



REGIONE
LAZIO

PIANO REGIONALE DI AZIONI PER LA
SALUTE MENTALE
2022-2024
“Salute e inclusione”



REGIONE
LAZIO

Il presente documento è il risultato del lavoro dei gruppi istituiti presso la Direzione Regionale salute e Integrazione Sociosanitaria ai quali hanno partecipato: dr.ssa Anna Maria Adriatico, dr.ssa Enza Ancona, dr.ssa Rossella Castaldo, dott. Massimo Cozza, dott. Camillo Giulio De Gregorio, dr.ssa Anna Di Lelio, dr.ssa Diana Di Pietro, dott. Giuseppe Ducci, dr.ssa Alessandra Graziani, prof. Vincenzo Leuzzi, dr.ssa Patrizia Magliocchetti, dr.ssa Ilaria Marchetti, dott. Giuseppe Nicolò, prof.ssa Cinzia Niolu, prof. Maurizio Pompili, dott. Bruno Spinetoli, dr.ssa Roberta Penge, dr.ssa Teresa Rongai, dr.ssa Maria Luisa Scattoni, dr.ssa Daniela Sgroi, prof. Stefano Vicari, dr.ssa Giuseppina Cristofaro, dott. Florido Falcioni, dott. Antonio Mastromattei, dr.ssa Carola Magni. Hanno inoltre fornito il loro contributo la dott.ssa Alessandra Barca, dott.ssa Lilia Biscaglia, dott. Armando Cotugno, dott.ssa Tiziana Chiriaco, sig.ra Monica Filippetti, dott. Francesco Franco, dott. Danilo Fusco, dr.ssa Valentina Mattia, dr.ssa Francesca Mezzelani, dott. Sergio Ribaldi, dott.ssa Antonella Tarantino, dott.ssa Valentina Urso



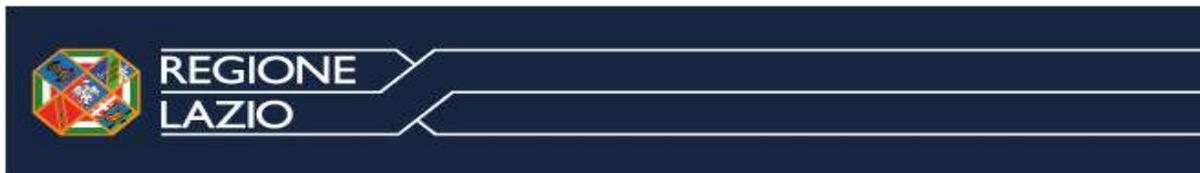
Sommario

1	INTRODUZIONE	5
	PARTE PRIMA: IL QUADRO DI RIFERIMENTO	9
2	LA DOMANDA DI CURA E ASSISTENZA IN SALUTE MENTALE.....	9
2.1	EVIDENZE EPIDEMIOLOGICHE IN ETÀ ADULTA	9
2.2	EVIDENZE EPIDEMIOLOGICHE IN ETÀ EVOLUTIVA	12
3	IL SISTEMA DEI SERVIZI SANITARI PER LA PRESA IN CARICO E LA CURA	15
3.1	CURE PRIMARIE E ASSISTENZA DISTRETTUALE	16
3.2	CONSULTORI FAMILIARI	18
3.3	LA RETE DELL'OFFERTA DI ASSISTENZA PER L'ETÀ EVOLUTIVA	20
3.3.1	<i>I servizi TSMREE</i>	<i>21</i>
3.3.2	<i>Assistenza semiresidenziale e residenziale</i>	<i>22</i>
3.3.3	<i>Assistenza ospedaliera di Neuropsichiatria infantile</i>	<i>23</i>
3.4	LA RETE DELL'OFFERTA DI ASSISTENZA PER L'ETÀ ADULTA.....	24
3.4.1	<i>Il Dipartimento di Salute Mentale.....</i>	<i>24</i>
3.4.2	<i>Assistenza residenziale e semiresidenziale</i>	<i>26</i>
3.4.3	<i>Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura e DH.....</i>	<i>27</i>
3.4.4	<i>Aziende ospedaliere Universitarie.....</i>	<i>28</i>
3.5	GLI ALTRI NODI DELLA RETE	29
3.5.1	<i>Distretto sociosanitario.....</i>	<i>29</i>
3.5.2	<i>Processi partecipativi e collaborativi in salute mentale. Il ruolo delle Associazioni, del Volontariato, del Terzo Settore</i>	<i>33</i>
3.6	CONSULTE PER LA SALUTE MENTALE.....	35
4	INTERVENTI DI PREVENZIONE.....	36
5	L'INTERDISCIPLINARIETÀ DELLA PRESA IN CARICO.....	40
5.1	I DISTURBI DEL NEUROSVILUPPO E LE DISABILITÀ	40
5.2	LA SALUTE MENTALE E GIUSTIZIA.....	42
5.3	SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE.....	45
5.4	SALUTE MENTALE E POVERTÀ.....	48
5.5	SALUTE MENTALE DEI MIGRANTI	49
6	GLI STRUMENTI PER LA RIABILITAZIONE E L'INCLUSIONE SOCIALE	50
6.1	IL BUDGET DI SALUTE.....	50
6.2	IL SUPPORTO ALL'ABITARE	51
6.3	INCLUSIONE LAVORATIVA.....	52
7	STRUMENTI DI GOVERNANCE, MONITORAGGIO E INNOVAZIONE DIGITALE	53
7.1	LA VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DEI SERVIZI E DEGLI ESITI	53
7.2	SISTEMI INFORMATIVI E INNOVAZIONE DIGITALE	54
7.2.1	<i>Il Sistema Informativo regionale sulla Salute Mentale</i>	<i>54</i>
7.2.2	<i>La Telemedicina</i>	<i>56</i>
7.3	LA FORMAZIONE DEGLI OPERATORI	58
	PARTE SECONDA: LE AZIONI STRATEGICHE DEL PIANO	59



