allo sviluppo e al monitoraggio delle competenze individuali. In funzione da quanto stabilito dalla Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) e dalla Commissione Nazionale Formazione Continua, il processo (ECM) implica che il professionista della salute si deve mantenere aggiornato, quindi formato in maniera continuativa nel tempo, sulle aree delle nuove conoscenze e delle abilità e attitudini utili a una pratica competente ed esperta, per rispondere ai bisogni dei pazienti, alle esigenze del Servizio sanitario e al proprio sviluppo professionale (150 crediti formativi a triennio).

L'analisi dei dati all'interno del database dell'AGENAS è stata svolta nel gennaio 2024 e si è concentrata sui trienni formativi 2017-2019 e 2020-2022. All'interno del triennio 2017-2019, il totale dei corsi effettuati in tema di salute mentale è stato pari a 2452, di cui 1239 tramite FAD, 1 tramite formazione sul campo [FSC] e 1302 residenziali. Destinatarie degli eventi formativi sono state:

- medico chirurgo (821);
- psicologo (467);
- infermiere (308);
- tecnico della riabilitazione psichiatrica (233).

Nel triennio formativo 2020-2022 il totale degli eventi è stato di 1625 eventi di cui 813 residenziali, 791 FAD, 5 FSC e 16 Blended. Le Professioni sanitarie cui sono stati rivolti i corsi di formazione sul tema sono state:

- medico chirurgo (962);
- infermiere (540);
- terapista occupazionale (386).

Gli obiettivi formativi degli eventi sul tema hanno riguardato prevalentemente la "Documentazione clinica. Percorsi clinico-assistenziali diagnostici e riabilitativi, profili di assistenza - profili di cura" e l'obiettivo "Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence based practice (EBM - EBN - EBP)" in entrambi i trienni formativi.

Un ruolo significativo a questo riguardo hanno le diverse e numerose società scientifiche esistenti in Italia che attraverso gli eventi formativi (congressi nazionali o regionali, corsi di formazione etc.), facilitano il raggiungimento degli obiettivi suddetti.

Ricerca

L'informazione, l'evidenza scientifica e la ricerca sono tutti elementi essenziali di una politica, pianificazione e valutazione appropriate nel campo della salute mentale. L'acquisizione di nuove conoscenze attraverso la ricerca permette di basare le politiche e le azioni su evidenze scientifiche e sulle migliori pratiche, mentre la disponibilità di informazioni o di programmi di sorveglianza sanitaria puntuali e pertinenti consente di monitorare l'attuazione delle misure ed i progressi compiuti nella erogazione di servizi.

Gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) rivestono un ruolo determinante nella promozione e nel rafforzamento del settore della ricerca scientifica in campo sanitario, asset strategico del nostro Paese. Gli IRCCS sono ospedali di ricerca d'eccellenza che perseguono finalità di ricerca clinica e traslazionale, nel campo biomedico ed in quello della organizzazione e gestione dei servizi sanitari ed effettuano prestazioni di ricovero e cura di alta specialità.

Il Decreto legislativo 16 ottobre 2003 n. 288 e s.m.i., ha disposto il riordino degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico. Il successivo decreto legislativo 23 dicembre 2022 n. 200 mira a rafforzare il rapporto tra ricerca, innovazione e cure sanitarie, attraverso la revisione e l'aggiornamento dell'assetto regolamentare e del regime giuridico degli IRCCS e delle politiche di ricerca di competenza del Ministero della salute, facilitando lo scambio di competenze specialistiche tra gli IRCCS stessi e con le altre strutture del SSN. Attualmente in Italia esistono 54 IRCCS presenti in 16 delle 21 Regioni e Provincie autonome, classificati in base alle aree tematiche di riconoscimento.; pertanto le attività sono svolte nell'ambito delle aree tematiche internazionalmente riconosciute, tenuto conto della classificazione delle malattie secondo categorie diagnostiche principali (Major DiagnosticCategory – MDC) integrate dal Ministero della salute con categorie riferibili a specializzazioni disciplinari non direttamente collegate alle MDC o per le quali sussistono appositi programmi di coordinamento nazionale, anche con riferimento alle classi di età. Tra le aree tematiche è inclusa l'area tematica "Psichiatria". Tale organizzazione permette di concentrare competenze scientifiche, tecnologie avanzate e risorse su ambiti specifici, migliorando pertanto l'efficacia della ricerca e delle cure.

