

Di seguito, aggiunte in rosso nel testo originale del PANSM, le osservazioni di dettaglio di Famiglie in Rete.

Accordo tra il Governo, le Regioni, le Province autonome di Trento e Bolzano e gli Enti locali sul documento recante “Piano di Azioni sulla Salute Mentale 2025-2030”

Rep. Atti n...../CU

LA CONFERENZA UNIFICATA

Nell’odierna seduta del.....

VISTO l’articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131, il quale prevede la possibilità per il Governo di promuovere, in sede di Conferenza Stato-Regioni o di Conferenza Unificata, la stipula di intese dirette a favorire l’armonizzazione delle rispettive legislazioni o il raggiungimento di posizioni unitarie o il conseguimento di obiettivi comuni;

VISTA la legge 13 maggio 1978, n. 180 cosiddetta “Legge Basaglia” recante “Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori” (GU n.133 del 16-5-1978)

VISTA la legge 23 dicembre 1978, n. 833, e successive modificazioni, recante “Istituzione del servizio sanitario nazionale”;

VISTO il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, recante “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”;

VISTA la Convenzione sui diritti delle persone con disabilità, adottata il 13 dicembre 2006 durante la 61a sessione dell’Assemblea Generale delle Nazioni Unite, che salvaguarda e promuove i diritti di tutte le persone con disabilità, incluse le persone affette da deficit mentali ed intellettuali, e inoltre promuove la loro piena inclusione nella cooperazione internazionale, inclusi programmi di sviluppo internazionale;

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 1° aprile 2008 recante “Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria”;

VISTO il Decreto del Ministero della Salute 15 Ottobre 2010 recante “Istituzione del sistema informativo per la salute mentale” è stato approvato il Sistema Informativo per il Monitoraggio e Tutela della Salute Mentale (SISM);

VISTO l’accordo sancito in Conferenza Unificata Consiglio dei Ministri il 13 ottobre 2011 recante “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”;

VISTO il decreto del Ministero della salute, di concerto con il Ministro della giustizia del 1° ottobre 2012, recante “*Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture residenziali destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero psichiatrico giudiziario e dell’assegnazione a casa di cura e custodia*”;

VISTO il decreto-legge 31 marzo 2014, n. 52, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 maggio 2014, n. 81, recante “Disposizioni urgenti in materia di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari”, che dispone modifiche all’articolo 3-ter del citato decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, prevedendo, tra l’altro, che il termine del 1° aprile 2014 di cui all’articolo 3-ter, comma 4, della menzionata legge fosse prorogato al 31 marzo 2015, stabilendo che, dalla data di chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, le misure di sicurezza del ricovero in Ospedale Psichiatrico Giudiziario (OPG) e di assegnazione alle Case di Cura e Custodia (CCC) fossero eseguite esclusivamente all’interno delle strutture sanitarie, di cui al comma 2 del medesimo articolo 3-ter,

denominate Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (di seguito R.E.M.S.), fermo

restando che le persone socialmente pericolose dovessero essere prese in carico sul territorio dai Dipartimenti di Salute Mentale (di seguito DSM);

VISTO l'Atto della Conferenza Unificata del 26 febbraio 2015 (Rep. Atti 17/CU/2015) recante "Accordo, ai sensi del D.M. 1^o ottobre 2012, Allegato A, concernente disposizioni per il definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari in attuazione al D.M. 1^o ottobre 2012 emanato in applicazione dell'art. 3 ter, comma 2 del Decreto legge 22 dicembre 2011 n. 211, convertito con modificazioni, dalla Legge 17 febbraio 2012 n. 9 e modificato dal Decreto Legge 31 marzo 2014 n. 52, convertito in Legge 30 maggio 2014 n. 81";

VISTO l'Accordo CU n. 188 del 30 novembre 2022 sulla proposta del Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria di collaborazione interistituzionale inerente la gestione dei pazienti con misura di sicurezza ai sensi dell'articolo 3-ter, decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211 convertito in legge 17 febbraio 2012, n. 9, come modificato dal decreto-legge 31 marzo 2014, n. 52, convertito in legge 30 maggio 2014, n. 81 e del D.M. 1^o ottobre 2012 (Allegato A) che ha introdotto rilevanti aggiornamenti in termini di programmazione e operatività del sistema;

VISTO il WHO's comprehensive mental health action plan 2013-2030 e l'European Mental Health Action Plan, approvati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), quali documenti strategici per la costruzione di policy e il sostegno alla programmazione nell'area della salute mentale;

VISTO l'Accordo sul "Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale (PANSM)", sancito dalla Conferenza Unificata nella seduta del 24 gennaio 2013 (Rep. Atti n. 4/CU);

VISTO l'Accordo sul documento concernente "Le strutture residenziali psichiatriche", sancito dalla Conferenza Unificata nella seduta del 17 ottobre 2013 (Rep. Atti n. 116/CU);

VISTO l'Accordo sul documento recante "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", sancito dalla Conferenza Unificata nella seduta del 13 novembre 2014 (Rep. Atti n. 137/CU);

VISTO l'Accordo sul documento recante "Gli interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza", sancito dalla Conferenza Unificata nella seduta del 13 novembre 2014 (Rep. Atti n. 138/CU);

VISTO l'Accordo Rep. atti n. 3/CU del 22 gennaio 2015 sul documento recante "Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari per adulti e implementazioni delle reti sanitarie regionali e nazionali";

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, recante "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502";

VISTO l'Accordo sul documento "Linee di indirizzo sui disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell'infanzia e della adolescenza" sancito dalla Conferenza unificata nella seduta del 25 luglio 2019 (Rep. Atti n. 70/CU);

VISTO l'Accordo sul documento recante "Standard per l'assistenza territoriale dei Servizi Salute Mentale Adulti, Dipendenze Patologiche, Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e Salute in carcere" sancito i Conferenza Stato-Regioni del 21/12/2022;

VISTO l'Accordo 15/CSR del 20/02/2020 sul documento recante "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";

VISTA l'Intesa della Conferenza Unificata n. 104 del 6 luglio 2022 sancita sul documento "Linee programmatiche: progettare il Budget di salute con la persona-proposta degli elementi qualificanti", per la realizzazione di percorsi di cura nell'ambito di Progetti di Vita personalizzati in grado di garantire l'esigibilità del diritto alla salute attraverso interventi sociosanitari fortemente integrati e flessibili;

VISTO il Decreto del Ministero della Salute 77/2022 recante la definizione dei modelli e degli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN);

VISTO l'accordo Stato-Regioni del 21 dicembre 2022 recante "Standard per l'assistenza territoriale dei Servizi Salute Mentale Adulti, Dipendenze Patologiche, Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e Salute in carcere";

VISTO l'accordo Repertorio Atti n. 45/CU del 19 aprile 2023 sancito sulla proposta del Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria concernente "Aggiornamento ed integrazione delle Linee di indirizzo per l'assistenza sanitaria ai minori sottoposti a provvedimento dell'Autorità giudiziaria, di cui all'Accordo Rep. n. 82/CU del 26 novembre 2009" e la successiva integrazione prevista nell'Accordo n. 15 /CU del 24 febbraio 2025;

VISTI gli Accordi CU/61/2022 e CU/148/2022 sanciti sulla proposta del Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria concernente il tema delle strutture comunitarie sperimentali di tipo socio sanitario ad alta intensità sanitaria per l'inserimento di minori e giovani adulti in carico ai servizi sanitari, sociali e ai servizi della giustizia minorile;

VISTO l'Accordo Rep. atti 53/CU- concernente l'integrazione dell'Accordo Rep. atti n. 3/CU del 22 gennaio 2015 relativo alle "Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali", con il documento concernente il Monitoraggio di cui all'articolo 5 dell'Accordo Rep. atti n. 3/CU del 22 gennaio 2015;

CONSIDERATO che il 7 giugno 2023 la Commissione Europea ha adottato la comunicazione "A comprehensive approach to mental health" per supportare gli Stati membri e le parti interessate ad agire rapidamente per affrontare le sfide legate alla salute mentale attraverso un approccio globale orientato alla prevenzione e intersettoriale;

CONSIDERATI i documenti di indirizzo internazionali promossi dal World Health Organization-WHO: "*Supported living services for mental health: Promoting person-centred and rights-based approaches*" del 2021; "*World mental health report: Transforming mental health for all*" del 2022; e "*Mental health, human rights and legislation: guidance and practice*" del 2023; "*Guidance on mental health policy and strategic action plans*" del 2025;

VISTO il Decreto ministeriale 27 aprile 2023 di istituzione del Tavolo tecnico per la salute mentale per il miglioramento della qualità dei percorsi di prevenzione, trattamento e riabilitazione a favore delle persone con disagio psichico, in tutte le fasce di età, e i loro familiari, attraverso una verifica della loro appropriatezza e congruenza, in collaborazione con le istituzioni, gli enti preposti, le società scientifiche, le agenzie regolatrici, le associazioni dei familiari, del volontariato e del terzo settore;

VISTO il Decreto ministeriale 13 settembre 2023 con il quale è stata integrata la composizione del Tavolo con il Direttore generale della Prevenzione sanitaria, o suo delegato;

TENUTO CONTO che per l'elaborazione del suddetto Piano di Azione il Tavolo tecnico sulla Salute Mentale ha coinvolto esperti, professionisti e Associazioni e soggetti auditi su richiesta;

CONSIDERATE le note Gab 0005324-P-03/04/2025 e Gab 0010404-23/05/2025-GAB-RAG-P e la mail dell'11 giugno con le quali l'Ufficio di Gabinetto ha richiesto ai Dipartimenti competenti in materia di salute mentale valutazioni sulle versioni di documento licenziate dai coordinatori del Tavolo tecnico per la salute mentale;

TENUTO CONTO, altresì, delle valutazioni, delle osservazioni e delle specifiche richieste di integrazione/rimodulazione del Documento da parte dei Dipartimenti e delle Direzioni Generali competenti del Ministero della Salute fornite con note 0011156-23/04/2025-DGPRES- MDS-P, 0015390-05/06/2025-DGPRES-MDS-P, 0002396-05/06/2025-DPDMF-MDS-P;

ACQUISITO, nel corso dell'odierna seduta, l'assenso del Governo, delle Regioni, Province autonome e degli Enti locali;

SANCISCE ACCORDO

Tra il Governo, le Regioni, le Province Autonome di Trento e Bolzano e gli Enti locali nei seguenti termini:

Art. 1

1. E' approvato, il documento recante "il Piano di Azione Nazionale sulla Salute Mentale 2025-2030" che, allegato al presente atto, ne costituisce parte integrante.
2. Le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano e le Autonomie locali si impegnano a recepire con propri provvedimenti i contenuti del presente Accordo.
3. Alle attività previste dal presente Accordo si provvede nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi e maggiori oneri a carico della finanza pubblica. **Concordiamo sul fatto che l'attuale organizzazione dei Servizi di Salute Mentale offra ampi spazi di miglioramento anche a parità di risorse, ad esempio implementando il task-shifting verso figure diverse dallo psichiatra (infermieri, TERP, psicologi, ESP,...), o adottando percorsi di cura più efficaci che portino in tempi più brevi alla recovery e riducano le cronicizzazioni; riteniamo però, che occorra un decisivo e cogente aumento dei finanziamenti: la spesa per la Salute Mentale deve raggiungere in tutte le Regioni almeno il 5% del Fondo Sanitario Nazionale, con incrementi progressivi fino agli standard europei (10-15%).**

IL SEGRETARIO

IL PRESIDENTE

Piano di Azione 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

<i>Introduzione al Piano Piano di Azione Nazionale per la Salute Mentale PANSM 2025 - 2030</i>	<i>Pag. 10</i>
<i>Capitolo 1</i> SALUTE MENTALE E PERCORSI DI PROMOZIONE, PREVENZIONE E CURA	<i>Pag. 17</i>
<i>Capitolo 2</i> 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	<i>Pag. 33</i>
<i>Capitolo 3</i> SALUTE MENTALE PER LE PERSONE DETENUTE/IMPUTABILI E PER LE PERSONE AFFETTE DA DISTURBI MENTALI AUTRICI DI REATO IN MISURA DI SICUREZZA	<i>Pag. 44</i>
<i>Capitolo 4</i> SALUTE MENTALE: RISK MANAGEMENT E SICUREZZA	<i>Pag. 61</i>
<i>Capitolo 5</i> SALUTE MENTALE E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	<i>Pag. 70</i>
<i>Capitolo 6</i> SALUTE MENTALE: FORMAZIONE E RICERCA	<i>Pag. 84</i>
<i>Bibliografia</i>	<i>Pag. 93</i>

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 Agolia	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 Loretto	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 Consigli
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 sanitaria
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	Direzione Generale della Programmazione sanitaria
Dott. Sergio Iavicoli	Direzione Generale della Prevenzione
Dott. Stefano Lorusso	Direzione Generale della Digitalizzazione, del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica (DGSISS)
Dott.ssa Mariella Mainolfi	Direzione Generale delle Professioni sanitarie e delle risorse umane del servizio sanitario nazionale (DGPROF)
Dott.ssa Boldrini	Ufficio 2 - Ufficio di Statistica (DGSISS)
Dr.ssa Novella Luciani	Direzione Generale della Ricerca e dell'Innovazione in Sanità

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. Ivan Iacob	FASSID – AUIPI (Ass. Unitaria Psicologi Italiani)
Dott.ssa Cristina Lemme	ADHD ITALIA
Prof. Francesco Mancini	Consulta Scuole Psicoterapia
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 Psicologi 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 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 Psicologi 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 Alcolologia (SIA)

Prof.ssa Carla Ghelardini

Presidente Collegio Nazionale dei Farmacologi Universitari (CNFU)

**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 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, e 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 di 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, 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 necessario 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, l'equità, l'inclusione, la sicurezza, l'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, la valorizzazione del potenziale insito nella disabilità.

I dati pubblicati nel 2023 dal Sistema Informativo per la Salute Mentale del Ministero della Salute (SISM) 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, e la 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 l'attuazione di 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 dei bisogni di cura per la salute mentale sono segnalati 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, progetti di formazione e cultura sulla salute mentale.

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.

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. Potenziare i programmi di integrazione sociosanitaria e il lavoro in equipe multidisciplinari tra le diverse competenze professionali coinvolte nei progetti terapeutici. Così da 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).

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. E' 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, ritenuti svolgere 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 programmi di formazione interdisciplinare: educare gli operatori a un approccio globale alla salute che includa competenze interdisciplinari di assistenza sanitaria e sociale; Progetti di assistenza integrata: garantire un approccio più olistico alla cura delle persone, affrontando insieme gli aspetti della salute mentale e fisica; 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.