**REGIONE
LAZIO**

8	AZIONI STRATEGICHE DI INTERVENTO	59
8.1	INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA E SALUTE MENTALE DI COMUNITÀ.....	59
8.2	PERCORSI PER L'INCLUSIONE SOCIALE E LA RIABILITAZIONE: PROGETTI TERAPEUTICI RIABILITATIVI SUPPORTATI DA BUDGET DI SALUTE - SUPPORTO ALL'ABITARE -	61
8.3	ISTITUZIONE DI PERCORSI INTEGRATI TRA SERVIZI TERRITORIALI DISTRETTUALI, CURE PRIMARIE, PEDIATRI DI LIBERA SCELTA E SERVIZI SOCIALI PER MINORI E ADOLESCENTI.....	62
8.4	DEFINIZIONE DI PERCORSI STRUTTURATI DI PRESA IN CARICO IN ETÀ EVOLUTIVA	63
8.5	POTENZIAMENTO ASSISTENZA SEMIRESIDENZIALE PER MINORI.....	64
8.6	LA TRANSIZIONE DALL'ETÀ EVOLUTIVA ALL'ETÀ ADULTA.....	65
8.7	PERCORSI DI CURA INTEGRATI PER GLI ESORDI PSICOTICI	66
8.8	PERCORSI DI CURA INTEGRATI PER I DISTURBI ALIMENTARI	67
8.9	LA GESTIONE DELLE EMERGENZE IN SALUTE MENTALE	68
8.10	POTENZIAMENTO RETE SANITARIA PER PAZIENTI PSICHIATRICI AUTORI DI REATO IN MISURA DI SICUREZZA NON DETENTIVA	70
8.11	PREVENZIONE DEL SUICIDIO E DEL TENTATO SUICIDIO	70
8.12	IL PERSONALE NEI SERVIZI PER LA TUTELA DELLA SALUTE MENTALE	72
	PARTE TERZA: SCHEDE OBIETTIVO DELLE AZIONI STRATEGICHE DI INTERVENTO	73
9	SCHEDE OBIETTIVO.....	73
9.1	INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA E SALUTE MENTALE DI COMUNITÀ.....	73
9.1.1	<i>Integrazione socio sanitaria e salute mentale di comunità</i>	<i>74</i>
9.2	PERCORSI PER L'INCLUSIONE SOCIALE E LA RIABILITAZIONE: PTRP SOSTENUTI DA BUDGET DI SALUTE - SUPPORTO ALL'ABITARE - ..	75
9.3	ISTITUZIONE DI PERCORSI INTEGRATI TRA SERVIZI TERRITORIALI, CURE PRIMARIE, PEDIATRI DI LIBERA SCELTA E SERVIZI SOCIALI PER MINORI E ADOLESCENTI	75
9.4	DEFINIZIONE DI PERCORSI STRUTTURATI DI PRESA IN CARICO IN ETÀ EVOLUTIVA	76
9.5	POTENZIAMENTO ASSISTENZA SEMIRESIDENZIALE PER MINORI.....	78
9.6	DEFINIZIONE DI PERCORSI DI CURA INTEGRATI PER LA TRANSIZIONE DALL'ETÀ EVOLUTIVA ALL'ETÀ ADULTA.....	79
9.7	PERCORSI DI CURA INTEGRATI PER GLI ESORDI PSICOTICI	80
9.8	PERCORSI DI CURA INTEGRATI PER I DISTURBI ALIMENTARI	81
9.9	LA GESTIONE DELLE EMERGENZE IN SALUTE MENTALE	81
9.10	POTENZIAMENTO RETE SANITARIA PER PAZIENTI PSICHIATRICI AUTORI DI REATO IN MISURA DI SICUREZZA NON DETENTIVA	82
9.11	PREVENZIONE DEL SUICIDIO E DEL TENTATO SUICIDIO	83
9.12	IL PERSONALE NEI SERVIZI PER LA TUTELA DELLA SALUTE MENTALE	84
	APPENDICE	85



1 Introduzione

Il Piano regionale di azioni per la Salute mentale 2022-2024 “Salute e inclusione”, in continuità con il Piano di Azione Europeo 2013-2020¹, individua e definisce gli obiettivi e le azioni strategiche necessarie per potenziare e qualificare l’assistenza a tutela della salute mentale della persona accompagnandola in tutto il ciclo della propria vita, dal concepimento alla nascita - con interventi a supporto dei genitori e del contesto familiare -, nelle successive fasi dell’infanzia, adolescenza, età adulta ed età senile², con interventi sulla persona e sul gruppo familiare e/o di appartenenza.

Questo Piano nasce in un momento storico peculiare. Due anni di pandemia SARS-COV-2 hanno reso evidente l’importanza e la necessità di attuare politiche della salute mentale integrate, soprattutto in favore delle “popolazioni fragili” che, nel contesto pandemico, hanno subito un impatto ancora più traumatico a causa dell’incidenza di vari fattori inter correlati, tra i quali: perdita del lavoro, aumento della povertà, difficoltà di accesso ai servizi sanitari, isolamento sociale e mancanza di socialità soprattutto per i minori, dolore per la perdita di persone care, ciò ancora più impattante per i minori rimasti orfani³, abusi e violenze verso le donne e minori, paure derivanti dalla diffusione della malattia, ecc..

È necessario tener presente, inoltre, che la gestione della pandemia ha avuto uno straordinario impatto sul mondo professionale, ed in particolare su alcune categorie tra le quali, a titolo di esempio si ricordano gli operatori sanitari, le Forze di Polizia (civili, militari e locali) e il personale scolastico. I servizi territoriali hanno predisposto alcune azioni di supporto psicologico rivolte alla popolazione generale, e dunque anche ai professionisti citati; tuttavia, visto il perdurare della pandemia e gli effetti stress correlati che la stessa ha causato e continua a determinare, è importante mantenere attive tali azioni, e ove necessario implementarle con specifici programmi di sostegno e di promozione del benessere.

Il Piano è delineato rispettando i valori e l’architettura normativa che ispirano l’azione dell’OMS e dell’Unione Europea sul tema e intende realizzare tale visione attraverso i seguenti cinque principi cardine:

- a) umanizzazione delle cure: la persona deve essere al centro di ogni intervento sanitario e sociosanitario, deve essere accolto con i suoi bisogni assistenziali e deve poter vedere riconosciuti, protetti e promossi i propri diritti, deve poter partecipare alle decisioni che lo riguardano e deve poter accedere a servizi di cura appropriati e di qualità;
- b) servizi di prossimità: la pandemia da COVID-19 ha dimostrato come sia necessario intervenire su tutte quelle condizioni di “isolamento” che costituiscono fattori di rischio per la salute mentale delle persone. In un’ottica di ripartenza, i servizi territoriali devono ripensare la propria funzione con interventi nel contesto di vita del paziente avvalendosi anche, quando opportuno, dell’utilizzo degli strumenti della comunicazione a distanza;
- c) integrazione con la comunità: le persone con sofferenza psichica devono essere incluse e poter partecipare attivamente alla vita sociale. È necessario implementare modelli innovativi per l’integrazione socio-sanitaria

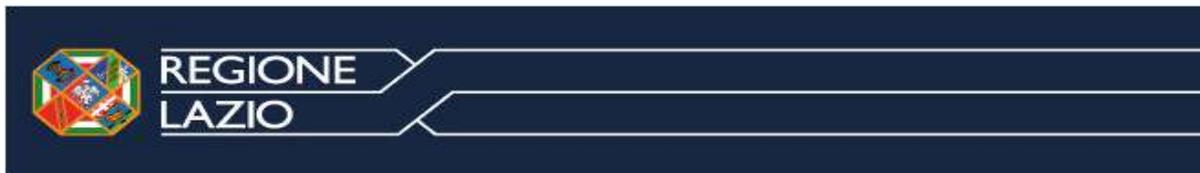
¹ The European Mental Health Action Plan 2013–2020, World Health Organization 2015.

² Tra i messaggi chiave presenti del documento tematico pubblicato dall’OMS vengono indicati i seguenti:

“- Agire per migliorare le condizioni di vita quotidiana da prima della nascita, durante la prima infanzia, in età scolare, durante la creazione del nucleo familiare, nel corso dell’età lavorativa e durante la vecchiaia, permette sia di migliorare le condizioni di salute mentale nella popolazione che di ridurre il rischio per quei disturbi mentali associati alle disuguaglianze sociali;

- nonostante sia necessario agire lungo tutto il corso di vita, gli scienziati concordano nel ritenere che offrire ad ogni bambino le migliori condizioni di partenza possibili genererà i maggiori benefici sia in termini sociali che di salute mentale (pag. 3)”, Social determinants of mental health, World Health Organization 2014 trad. italiana “I determinanti sociali della salute mentale”, Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute, DoRS, 2017.