La ricerca è una delle mission specifiche della Università che, in funzione di quanto investe e determina a questo livello, riceve una valutazione regolare da ANVUR attraverso quanto stabilito dal DPR 76/2010, che contiene il regolamento della struttura e funzionamento dell'ANVUR stesso (art. 3 comma 1 lettera a e comma 2 lettera b, che stabilisce che ANVUR valuta la qualità dei risultati della ricerca delle Università e degli Enti di Ricerca, principalmente tramite valutazione tra pari, a periodi regolari: Valutazione della qualità della ricerca – VQR), con finanziamenti conseguenti.

La ricerca è-parte dell'attività delle strutture dei Servizio sanitari regionali (SSR) come funzione istituzionale propria di tutte le Aziende sanitarie, al pari dell'assistenza sanitaria e della formazione e con l'obiettivo di incentivare attività di ricerca utili a promuovere l'innovazione continua nei singoli SSR e un livello elevato di qualità delle cure. Questa stretta connessione è fondamentale per colmare un gap ancora esistente tra il mondo della ricerca e i suoi risultati e la pratica clinica e favorire dunque l'implementazione di percorsi di cura strutturati e specialistici

Le diverse opportunità date dalla ricerca possono declinarsi a più livelli:

1) Progetti di Ricerca a carattere Internazionale e più specificamente Europeo (inclusivi delle diverse calls che la Unione Europea regolarmente pubblica);
2) Progetti di ricerca con fondi del Ministero dell'Università e della Ricerca (MUR) inclusi i recenti progetti inseriti nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), del Piano Nazionale Ricerca (PNR) e dei Progetti di ricerca di Rilevante Interesse Nazionale (PRIN);
3) Progetti di ricerca con fondi del Ministero della Salute, inclusi i recenti progetti inseriti nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR);

4) Progetti di ricerca con fondi regionali (ad es. Programma Ricerca e innovazione Programma di ricerca Regione Università, Fondi per la modernizzazione).

Per quanto attiene alla Salute Mentale le possibili progettualità sono molteplici e riguardano sia la ricerca di base (ambito delle neuroscienze) che la ricerca clinica (psichiatria clinica, epidemiologia psichiatrica, *health services research*, psicologia clinica, psicologia cognitiva, psicoterapia, riabilitazione psichiatrica) con tematiche e studi di varia pertinenza (studi pre-clinici e studi clinici, *Randomized Clinical Trials*, studi osservazionali, studi qualitativi e così via) Di particolare interesse è la promozione della ricerca sulla valutazione dei percorsi di cura: accessibilità, appropriatezza, continuità assistenziale, sicurezza, profili di efficacia e costo-efficacia. I risultati di queste ricerche sono da ritenersi indispensabili per la pianificazione dello sviluppo futuro dei Servizi.

Su questo punto un aspetto importante da implementare è lo scambio in termini di ricerca e attività scientifica, con tutte le società scientifiche utili alla promozione della salute mentale secondo il principio della One Health.

Un ruolo significativo ha l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) (https://www.iss.it/) per il suo carattere di ente centrale situato al crocevia tra ricerca scientifica e salute pubblica.

Obiettivi

Formazione

Obiettivo, d'intesa con Ministero dell'università e Ricerca, per la **formazione pre-laurea** potrebbe riguardare l'incremento dei CFU per le aree della salute mentale in senso ampio, a partire dalla communication skills, base della relazione terapeutica e tutto quanto attiene all'approccio biopsicosociale e alla medicina della persona, con rimodulazione (cosa da verificare in termini di efficacia formativa nella nuova organizzazione del corso di laurea di medicina a partire dal prossimo anno accademico 2024-25). Ciò dovrebbe interessare sia i corsi di laurea in medicina e chirurgia sia quelli delle professioni sanitarie, dove i CFU relativi alla salute mentale (ad es. psichiatria) sono pochi e insufficienti (ad es. per infermieristica)

Per quanto attiene alla **formazione post-laurea** è obiettivo strategico il collegamento con le strutture assistenziali dei Dipartimenti di Salute Mentale (o Dipartimenti ad Attività Integrata di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, laddove definiti) delle Aziende Sanitarie Locali, secondo linee programmatiche omogenee a livello nazionale di rotazione in tutti i servizi inerenti la salute mentale. Questo servirebbe a favorire una migliore organizzazione per le scuole di specializzazione in psicoterapia (in particolare quelle scuole approvate dal Ministero), dei tirocini pratico-formativi obbligatori.