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. E' 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 a cura della Commissione Salute e delle 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

Il Piano di Azione sulla Salute Mentale si articola in sei Capitoli:

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. E' 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 a cura della Commissione Salute e delle Direzioni tecniche competenti del Ministero della Salute in collaborazione con il Tavolo tecnico sulla Salute Mentale. **Concordiamo sulla necessità di un attento monitoraggio dell'effettiva applicazione delle linee guida in tutte le Regioni e riteniamo opportuno il coinvolgimento nel monitoraggio, insieme al Tavolo Tecnico, dei rappresentanti degli utilizzatori dei servizi di salute mentale, cioè le associazioni di utenti e familiari.***

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 da censo e 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 siano attuate 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 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. **Concordiamo pienamente sulla necessità di indicatori obiettivi, in particolare quelli di esito, nei servizi di salute mentale di tutto il territorio nazionale; il sistema di valutazione deve essere progettato in collaborazione con le associazioni di familiari e utenti e devono essere previste metodologie di valutazione incrociata con gli utenti, con partecipazione e garanzia degli ESP, dei familiari e delle loro associazioni.**

Altro elemento importante, di carenza nel processo di armonizzazione di un modello condiviso, è l'assenza quasi totale di leggi attuative partecipate 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 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 perinartum 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. E' 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 loro frequenza 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.

E' 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. E' previsto un incremento delle articolazioni

per la tutela della salute mentale in carcere. Potenziamento dello snodo sistema giustizia e Minori. Realizzazione 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. E' 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.

Nel monitoraggio degli eventi sentinella, richiediamo di considerare l'atto di contenzione in sé come evento sentinella, perché sintomo di un fallimento in qualche punto del percorso (nella prevenzione, nella proattività della presa in carico, nei tentativi di de escalation) e potenzialmente letale.

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 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) – 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 socio riabilitativo 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 risulta 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.

Uguualmente 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", e sull'Accordo in CU del 25/07/2019 "Linee di indirizzo sui disturbi neuropsichiatrici dell'infanzia e adolescenza". [MG]

E' 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.

Il modello di riferimento

Il modello dipartimentale integrato ed inclusivo

Si ribadisce che il modello organizzativo di riferimento più opportuno è di livello dipartimentale integrato ed inclusivo.

Il Dipartimento 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. E' 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 comorbidità con le dipendenze è auspicabile la condivisione di un modello organizzativo integrato ed armonico, che riconosca una matrice comune all'interno di un Dipartimento inclusivo 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 comorbidità tra Disturbi mentali, Disturbi correlati a sostanze e da *addiction* e Disturbi del Neurosviluppo, 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 Relazione Nazionale al Parlamento sulle droghe (2024) relativa all'anno 2023 In particolare, si conferma la crescita del consumo di sostanze psicoattive tra i giovani tra i 15 e i 19 anni rispetto all'anno precedente: quasi 960mila, pari al 39% della popolazione studentesca, riferiscono di aver consumato una sostanza illegale almeno una volta nella vita e oltre 680mila (28%) nel corso dell'ultimo anno. Le percentuali di studenti che riferiscono di aver usato almeno una volta nel corso dell'anno sono: cocaina dall'1,8% al 2,2%, stimolanti dal 2,1% al 2,9%, allucinogeni dall'1,6% al 2% e nuove sostanze psicoattive dal 5,8% al 6,4%. La cannabis rimane la sostanza più usata dai giovani, ma vede una diminuzione della prevalenza rispetto al 2022 (22,2% contro il 23,7%). il numero di minorenni denunciati all'Autorità Giudiziaria per reati penali droga-correlati ha visto un aumento del 10%. In generale, i detenuti tossicodipendenti rappresentano il 29% del totale al 31 dicembre 2023, mentre 3.901 persone sono in carico all'Ufficio esecuzione penale esterna (Uepe) per misure alternative alla detenzione.

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 132.200 pazienti, 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. Anche gli accessi in Pronto Soccorso droga-correlati, 8.596 in tutto, hanno fatto registrare un aumento del 5% rispetto al 2022; il 12% di questi accessi ha esito in ricovero. I decessi per intossicazione acuta da sostanze stupefacenti rilevati su base indiziaria da parte delle forze di polizia sono stati 227 (in calo rispetto al 2022). Grazie a un progetto attivato dal Dpa con i Tossicologi forensi italiani, sono stati raccolti i dati di 85 province italiane: i decessi droga-correlati nelle indagini forensi nel 2023 sono stati 822 (+5,4% rispetto al 2022), di cui 312 per intossicazione acuta. (<https://www.politicheantidroga.gov.it/it/notizie-e-approfondimenti/notizie/relazione-annuale-al-parlamento-sul-fenomeno-delle-tossicodipendenze-in-italia/>).

I danni sulla salute causati dal consumo di sostanze sono rilevati in maniera sistematica solo parzialmente e solo in relazione alle patologie infettive, agli accessi in Pronto Soccorso/ricoveri o ai decessi droga correlati. Danni biologici gravi alle strutture del SNC (nonché ad altri organi) - quali conseguenze dell'uso di NSP - sono invece oggi già in parte chiaramente dimostrati nella ricerca clinica e pre-clinica.

I disturbi correlati all'uso di sostanze sono associati, inoltre, ad una ridotta aspettativa di vita: il tasso di mortalità delle persone con disturbo da oppioidi è significativamente più alto di quello atteso nella popolazione generale e la morte avviene più spesso in età giovanile.

Una particolare condizione di rischio si riscontra nella fascia 14-25 anni, con esordio precoce del consumo di cannabis (anche sotto i 14 anni di età) e che si sovrappone alla fase di sviluppo del SNC. E' presente una frequente associazione con i Disturbi del Neuro-sviluppo - in particolare ADHD e FASD - e con esperienze traumatiche precoci.

Un problema decisamente più recente e diverso da quello dell'uso delle "tradizionali" sostanze che generano disturbi correlati all'uso (marijuana, oppioidi, cocaina, alcol) riferisce alle già citate nuove sostanze psicoattive (NSP), i cui consumi sono appunto in aumento soprattutto nella popolazione giovanile.

Si specifica quindi che i quadri psicopatologici di cui sopra in comorbilità con i DUS e le più 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 portatrice 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 da un Dipartimento 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 è in grado di dare una risposta integrata agli attuali quadri clinici, particolarmente complessi, dati 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. 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 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, sia pur nel rispetto della programmazione regionale, la definizione di nuovo modello dipartimentale 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 inderogabile per un’efficace presa in carico dell’utenza.

Sosteniamo pienamente il modello dipartimentale integrato e inclusivo e chiediamo norme operative di dettaglio che agevolino e verifichino la collaborazione tra strutture (Centri di Salute Mentale / SERD / comunità di recupero) e figure professionali diverse (Psichiatri, Tossicologi, Psicologi, Educatori, Infermieri, Assistenti Sociali, TERP, Coach formati appositamente sul disturbo in questione..). Infatti, la nostra esperienza nelle Regioni in cui i DSMD integrano già le strutture dedicate alla neuropsichiatria infantile e alle dipendenze, è che un’organizzazione integrata è necessaria ma non sufficiente per una collaborazione realmente efficace tra le diverse strutture e figure professionali.

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; Per noi questo è un punto centrale, in quanto rileviamo molto spesso storie di pazienti che non accettano il loro disturbo o non ne comprendono appieno gravità e conseguenze o non hanno gli strumenti per aderire a percorsi terapeutici complessi; in salute mentale, quello con cui ci si confronta di solito è un continuo oscillare fra rifiuto ed assenso alle cure, dettato dal contrapporsi di desiderio di recovery e paura e carico del percorso terapeutico; per questi pazienti, il consenso non è punto di partenza bensì di arrivo di una proficua attività terapeutica. In ogni DSMD devono essere definite azioni mirate a:
 - Ridefinire con creatività e proattività tempi, luoghi e modalità di intervento, per raggiungere tutti coloro che ne hanno bisogno, pur nel rispetto della libertà di cura. A questo proposito, siamo molto favorevoli ad adottare anche in Italia pratiche di "Assertive Community Treatment" già diffuse in molti paesi d’Europa (es. "Flexible Assertive Community Treatment" nei Paesi Bassi, "Assertive Outreach" in Spagna,...)
 - Collaborare con ogni tipo di risorsa disponibile: famiglia (anche estesa), amici, associazioni e volontari, rete sociale, figure professionali diverse (es. ESP), scuola e università, con attivazione del “triangolo terapeutico esteso” (utente–famiglia–servizi) in logica di contesto secondo il modello basato su Open Dialogue (Seikkula et al., 2006).
 - Adottare le buone prassi di Case Management e monitorarne l’effettiva applicazione.
 - Formare il personale su tecniche di Motivational Interviewing (Miller & Rollnick, 2013).
 - Utilizzare “engagement coach” o figure di peer support già introdotte nel sistema inglese (NHS Long Term Plan, 2019).
 - Considerare le App psicoeducative a basso carico cognitivo (es. MoodMission, Woebot),

selezionando opportunamente i pazienti e il contesto adatto e come spunto di generalizzazione degli interventi. Monitoraggio comportamentale indiretto tramite wearable o smart devices – utile anche per evitare contatto diretto iniziale.

- 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.

In questo contesto organizzativo, per favorire un'adeguata continuità di cure e presa in carico tra minore e maggiore età di soggetti con quadri psicopatologici complessi, vanno previste le equipe di transizione di seguito sintetizzate nei loro punti focali.

Equipe di transizione

Devono essere previste equipe multiprofessionali di transizione dedicate agli adolescenti affetti da psicopatologia conclamata o in fieri, di età indicativamente compresa fra i 14/16 ed i 20/22 anni.

Vanno coinvolte tutte le specificità, ivi comprese le dipendenze, che a diverso titolo assumono rilevanza clinica ed in termini di presa in carico.

E' opportuno per questa specifica esigenza, un ampliamento del punto di vista clinico e operativo che superi i limiti giuridici arbitrari dei 18 anni, con servizi per minorenni e servizi per maggiorenni. L'adolescenza rappresenta un passaggio evolutivo psichico fondamentale in un continuum tra infanzia e età adulta e necessita di una speculare continuità di osservazione, attenzione, sostegno e presa in cura da parte di competenze specialistiche per tale ambito. E' questa la fase della vita in cui in particolar modo va assicurata la continuità dei progetti di cura e riabilitazione laddove necessari. In questa fase di transizione eventuali disallineamenti fra servizi, dovuti a differenti modalità operative e di risposta ai bisogni, possono pesare in maniera rilevante nell'evoluzione prognostica della psicopatologia.

Il modello di riferimento deve prevedere progetti personalizzati che tengano conto della specificità dell'adolescenza attraverso l'attivazione di tutte le risorse di rete disponibili e di luoghi di cura, di diversa intensità assistenziale, e strategie innovative, con forte accessibilità e attrattività per l'adolescente. In particolare va implementato il coordinamento con le agenzie territoriali che si rivolgono agli adolescenti per condividere sinergicamente le indicazioni di invio, sfruttando i gruppi dei pari e una forte integrazione socio-sanitaria nel Territorio. La gestione dei progetti va affidata ad equipe multidisciplinari, in cui vengano valorizzate anche le figure non mediche sia per quanto concerne la necessaria ottica multiprofessionale che per la promozione del case-management non medico.

E' da implementare e favorire il livello territoriale e domiciliare per permettere una presa in carico più ampia e completa, intervenendo il più possibile, in modo non invasivo, nel terreno quotidiano di vita, crescita, sperimentazione dell'adolescente, coinvolgendo tutti i soggetti di fondamentale riferimento nel processo evolutivo di maturazione. La presa in carico dell'adolescente, ove possibile, deve prevedere l'accompagnamento dei genitori o del nucleo familiare e, qualora si evidenzino elementi patologici franchi, il supporto psichiatrico e psicologico si devono estendere a tutto l'ambito familiare.

Tale specificità è affrontata in maniera più approfondita e strutturata nel successivo capitolo 2.

Appreziamo l'idea di garantire un maggior governo della transizione tra i servizi con il raggiungimento della maggiore età, che consideriamo anche un elemento di prevenzione del disturbo psichico in età adulta. E' necessario comunque definire protocolli chiari per evitare problemi analoghi agli attuali nei due periodi di transizione che si creeranno (intorno ai 14/16 anni e poi intorno ai 20/22 anni.)

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 Èquipe 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/complexità 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.

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.

Inoltre va perseguita la collaborazione fattiva con le Cure Primarie sfruttando la contiguità logistica al fine di sperimentare forme di contatto più dirette con l'utenza e politiche attive di intercettazione precoce.

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);
- 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 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; **in particolare, come già avviene in alcuni DSMD, devono essere condivisi con la famiglia il Piano Terapeutico-Riabilitativo Individuale del paziente ed il ruolo in tale Piano della famiglia; ancora meglio sarebbe co-progettare il percorso terapeutico con la partecipazione ed il supporto dell'utente, dei familiari, di esperti per esperienza**
- Sintomi premonitori della crisi
- Linee operative dedicate alle emergenze
- Percorsi previdenziali assistenziali, con particolare attenzione all'amministratore di sostegno
- Sostegno psicoterapeutico, **con interventi mirati e concreti (es. psicoeducazione, parent training,...)**
- 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.

Appreziamo molto questa linea guida e sottolineiamo l'importanza di tutte le pratiche che agevolino e verifichino

la collaborazione nella gestione e cura del paziente, e il dialogo tra familiari e sanitari (es. le pratiche di “Open Dialogue”), facendo leva anche sulle associazioni di familiari, che possono assumere un ruolo di mediazione laddove le famiglie siano impreparate o poco disponibili.

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). **Dovrebbero essere pubblicati i dati i relativi alla popolazione trattata con dettaglio fino ad ogni specifico CSM/DSM.**

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).

Concordiamo pienamente sulla necessità di indicatori obiettivi, in particolare quelli di esito; desideriamo specificare che la valutazione deve basarsi su strumenti standardizzati approvati dalla letteratura scientifica e in molti casi già sperimentati in alcuni DSMD; inoltre, la valutazione deve essere congiunta da parte di operatori, paziente e familiari ed un garante terzo (es. un utente esperto), con il supporto delle associazioni di familiari e utenti .

I risultati della valutazione devono essere utilizzati sia a livello aggregato, per consentire il confronto tra strutture diverse e la condivisione di buone prassi, sia a livello di singolo paziente, per aggiornare e se necessario reindirizzare il Progetto Terapeutico Individuale.