³ Si veda il Rapporto “The hidden pandemic. A joint report of covid 19 associated orphanhood and a strategy for an action”, U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), U.S. Agency for International Development (USAID), The World Bank, World Health Organization, University of Oxford, University College London, Imperial College London, University of Cape Town sul sito: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/downloads/community/orphanhood-report.pdf>.



in un'ottica di sostenibilità e appropriatezza basata su interventi evidence-based, che tengano conto anche delle differenze di genere. Gli interventi devono basarsi sull'integrazione dei diversi aspetti per consentire il recupero della salute del paziente e il suo benessere biopsicosociale, considerando i determinanti sociali di salute mentale⁴, all'interno della comunità di appartenenza in modo da raggiungere il più alto livello di funzionamento e di partecipazione alla vita comunitaria, liberi da ogni forma di stigma e discriminazione, diretta e/o indiretta;

d) intervento centrati sui fattori protettivi: la salute mentale delle persone è fortemente influenzata da fattori protettivi tra i quali la possibilità di comunicare e di essere compreso, le interazioni interpersonali positive, la coesione sociale, la possibilità di accesso ai servizi socio-culturali e educativi, il diritto all'abitare, garantire accesso al mondo del lavoro. Ogni intervento sul singolo paziente deve prevedere il più ampio coinvolgimento del contesto familiare e/o di vita comunitaria (famiglia, scuola, lavoro, ecc.) anche con interventi formativi/informativi;

e) comunicazione trasparente: sia sotto l'aspetto linguistico-culturale (le persone devono poter comprendere ed essere comprese) anche con l'ausilio di mediatori, sia sotto l'aspetto della comunicazione nella relazione di cura che deve avvenire secondo un'etica basata sul dialogo aperto e multidimensionale con il paziente, i suoi familiari e/o le persone che vivono nel suo contesto.

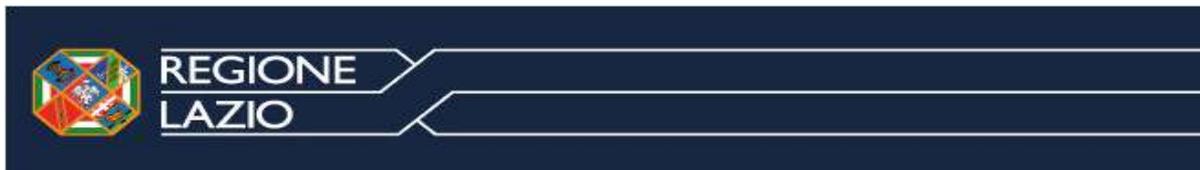
Questo Piano mira al *rafforzamento dei sistemi per la salute mentale* con l'interazione di tutti i partecipanti istituzionali pubblici, del privato accreditato e del terzo settore, in modo tale che le persone possano essere curate il più possibile nei contesti familiari e di comunità o attivando progetti terapeutici riabilitativi individualizzati basati sul budget di salute che rappresentano un'importante innovazione tesa ad evitare la cronicizzazione della patologia psichica della persona e a favorire la sostenibilità per il Sistema Sanitario Regionale.

I punti chiave vincolanti di questo rafforzamento sono rappresentati da:

- il passaggio operativo ad una logica interservizi integrata, in modo particolare tra Centri di Salute Mentale (CSM) servizi Tutela Salute Mentale Riabilitazione Età Evolutiva (TSMREE) Servizi per le Dipendenze SERD e Distretti sanitari/Consultori Familiari;
- il coinvolgimento di enti/servizi esterni alla dimensione prettamente sanitaria: servizi sociali, culturali, sportivi, enti del terzo settore, ecc.;
- l'intervento sulle "popolazioni fragili" che comprendono le persone più vulnerabili dal punto di vista psicologico, sociale, culturale, ambientale su cui devono essere adottati interventi mirati ed urgenti;
- l'innovazione nei processi di comunicazione con le persone.

Complessivamente, in coerenza con la normativa e le raccomandazioni adottate a livello nazionale, regionale e, nel più ampio contesto europeo e internazionale, il Piano intende perseguire una governance più efficace nell'ambito della salute mentale, l'integrazione interdisciplinare tra i servizi di salute mentale e gli altri servizi sanitari territoriali e ospedalieri, nonché con i servizi socioassistenziali; intende, altresì, mettere in campo strategie di prevenzione e promozione della salute mentale nelle tematiche emergenti.

⁴ Social determinants of mental health, World Health Organization 2014, op. cit.

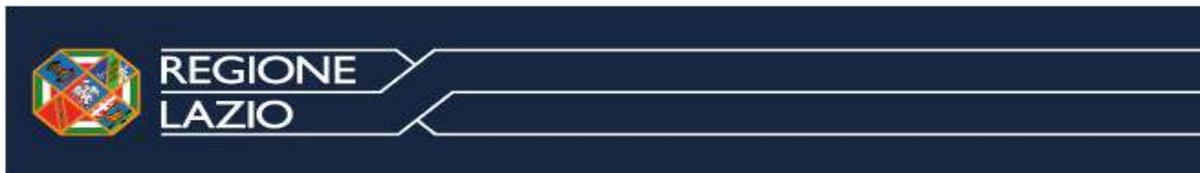


Tutto ciò premesso, la gestione della fase emergenziale COVID-19 ha reso evidenti alcune storiche e note criticità dell'assistenza in salute mentale, alle quali si sono aggiunte ulteriori problematiche contingenti il periodo pandemico, a conferma della necessità di un potenziamento e coordinamento dell'offerta territoriale per garantire, da un lato, l'assistenza ai casi confermati COVID-19 in isolamento domiciliare e il contenimento del rischio nella popolazione generale, anche attraverso modelli organizzativi innovativi, dall'altro la presa in carico di nuovi pazienti, adulti e minori, con disturbi psichiatrici e del neurosviluppo, nonché la garanzia dell'assistenza in risposta ai bisogni sanitari complessi dei pazienti già seguiti; in aggiunta, si è reso necessario offrire assistenza e supporto psicologico alla popolazione generale la quale, in risposta agli accadimenti emergenziali ha visto profondamente modificate le proprie abitudini di vita, sia sotto il profilo sociale che economico.

Alcuni degli interventi di sanità territoriale attivati dalla Regione per far fronte alla pandemia da SARS-COV-2 hanno accelerato e potenziato alcune azioni e strumenti già previsti nel Programma regionale di Riquilificazione 2019-2021 di cui alla DGR n. 406/2020 recante "Presa d'atto e recepimento del Piano di rientro denominato "Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021" adottato con il Decreto del Commissario ad acta n. 81 del 25 giugno 2020 ai fini dell'uscita dal commissariamento" in quanto, sebbene concepiti per il management ordinario dell'assistenza, si sono rivelati efficaci e sufficientemente rimodulabili anche nella situazione determinata dall'epidemia COVID-19. Ci si riferisce, in particolare, alla previsione di un servizio sanitario che, utilizzando un modello pro-attivo, persegue la presa in carico globale della persona con bisogni cronici/complessi, attivando interventi sanitari e sociosanitari tra loro integrati, ricorrendo anche al supporto della telemedicina e di altre tecnologie innovative di sanità digitale. La programmazione di tale modello di risposta investe, principalmente, la rete dell'assistenza territoriale nei suoi diversi nodi (Case della Salute, Ambulatori di cure primarie, Poliambulatori), nonché i percorsi di ospedalizzazione nelle fasi di acutizzazione, riacutizzazione ed evoluzione della patologia cronica.