Analogo, ma più complesso, discorso vale per le scuole di specializzazione in Psichiatria, in cui l'attività assistenziale dei medici in formazione specialistica è finalizzata alla acquisizione di competenze professionali specifiche con una progressiva assunzione di responsabilità personale nella esplicazione delle attività professionalizzanti fino a raggiungere la piena autonomia, attraverso una adeguata formazione culturale basata su una solida preparazione scientifica- Tale attività nelle strutture assistenziali e socio-sanitarie non può essere considerata o utilizzata a fini vicarianti le funzioni del personale di ruolo previsto dalla struttura.

Va inoltre sottolineato che non è più rinviabile il miglioramento delle condizioni di lavoro e dei luoghi di cura per la salute mentale, in particolare bisogna intervenire per adeguare i servizi di salute mentale alle moderne caratteristiche di accoglienza, efficienza e di non stigmatizzazione

Analogamente ai corsi pre-laurea, vale anche per i **corsi post-laurea** delle diverse discipline medico-chirurgiche specialistiche, la necessità di un incremento dei CFU per le aree della salute mentale in senso ampio, anche in questo caso a partire dalle *communication skills* declinate a seconda del contesto specifico della disciplina e quanto attiene all'approccio biopsicosociale, inteso nella capacità del medico specialista non psichiatra (ad es. oncologia, neurologia, reumatologia, diabetologia etc.), così come del medico che si diploma in medicina generale di capacità di *screening* e di valutazione dei fattori di rischio per patologie

psichiatriche (ad es. depressione *post-partum*), di trattamento (competenze psicofarmacologiche e di counseling di base) e di appropriato invio ai servizi.

Per quanto riguarda l'**educazione continua in medicina,** urgente è il bisogno di definire in modo più dettagliato le principali sfide che riguardano la salute mentale e di sviluppare programmi formativi specifici, uniformi e condivisi. Questi programmi potrebbero ricevere crediti *extra* in termini di formazione continua in medicina (ECM), promuovendo queste tematiche come di interesse nazionale nel triennio di riferimento. Le stesse, dunque, avrebbero un legame particolare con le nuove sfide della salute mentale e benessere psicologico (ad es. area dipendenze, area autori di reato, area disturbi della personalità, area disturbi adolescenziali). Importante è un coordinamento tra AGENAS e formazione post-laurea, con programmazione aziendale e coinvolgimento dei referenti della formazione universitaria nella formazione continua delle figure che operano in salute mentale (professioni sanitarie: medico psichiatra, psicologo; professioni sanitarie della riabilitazione: terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, tecnico riabilitazione psichiatrica, terapista occupazionale, educatore professionale).

Ricerca

In estrema sintesi gli obiettivi su cui investire sono i seguenti:

- il **primo obiettivo** è il maggior investimento sul budget per la ricerca sull'area della salute mentale, sottorappresentato rispetto agli altri Paesi europei;
- il **Secondo obiettivo** riguarda la necessità di un coinvolgimento del personale aziendale nei protocolli di ricerca.

Occorre favorire una formazione di tutti gli operatori in un'ottica aperta alla ricerca e all'utilizzo dei dati, che permetta una analisi dei cambiamenti epidemiologici in salute mentale e dei nuovi bisogni, della efficacia delle valutazioni dei trattamenti e dei relativi esiti. Bisogna promuovere servizi *evidence-based* e orientati al *recovery* con il coinvolgimento dei diversi professionisti sanitari (medici, psicologi, infermieri, riabilitatori della psichiatria etc.) attraverso istituzioni di comitato per la ricerca nei dipartimenti di salute mentale.