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.

Psicologo di primo livello

E' fondamentale promuovere attività di implementazione di salute e benessere mentale attraverso la strutturazione di percorsi ed attività che interessano l'intera popolazione afferente ad un territorio che dovrebbe beneficiare di figure professionali ed interventi dedicati anche quando si tratta di condizioni di disagio lieve e moderato, fermo restando la priorità per i disturbi mentali gravi stante le risorse limitate.

Per tale motivo, si ritiene che l'adozione del modello a matrice precedentemente descritto, in particolare per quanto riguarda il primo livello debba necessariamente prevedere all'interno della microequipe dedicata la figura dello psicologo psicoterapeuta in maniera tale che, sia pienamente integrato nei dipartimenti di salute mentale, selezionato con specifiche competenze psicoterapeutiche e formato (come, in modo simile, avviene per i 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)

La salute mentale perinatale

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. E' urgente la definizione di percorsi integrati multidisciplinari che supportino il benessere psicologico e la salute mentale della donna durante il percorso nascita. Questi 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).

Va inoltre incentivata la promozione della salute mentale delle donne 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 (ostetricia e ginecologia, pediatria, medicina di base, psichiatria, neuropsichiatria infantile, psicologia) 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 Unità Madre-Bambino nel nostro Paese.

Richieste dell'Autorità Giudiziaria in materia di minori e famiglie

Nell'ambito delle valutazioni delle competenze genitoriali richieste dall'autorità giudiziaria 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 D.lgs. 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 spesso chiamato a collaborare attraverso le proprie strutture specialistiche (servizi di neuropsichiatria infantile, consultori familiari, servizi di psicologia) per effettuare valutazioni tecniche in tema di capacità genitoriali, condizioni psicologiche dei figli e qualità delle relazioni familiari.

Gli operatori del SSN partecipano come consulenti o forniscono pareri specialistici su richiesta del giudice. La riforma Cartabia ha rafforzato l'importanza di tali valutazioni, richiedendo che esse siano basate su criteri scientificamente validati, tempestive e rispettose del diritto all'ascolto del minore. Pertanto, il SSN contribuisce non solo alla rilevazione di eventuali fragilità genitoriali, ma anche alla costruzione di percorsi di supporto e cura volti a salvaguardare il diritto del bambino a una crescita sana e relazioni affettive stabili, in coerenza con la funzione protettiva della giustizia civile e minorile.

In attuazione del DPCM 12 gennaio 2017 di definizione e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza si rende necessario un aggiornamento e una nuova profilazione delle competenze richieste al SSN in materia di tutela di minori nei casi in cui ricorrono procedimenti limitativi della responsabilità genitoriale.

Richiamandoci alle fonti costituzionali e sovranazionali quali la Convenzione ONU sui diritti del Fanciullo e la Carta dei Diritti fondamentali dell'Unione Europea, che sottolineano la centralità del superiore interesse del minore e il diritto dello stesso a mantenere relazioni familiari è opportuno definire principi organizzativi e procedure metodologiche al fine della corretta presa in carico e valutazione delle competenze genitoriali e dello stato psicofisico del minore evitando un'eccessivo ricorso allo strumento sanitario dei minori coinvolti.

A tal fine si ribadisce l'importanza che rivestono i Consultori Familiari nella tutela dei minori, in collegamento con i Tribunali e le Procure della Repubblica ed in stretta integrazione con i servizi sociali comunali/municipali e le altre strutture territoriali.

Tali servizi, che rappresentano la frontiera della salute verso le persone e la comunità, sono capillarmente distribuiti su tutto il territorio nazionale e improntati all'integrazione con gli altri servizi sanitari, sociosanitari

e con il versante sociale, ed hanno come bacino di utenza un'ampia fascia di popolazione con bisogni complessi e con un'utenza spesso difficile da intercettare; devono essere facilmente riconoscibili e accessibili particolarmente a coloro che presentano aspetti di "fragilità" o barriere come quelle linguistico-culturali che rendono più difficile l'accesso al sistema dei servizi.

Il ruolo dei Consulenti Familiari è cruciale anche in ambito di tutela dei minori, per le indagini psicosociali richieste dal Tribunale e le successive prese in carico, in stretta integrazione con i servizi sociali dei Comuni/Municipi e, nei casi di accertata patologia, con le altre strutture sanitarie preposte (DSM, DISABILI ADULTI). Le richieste di indagini psicosociali, anche provenienti dal sistema Giustizia, si articolano in valutazioni sia delle competenze genitoriali che di personalità per l'individuazione di eventuali profili psicopatologici e/o problematiche di dipendenza, in stretta integrazione con gli altri servizi territoriali competenti nonché di minori esposti a conflittualità genitoriale.

I Consulenti Familiari fungono dunque da primo filtro per tutte le richieste provenienti dall'Autorità Giudiziaria in materia di separazione e divorzio e nei casi di accesa conflittualità genitoriale al fine di garantire il necessario supporto psicologico al minore coinvolto e l'eventuale presa in carico della famiglia attraverso idonei percorsi di mediazione.

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. E' 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.

Concordiamo pienamente sull'importanza fondamentale della figura del Case Manager e chiediamo di dettagliarne e rafforzarne il ruolo:

- **deve avere un ruolo centrale di responsabilità nella rete (servizi sanitari e sociali), anche in presenza di comorbilità non strettamente psichiatriche (es. abuso di sostanze, autismo,...) o di situazioni particolari (es. pazienti autori di reato, inclusi quelli ristretti in carcere o REMS). Rileviamo infatti che anche nelle Regioni in cui tale figura già esiste, molto spesso non svolge effettivamente la funzione per cui è stato disegnato;**
- **deve avere all'interno dell'equipe competenze relazionali, di governance, di coordinamento e l'esperienza clinica che consenta di cogliere le situazioni di rischio, oltre che le corrette deleghe per organizzare il suo intervento in modo efficace;**
- **deve avere un carico sostenibile (numero di utenti accettabile e criteri ben definiti di priorità tra utenti ad alta complessità).**

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. E' 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 debbano 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.).

Per l'ADHD, chiediamo l'ampliamento della disponibilità di farmaci specifici: più formulazioni a base di metilfenidato, altre molecole disponibili in Europa, ad esempio per la comorbilità con il DUS, e l'introduzione di farmaci monosomministrazione e long acting. Restiamo favorevoli a forme di monitoraggio sulla prescrizione dei farmaci, ma consapevoli che occorre snellire le procedure burocratiche in merito (ad esempio dematerializzare le ricette a ricalco).

I trattamenti psicoterapici

Il trattamento psicologico è un intervento che si articola in specifiche azioni tra un individuo, una coppia o un gruppo di individui ed un professionista del benessere mentale che ha lo scopo oltre che ristrutturare sistemi ideici disfunzionali e di creare gratificanti processi emotivi, comportamentali o in rapporto con altre persone con l'obiettivo di migliorare lo stato di salute e le funzioni psichiche che ne derivano. Le procedure ed i meccanismi di cambiamento sono fondate sulla scienza psicologica e con essa sono coerenti.

La psicoterapia è una pratica clinica diffusa, oggi anche attraverso la rete, ma della quale è necessario che l'utente sia tutelato rispetto alla libera scelta e ai trattamenti specifici possibili specie quelli mirati alla condizione clinica per la quale vi si fa ricorso. La psicoterapia può essere esercitata solo dalle professioni sanitarie abilitate per legge e che la sua pratica clinica presuppone una specializzazione specifica prevista dalle norme in materia.

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 di 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, oltretutto la metodologia adottata pur nelle varieguate proposte epistemologiche, di modo da stabilire processi basati sull'evidenza e garantiti dalla teoria scientifica che la supporta.

Appreziamo molto il riferimento ai trattamenti mirati alla specifica condizione clinica e ai processi basati sull'evidenza e garantiti dalla teoria scientifica che la supporta.

Vorremmo aggiungere tra gli aspetti dedicati al tema in oggetto anche quello dell'alleanza terapeutica: la predisposizione positiva del paziente verso la cura è spesso considerata prerequisito per l'accesso al percorso terapeutico e la responsabilità della costruzione dell'alleanza terapeutica ricade principalmente sulle sue spalle, anche quando – in quella fase del suo percorso di recovery – non ne ha ancora gli strumenti. Riteniamo che sia compito del terapeuta costruire proattivamente e con perseveranza l'alleanza terapeutica, persino nei casi più complessi (cfr. ad esempio J. E. M. Aerts, M. J. N. Rijckmans, S. Bogaerts, A. van Dam: "Establishing an optimal working relationship with patients with an antisocial personality disorder. Aspects and processes in the therapeutic alliance")

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.

E' 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.

Appreziamo grandemente il riferimento alla scelta individualizzata degli interventi, agli obiettivi realistici, alla valutazione dell'esito, al coordinamento del Case Manager.

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 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).

Riteniamo di estrema importanza il tema dei trattamenti evidence-based, e non solo quelli innovativi ma anche quelli che all'estero sono adottati da decenni.

Rileviamo che oggi l'approccio terapeutico è spesso generalizzato e non mirato allo specifico disturbo, sia nei CSM sia nelle comunità terapeutiche, strutture ad alta intensità di trattamento con altissimi costi a carico del Servizio Sanitario; in particolare, nonostante le evidenze di efficacia, i trattamenti psicologici e psicoterapici sono ampiamente sotto-utilizzati nei Servizi di Salute Mentale, con conseguente uso improprio dei farmaci. Chiediamo quindi di:

- **Adottare in modo uniforme su tutto il territorio nazionale le linee guida contenute nel documento della Conferenza Unificata nella seduta del 13 novembre 2014 (Rep. Atti n. 137/CU)**
- **Verificare la stesura e adozione dei corrispondenti PDTA (Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali) per i disturbi psichici in tutte le Regioni (alcune lo hanno fatto – es. il Veneto - altre no – es. la Lombardia)**
- **Garantire i trattamenti psicologici e psicoterapici appropriati, come previsto dai LEA, e monitorare l'uso dei farmaci soprattutto nei casi in cui il trattamento d'elezione per lo specifico disturbo è la psicoterapia.**

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.

Oltre alla telemedicina vanno menzionate le potenzialità relative allo sviluppo dell'Intelligenza Artificiale nel campo della medicina, e quindi anche della salute mentale, che visto 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	Recepimento con atto formale da parte delle Regioni del PANSM e programmazione schematiche di azioni e progetti operativi specifici Verifica implementazione delle azione e progetti programmati. Definizioni di indicatori di esito per la verifica della qualità del servizio erogato, con partecipazione di familiari e utenti	Ministero della Salute, Tavolo salute mentale, Regioni Associazioni di familiari e utenti	Percentuale di completamento delle attività di recepimento e attuazione degli obiettivi. Indicatori di esito

OBIETTIVO	AZIONI	ATTORI	INDICATORI
Sperimentazione del modello "a matrice" (Intesa 21/12/2022) e relativi standard	Recepimento ed attuazione del modello. Adozione di modelli di presa in carico assertiva e proattiva.	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)	Definizione di una specifica procedura	Regioni/Asl/Servizi sociali/PLS e MMG	Delibere aziendali di istituzione della procedura dedicata
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)	Definizione di uno specifico PDTA	Regioni / Asl / Servizi sociali / famigliari / PLS e MMG	Delibere aziendali di istituzione del PDTA dedicato
Implementazione di interventi / percorsi finalizzati alla garanzia e continuità delle cure	Definizione di protocolli operativi per implementazione procedure per garantire il processo - Implementazione equipe multidisciplinare di transizione - Formazione Professionale	Regioni	Delibera regionale di definizione delle equipe di transizione
Implementazione del case management	Formalizzazione del case manager nei PTI di presa in carico Formazione specifica Ridefinizione del profilo del case manager: ruolo centrale di responsabilità, competenze specifiche, carico di lavoro sostenibile	DSM	Formazione per case management Percentuale di pazienti complessi con PTI che riporta il case manager

OBIETTIVO	AZIONI	ATTORI	INDICATORI
-----------	--------	--------	------------

Miglioramento del trattamento dei disturbi della salute mentale comuni	Valorizzazione del percorso di consulenza specialistica per la rete dei MMG. Promozione delle attività psicoterapiche di gruppo o altro.	DSM	Formazione, definizione ed attuazione di protocolli operativi
Trattamenti innovativi ed evidence-based	Possibilità di accedere a strumenti diagnostici e terapeutici basati su innovazioni e supportati da robuste evidenze scientifiche	Regioni/Asl/ Dsm	Formazione, definizione ed attivazione di percorsi di cura dedicati, che possano erogare trattamenti specifici, accreditati in letteratura. Percentuale di PTI che prevedono trattamenti evidence based per la specifica diagnosi
Percorsi di cura per utenti con ADHD	Attivazione di percorsi in continuità assistenziale per utenti minori/adulti con ADHD. Ampliamento della disponibilità di farmaci specifici	Regioni/Asl/ DSM	protocolli operativi
Definizione e implementazione dei Percorsi di cura per utenti adulti con autismo	Attivazione di percorsi in continuità assistenziale per utenti minori/adulti con autismo.	Regioni/Asl/ DSM MMG/PLS/Consultori Servizi NPIA/servizi sociali/ servizi disabili adulti	Formalizzazione nelle Aziende di un percorso per la gestione e cura di utenti con ADHD e per adulti con Autismo
Implementazione della telemedicina	Definizione di procedure e di interventi per l'attuazione di televisita e teleconsulto medico in salute mentale	Ministero/Regioni/A GENAS/ISS	Definizione di una procedura dedicata
Sviluppo e validazione dell'utilizzo dell'IA in salute mentale: ricerca, prevenzione, interventi	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 implementare 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 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.

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. E' 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.

E' 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 disturbo dello spettro dell'autismo, disturbo da deficit di attenzione ed iperattività (ADHD), disabilità intellettiva, e 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, i servizi di psichiatria dell'adulto, come vedremo più avanti, e per la quale 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, poichè 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.

E' 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 sono radicati in precoci meccanismi disfunzionali di disregolazione emotiva già evidenti nei primi anni, e che 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, e 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 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.

E' 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. E' 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 affidamento 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 comorbidità, 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 I 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-acute;**
- **Molteplicità 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 e della 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**

Vorremmo aggiungere tra le criticità il fatto che molti disturbi ad esordio in tarda adolescenza vengono diagnosticati solo con la maggiore età; si perdono così anni preziosi per la cura mirata, mentre si continua a trattare il ragazzo con un approccio generico, che costa ai Servizi, non dà risultati, e mina nel paziente la speranza e la fiducia nelle strutture della Salute Mentale. Sono un esempio i molti disturbi della personalità, che hanno ottima prognosi se curati tempestivamente. Proponiamo quindi di aggiungere alle linee guida la formazione degli operatori delle strutture dedicate alla neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza sulle diagnosi precoci (ad es. per i disturbi di personalità, ADHD, Disturbo Oppositivo Provocatorio, Disturbo della Condotta, ...)