Una rete di offerta così definita, individua nel Distretto sanitario l'articolazione aziendale preposta alla programmazione complessiva ed integrata degli interventi per la popolazione con patologia cronica residente sul territorio, per i quali è necessario adottare risposte a tutela dei complessi bisogni sociosanitari dell'individuo, superando la logica delle risposte prestazionali e del singolo Servizio e operando in una dimensione di prossimità delle cure nella quale il servizio sanitario e gli altri Enti interessati (Comuni, associazionismo, enti del terzo settore) agiscono sinergicamente per fornire risposte globali centrate sul paziente. Non di meno, un sistema sanitario proattivo, si deve rivolgere non soltanto a coloro che richiedono una prestazione, ma anche all'intera popolazione secondo un approccio di medicina di iniziativa, a partire dalla stratificazione del bisogno di salute della popolazione.

La visione integrale della persona e dei suoi bisogni di salute trova nella centralità del Distretto una dimensione clinico-organizzativa indispensabile per una integrazione con il Dipartimento di Salute Mentale, con l'area delle Dipendenze Patologiche e con i TSMREE, sempre più chiamati ad occuparsi di pazienti con comorbidità cliniche e bisogni assistenziali e tutelari più ampi e complessi (come nel caso dei pazienti con disabilità, dei pazienti stranieri, di quelli appartenenti al circuito penale, ecc.) per i quali è necessario dare piena attuazione della logica di integrazione sociosanitaria dell'intervento, a partire dall'accesso ai servizi sanitari regionali e dalla valutazione multidimensionale dei bisogni clinico assistenziali, fino alla risposta di cura e reinserimento sociale articolato in interventi multidisciplinari e multidimensionali.



A conferma di questa visione e impostazione programmatica, il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) delinea le prospettive future dell'azione del servizio sanitario regionale, con un focus centrato al potenziamento dell'assistenza territoriale nelle sue articolazioni organizzative e nei suoi programmi di innovazione tecnologica. Tali sono, negli intenti del PNRR, le previsioni di Case della Comunità come luoghi di cura aggreganti dove il cittadino può accedere e trovare risposte unitarie da parte dei servizi ad esse afferenti. Al riguardo, il DM 23 maggio 2022, n. 77 recante "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale" raccomanda, dunque, che in queste strutture trovi spazio anche l'accoglienza al bisogno di cura di persone con problemi di salute mentale e sofferenza psichica, approntando, ove possibile, articolazioni del DSM definite e organizzate, ovvero prevedendo il raccordo funzionale con i servizi sanitari deputati. Difatti, la regione, con DGR n. 643 del 26 luglio 2022, ha previsto la possibilità di integrare all'interno delle Case di Comunità, anche alcuni dei servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza da identificarsi in coordinamento con il Dipartimento di Salute Mentale

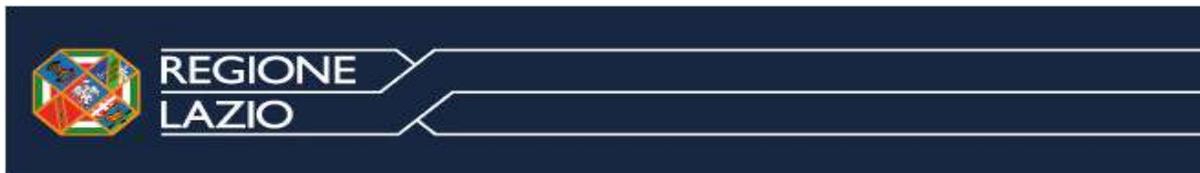
Alla luce delle considerazioni soprarichiamate, anche in attuazione delle indicazioni presenti nel PNRR, si ritiene necessario rendere strutturali alcuni interventi e processi nell'ambito della tutela della salute mentale che favoriscano omogeneità e universalità dell'accesso alle cure, appropriatezza degli interventi, potenziamento dell'assistenza territoriale e coordinamento dell'attività di programmazione sanitaria sia a livello regionale che nell'ambito di ciascuna ASL.

Il presente documento è, dunque, frutto di un lavoro condiviso tra professionisti della rete dei servizi territoriali, ospedalieri e universitari, provenienti dal settore della salute mentale adulta e dell'età evolutiva, dalle cure primarie e dall'area distrettuale, dai consultori familiari, dalle dipendenze patologiche e dalla disabilità, affiancati dall'ISS, dai referenti dell'area delle politiche sociali, e con il coinvolgimento della Consulta regionale sulla salute mentale e delle Associazioni di familiari presenti nella cabina di regia per la sanità partecipata e dell'Associazione.

Il Piano rappresenta la risposta al bisogno di salute mentale delle persone in età evolutiva e in età adulta individuando le azioni strategiche di intervento che, nel loro complesso, intendono promuovere la riqualificazione dei servizi per la salute mentale, orientare gli interventi verso i nuovi bisogni di cura del singolo e della popolazione, individuare meccanismi e percorsi più flessibili e centrati sui bisogni degli assistiti. Il Piano definisce la presa in carico integrata della persona e l'adozione di un approccio assistenziale che assicuri, oltre alla dimensione clinico terapeutica, il miglioramento del funzionamento sociale delle persone e interventi finalizzati all'inclusione sociale e al coinvolgimento della comunità.

A tale proposito, le principali linee programmatiche del Piano sono rivolte a:

- migliorare la qualità di cura dei servizi, aggiornare i loro modelli operativi soprattutto nella loro capacità di presa in carico globale e riabilitativa, sviluppare e sostenere la diffusione di programmi di salute mentale improntati alla recovery e all'innalzamento del funzionamento sociale;
- Integrare l'attività dei DSM e delle sue articolazioni con quella dei Distretti al fine di fornire una risposta complessiva ai bisogni di salute e tutela dell'individuo;



- ridefinire i possibili percorsi assistenziali in una logica di sistema e di offerta integrata dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali, nonché dell'associazionismo e del terzo settore, ciò al fine di prevenire e ridurre il ricorso frequente alla residenzialità e favorire il reinserimento nella comunità dei pazienti che hanno riacquisito sufficienti capacità relazionali e di autonomia personale;
- migliorare la presa in carico degli utenti sperimentando progetti terapeutici individuali supportati da strumenti innovativi (es. budget di salute) anche alla luce dell'integrazione socio-sanitaria (Distretti sanitari, Punti Unici di Accesso, Comuni, Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta) e delle buone pratiche presenti sul territorio;
- organizzare la rete dei servizi territoriali della salute mentale dell'età evolutiva e definire il raccordo con l'area ospedaliera, la pediatria di libera scelta e gli altri servizi territoriali per la continuità delle cure e la fase di transizione dall'età pediatrica a quella adulta;
- promuovere interventi di prevenzione primaria e secondaria mediante il riconoscimento di situazioni a rischio, la diagnosi precoce e il trattamento tempestivo con indicazioni mirate per specifiche tipologie di bisogno;
- definire percorsi di transizione delle cure dall'età pediatrica a quella adulta, di concerto con i diversi attori della rete territoriale (assistenza primaria, servizi TSMREE e DSM), per una presa in carico attuata in una visione integrata, nonché l'individuazione di percorsi di presa in carico congiunta dell'adolescente/giovane adulto con esordio psicotico;
- qualificare le azioni per la gestione dell'emergenza, la prevenzione del suicidio, e i disturbi alimentari.