Inoltre, vi è necessità di agire in un'ottica inerente il valore della "ricerca sul campo"-come parte della attività quotidiana, rimodulando in termini di studio regolare di esito la raccolta di dati che ha luogo in condizione di routine (ad es. registro casi, data-base epidemiologici dei singoli dipartimenti, raccolta dati delle procedure e istruzioni operative, dati provenienti da cruscotti etc.). A questo riguardo è necessaria la creazione di software e piattaforme uniche collegate e collegabili tra loro (secondo quanto avviene in Nord-Europa) che permetta ai sistemi di essere in comunicazione tra loro. Va ricordato che negli ultimi anni il Ministero della Salute pubblica annualmente, a cura del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM), il 'Rapporto salute mentale', che contiene una gran quantità di dati raccolti a livello nazionale. Sarebbe auspicabile che questi dati fossero utilizzabili dai ricercatori nazionali al fine di analizzare in maniera approfondita le variabili sociodemografiche, cliniche ed assistenziali che caratterizzano il profilo del gran numero di cittadini in età adulta (oltre 854.000 persone nell'edizione 2024 del Rapporto) in contatto con i DSM presenti sul territorio nazionale.

La crescente diffusione dell'uso di sostanze da abuso, in particolare nella popolazione giovanile, e i dimostrati effetti che esse, insieme all'alcool, hanno sul rischio di sviluppare disturbi mentali o di peggiorarne in maniera significativa il decorso, rimarca la necessità di intensificare in modo deciso la ricerca in questo settore, che è rimasto molto indietro rispetto ad altre aree.

Infine, vanno sviluppati programmi di ricerca sulle nuove dipendenze comportamentali, con particolare attenzione all'uso in età evolutiva e nei giovani delle moderne tecnologie di comunicazione.

Una necessità metodologica è quella di promuovere una maggior valorizzazione della ricerca qualitativa con quella quantitativa; integrando così gli aspetti soggettivi a quelli oggettivi.

TABELLA DI SINTESI

FORMAZIONE E RICERCA

OBIETTIVO	AZIONI	ATTORI	INDICATORI
Formazione alla ricerca dei professionisti della salute mentale (Da realizzarsi entro 5 anni)	Corsi ECM	1. ISS 2 Università 3. Ircss	Almeno un corso per Regione
Incremento ricerca in salute mentale di progetti finalizzati in aziende e ospedali (Da realizzarsi entro 5 anni)	Finanziamenti dedicati	1. Ministero Università 2 Ministero della Salute 3. Regioni	Strumenti di valutazione della ricaduta oggettiva assistenziale dei progetti di ricerca
Collaborazione di ricerca tra ISS, università, ASL e IRCCS nel campo della salute mentale (Da realizzarsi entro 5 anni)	Creazione Commissione paritetica	1. ISS 2. Università 3. Aziende Sanitarie 4. IRCSS	Progettazione e realizzazione con Pubblicazioni su riviste internazionali
Facilitazione accesso ai dati raccolti (Da realizzarsi entro 3 anni)	Sviluppo Software e piattaforme uniche e comuni collegate e collegabili tra loro per registrazione e analisi dei dati	Ministero della Salute/Regioni	Produzione di analisi relative ai percorsi assistenziali ed alle variabili di esito basati sui dati SISM o su campioni specifici dei dati SISM.
Implementazione di percorsi di cura specialistici (Da realizzarsi entro 3 anni)	Sviluppo di protocolli	Regioni/ASL e AA.OO./IRCCS	N° di protocolli sviluppati ed implementati
Coinvolgimento di utenti e familiari nei progetti di ricerca finalizzati alla definizione di percorsi di cura (Da realizzarsi entro 3 anni)	Creazione di reti tra associazioni di utenti e familiari	Regioni/ASL e AA.OO.	N° di protocolli che vendono l'inclusione di utenti e familiari
Potenziamento delle attività di trasferimento tecnologico nei progetti di ricerca su salute mentale (Da realizzarsi entro 5 anni)	Sviluppo di device e applicazioni	Regioni/ASL e AA.OO.	N° di device/applicazioni trasferite nella pratica clinica