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 programmatica**), 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 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 e definendo 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.

E' 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 (proseguo 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 sovrazionali 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, 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 servizi 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 e 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 (es. opuscoli, video tutorial, ecc.), con linguaggio adatto alla tipologia di persone cui sono rivolti, che consentano di rendere maggiormente comprensibile sia al paziente sia 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 esplicherà 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 informazioni 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 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, etc. 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). 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);
- altri operatori o servizi a seconda della tipologia di disturbo e del livello di supporto alla transizione necessario (altri medici specialisti, psicologo, 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;
- arricchire l'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" e 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 psichiatria degli 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**

E' 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, e 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 indicate le 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 (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 può essere modulato tra i 17 e i 19 anni)	Promuovere Equipe condivise che si attivino a partire dai 16 anni.	Neuropsichiatra infantile, psichiatra e medico dell'età adulta, case manager
	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 per- corso
	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
Garanzia dell'attività e continuità di cura	Implementazione delle équipes multidisciplinari di transizione	Regioni	Delibera regionale di definizione delle équipes multidisciplinare di transizione
Definizione e attuazione di percorsi di continuità di cura tra servizi per l'età evolutiva e servizi per l'età adulta	<p>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 programmatici, agli aspetti clinici e inclusivi di linee per il monitoraggio.</p> <p style="color: red;">Formazione per gli operatori delle NPIA sulla diagnosi precoce dei disturbi ad esordio in tarda adolescenza</p>	Regioni/ASL	<ul style="list-style-type: none"> ▪ esistenza di linee di indirizzo regionali relative sia al livello programmatico sia al livello clinico ▪ esistenza di modalità di monitoraggio regionale ▪ esistenza di protocolli operativi locali che includano il livello programmatico 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 tutela della salute mentale per le persone detenute/imputabili

Appreziamo il focus su questa categoria di pazienti, spesso dimenticati nel dibattito pubblico, che si concentra sulle persone assolute perché totalmente incapaci di intendere e volere; ribadiamo infatti un principio che dovrebbe essere scontato: indipendentemente dalla loro posizione giuridica e dalla condanna, queste persone devono essere considerate a tutti gli effetti pazienti e deve essere garantito loro il diritto alla cura del loro disturbo mentale, esattamente come deve essere garantito a tutti i detenuti il diritto alla cura delle patologie fisiche.

Nei paragrafi che seguono desideriamo tuttavia fare una serie di puntualizzazioni sulle ATSM e sul concetto di referente forense, e chiedere maggiore impegno sulle misure alternative alla detenzione con contenuti terapeutici, tema non sufficientemente affrontato nel presente documento.

Il DPCM 1/4/2008 (GU serie Generale n.126 del 30/05/2008) demanda al SSN e ai Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) la 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 i “presidi sanitari penitenziari” e con il supporto dei Servizi Sanitari Aziendali Territoriali ed Ospedalieri garantendo i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Tali Presidi Sanitari, presenti in ogni singolo istituto penitenziario, sono assimilabili ai presidi distrettuali e con bisogni di assistenza sanitaria di cui l’Azienda Sanitaria competente si fa carico, includendoli nella programmazione corrente e impiegando i propri servizi, articolazioni sanitarie e sociali per il raggiungimento dei LEA.

In ogni istituto è presente un servizio psichiatrico interno, gestito direttamente allo scopo di garantire:

- 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 Asl, 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 competenti, 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 dei disturbi mentali in carcere, sarebbe necessario garantire un'assistenza psichiatrica in ATSM pari ad almeno il 10% della popolazione carceraria. Si ritiene necessario un aumento dei posti letto non inferiore al 5%. Tali strutture, destinate a soggetti detenuti e non internati, possono migliorare l'assistenza in carcere e limitare il ricorso alla incompatibilità con il contesto carcerario offrendo cure appropriate in un setting intramurario.

E' da sottolineare come l'Allegato C del D.P.C.M. 10 Aprile 2008 ritenga vincolante ed essenziale per il successo del programma di superamento degli 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 O.P.G. 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. 10 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 l'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 22.01.2015 "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'art. 111 (commi 5 e 7) del decreto del Presidente della Repubblica 230/2000 sull'ordinamento penitenziario, ai soggetti di cui all'art. 112 del decreto del Presidente della Repubblica medesimo ed ai soggetti di cui all'art.148 c.p.

Alla luce di ciò, nell'ambito dell'ATSM dovrebbero essere pertanto inseriti:

Riferimento Normativo		Descrizione	Destinazione originaria	Note Finali
Art. 111	D.P.R. 230/2000, commi 5 e 7	<i>'Imputati o condannati che, durante la detenzione, sviluppano infermità psichica senza necessità di misura di sicurezza o ricovero OPG</i>	<i>Istituto o sezione speciale per infermi/minorati psichici</i>	<i>Possibile rientro in istituto ordinario dopo miglioramento, previo periodo di verifica</i>

		<i>Condannati a pena diminuita per vizio parziale incompatibili con la permanenza in istituti ordinari^a</i>		
--	--	--	--	--

Art. 112	D.P.R. 230/2000	<i><<Accertamento condizioni psichiche su segnalazione o iniziativa dell'autorità giudiziaria o del magistrato di sorveglianza>></i>	<i>Diagnosi nel proprio istituto o altro, eventualmente in OPG, casa di cura, sezione per infermi o ospedale civile</i>	<i>Permanenza in osservazione max 30 giorni; rientro nell'istituto se non adottati altri provvedimenti</i>
Art. 148	Codice Penale	<i><<Condannati in cui sopraggiunge infermità psichica prima o durante l'esecuzione della pena, che viene differita o sospesa>></i>	<i>Ricovero in manicomio giudiziario o casa di cura; eventualmente in manicomio civile per pene inferiori a 3 anni</i>	<i>Ricovero revocato quando cessano le condizioni; esecuzione della pena ripristinata</i>

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 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. La ATSM dovrebbe essere organizzata per poter ospitare circa 18/20 posti letto, ed essere allocata all'interno degli istituti, dove poter gestire al meglio sia i soggetti cui sono applicati gli articoli 112, 111 e 148, già illustrati nello schema. La potenzialità di questi presidi potrebbe anche declinarsi nella gestione in un contesto specialistico, di condizioni cliniche a minore gravità, che potrebbero giovare di brevi e puntuali periodi di ricovero. Altra funzione che potrebbe essere utilizzata è a vantaggio delle persone che, terminato il periodo di osservazione, siano in attesa di passare alla sezione ex art. 111 o per i quali si prospetta e progetta una misura alternativa alla carcerazione, (AA.DD., legge 199, misure extra murarie comunitarie e non).

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 l'SPDC sul cui territorio insiste l'istituto di pena) rimane sempre e comunque la gestione delle acuzie, con la esecuzione del TSO o dei ricoveri in urgenza per stato di necessità (art.54 c.p.). Va ricordato che la normativa del TSO ne prevede 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.

Le sezioni ATSM, devono prevedere, oltre agli spazi di degenza, anche e soprattutto delle aree comuni per attività di tipo riabilitativo e degli 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.

Occorre creare, in ogni carcere, Articolazioni Psichiatriche funzionanti e collaborative con la possibilità di avere dei "luoghi" dove poter assistere persone detenute imputabili o con disturbi mentali autrici di reato in attesa dello svolgimento di eventuali operazioni peritali.

Ribadiamo che lo stato attuale delle carceri italiane le rende luoghi inadeguati alla cura dei pazienti psichici; se non bastassero le indagini periodicamente pubblicate da Antigone, Nessuno Tocchi Caino, Ristretti Orizzonti e altri, ne danno testimonianza i 91 suicidi di detenuti nel 2024 (l'anno peggiore di sempre), oltre a quelli del personale della Polizia Penitenziaria. Anche la nostra esperienza diretta delle attuali ATSM è del tutto negativa. Chiediamo quindi che vengano maggiormente chiarite e dettagliate:

- organizzazione e modalità operative e di controllo, disegnate per evitare che le ATSM tornino ad essere i vecchi OPG;
- linee guida vincolanti per l'erogazione in carcere/ATSM dei trattamenti, che devono essere non solo farmacologici ma anche psicoterapeutici ed aderenti alle buone prassi evidence-based condivise dalla comunità scientifica e dettate anche dal nostro Ministero (cfr. ad esempio i Percorsi di Cura allegati al PANSM del 2013);
- modalità di finanziamento, reperimento e formazione degli operatori della Salute Mentale in numero sufficiente a garantire i trattamenti di cui sopra a tutti i detenuti con disturbo psichico.

Nelle more di adeguato ampliamento e totale riorganizzazione delle ATSM, per i pazienti psichiatrici che devono scontare una pena la soluzione più opportuna sono le misure alternative alla detenzione in carcere. Chiediamo che venga ampliata l'offerta di strutture alternative al carcere in cui possano essere curati i pazienti psichici autori di reato, ne vengano monitorati i criteri di accesso (oggi le comunità terapeutiche e a doppia diagnosi in grado e disponibili ad accogliere pazienti agli arresti domiciliari o in libertà vigilata sono in numero insufficiente ed in qualche modo selezionano i pazienti) e gli esiti dei percorsi terapeutici.

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 per 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 e secondariamente con la Magistratura per persone con disturbi mentali autrici di reato che, pur essendo stati periziati e ritenuti non imputabili e pericolosi socialmente, non risulta possibile inserire nelle REMS (per la misura detentiva) e nelle strutture SRP (per la misura non detentiva).

La figura del "referente forense" è per noi di grande importanza, ma la nostra esperienza ci porta ad affermare che non è sufficiente il ruolo proposto, esclusivamente consulenziale / di facilitatore. E' necessaria una figura che abbia la responsabilità del coordinamento dei percorsi terapeutico e giudiziario del singolo paziente, indipendentemente dal contesto in cui si trova in quel momento (carcere, territorio, strutture residenziali, REMS,...); senza nulla togliere alle responsabilità specifiche dei singoli operatori per le attività di loro competenza, questa figura di case manager specializzato nei pazienti autori di reato dovrebbe presidiare il raccordo del lavoro dei vari operatori e batterne i tempi, per ottenere il percorso di cura più tempestivo ed efficace possibile per il paziente.

Chiediamo che venga esplicitato anche per i pazienti detenuti il ruolo dei familiari, in analogia con quello così ben evidenziato nel paragrafo dedicato al Dipartimento integrato e inclusivo, e le modalità della loro interazione e collaborazione con il referente forense.

Infine, nel presente documento non sono stati affrontati altri temi per noi di grande rilevanza, come:

- **Prevenzione**

Molto spesso un paziente psichico che commette un reato non lo fa improvvisamente, bensì vi arriva dopo periodi anche molto lunghi di agiti inappropriati per la convivenza sociale, spesso rilevati e messi in evidenza dalla famiglia, dal contesto in cui vive, e addirittura dalle Forze dell'Ordine. In alcune realtà locali, esistono già interessanti esperienze di protocolli d'intesa tra enti con ruoli e responsabilità diverse (Prefettura, Questura, Carabinieri, DSMD, Comuni, Uffici di Piano, Associazioni di volontariato) per la realizzazione di strategie di prevenzione e intervento integrato. Chiediamo che da queste esperienze si possa trarre spunto per linee guida a livello nazionale. Un secondo punto che riguarda la prevenzione è la difficoltà di adesione alla cura, come ampiamente dettagliato nel documento condiviso con codesto Tavolo dalla Società Italiana di Psichiatria Forense, che evidenzia come per moltissimi pazienti psichici autori di reato l'adesione alle cure è complessa e i servizi territoriali non riescono ad intervenire in maniera efficace su questi soggetti finché non diventano oggetto di un provvedimento dell'autorità giudiziaria. Pertanto, oltre a dotare i Dipartimenti di Salute Mentale e delle Dipendenze di strumenti organizzativi e di risorse, occorre intervenire sul codice civile al fine di poter prevenire efficacemente le derive penali nelle situazioni complesse di fragilità.

- **Strutture per la detenzione domiciliare / libertà vigilata**

Le comunità terapeutiche e a doppia diagnosi in grado e disponibili ad accogliere pazienti agli arresti domiciliari o in libertà vigilata sono in numero insufficiente ed in qualche modo selezionano i pazienti, escludendo i casi più complessi. A nostro parere è necessario favorire le condizioni perché il magistrato possa concedere pene alternative al carcere:

- istituire un cruscotto gestionale per la risposta ai bisogni di posti letto e per definire quelli che sono i fabbisogni di strutture residenziali per gli autori di reato imputabili
- riservare dei posti dedicati nelle residenzialità a pazienti in regime di espiazione pena, in modo che tali utenti non vengano inevitabilmente "scavalcati" da altri meno complessi nell'accesso ai percorsi residenziali di cura o persino considerati non idonei a causa del procedimento penale stesso