PARTE PRIMA: IL QUADRO DI RIFERIMENTO

2 La domanda di cura e assistenza in salute mentale

2.1 Evidenze epidemiologiche in età adulta

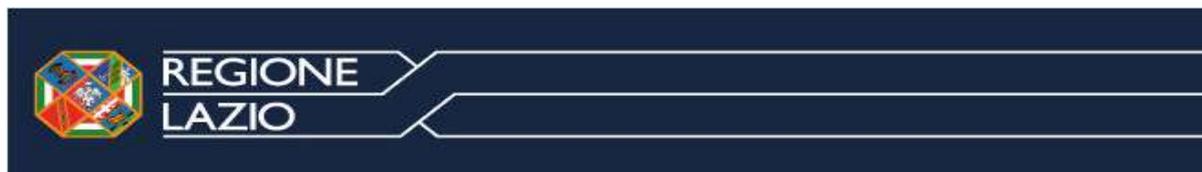
La seguente panoramica sull'assistenza psichiatrica regionale erogata ai cittadini ricopre il triennio 2018-2020.

Nella analisi dei dati relativi al 2020, è importante tenere presente i seguenti aspetti:

- le indicazioni nazionali e regionali sulla gestione della pandemia volte a favorire le misure di prevenzione e il distanziamento sociale che hanno determinato la limitazione agli spostamenti dei cittadini;
- la riduzione o la rinuncia da parte dei cittadini a ricorrere all'assistenza sanitaria territoriale e ospedaliera per varie ragioni, anche a causa del timore del contagio.

In questo quadro complesso l'offerta sanitaria è stata più volte riprogrammata e riorganizzata, proprio per consentire la gestione dell'emergenza epidemiologica da SARS-COV-2.

Nell'ambito dell'assistenza territoriale con l'Ordinanza del Presidente della Regione n. Z00008 del 13 marzo 2020 è stata data indicazione di:



- proseguire l'attività dei centri semiresidenziali, pubblici o privati, che assistono persone con disturbi psichiatrici, neuropsichiatrici, del neurosviluppo, autistici, minori e con disturbo da abuso di sostanze e/o addiction, limitatamente alle persone che avrebbero potuto avere un grave danno dall'interruzione del trattamento in essere;
- limitare le attività dei servizi territoriali sociosanitari alle prestazioni repute urgenti ed indifferibili.

Contestualmente, i servizi territoriali per l'età evolutiva e l'età adulta, come già precedentemente indicato, hanno attivato interventi a domicilio e attività di assistenza da remoto per garantire la continuità assistenziale alle persone seguite; su questi ultimi, tuttavia, non è ancora possibile avere un'informazione completa sui dati di attività.

Anche per quanto riguarda l'assistenza residenziale, durante il periodo pandemico, si è evidenziata una maggiore difficoltà all'inserimento di pazienti nelle strutture, ciò dovuto alla necessità di garantire il necessario isolamento e le necessarie misure di distanziamento tra gli ospiti delle comunità terapeutiche.

Ciò detto, appare interessante osservare e comprendere quanto la rete assistenziale dedicata alla salute mentale abbia saputo reggere l'impatto epidemiologico, nonostante le difficoltà pregresse in termini di personale e risorse dedicate.

La Popolazione residente al 1 gennaio 2020, suddivisa per ASL nella Regione Lazio è la seguente:

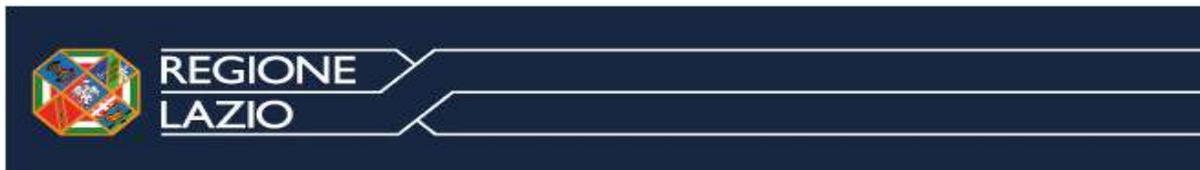
ASL	Popolazione residente
Roma 1	1.012.602
Roma 2	1.275.885
Roma 3	595.903
Roma 4	319.706
Roma 5	489.468
Roma 6	559.750
VT	309.795
RI	152.497
LT	562.592
FR	477.502
Totale	5.755.700

Fonte ISTAT: Popolazione residente al 1 gennaio 2020

Pertanto, viene di seguito presentata una sintesi dei principali dati relativi all'**attività psichiatrica rivolta a soggetti adulti (età ≥ 18 anni) svolta nel corso del 2020** (e confrontata con i dati 2019 e 2018) nella Regione Lazio in ambito territoriale, semiresidenziale e residenziale, svolta in regime di Ricovero Ordinario (RO) di Day Hospital (DH) e svolta in emergenza.

I dati del flusso territoriale e semiresidenziale sono raccolti dal Sistema Informativo dei Servizi Psichiatrici⁵ (SISP) riservato alle sole strutture pubbliche del territorio regionale (Centri di Salute Mentale e relativi ambulatori e Centri Diurni). I dati del flusso residenziale sono raccolti dal Sistema Informativo Psichiatria di Comunità (SIPC) sistema che ha evidenziato drammatici limiti e inefficienza in particolare per le finalità per cui era stato progettato ovvero governo dei ricoveri presso le strutture psichiatriche, gestione delle liste d'attesa e dati giornalieri per fatturazione degenze.

⁵ Nella lettura delle informazioni riportate occorre tener conto che i dati di attività rilevati dal SISP sono vincolati, soprattutto negli ultimi anni, dal funzionamento del gestionale SISP2000 in uso in alcuni servizi. Per la ASL di Latina, ad esempio, negli anni 2018 e 2019 sono pervenuti i soli dati di due servizi per problemi al software SISP. Nel 2020 la ASL ha invece inviato i dati di tutti i servizi con un sistema di raccolta provvisorio, che ha però azzerato le date di presa in carico resettando la data di apertura al 2020 per tutti i trattamenti attivi (trattamenti incidenti=trattamenti prevalenti anno).



I dati riferiti all'attività di Ricovero Ordinario e di Day Hospital per i pazienti psichiatrici svolta nelle strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate del Lazio sono stati raccolti attraverso la scheda di Rapporto Accettazione Dimissione (RAD) rilevata dal Sistema Informativo Ospedaliero (SIO). Pur essendo il SIO un sistema legato alla dimissione, i dati riportati fanno riferimento ai "ricoveri" per anno nei reparti di psichiatria, specialità 40. Sono stati infatti considerati tutti i ricoveri con accettazione e/o dimissione e/o almeno un transito registrato in reparto 40. La generazione dei singoli archivi di ricoveri per anno è stata effettuata considerando gli archivi SIO delle dimissioni avvenute nei diversi anni (orizzonte temporale 12mesi 2018 - 12mesi 2019 - 12mesi 2020 - 9mesi 2021) selezionando le dimissioni con data di ricovero nell'anno di interesse.