- accreditare comunità ad elevate specializzazione e di uso esclusivo per soggetti provenienti dal circuito giuridico.
 - monitorare la qualità delle cure erogate e gli esiti nelle comunità dedicate.
 - ampliare e differenziare l'offerta delle strutture residenziali per intensità di cura e livelli di protezione differenti, soprattutto dove vengono inseriti pazienti autori di reato.
- **Isolamento**
 L'isolamento è la più severa tra le misure disciplinari previste dai regolamenti penitenziari. La sua durata massima dovrebbe essere 15 giorni ma le autorità garanti rilevano l'aggiramento frequente del termine tramite più provvedimenti di isolamento consecutivi o quasi.
 La letteratura scientifica è concorde nel sostenere che l'assenza di interazioni con altri esseri umani provoca danni gravissimi. Alcuni studi sono arrivati a identificare una vera e propria sindrome da isolamento, anche per le persone che non soffrono di disturbi psichici: disturbi del sonno, disturbi dell'appetito, ansia, panico, rabbia, perdita di controllo, allucinazione, automutilazione, ipersensibilità, pensieri ossessivi, disfunzioni cognitive, irritabilità, aggressività, paranoia, mancanza di speranza, letargia, depressione, senso di imminente crollo emotivo, comportamento suicida.
 Si chiede di elaborare raccomandazioni e protocolli per monitorare gli effetti psicofisici dell'isolamento su tutta la popolazione detenuta, ed in particolare per evitare o limitare l'isolamento dei detenuti con diagnosi di disturbo psichico.
- **Psicofarmaci**
 L'inchiesta «Fine pillola mai» pubblicata sul numero di ottobre 2023 della rivista Altreconomia riporta un quadro preoccupante sull'uso di psicofarmaci nelle strutture detentive: proiettando la spesa riferita al campione oggetto dell'inchiesta sull'intera popolazione detenuta, si stima che nel 2022 la spesa in psicofarmaci (in particolare antipsicotici: 60%) nelle carceri italiane è stata almeno di due milioni di euro, con un utilizzo cinque volte maggiore rispetto all'esterno. Situazione analoga si registra anche negli istituti penali minorili (tra il 2021 e il 2022, la spesa in antipsicotici è aumentata mediamente del 30%), dove la preoccupazione non riguarda solamente gli effetti avversi che si registrano anche nella popolazione adulta, ma soprattutto gli effetti virtualmente devastanti che questi farmaci possono avere sul sistema nervoso ancora in fase di sviluppo.
 Chiediamo azioni concrete di verifica e monitoraggio, a garanzia che i farmaci vengano utilizzati sempre e solo nell'ottica dell'agire clinico, e non come contenimento chimico per rendere più gestibili le comunità detenute.
- **Rischio di autolesionismo e suicidio**
 La prevenzione del suicidio, in ambito carcerario, rappresenta un annoso e complesso problema che riguarda il contenimento e la riabilitazione carceraria.
 A tal fine, è utile ricordare la già complessa gestione carceraria in termini di sovraffollamento, gestione di fragilità e vulnerabilità psicologiche, gestione di doppie diagnosi, gestione delle altre culture e prevenzione delle condotte etero ed auto aggressive in regime carcerario.
 Il Ministero della Giustizia annovera tra le sue guidelines "La prevenzione dei suicidi in carcere" (Quaderni ISSP Numero 8, dicembre 2011 -Ministero della Giustizia Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria Istituto Superiore di Studi Penitenziari Quaderni ISSP Numero 8 - La prevenzione dei suicidi in carcere - Contributi per la conoscenza del fenomeno).
 Il fenomeno del suicidio in carcere non comprende solo chi, ad esempio i Nuovi Giunti, entra negli Istituti Penitenziari, ma anche e specialmente le Forze di Polizia Penitenziaria, che vivono momenti di stress e burn-out in quanto riferiscono di non essere formati alle acuzie relative spesso alla Salute Mentale.
 Oltre a favorire percorsi alternativi alla detenzione intramuraria, soprattutto per chi ha problematiche psichiatriche e di dipendenza, chiediamo di:
 - Migliorare la vita all'interno degli istituti:
 è necessario migliorare la vita all'interno degli istituti, per ridurre il più possibile il senso di isolamento e di marginalizzazione, con disponibilità maggiore di attività, che siano

- lavorative, formative, culturali.
 - Maggiore apertura nei rapporti con l'esterno:
Per evitare solitudine, depressione, abbandono alcune azioni sono possibili, in primis quelle volte a una maggiore apertura nei rapporti con l'esterno. Le telefonate andrebbero liberalizzate. Andrebbe poi dato seguito alla sentenza della Corte Costituzionale in merito al diritto all'affettività, prevedendo nelle carceri anche luoghi dove siano possibili colloqui intimi.
 - Attenzione a inizio e fine del percorso detentivo:
sono numerosi i casi di suicidi tra le persone appena entrate in carcere e tra coloro che sono invece prossime a lasciarlo, in collegamento con gli enti e i servizi territoriali esterni.
 - Separazione dal resto della popolazione detenuta
particolare attenzione andrebbe dedicata a tutti quei momenti della vita penitenziaria in cui le persone detenute si trovano separate dal resto della popolazione detenuta, perché in isolamento o sottoposti a un regime più rigido e con meno contatti con altre persone. In questi casi è sempre necessario garantire contatti umani significativi con il personale, al fine di ridurre il rischio suicidario.
- **Competenze specifiche degli operatori**
È fondamentale che tutti gli attori coinvolti sviluppino una maggiore conoscenza e competenza sulle questioni che devono affrontare nella gestione del paziente psichico autore di reato, nel rispetto dei loro ruoli.
Si propongono interventi formativi come:
 - incontri periodici con Magistratura, Avvocatura, Prefetture, associazioni di familiari e Servizi di Salute Mentale, per aggiornamento e riflessioni sulle criticità;
 - formazione nei DSMD su temi specifici legati alla diagnosi e alla definizione dei percorsi di cura di soggetti autori di reato, sia per gli aspetti clinici (es. gestione del rischio suicidario in ambiente carcerario, dei comportamenti aggressivi, ecc.) sia per quelli procedurali (es. distinzioni tra detenzione e misura di sicurezza, tra cura in soggetto non imputabile e cura come misura alternativa alla detenzione, ecc.);
 - formazione sulla patologia psichiatrica e legata alle dipendenze per Magistrati, Polizia Penitenziaria, personale educativo e ad altri attori che entrano in contatto con i detenuti (es. volontari), volta a fornire strumenti utili ed immediati di riconoscimento e risposta a situazioni di urgenza (anomalie del comportamento, fenomenologia dell'intossicazione e astinenza da sostanze, comportamento suicidario).

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 (DPCM 1² 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.

Si pone necessario promuovere, in conformità a quanto delineato dall'Accordo della Conferenza Unificata n.45 del 2023 **percorsi di assistenza socio-sanitaria** integrati e differenziati al fine di garantire:

- Creazione di **Èquipe 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 fragilità emergenti dei 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 valutativa multiprofessionale 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 **Equipe Valutativa Multiprofessionale (EVM)** 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 (art. 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 rendere omogeneo tale modello di intervento e tenuto conto dell'alta specificità della materia, si rende necessario sviluppare in seno a ciascuna Azienda sanitaria specifici **PDTA** e stilare specifico **protocollo valutativo-diagnostico evidence based** che delinei, per ciascun minore, gli aspetti di funzionamento cognitivo e adattivo, psicopatologici e personologici, punti di forza ed elementi di fragilità personali e ambientali, eventuale presenza di comportamenti antisociali e a rischio psicopatologia. 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 DPR 448/1988.

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'art. 28 del DPR 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 **differenziazione dei percorsi comunitari** per i minori autori di reato distinguendo tra percorsi di natura strettamente sanitaria e percorsi di tipo socio-educativo nonché avviare percorsi sperimentali di coprogettazione tra gli Enti, relativamente a futuri e più idonei percorsi di presa in carico congiunta di tipo socio-sanitario.

A tal fine è utile distinguere:

- a) **Strutture socio-educative**, di competenza amministrativa del Centro Giustizia Minorile/Ente Locale;
- b) **Comunità terapeutiche intensive/estensive**, di competenza dell'Azienda Sanitaria;
- c) **Strutture sperimentali di tipo socio-sanitario ad alta intensità**, di competenza congiunta CGM/ASL/ENTE LOCALE.

Nello specifico il collocamento in **strutture socio-educative**, nella forma della misura cautelare prevista dall'art. 22 del D.P.R. 448/1988, è di competenza amministrativa dei Servizi della Giustizia minorile in compartecipazione con gli Enti Locali. Relativamente a questi collocamenti le Aziende Sanitarie, a seguito della valutazione effettuata, garantiranno idonea risposta rispetto ai bisogni assistenziali e di cura territoriale di propria competenza (certificazioni scolastiche, visite specialistiche, monitoraggio clinico, raccordo di rete).

Diversamente l'inserimento in **comunità terapeutica intensiva e/o estensiva**, è di competenza sanitaria e dove rispondere alle esigenze cliniche del minore in termini di appropriatezza ed essere valutato dalle Aziende Sanitarie di competenza per residenza del minore per quelle condizioni cliniche specifiche che necessitano di stabilizzazione delle acuzie psichiatriche e/o delle situazioni di sub acuzie che necessitano di interventi terapeutici ad alta frequenza e intensità limitati nel tempo. Per tali percorsi 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, per quei minori e giovani adulti autori di reato in condizioni di post acuzie ma che presentano quadri di psicopatologia complessa e/o dipendenza da sostanze, e dovranno garantire risposte di tipo riabilitativo/terapeutico e sociale per quei casi che, in considerazione della multiproblematicità e alta complessità di presa in carico, non possono accedere ai percorsi standard di tipo sanitario e/o educativo.

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

2. Misure alternative e di comunità

- Messa alla prova (art. 28 D.P.R. 488/1988): 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).
- Sanzioni sostitutive (introdotte anche per minori dal D.lgs. 121/2018): ad esempio lavori di pubblica utilità.

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 art.27 D.P.R. 488/1988).
- Affidamento a strutture socio-sanitarie (comunità terapeutiche ad alta integrazione sanitaria secondo art 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 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 in base alle condizioni di vita

individuale,

familiare e sociale del reo, come avveniva prima, in accordo all'art. 133 del Codice penale;

- 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'art. 278 del Codice di Procedura Penale. 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 10.04.25 riportano 39 R.E.M.S. attive per un totale di 709 posti sul territorio nazionale, mentre un numero stimato (la approssimazione è legata alla attuale assenza di dati certi) intorno alle 750 unità attende l'esecutività della misura di sicurezza in collocazioni alternative o libero per l'ormai cronica carenza di posto letto. Tale dato

non risulta al momento oggettivamente 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'art. 219 c.p. Questa Misure di Sicurezza viene applicata nella situazione di vizio parziale di mente, nelle fattispecie degli artt. 89, 95 e 96 c.p.
- Misure di Sicurezza detentiva "da eseguirsi in R.E.M.S.", del ricovero in OPG, ai sensi dell'art. 222 c.p.

Viene disposta sulla base dell'accertamento del vizio totale di mente, riconducibile alle fattispecie degli artt. 88, 95 e 96 c.p.

- Misure di Sicurezza Provvisoria: secondo quanto disposto degli art. 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'art. 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. Come è deducibile dalla Sentenza 22/2022 della Corte Costituzionale, che ribadisce chiaramente che l'esecuzione delle misure di sicurezza è competenza Giudiziaria e non sanitaria. 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. La gestione interna esclusivamente sanitaria ha evidenziato fin dall'inizio contraddizioni legislativo/amministrative. Ad esempio, a oltre dieci anni dall'apertura della prima R.E.M.S., non risulta sia stato individuato personale idoneo ad espletare le procedure di fotosegnalamento, di identificazione, svolte dal personale della matricola negli Istituti Penitenziari, per l'acquisizione delle impronte papillari, digitali o palmari, unitamente alla fotografia, ai dati anagrafici e descrittivi. Pertanto ad oggi si ha certezza dell'avvenuta registrazione nel sistema anagrafico dedicato esclusivamente nel caso degli internati provenienti da istituti di pena. Anche il sistema di notificazione, revisionato con la riforma Cartabia (art 156 c.p.p), prevede nei luoghi detentivi il mantenimento di copia degli atti alla persona in copia, in ragione della peculiare condizione in cui si trova il soggetto ristretto. Pertanto costante è la necessità di raccordo, non sempre scontata, con le competenti figure di polizia giudiziaria.

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 (art. 10 ord. penit.), l'apparato disciplinare (art. 32-40 ord. penit.), l'impiego della forza fisica (art. 41 comma 1 ord. penit.), il regime di sorveglianza particolare (art. 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 (art. 53 ord. penit.) che di fatto non può essere più applicata ai soggetti "internati".

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 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 del 22/2022, 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 alla 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 personalologiche che si collocano nell'area della psicopatologia 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. 9163/2005 pur estendendo anche ai disturbi della personalità il riconoscimento ai fini degli artt. 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 9/12, non ha mai trovato riscontro applicativo concreto, nè 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 in violazione dall'art. 5 della legge 15 dicembre 1990, n. 395, 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.

d) Proposte operative: processi clinici, normativi e organizzativi Processi Clinici

E' 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 al fine di definire la destinazione della presa in carico in differenti strutture.

E' di auspicio comune che il legislatore, come richiesto dalla Corte Costituzionale, modifichi profondamente l'assetto della attuale normativa prevedendo un sistema di strutture modulato per i diversi livelli di pericolosità, distingua 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

E' 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, verrà convocata entro i primi 45 giorni di ricovero per la programmazione condivisa del PTRI da inviare all'Autorità Giudiziaria, che verrà 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)

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.

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.

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 estese e applicate alla popolazione forense.

Richiediamo la stesura di linee guida per la specifica popolazione forense (sia quella ristretta in R.E.M.S. sia quella negli istituti di pena), a partire anche dalle evidenze disponibili all'estero (es. DBT-F, McCann, Ball e Ivanoff, 1996, 2000).

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) nonchè 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 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.

Sottolineiamo anche la necessità di definire tempi congrui per la prima indicazione della pericolosità sociale, che se arriva in tempi troppo distanti dal reato perde per il paziente il nesso di collegamento

con la condotta.

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 22/2022.

Concordiamo sulla necessità di urgente intervento del legislatore affinché segua le indicazioni della sentenza della Corte Costituzionale n. 22/22, rimettendo le REMS sotto il Ministero di Grazia e Giustizia e non più solo sotto il Ministero della Salute; infatti, oggi, non essendo più la gestione delle REMS di competenza del DAP (Dipartimento per l'Amministrazione Penitenziaria), molto spesso i magistrati qualora emettano sentenza di condanna o misura cautelare detentiva non riescono a trovare il posto in REMS. Questo comporta peraltro che non trovando posto in REMS i magistrati devono porre il reo paziente in carcere, dove non dovrebbero stare sia per quanto previsto dal codice penale italiano che per quanto previsto dalle sentenze della CEDU (Corte europea diritti dell'uomo) che ha più volte sanzionato l'Italia.

Le REMS sono state organizzate solo attraverso un Decreto ministeriale del Ministero della Sanità che ne ha fatto un luogo finalizzato in primis alla cura e non custodialistico (20 posti letto, mancanza di inferriate alle finestre, attività di sicurezza perimetrale esterna, nessuna polizia penitenziaria interna). Anche l'aspetto curativo risente della mancanza della struttura ed dell'organizzazione custodialistica, tanto che questa viene a volte esplicitata con forme di controllo farmacologico (cd contenzione chimica). E' emerso chiaramente dalla sentenza della Consulta che i soggetti prosciolti per infermità di mente totale o parziale pericolosi socialmente devono trovare una collocazione che possa essere anche custodiale per permettere l'incolumità del paziente stesso e di terzi.

Inoltre il D.L. 211/2021 recita espressamente che le REMS sono di esclusiva competenza sanitaria regionale, con ciò aprendo un grave problema di incostituzionalità in quanto le misure di sicurezza (come le REMS) sono materia penalistica di riserva esclusiva dello stato.

Processi Organizzativi

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

1. 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.

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

E' 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 Conferenza Unificata N.188 che nell'art. 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 sanitarie del paziente.
- Livello attuale di inappropriata 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.

3. Implementazione a livello nazionale della Cabina di Regia Nazionale Interistituzionale

La cabina di regia comprende referenti ministeriali, regionali, tecnici sanitari, referenti dell'Amministrazione Penitenziaria, delle Forze dell'Ordine e della Magistratura come da art 13 CU 188/2022. La Cabina di regia istituita presso il Tavolo di consultazione permanente per la sanità penitenziaria *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 una rappresentanza della Magistratura ordinaria su indicazione del Consiglio Superiore della Magistratura.

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

Come sancito nell' art 14 CU 188/2022 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 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 22/2022), i dati dell'attuale sistema informativo e quello del Ministero della Giustizia sono assolutamente e profondamente diversi. E' 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 15.10. 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.

5. 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 Dipartimenti 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 quella 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 terapeuta 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 intermediazione con i soggetti istituzionali preposti nella definizione e nell'attuazione del progetto di cura (Procura, Tribunale, Periti, R.E.M.S., UEPE, Enti locali etc.); 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. Inoltre 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 di Salute Mentale e Dipendenze 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).

Sosteniamo pienamente la figura del "referente forense" all'interno di un'equipe forense, e sottolineiamo che:

- deve essere univoca rispetto a quella descritta nel paragrafo relativo alle persone detenute/imputabili, perché, come giustamente scritto più sopra, deve seguire il paziente autore di reato nel corso del suo iter giudiziario (che può anche comportare diversi procedimenti, con diversi stati di imputabilità), in qualsivoglia contesto sociale esso sia inserito (istituti di pena, carcere, R.E.M.S., comunità terapeutiche, territorio);
- deve avere la responsabilità del coordinamento dei percorsi terapeutico e giudiziario del singolo paziente, oltre ai compiti descritti più sopra (intermediazione, attivazione di percorsi alternativi, monitoraggio, presa in carico del percorso terapeutico)
- deve collaborare con la famiglia, in quanto risorsa per il paziente, anche eventualmente appoggiandosi alle Associazioni, in caso di famiglie complesse da coinvolgere.

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

E' auspicabile 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 22/2022 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 misure)"*.

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	<p>1. rivalutazione del fabbisogno di ATSM in funzione delle necessità delle Regioni/PA</p> <p>2. aggiornamento delle regolamentazioni per il funzionamento delle ATSM</p> <p>3. garantire continuità assistenziale e presa in carico integrata salute mentale/dipendenze</p> <p>Ampliamento e monitoraggio delle strutture esterne in grado di eseguire il PTI, per scontare pena in misura alternativa al carcere.</p>	<p>1 Regioni/PA/ Ministero salute/ Ministero Giustizia</p> <p>2 Regioni/PA/ Ministero salute/ Ministero Giustizia (Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria)</p> <p>3 Regioni/PA/ ASL</p>	<p>1 Esistenza di provvedimenti interministeriali e regionali relativi ai nuovi fabbisogni individuati</p> <p>2 definizione di linee di indirizzo per funzionamento delle ATSM (documento)</p> <p>3 esistenza di indicazioni che identifichino e valorizzino percorsi di presa in carico integrata</p> <p>Indicatori di esito</p>
Attivazione coordinatore/referente giustizia minorile ed equipe valutativa multidimensionale per ogni DSM	Individuazione coordinatore/referente giustizia minorile per ogni dipartimento di salute mentale ed equipe valutativa	Regioni/ASL	Numero di Dipartimenti che hanno nominato la figura del referente e attivato equipe valutativa
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	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	Sperimentazione di strutture residenziali specializzate nella realizzazione del PTRI di persone con disturbi mentali autori di reato con misure di sicurezza non detentiva o con pene alternative al carcere	Regioni/PA/ Ministero salute/ Ministero Giustizia /Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria	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 o con pene alternative al carcere
Sistema informativo ministeriale su pazienti autori di reato in mds e in esecuzione penale	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

OBIETTIVO	AZIONI	ATTORI	INDICATORI
Adeguamento del numero di p.l. di REMS	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	Individuazione referente forense per ogni dipartimento di salute mentale Revisione del suo ruolo e linee guida per la collaborazione con gli stakeholder (inclusa la famiglia)	Regioni/ASL	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	Proposta gruppo lavoro ministero, Tavolo tecnico, regioni, società scientifiche	Regioni/ASL/Società scientifiche/Ministero della salute	Adozione documento con raccomandazioni degli strumenti per la valutazione della pericolosità

<p>Proposta gruppo lavoro ministero, Tavolo tecnico, regioni, società scientifiche per produzione documento di consenso con raccomandazioni sui trattamenti evidence based</p>	<p>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)</p>	<p>Regioni/ Ministero della salute/ISS/ Società scientifiche/</p>	<p>Produzione documento con raccomandazioni sui trattamenti evidence based. Diffusione del documento di raccomandazioni attraverso programmi formativi regionali</p>
<p>Rete strutture dedicate ai liberi vigilati</p>	<p>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</p>	<p>Regioni/ASL</p>	<p>Creazione rete residenziale dedicata ai pazienti autori di reato in libertà vigilata</p>

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. E' opportuno che la cultura e le iniziative rivolte alla gestione del rischio clinico siano estese dall'ambito ospedaliero a quelle prettamente territoriale.

Si può fare un passo ulteriore, prendendosi carico anche della sicurezza delle cure in ambito familiare, per tutti quei casi di scarsa o nulla adesione alla cura, fornendo opportuna formazione ai familiari conviventi.

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.

Crediamo che l'erogazione di cure di qualità, attente al rispetto del paziente e dei familiari, sia la migliore via per tutelare il benessere e la salute psicofisica degli operatori.

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 audit clinici) 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 maggior criticità. E' infatti che solo con l'analisi delle vulnerabilità dei singoli setting di cura 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. E' 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 familiari, 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 quella di garantire una effettiva continuità di cura ed evitare la perdita di contatto terapeutico con pazienti complessi.

Concordiamo che la presa in carico proattiva dei pazienti, la collaborazione con le famiglie, lo sfruttamento del sapere esperienziale e la formazione all'utilizzo dei più avanzati strumenti psicoterapici, anticipando e prevenendo l'insorgenza di crisi, sono di fatto degli strumenti di risk management.

Concordiamo con l'analisi sull'acquisizione del consenso informato in quanto molti pazienti non sono in grado e non possono esprimere il loro consenso consapevolmente, ciò comporta che i non aderenti alle cure vengono lasciati a se stessi con esiti devastanti per loro e per gli altri. Il consenso deve essere considerato giustappunto un processo in divenire e non un punto di partenza nella cura dei soggetti con disturbi mentali, ed è bene anche promuovere la partecipazione del paziente e delle famiglie regolando anche i principi della privacy nei confronti delle famiglie. In questo senso dovrebbe esprimersi anche il Garante per la privacy.

Fondamentale inoltre la formazione del personale all'utilizzo di linee guida *evidence based* per la cura delle diverse patologie, la loro implementazione a livello nazionale, nonché la verifica di efficacia dei trattamenti effettuati. In un'ottica di attenzione alla qualità dell'assistenza erogata, che non può prescindere dal migliorare e monitorare l'efficacia e la sicurezza delle cure con la promozione di indicatori specifici 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 alle necessità e 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:

DM 5 marzo 2003; DPR 7 luglio 2006; DM 11/12/2009; Legge n°189/2012; D.M.70 del 2 /4/2015; Legge n°24, 8 marzo 2017; D. M. del 19 dicembre 2022

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

D.M del 13/01/2022, integrato D.M del

7/12/2023 Legge. 81/2014

Articoli. 2, 13 e 32 della Costituzione. (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 28.3.01 n. 145) e la Carta dei diritti fondamentali dei cittadini dell'Unione Europea del 2004 (C364/01).

Codice di deontologia medica: Art 35; Art. 36; Art. 37, Art. 38

Legge 22/12/17 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.

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

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
Riteniamo che il tasso di contenzioni vada fatto salire alla stregua degli eventi sentinella. In primis perchè sicuramente dannoso, financo potenzialmente letale. In secundis perchè indicatore di falle o mancanze in qualche settore del percorso di cura, che hanno portato il paziente allo stato di acuzie
 - ✓ **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
Riteniamo che monitoraggio dei tempi della presa in carico vada esteso al paziente psichiatrico in Pronto Soccorso. Concordiamo che il tempismo nella presa in carico di un paziente agitato sia un fattore chiave. Riteniamo che sia altrettanto importante il tipo di accoglienza che viene riservato a questo tipo di paziente, essendo spesso il Pronto Soccorso il primo contatto del paziente con la psichiatria, che potrebbe segnare il successivo percorso di adesione alle cure.
 - ✓ **Benessere degli operatori:** Attenzione al benessere psichico degli operatori che come sappiamo possono essere esposti a situazioni di forte stress o aggressione e a rischio di burn out. Riteniamo che l'attenzione ad una cura gentile, non coercitiva, con una netta separazione dei ruoli fra cura e controllo, vada in ultima analisi a favore della riduzione dello stress e dell'incremento del benessere psicofisico degli operatori

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 debriefing, 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. **La formazione di tutti gli operatori ad una gestione empatica, e quindi una 'contenzione psicologica' del paziente agitato deve essere la prima e la principale arma per puntare al superamento della contenzione meccanica. Per le stesse ragioni del commento precedente, questa formazione va allargata anche agli operatori del Pronto Soccorso. Deve inoltre essere sviluppata l'opportunità di utilizzare gli esperti per esperienza anche nella 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 tendere situazioni difficili e promuovere socializzazione e riabilitazione precoce, presupposti necessari ad una miglior 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)

Manca in questo elenco la potenzialità dell’utilizzo del sapere esperienziale. Esistono best practices in Italia dove l’utilizzo strutturato di Utenti Esperti in reparto SPDC ha consentito il superamento della pratica della contenzione. Andrebbe valutata inoltre, come successivo ampliamento, la possibilità di utilizzare lo stesso tipo di risorse anche in Pronto Soccorso per l’accoglienza ed una gestione più empatica e rispettosa dei pazienti psichiatrici agitati o sospettosi.

Altra risorsa non sufficientemente esplorata è la collaborazione con le famiglie anche in questo ambito di urgenza. Reparti attraversabili, porte aperte (con la separazione fra cura e custodia) e la possibilità di ricevere il conforto dei propri cari contribuiscono notevolmente, a nostro parere, al benessere percepito da tutta la popolazione del reparto.

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	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/AA.OO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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.

	<p>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.</p> <p>-Report Annuale degli incident reporting verificatesi per problematiche strutturali/ambientali in ogni AA.OO, ASL e messa in atto di azioni di miglioramenti specifiche</p>		<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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
--	--	--	--

<p>Sviluppo di protocolli operativi per la salute mentale in carcere e la prevenzione del suicidio</p>	<p>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)</p>	<p>Regioni/ASL/AA.OO UO penitenziaria</p>	<p>Report a ASL e Regione su indicatori specifici</p>
--	--	--	---

<p>Segnalazione e analisi di eventi avversi legati all'aggressività etero diretta e attuazione di procedure di prevenzione e gestione dell'aggressività specifiche.</p>	<p>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 che prevedano anche: :a)Identificazione pazienti a rischio, (scale di valutazione dell'aggressività) c)Formazione del personale a tecniche di deescalation e riconoscimento situazioni a rischio</p>	<p>Regioni/ASL/AA.OO</p>	<p>Presenza di procedure specifiche a livello DSM aggiornate periodicamente sulla base degli audit effettuati. Report annuali con analisi casistica da ASL/AA:OO a Regione per eventi sentinella (omicidi, aggressioni fisiche, gravi crisi pantoplastiche). Percentuale di operatori che hanno effettuato corsi di deescalation (100%) Riduzione degli eventi sentinella</p>
<p>Prevenzione, segnalazione e monitoraggio, dei tentativi di suicidio e autolesionismo messi in atto in ambiente ospedaliero</p>	<p>Ampliamento e aggiornamento delle linee guida nazionali per la prevenzione del suicidio (2014) 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</p>	<p>Regioni/ASL/AA.OO. /ministero</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La presenza di procedure aggiornate ogni quattro anni a livello aziendale, che abbiano recepito le indicazioni delle linee guida nazionali <p>Presenta report annuali con analisi casistica delle Asl/AA.OO a Regione</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Percentuale di personale che ha effettuato corsi di formazione specifica

<p>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</p>	<p>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</p> <p>Stesura di questionari di gradimento da dare ai pazienti alla dimissione dai reparti e</p>	<p>Regioni/ASL/AA.OO</p>	<p>Presenza di protocolli di accoglienza, con regole di comportamento da tenere, interne agli SPDC, e alle comunità protette.</p> <p>Presenza di “carte dei servizi” che illustrino l’offerta di cura prevista, le attività svolte, le regole di comportamento richieste</p>
<p>Valutare il livello di soddisfazione dei famigliari e utenti</p>	<p>annualmente agli utenti nei servizi territoriali</p>		<p>Analisi semestrali di customer dei questionari somministrati ai famigliari e ai pazienti;</p>
<p>Monitoraggio della contenzione, teso alla riduzione ed al superamento di tale procedura nella gestione delle gravi agitazioni psicomotorie e della sospettosità del paziente.</p>	<p>-Inserimento della contenzione fra gli eventi sentinella. Sviluppo di audit per ogni evento verificatosi, con indagini sulle cause remote (mancanza di presa in carico proattiva). Formazione del personale (incluso il personale del pronto Soccorso)</p> <p>-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.</p> <p>-Registrazione delle contenzioni effettuate su registro regionale</p> <p>-Promozione delle pratiche previste dalle linee di indirizzo ministeriale, tese al superamento della necessità di dover ricorrere alla pratica contenzione per gestione aggressività</p>	<p>Regioni/ASL/AA.OO</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Presenza di procedure specifiche a livello DSM aggiornate periodicamente sulla base degli audit effettuati. Report annuali con analisi casistica da ASL/AA:OO a Regione per eventi sentinella <ul style="list-style-type: none"> ▪ Percentuale di persone che hanno fatto la formazione ● 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. Per la riduzione e superamento, occorre dare dei target temporali

Prevenzione effetti collaterali dei trattamenti farmacologici	Segnalazione di: eventi avversi verificatesi, implementazione e /o strutturazioni di protocolli di monitoraggio effetti collaterali	Regioni/ASL/AA.OO	Riduzione o non comparsa di eventi avversi segnalati a livello DSM e regionale
Miglioramento gestione casi complessi, che richiedano interventi multidisciplinari	Stesura di protocolli condivisi con SERD e NPIA e servizi di disabilità cognitiva, sulla gestione di pazienti complessi	Regioni/ASL/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	Creazione di procedure condivise fra i vari "attori" del processo di gestione delle acuzie psichiatriche, creazione di raccomandazioni e/line guida di trattamento farmacologico e comportamentale	Regioni/ASL/AA.OO Servizi di Emergenza urgenza (AREU,118) Forze dell'ordine, polizia municipale, Pronto soccorso	-Presenza per ogni AA:OO,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. Così da garantire anche per gli operatori sanitari quel diritto alla sicurezza che è comune 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 comorbidità, 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.