I dati riferiti agli accessi in Pronto Soccorso (PS) con diagnosi principale psichiatrica sono raccolti dal Sistema Informativo dell'Emergenza Sanitaria (SIES).

La fonte dei dati di popolazione utilizzati nella costruzione di tassi e indicatori è l'ISTAT. I dati al 1 gennaio 2018-2019-2020 tengono conto dei risultati del Censimento permanente della popolazione (<http://dati.istat.it/Index.aspx?QueryId=18460>).

Di seguito si descrivono alcuni dati di attività e si rinvia all'appendice al documento per il relativo dettaglio.

Sintesi dei principali dati di attività

Considerando complessivamente i dati dei flussi territoriale, semiresidenziale e residenziale (tabella 1 in appendice) il numero di assistiti nei DSM per mille residenti maggiorenni è stato pari a 10,6 nel 2020 (era 13 nel 2019 e 12 nel 2018). Il numero assoluto di assistiti è aumentato dell'8,5% nel 2019 rispetto all'anno precedente ed ha fatto poi registrare un calo importante nel 2020 pari a -18,9% rispetto al 2019 e -12% rispetto al dato 2018.

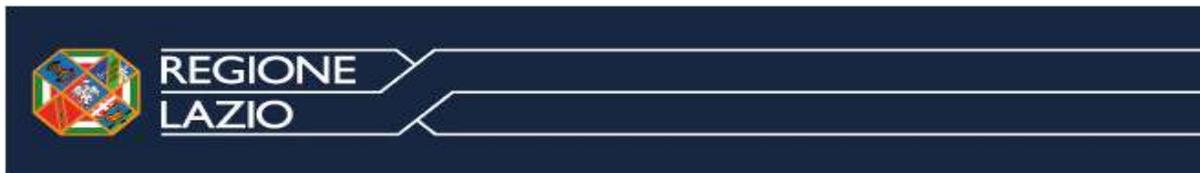
Il numero di trattamenti attivi prevalenti nel 2020 nei CSM/Ambulatori regionali (tabella 3 in appendice) è stato pari a 60.822 (-14,4% rispetto al 2019, -17,8% rispetto al 2018), relativi a 49.728 soggetti. Nel 2020 sono state effettuate 1.250 richieste di trattamento non seguite da avvio (erano 1.383 nel 2019 e 1.710 nel 2018). I trattamenti incidenti nell'anno (N=33.695) fanno registrare una variazione ancor più evidente: -22,7% rispetto al 2019, -26,3% rispetto al 2018.

Andamento analogo si registra nelle SRP (tabella 5 in appendice), complessivamente -22,6% dei nuovi ricoveri rispetto al 2019 (-18,9% rispetto al 2018). Escludendo la classe Gruppi appartamento/Fasce orarie, ancora in corso di transizione, lo scarto maggiore si registra nei setting SRSR12h (-45,7%), SRTRi (-37%) e SRSR24h (-33,3%).

Pressoché stabile il numero di trattamenti prevalenti nei Centri Diurni rispetto al 2019.

Le prestazioni erogate dai CSM/Ambulatori nel 2020 (tabella 4 in appendice) sono state 528.054, erano 626.231 nel 2019 e 582.942 nel 2018.

Nel 2020 il numero di accessi con diagnosi principale psichiatrica (DPR_PSI) nei PS/DEA regionali (tabella 6 in appendice) è stato pari a 28.880 (-24,5% rispetto al 2019), ed il numero di accessi con diagnosi principale non psichiatrica, ma associabili a soggetti con problematiche psichiatriche (diagnosi secondaria psichiatrica o altre



condizioni⁶) è stato pari a 5.178 (-7,3%). In particolare, il numero di accessi con segnalazione di Tentativo di suicidio o di Ideazione suicidaria è stato pari a 162 nei soggetti di età ≥ 18 anni (+14,1% rispetto al 2019, +21,8% rispetto al 2018).

Nel triennio esanimato, i ricoveri in regime ordinario nei reparti 40 del Lazio (tabella 7 in appendice) sono stati 7.633 nel 2020 e facevano riferimento a 5.070 soggetti. Il 90,1% dei ricoveri (N=6.934) avveniva negli SPDC regionali, i restanti 699 nei reparti psichiatrici universitari.

Il sistema SIO ha fatto registrare, inoltre, 359 TSO nel 2020 (erano 417 nel 2019 e 547 nel 2018). Il numero di TSO per 10.000 abitanti (età ≥ 18 anni) è stato pari a 0,74. Rispetto all'anno precedente, il numero di ricoveri in SPDC nel 2020 è diminuito del 15,3% (-9,1% rispetto al 2018), il numero di soggetti trattati del 13,7% (-11,6% rispetto al 2018).

Dai dati indicati si evidenzia la riduzione del numero annuo di TSO nel triennio di riferimento; si ricorda che con Determinazione n. G06331 del 18 maggio 2018 sono state definite le nuove procedure relative al trasporto e agli interventi di soccorso primario sanitario urgente in pazienti con patologia psichiatrica.

I ricoveri in regime di Day Hospital nei reparti 40 del Lazio (tabella 10) sono stati complessivamente 1.737, di cui 563 in reparti ospedalieri e 1.174 in reparti universitari. I relativi accessi sono stati (tabella 11) 2.675 nei reparti ospedalieri e 7.800 nei reparti universitari (-47,5% complessivamente rispetto al 2019), riferiti rispettivamente a 543 e 1.015 soggetti.

2.2 Evidenze epidemiologiche in età evolutiva

Ad oggi, in Italia, così come nella Regione Lazio, non è ancora attivo un flusso informativo territoriale sull'assistenza a minori con disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici, e ciò rende complesso ottenere informazioni puntuali ed omogenee da utilizzare per le attività di programmazione regionale in materia di assistenza sanitaria in età evolutiva.

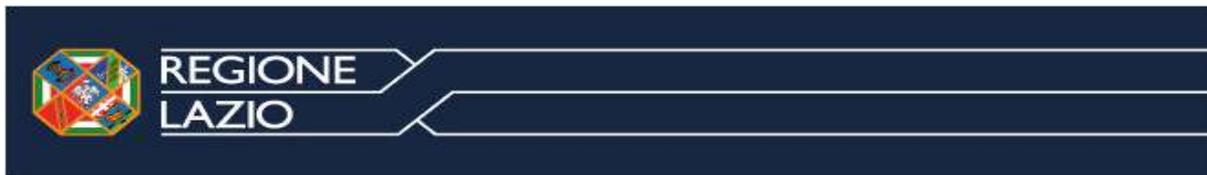
A riscontro di tale criticità, il Ministero della Salute ha attivato un tavolo di lavoro per l'istituzione di un flusso informativo nazionale unico e omogeneo sul territorio, il cui compito è individuare gli elementi costitutivi del flusso al fine di rilevare le prestazioni erogate dai diversi servizi alle persone in età evolutiva, affette da disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici.