Di contro, evidenziamo anche alcuni rischi opposti:

- i comportamenti delinquenziali sono la conseguenza di una mancata tempestiva diagnosi e cura (es. ADHD)
- si rinuncia a curare persone che hanno tratti antisociali in comorbidità con disturbi trattabili (es. Disturbo Borderline di Personalità), inclusa la dipendenza da sostanze.

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 vista 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 non al mero contenimento farmacologico dell'aggressività.

Non è competenza del personale sanitario la gestione dell'aggressività fisica manifesta, se non nelle more dell'art. 52 del Codice Penale, relativo alla legittima difesa o all' art. 54 relativo allo "Stato di necessità": "Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé

o 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 ordine dei locali a tutelare le strutture in cui sono preposti (es. strutture sanitarie) garantendone una cornice di sicurezza. A tal 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, al fine 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.

E' 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 FFOO per queste situazioni che permetta di ridurre concretamente il pericolo di aggressione per i sanitari o altre persone presenti (es 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 attuato dalla Polizia Locale, in ottemperanza dell'ordinanza del Sindaco, coadiuvata ove necessario dalle Forze di Polizia. (*) **Riteniamo che sia corretto separare i ruoli di cura e di controllo. Tuttavia ci sembra opportuno ribadire anche qui l'importanza di un preventivo tentativo di evitare il TSO, ad esempio con:**

- **pratiche di deescalation, operato di concerto dagli operatori sanitari e non**
- **riduzione dell'asimmetria potere-operatore attraverso pratiche collaborative**
- **approcci trauma-informed, per tener conto che molti pazienti sono sopravvissuti a traumi**
- **cultura di prevenzione anticipatoria del rischio, con strumenti predittivi.**

Nel corso dell'attuazione di un'ordinanza rimangono ben distinti i ruoli del personale sanitario e di quello 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 recita l'art. 54 del 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, art. 33, 34, 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: art. 53; 52; 54; e 610

Codice civile: art. 2047

Cass. Pen. Sez. IV, sentenza del 11-03-2008, n. 10795 (caso dott. P., avvenuto a Bologna)

Linee guida sull'applicazione di ASO e TSO per malattia di mente ai sensi degli artt. 33, 34 e 35 legge n. 23.12.1978 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)"- (artt. 33 e 34 L.n. 833 del 13.12.1978 e L. n. 180 del 13/5/1978) DGR Veneto 847/2009I Nota 19018 del 6/11/19 del Ministero dell'Interno Dipartimento della Pubblica Sicurezza a firma del Direttore Centrale Dr. Messina

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

Il Protocollo operativo "La gestione del soggetto non collaborante-aggressivo nei confronti del personale sanitario" Aulss 3 "Serenissima-Venezia del 28/11/2023 con parere favorevole del Ministero dell'Interno

Corte Costituzionale - Sentenza 76/2025 (ECLI:IT:COST:2025:76) Giudizio di legittimità costituzionale in via incidentale. Decisione del 05/05/2025. Norme impugnate: Artt. 33, 34 e 35 della legge 23/12/1978, n. 833.

TABELLA DI SINTESI

OBIETTIVO	AZIONI	ATTORI	INDICATORI
Formazione del personale sanitario e prevenzione	Programmi di formazione e addestramento del personale sanitario con obbligatorietà corsi di deescalation per gli operatori. Linee guida o procedure per il trattamento dei comportamenti aggressivi	AA.OO/ASL	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	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.	AA.OO/ASL/ Prefetture	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

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 18/3/2017 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.

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 simili sono stati sviluppati in diversi paesi, tra cui Regno Unito, Belgio, Danimarca, Italia, Finlandia, Austria, Francia, Svezia, Germania, Australia e gli 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. Cruciale in questa fase il coinvolgimento delle associazioni di utenti e familiari.

Inoltre, nella realizzazione del Budget di Salute, deve essere incentivata la partecipazione attiva delle figure di utenti esperti per esperienza o facilitatori.

Apprezziamo grandemente il riferimento al Budget di Salute, alla collaborazione nella progettazione della famiglia e delle associazioni di familiari e utenti, alla partecipazione attiva delle figure di utenti esperti per esperienza o facilitatori.

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 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**dentify (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 desiderata 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 su ciò che stiamo vivendo ci 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) La comunità è vista come un luogo naturale di risorse;
- 4) È 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 esempio, il Mayo Recovery College in Irlanda) o in ambienti di istruzione superiore (ad esempio, il 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 recovery personale degli utenti dei servizi di salute mentale. Questo implica da parte dell'utente impegnarsi per raggiungere i propri obiettivi con un supporto collaborativo da parte 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 SUPPORTATO

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. Ma 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.

Così come evidenziato in Rapporti ISTISAN 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. E' 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".

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.

Tutti e tre i percorsi 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.

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'autostima 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'autodeterminazione del soggetto; la definizione di un programma di supporto condiviso tra servizio sociale e utente (orientato alla recovery); la riduzione del danno (riferito all'uso di droga o alcol).

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 come 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 (cucine, 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 sono: "L'Italia è una Repubblica

democratica, fondata sul lavoro". Queste assumono un significato ancor 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, riguardano in primo luogo percorsi che si possono attivare con la cooperazione sociale disciplinata dalla Legge 8 novembre 1991 n. 381, che all'art. 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 del 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 68/99 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” (DM n. 43 del 22/3/2022), 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 Dlgs 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.

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 al., 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 maggior 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;
- c. 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;
- d. conduzione di gruppi di attività di inclusione sociale o ricreative e gruppi di Auto- Mutuo-Aiuto;
- e. attività di front-office e prima accoglienza presso il Servizio: prima accoglienza alla persona e/o al familiare nella sala di attesa;
- f. sviluppo di interventi individuali di risocializzazione, attività di base, supporto alla attività quotidiane;
- g. affiancamento dell'operatrice/operatore in attività riabilitative di gruppo, laboratori creativi ed espressivi, ludici e del tempo libero, culturali e sportivi;
- h. assistenza a domicilio e nel territorio le persone su segnalazione del Servizio;
- i. coinvolgimento in corsi di formazione rivolti al personale, anche in qualità di docente;

- j. contributo allo sviluppo di modelli di collaborazione con gli altri professionisti nell'ottica della crescita globale della persona;
- k. promozione del fare-assieme, il dialogo, la co-progettazione e la co-produzione (usando gli strumenti a disposizione, come il BdS);
- l. coinvolgimento nelle attività di ricerca nei servizi socio-sanitari, nelle istituzioni universitarie e negli enti di ricerca e formazione;
- m. 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.

Concordiamo pienamente sull'importanza del sapere esperienziale nel garantire maggior qualità e appropriatezza di intervento. Per la figura dell'Esperto in Supporto tra Pari, chiediamo di definire linee guida più chiare e dettagliate su:

- il riconoscimento della qualifica professionale dell'Esperto in Supporto tra Pari
- i requisiti formativi e la modalità di erogazione della formazione
- le condizioni per l'inserimento strutturale nei servizi.

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. Benchè 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.

Un modello di prescrizione sociale

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 benessere 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 un'organizzazione affidataria, valuterà l'andamento della adesione e dei miglioramenti relative alla salute della popolazione e sosterrà il modello organizzativo e le collaborazioni per promuovere l'equità di accesso. La prescrizione sociale rappresenta una concreta interpretazione delle comunità locali che promuovono benessere 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 desidera 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."

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

CRITICITÀ DELL'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

Rapporti tra Comuni e ASL

La tematica dell'integrazione socio-sanitaria certamente trova un primo ostacolo nella diversità dei riferimenti istituzionali con la titolarità della funzione sociale dei comuni, spesso frammentata rispetto alla unicità dell'ASL quale titolare della funzione sanitaria. Il punto d'incontro dovrebbe essere definito all'interno dei Piani di zona, così come normati dall'art. 19 della L. 328 dell'11 novembre 2000. I nodi sono rappresentati in particolare dalle forme di concertazione con l'ASL, a partire dai criteri di ripartizione della spesa a carico dei diversi soggetti. La ASL dovrebbe assicurare le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria, garantendone l'integrazione, su base distrettuale, con le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria di competenza dei Comuni, fermo restando il Dipartimento di Salute Mentale a struttura così come indicato nell'articolo 34 della Legge 833 del 23/12/1978. Lo strumento principale che dovrebbe consentire una progettualità condivisa, senza mura insormontabili, è rappresentato dal budget di salute. C'è anche da considerare che non è definita la responsabilità globale dell'integrazione,

ma solo degli interventi parziali.

Lo 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 preconcepite 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.

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

OBIETTIVO	AZIONI	ATTORI	INDICATORI
Attuazione del Budget di salute (BdS) in salute mentale	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recepimento dell'Intesa n. 104/CU del 6/7/2022 2. Formazione 3. Sperimentazione congiunta Comuni/ASL/DSM attraverso piattaforma ISS 4. Attuazione 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Regioni 2. ISS/Reg./Comuni/ASL 3. ISS/ASL/DSM/Comuni 4. ASL/DSM/Comuni 	<p>Numero di Regioni che hanno recepito l'Intesa 104/CU del 6/7/2022</p> <p>Numero corsi di formazione</p> <p>Numero di Regioni e DSM che hanno attivato la sperimentazione sul BdS.</p> <p>Numero progetti con BdS/Regione</p> <p>.</p>
Linee di indirizzo sull'abitare	<ol style="list-style-type: none"> 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 e IESA 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ministero / ISS/ Regioni/ Comuni 2. ASL/DSM 3. ASL/DSM 	<p>Linea guida nazionale</p> <p>Numero di Regioni che recepiscono le Linee Guida Nazionali</p> <p>Numero piani dipartimentali</p> <p>Numero Regioni/DSM che hanno attivato la sperimentazione IESA</p>
Implementazione degli inserimenti lavorativi nelle cooperative sociali di tipo b)	Recepimento con normativa regionale dell'art. 14 del D.lgs. 276/2003	Regioni	<p>Numero delle Regioni che hanno recepito l'art.14 Dlgs 276/2003</p> <p>Numero persone inserite</p>

OBIETTIVO	AZIONI	ATTORI	INDICATORI
Promozione delle assunzioni degli utenti del DSM nelle aziende pubbliche e private	<p>1.Recepimento con normativa regionale del Dlgs 62/2024 combinata con le linee guida in materia di collocamento (DM 43 del 11 marzo 2022)</p> <p>2. Promuovere assunzioni degli utenti con disturbi mentali ai sensi della legge 68/99 e del Dlgs 62/2024</p>	Regioni	Numero delle Regioni che hanno recepito il Dlgs 62/2024 e le linee guida in materia di collocamento (DM 43 del 11 marzo 2022) Numero persone assunte/Regione
Promozione dell'IPS in ambito lavorativo	<p>1.Formazione degli operatori DSM/ASL e dei Comuni per l'impiego dell'IPS</p> <p>2.Progetti integrati DSM/ASL e Comuni per l'attuazione dell'IPS</p>	<p>1. Regioni / Comuni/ DSM/ASL</p> <p>2. Regioni/ Comuni/DSM/ ASL</p>	Numero corsi di formazione. Presenza di Progetti integrati DSM/ASL e Comuni per l'attuazione dell'IPS
Implementazione del ruolo degli Esperti in Supporto tra Pari nei DSM	<p>1. Prevedere percorsi di inclusione degli ESP nei DSM</p> <p>2.Progetti sperimentali con utenti esperti</p>	<p>1. Regioni/ ASL</p> <p>2.Regioni/ Comuni/ASL</p>	Numero di percorsi di inclusione degli ESP nei DSM. Numero e tipologia di progetti sperimentali con utenti esperti
Contrastare lo stigma in salute mentale	1.Realizzazione di progetti contro lo stigma a partire da campagne di comunicazione	1.Ministero della Salute, Regioni, Comuni, DSM/ASL	Numero di iniziative nazionali/regionali contro lo stigma
Promuovere un programma di prescrizione sociale	1.Realizzazione progetti sperimentali sulla prescrizione sociale	1.ISS/Regioni/ Comuni/DSM/ ASL	Numero progetti sperimentali attivati sulla prescrizione sociale.

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. Non solo coloro che operano nei servizi di salute mentale e nei SERD, ma tutti gli operatori della salute in generale (medici di medicina generale, medici delle discipline specialistiche, psicologi, tecnici della riabilitazione psichiatrica, educatori, 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. Si sottolinea anche come nei percorsi formativi professionali dovrebbero essere inclusi contenuti riguardanti l'integrazione non gerarchica e non prescrittiva tra le diverse professioni.

E' di particolare rilevanza implementare corsi di formazione e di aggiornamento per le diverse figure impiegate nella rete di assistenza della salute mentale, dai neo assunti 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, etc.

Gli argomenti devono riguardare i diversi campi della salute mentale, ad esempio: dal risk management sanitario, all'assistenza integrata, agli aspetti giuridici e medico legali, al management multidisciplinare del paziente in ambito psichiatrico, al supporto sociale, agli interventi psicosociali per le dipendenze, alla integrazione sociosanitaria. Approfondire focus sulle nuove psicopatologie, sulla salute mentale nelle situazioni di emergenze, sulla prevenzione e il trattamento precoce, sulla riabilitazione ed inclusione sociale 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 sulla salute mentale nei Dipartimenti. 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 (maggio 2024) ribadito che esistono approcci efficaci per prevenire e trattare le malattie mentali e per promuovere la salute mentale, 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 transdisciplinarietà 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 diverse 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) la mobilità attraverso progetti di facilitazione per studenti e docenti del loro trasferimento all'estero per la formazione; (v) l'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) l'apprendimento continuo e l'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 prestabilita 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 e 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 che 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) 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 dedicata 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:

- human rights, community inclusion and recovery approaches;
- comprehensive assessment of mental health support needs;
- physical health and lifestyle, psychological, social and economic interventions;
- drug interventions;
- public health issues;
- understanding and responding to the social and structural determinants of mental health in clinical and community settings;
- culturally appropriate approaches;
- responding to the needs of diverse groups including those that face discrimination;
- responding to emergencies;
- mental health and development issues across the lifespan;
- participatory approaches;
- interpersonal skills;
- leadership and management.

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, dal I al VI anno), hanno determinato la possibilità di maggiormente orientare 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 accademico 2024-25, la formazione inerente i temi della salute mentale (inclusiva di psicologia, psichiatria, riabilitazione psichiatrica) saranno rappresentati in vari raggruppamenti formativi, in funzione della nuova normativa ministeriale (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 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) (incluso 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.

In Italia esistono 35 sedi universitarie di tale scuola di specializzazione (di cui 16 al nord, 11 al centro; 8 al sud) per un totale, nell'anno accademico 2022-23, di 565 posti disponibili (di cui borse ministeriali, n= 515, e regionali o finanziati da altri enti n =50).

Alla scuola di specializzazione in psichiatria, sulla base della riforma universitaria D.M. n. 68 del 04-02-2015 e D.M. 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, accedono. La durata quadriennale (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.

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) coordinato con la legge di conversione 25 giugno 2019, n. 60, e successiva GU Serie generale - n. 152, 1^o 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. Con l'approvazione definitiva dell'articolo 14 comma 1 della Legge n. 34 del 2023 (il cosiddetto "emendamento ANAAO") è normata la possibilità per i medici specializzandi di essere assunti a tempo determinato, con automatica conversione del contratto a tempo

indeterminato al conseguimento del titolo di specialità, anche partire dal 2° anno di corso di specializzazione.

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 aderito, 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). E' auspicabile che si costituisca un rapporto formativo tra le Scuole di Psicoterapia ed i servizi di salute mentale dell'infanzia- adolescenza-età adulta-dipendenze, orientato anche dai bisogni dei Servizi stessi.

Innumerevoli sono poi i corsi di Master e di Perfezionamento istituiti dai diversi Atenei italiani su temi inerenti la 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 base al 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 (AGE.NAS) 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. Destinatari degli eventi formativi sono state:

- prevalentemente 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:

- prevalentemente medico chirurgo (962),
- infermiere (540)
- terapeuta 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 Province 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 Diagnostic Category – 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 missioni 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 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 l'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 AGE.NAS 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: terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, tecnico riabilitazione psichiatrica, terapeuta occupazionale, educatore professionale);

Ricerca

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

Primo obiettivo è il maggior investimento sul budget per la ricerca sull'area della salute mentale, sottorappresentato rispetto agli altri Paesi europei.

Secondo obiettivo riguarda la necessità di un coinvolgimento del personale aziendale nei protocolli di ricerca,

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 maniera decisa 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	Corsi ECM	1. ISS 2. Università 3. Irccs	Almeno un corso per Regione
Incremento ricerca in salute mentale di progetti finalizzati in aziende e ospedali	Maggiori 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	Creazione Commissione paritetica	1. ISS 2. Università 3. Aziende Sanitarie 4. IRCCS	Progettazione e realizzazione con Pubblicazioni su riviste internazionali
Facilitazione accesso ai dati raccolti	Sviluppo Software e piattaforme uniche e comuni collegate e collegabili tra loro per registrazione e analisi dei dati	1. DIREZIONI GENERALI AZIENDE Sanitarie 2. SISM del Ministero della Salute	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	Sviluppo di protocolli	1. IRCCS 2. Aziende Sanitarie 3. ISS	N° di protocolli sviluppati ed implementati
Coinvolgimento di utenti e familiari nei progetti di ricerca finalizzati alla definizione di percorsi di cura	Creazione di reti tra associazioni di utenti e familiari	1. IRCCS 2. Aziende Sanitarie 3. Associazioni	N° di protocolli che vedono l'inclusione di utenti e familiari
Potenziamento delle attività di trasferimento tecnologico nei progetti di ricerca su salute mentale	Sviluppo di device e applicazioni	1. IRCCS 2. Università 3. Aziende Sanitarie 4. Piccole medie imprese	N° di device/applicazioni trasferite nella pratica clinica

Bibliografia

- AGIA (Autorità Garante Infanzia e Adolescenza) La salute mentale degli adolescenti (2017)
- Bianchini V, Cofini V, Curto M, Lagrotteria B, Manzi A, Navari S, Ortenzi R, Paoletti G, Pompili E, Pompili PM, Silvestrini C, Nicolò G. Dialectical behaviour therapy (DBT) for forensic psychiatric patients: An Italian pilot study. *Crim Behav Ment Health*. 2019 Apr;29(2):122-130.
- Bird V, Leamy M, Le Boutillier C et al. REFOCUS: promoting recovery in community mental health services. London: Rethink, 2011
- Brown D, Larkin F, Sengupta S, Romero-Ureclay JL, Ross CC, Gupta N, Vinestock M, Das M. Clozapine: an effective treatment for seriously violent and psychopathic men with antisocial personality disorder in a UK high-security hospital. *CNS Spectr*. 2014 Oct;19(5):391-402.
- Burns T, Yeeles K, Molodynski A, Nightingale H, Vazquez-Montes M, Sheehan K, Linsell L. Pressures to adhere to treatment ('leverage') in English mental healthcare. *Br J Psychiatry*. 2011 Aug;199(2):145-50
- Carr AE, Kelley SM, Willis GM, Thornton D. The Predictive Validity of the SAPROF-SO for Success on Supervised Release From a Secure Treatment Center. *Sex Abuse*. 2025 Apr 13
- Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza <https://www.datocms-assets.com/30196/1607611722-convenzionedirittiiinfanzia.pdf>
- Cook JA, Copeland ME, Jonikas JA et al. Results of a randomized controlled trial of mental illness self-management using Wellness Recovery Action Planning. *Schizophr Bull* 2012; 38: 881-91
- Cook AN, Moulden HM, Mamak M, Lalani S, Messina K, Chaimowitz G. Validating the Hamilton Anatomy of Risk Management-Forensic Version and the Aggressive Incidents Scale. *Assessment*. 2018 Jun;25(4):432-445
- Copeland ME: Wellness Recovery Action Plan: a system for monitoring, reducing and eliminating uncomfortable or dangerous physical symptoms and emotional feelings. *Occupational Therapy in Mental Health* 17:127–150, 2002
- Culnane, E., Loftus, H., Efron, D., Williams, K., Di Iorio, N., Shepherd, R., et al. (2021). Development of the Fearless,Tearless Transition model of care for adolescents with an intellectual disability and/or autism spectrum disorderwith mental health comorbidities. *Developmental medicine and child neurology*, 63(5), 560–565.
- Deegan P, Drake R. Shared decision making and medication management in the recovery process. *Psychiatr Serv* 2006;57:1636-9
- Drake RE, Bond GR, Goldman HH, Hogan MF, Karakus M. Individual placement and support services boost employment for people with serious mental illnesses, but funding is lacking. *Health Aff (Millwood)*. 2016;35:1098–1105
- Fonagy P, Simes E, Yirmiya K, Wason J, Barrett B, Frater A, Cameron A, Butler S, Hoare Z, McMurran M, Moran P, Crawford M, Pilling S, Allison E, Yakeley J, Bateman A. Mentalisation-based treatment for antisocial personality disorder in males convicted of an offence on community probation in England and Wales (Mentalization for Offending Adult Males, MOAM): a multicentre, assessor-blinded, randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry*. 2025 Mar;12(3):208-219.
- Fardig R, Lewander T, Melin L et al. A randomized controlled trial of the illness management and recovery program for persons with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2011;62:606-12.
- Fazzi E. (2025). New boundaries in neurodevelopmental disorders. *Minervapediatrics*, 77(1), 1–3. <https://doi.org/10.23736/S2724-5276.24.07652-3>
- Frogley C, Taylor D, Dickens G, Picchioni M. A systematic review of the evidence of clozapine's anti-aggressive effects. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2012 Oct;15(9):1351-71

- Hare, R. D. (2003). Hare Psychopathy Checklist-Revised (2nd ed.). Multi-Health Systems. Hare, R. D., & Neumann, C. S. (2008). Psychopathy as a clinical and empirical construct. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 217–246.
- HCR -20 V3 Assessing Risk for Violence Douglas K.S., Hart S., Webster C.D., Befrage H., Adattamento Italiano di: Caretti V., Scarpa. F., Ciappi S., Castelletti L., Catanesi R., Carabellese F.F., Ferracuti S., Nava F.A., Nicolò. G., Paterniti R., Rivellini G., Schimmenti A. Hogrefe editore Firenze
- Hughes MM, Shaw KA, Patrick ME, DiRienzo M, Bakian AV, Bilder DA, et al (2023). Adolescents With Autism Spectrum Disorder: Diagnostic Patterns, Co-occurring Conditions, and Transition Planning. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 73(2):271-278.
- Hutchinson DS, Gagne C, Bowers A et al. A framework for health promotion services for people with psychiatric disabilities. *Psychiatr Rehabil J* 2006;29:241-50. 19.
- Leamy, M., Bird, V.J., Le Bouthillier, C., Williams, J. & Slade, M. (2011) A conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 199:445-452
- Levitt AJ, Mueser KT, Degenova J et al. Randomized controlled trial of illness management and recovery in multiple-unit supportive housing. *Psychiatr Serv* 2009;60:1629-36.
- MacInnes D, Masino S. Psychological and psychosocial interventions offered to forensic mental health inpatients: a systematic review. *BMJ Open*. 2019 Mar 20;9(3):e024351.
- Mowbray CT, Collins ME, Bellamy CD et al. Supported education for adults with psychiatric disabilities: an innovation for social work and psychosocial rehabilitation practice. *Soc Work* 2005; 50:7-20.
- Mueser KT, Meyer PS, Penn DL et al. The Illness Management and Recovery program: rationale, development, and preliminary findings. *Schizophr Bull* 2006;32(Suppl. 1):S32-43
- Mueser KT, Corrigan PW, Hilton DW, et al. Illness Management and Recovery: a review of the research. *Psychiatric Services*. 2002;53:1272–1284
- NHS Confederation Mental Health Network. Supporting recovery in mental health. London: NHS Confederation, 2012
- Ogonah MGT, Seyedsalehi A, Whiting D, Fazel S. Violence risk assessment instruments in forensic psychiatric populations: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2023 Oct;10(10):780-789.
- Payne L, McMurrin M, Glennan C, Mercer J. The Impact of Working with Farm Animals on People with Offending Histories: A Scoping Review. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. 2023 Sep;67(12):1282-1302.
- Parente L, Carabellese F, Felthous A, La Tegola D, Davoren M, Kennedy HG, Carabellese FF. Italian Evaluation and Excellence in REMS (ITAL-EE-REMS): appropriate placement of forensic patients in REMS forensic facilities. *Int J Ment Health Syst*. 2024 Nov 2;18(1):33.
- Padgett D. There's no place like (a) home: ontological security among people with serious mental illness in the United States. *Soc Sci Med* 2007;64:1925-36.
- Perkins R, Repper J, Rinaldi M and Brown H (2012) *ImROC 1. Recovery Colleges*. London: Centre for Mental Health
- Rapp G, Goscha RJ *The Strengths Model: A Recovery-Oriented Approach to Mental Health Services* Oxford press 2011
- Reid, R., Haggerty, J. and McKendry, R. (2002) *Defusing the Confusion: Concepts and Measures of Continuity of Healthcare*. Final Report. Canadian Health Service Research Foundation, Ottawa.
- Rezansoff SN, Moniruzzaman A, Fazel S, McCandless L, Somers JM. Adherence to Antipsychotic Medication and Criminal Recidivism in a Canadian Provincial Offender Population. *Schizophr Bull*. 2017 Sep 1;43(5):1002-1010.

- Schrank B, Bird V, Rudnick A et al. Determinants, self-management strategies and interventions for hope in people with mental disorders: systematic search and narrative review. *Soc Sci Med* 2012;74: 554-64
- Slade M, Bird V, Le Boutillier C et al. REFOCUS Trial: protocol for a cluster randomised controlled trial of a pro-recovery intervention within community based mental health teams. *BMC Psychiatry* 2011;11:185.
- Signorini G, Singh SP, Marsanic VB, Dieleman G, Dodig-Ćurković K, Franic T, et al. (2018). The interface between child/adolescent and adult mental health services: results from a European 28-country survey. *European child & adolescent psychiatry*, 27(4), 501–511.
- Slade M, Bird V, Le Boutillier C, Farkas M, Grey B, Larsen J, Leamy M, Oades L, Williams J. Development of the REFOCUS intervention to increase mental health team support for personal recovery. *Br J Psychiatry*. 2015 Dec;207(6):544-50
- Thanalingam Y, Langridge F, Gordon I, Russell J, Muir C, & Hamm LM (2022). Strategies and tools to aid the transition between paediatric and adult health services for young adults with neurodevelopmental disorders: a scoping review protocol. *BMJ open*, 12(11), e065138
- Thapar A, Cooper M, Rutter M (2017). Neurodevelopmental disorders. *Lancet Psychiatry*. 4(4):339-346.
- Tobon JI, Reid GJ, Brown JB (2015). Continuity of Care in Children's Mental Health: Parent, Youth and Provider Perspectives. *Community Ment Health J*. 51(8):921-30
- Veltro F, Vendittelli N, Pontarelli I, Pica A, Nicchiniello I, L'intervento psicoeducativo di Gruppo per il Raggiungimento di Obiettivi (INTE.G.RO), Alpes, 2016
- Watts D, Mamak M, Moulden H, Upfold C, de Azevedo Cardoso T, Kapczinski F, Chaimowitz G. The HARM models: Predicting longitudinal physical aggression in patients with schizophrenia at an individual level. *J Psychiatr Res*. 2023 May;161:91-98.
- Williams J, Leamy M, Bird V et al. Measures of the recovery orientation of mental health services: systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012;47:1827-35.
- Whitley R, Harris M, Drake RE. Safety and security in small scale recovery housing for people with severe mental illness: an inner-city case study. *Psychiatr Serv* 2008;59:165-9
- Whitley R, Gingerich S, Lutz WJ et al. Implementing the illness management and recovery program in community mental health settings: facilitators and barriers. *Psychiatr Serv* 2009;60: 202-9