Tuttavia, sotto il profilo epidemiologico le seguenti evidenze nazionali ed internazionali forniscono elementi di conoscenza che consentono una lettura abbastanza chiara del fenomeno e dell'impegno assistenziale che i TSMREE sono chiamati ad attivare.

Circa il 13,4%⁷ dei bambini e adolescenti in tutto il mondo presenta almeno un disturbo neuropsichiatrico. I disturbi neuropsichiatrici presentano un'eziopatogenesi multifattoriale, caratterizzata da alterazioni e disfunzioni del Sistema Nervoso Centrale, anche su base genetica, sulle quali agiscono le influenze delle variabili ambientali. Rappresentano quindi un insieme di patologie caratterizzate da un'espressione clinica globale e complessa della sintomatologia. Inoltre, in ambito neuropsichiatrico infantile, sono molto diffuse

⁶ Diagnosi secondaria psichiatrica, presenza in diagnosi principale o secondaria (limitatamente alle prime 5) di "circostanze, diverse da malattie e traumi", che rappresentano una causa di ricorso a prestazioni sanitarie o che esercitano un'influenza sulle attuali condizioni di salute del paziente" (codici V) associabili a problematiche psichiatriche §, consulenza psichiatrica, segnalazione di Tentativo di suicidio o Autolesione senza TS nel campo "in caso di trauma" (anche in assenza della codifica "trauma" nel campo problema principale).

⁷ Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 345-365



le condizioni di comorbidità^{8,9,10,11} che rappresentano un ulteriore fattore di complessità per la presa in carico del paziente. La presenza di una comorbidità aumenta infatti la gravità del disturbo in termini di funzionamento adattivo del soggetto e al tempo stesso costituisce anche un indicatore prognostico sfavorevole, in quanto implica una maggiore complessità della gestione del paziente, sia in termini diagnostici che terapeutici.

I disturbi neuropsichiatrici più frequenti nell'infanzia e nell'adolescenza sono i disturbi d'ansia (6.5%) i disturbi da disregolazione del comportamento (5.7%) il disturbo da deficit dell'attenzione/iperattività (3.4%) e i disturbi depressivi (2.6%)¹². Alcuni dei disturbi psichiatrici più frequenti in età evolutiva sono per esempio i sintomi psicotici 17% tra i 9 e i 12 anni e 7,5% tra i 13 e 18 anni¹²) i disturbi affettivi (0,66% dati di uno studio epidemiologico svizzero¹³) i disturbi della condotta (8%¹⁴) i disturbi del comportamento alimentare (2.2% durante tutto l'arco della vita in Europa¹⁵).

Particolare rilievo sta, inoltre, assumendo il Disturbo Post Traumatico da Stress (PTSD). Negli Stati Uniti, la prevalenza del trauma tra i bambini che sono stati sottoposti ad almeno un evento traumatico nel corso della vita varia dal 14% al 43% negli adolescenti. Di questi, dall'1% al 15% sviluppano PTSD¹⁶.

I disturbi del neurosviluppo invece comprendono la disabilità intellettiva (1,2% negli Stati Uniti¹⁷), il disturbo dello spettro autistico (1,34% dei bambini tra i 7 e i 9 anni in Italia¹⁸), il disturbo da deficit di attenzione/iperattività (2,9% in Italia¹⁹), il disturbo del linguaggio (4,8% dei prescolari in Italia²⁰, il 13,04% in Australia²¹), il disturbo specifico dell'apprendimento (2,5-3,5 % in Italia²²) e i disturbi del movimento (disturbi della coordinazione motoria: 5-6% nella popolazione in età scolare canadese²³; disturbi da tic: 0,77% nei bambini canadesi²⁴).

Nonostante i disturbi neuropsichiatrici siano la prima causa di disabilità in età evolutiva, non è stata ancora individuata una prevalenza generale di disabilità neuropsichica in bambini e adolescenti. Ottenere la misura della prevalenza dei disturbi neuropsichiatrici nei bambini e adolescenti risulta molto complesso per l'elevata presenza di condizioni psichiatriche e mediche co-occorrenti, per la variazione dei criteri diagnostici e dei sistemi di classificazione internazionale nel corso degli anni e per la difficoltà nella raccolta di informazioni relative all'età pediatrica. Come si evince dalle prevalenze del paragrafo precedente, per la maggior parte dei disturbi neuropsichiatrici dell'età evolutiva non sono disponibili dati epidemiologici italiani e, quando presenti, spesso non sono aggiornati. L'utilizzo di registri di dati informatizzati provinciali, regionali e nazionali sarebbe una preziosa risorsa per la rilevazione delle prevalenze dei disturbi neuropsichiatrici in età pediatrica.

⁸ Al Ghriwati, N., Langberg, J. M., Gardner, W., Peugh, J., Kelleher, K. J., Baum, R., ... & Epstein, J. N. (2017). Impact of comorbid conditions on the community-based pediatric treatment and outcomes of children with ADHD. *Journal of developmental and behavioral pediatrics*, 38(1), 20.

⁹ Downs, J., Blackmore, A. M., Epstein, A., Skoss, R., Langdon, K., Jacoby, P., ... & Cerebral Palsy Mental Health Group. (2018). The prevalence of mental health disorders and symptoms in children and adolescents with cerebral palsy: A systematic review and meta-analysis. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 60(1), 30-38.

¹⁰ Wagner, J. L., Wilson, D. A., Smith, G., Malek, A., & Selassie, A. W. (2015). Neurodevelopmental and mental health comorbidities in children and adolescents with epilepsy and migraine: a response to identified research gaps. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 57(1), 45-52.

¹¹ Lai, M. C., Kasse, C., Besney, R., Bonato, S., Hull, L., Mandy, W., ... & Ameis, S. H. (2019). Prevalence of co-occurring mental health diagnoses in the autism population: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 6(10), 819-829.

¹² Kelleher, I., Connor, D., Clarke, M. C., Devlin, N., Harley, M., & Cannon, M. (2012). Prevalence of psychotic symptoms in childhood and adolescence: a systematic review and meta-analysis of population-based studies. *Psychological Medicine*, 42(9), 1857-1863.

¹³ Steinhilber, H. C., & Winkler Metzke, C. (2003). Prevalence of affective disorders in children and adolescents: findings from the Zurich Epidemiological Studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 20-23.

¹⁴ Mohammadi, M. R., Salமான, M., & Keshavarzi, Z. (2021). The Global Prevalence of Conduct Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Iranian Journal of Psychiatry*, 16(2), 205.

¹⁵ Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., & Tavolacci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. *The American journal of clinical nutrition*, 109(5), 1402-1413.

¹⁶ PTSD: National Center for PTSD. [Apr;2020]; https://www.ptsd.va.gov/understand/common/common_children_teens.asp 2019

¹⁷ Zablotsky B, & Black LI. (2020) Prevalence of Children Aged 3-17 Years With Developmental Disabilities, by Urbanicity: United States, 2015-2018. *Natl Health Stat Report*, 139, 1-7.

¹⁸ Ministero della Salute. [Aug;2021]; <https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=5613&area=salute%20mentale&menu=vuoto>

¹⁹ Reale, L., & Bonati, M. (2018). ADHD prevalence estimates in Italian children and adolescents: a methodological issue. *Italian journal of pediatrics*, 44(1), 1-9.

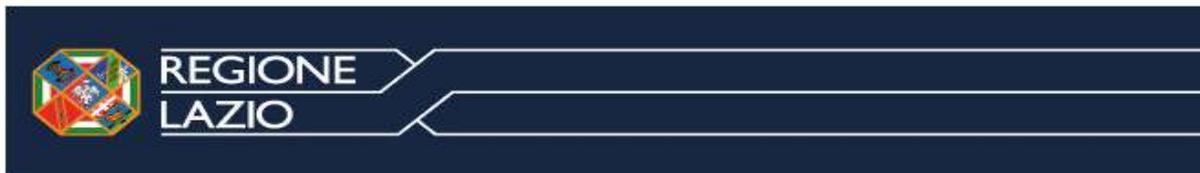
²⁰ Chilosi, A., Millepiedi, S., Monti, A., Guccione, F., Costantino, A., Di Lieto, M. C., ... & Brizzolara, D. (2017). Uno studio epidemiologico sui disturbi del linguaggio e della comunicazione in età prescolare. *Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva*.

²¹ McLeod, S., & McKinnon, D. H. (2007). Prevalence of communication disorders compared with other learning needs in 14 500 primary and secondary school students. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 42(5), 37-59.

²² Feola, A., Marino, V., Masullo, A., Trabucco Aurilio, M., & Marsella, L. T. (2015). The protection of individuals affected with Specific Learning Disorders in the Italian Legislation. *Clin Ter*, 166(3), e177-181.

²³ Zwicker JG, Missiuna C, Harris SR, Boyd LA. (2012). Developmental coordination disorder: a review and update. *Eur J Paediatr Neurol*, 16(6), 573-81.

²⁴ Knight, T., Steeves, T., Day, L., Lowerison, M., Jette, N., & Pringsheim, T. (2012). Prevalence of tic disorders: a systematic review and meta-analysis. *Pediatric Neurology*, 47(2), 77-90.



Tuttavia, la raccolta di dati epidemiologici attraverso l'utilizzo di registri di dati può presentare criticità: vengono utilizzati sistemi di codifica eterogenei a seconda dei centri e vengono individuati quei pazienti che già sono entrati in un percorso diagnostico e di cura. Conoscere le stime di prevalenza dei disturbi neuropsichiatrici in età evolutiva deve rimanere tuttavia una sfida prioritaria per la programmazione sanitaria ed assistenziale, per l'allocazione delle risorse, per la formazione del personale, per la definizione delle priorità di ricerca e per informare sull'eziologia dei disturbi neuropsichiatrici²⁵.

Attualmente alcune ASL stanno utilizzando un sistema di rilevazione per i CSM e i TSMREE (cartella digitale DISAMWEB), che consente di raccogliere dati e analizzarli sia a fini clinico epidemiologici, sia per l'analisi delle prestazioni effettuate e la tracciabilità dei percorsi. Tuttavia, in attesa di un Sistema Informativo nazionale e regionale, è necessario disporre di uno strumento uniforme per la raccolta dei dati può essere di supporto all'analisi dei bisogni e alla programmazione dei servizi.

Contemporaneamente la possibilità di rilevare i dati relativi alle patologie in età evolutiva consente di mettere in atto azioni di programmazione indirizzate verso l'individuazione precoce delle situazioni potenzialmente a rischio. La sfida del presente Piano è quella di intercettare precocemente i bisogni di salute in età evolutiva, agire sui determinanti sociali di salute, attivare precocemente i necessari trattamenti terapeutici-riabilitativi e socioassistenziali, ciò al fine di evitare il ricorso improprio a interventi sanitari e promuovere il benessere bio-psico-sociali in maniera proattiva. Fondamentale, pertanto è l'attuazione di una strategia sociosanitaria di integrazione dei servizi territoriali come metodologia di intervento.

Dall'analisi dei dati riferiti agli accessi in Pronto Soccorso (PS) e i dati riferiti all'attività di ricovero ordinario per i minori svolta nelle strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate del Lazio raccolti attraverso la scheda di Rapporto Accettazione Dimissione (RAD) rilevata dal Sistema Informativo Ospedaliero, con riferimento al triennio 2018-2020 si osserva quanto segue.

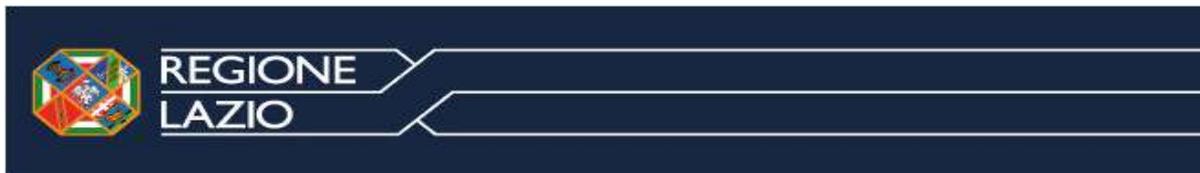
Gli accessi al Pronto Soccorso di minori (0-17 anni) residenti nel Lazio con diagnosi principale psichiatrica sono stati 2.864 (3,1 per 1.000 res. 0-17 anni) nel 2018, 2.947 (3,2 per 1.000 res. 0-17 anni) nel 2019 e 2.266 (2,5 per 1.000 res. 0-17 anni) nel 2020.

Nel 2018 il 52,8% degli accessi in PS con diagnosi principale psichiatrica ha riguardato minori con "Sindromi nevrotiche, legate a stress e somatoformi e altre sindromi. e dist comp. associati ad alteraz. funzioni fisiologiche e a fattori somatici ecc.", il 15,4% minori con "Disturbi della condotta" e il 9,9% minori con "dipendenza o abuso".

Nel 2019 il 50,5% ha riguardato minori con "Sindromi nevrotiche, legate a stress e somatoformi e altre sindr. e dist comp. associati ad alteraz. funzioni fisiologiche e a fattori somatici ecc.", il 17,1% minori con "Disturbi della condotta" e il 9,9% minori con "dipendenza o abuso".

Nel 2020 il 41,4% ha riguardato minori con "Sindromi nevrotiche, legate a stress e somatoformi e altre sindr. e dist comp. associati ad alteraz. funzioni fisiologiche e a fattori somatici ecc.", il 19,3% minori con "Disturbi della condotta" e il 12,2% minori con "Sindromi e disturbi da alterato comportamento alimentare".

²⁵ Costello, E. J., Burns, B. J., Angold, A., & Leaf, P. J. (1993). How can epidemiology improve mental health services for children and adolescents?. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32(6), 1106-1117.



Da sottolineare la maggiore prevalenza (circa il doppio dei casi) del genere femminile rispetto a quello maschile della fascia 11-17 anni dei minori con “Sindromi nevrotiche, legate a stress e somatoformi e altre sindr. e dist comp. associati ad alteraz. funzioni fisiologiche e a fattori somatici ecc.”

I ricoveri in regime ordinario di minori (0-17 anni) residenti nel Lazio con diagnosi principale psichiatrica ed MDC: '01: Malattie e disturbi del sistema nervoso', '19: Malattie e disturbi mentali', '20: Uso di alcool o farmaci e disturbi mentali organici indotti da alcool o farmaci', '21: Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci' sono stati 867 (0,9 per 1.000 res. 0-17 anni) nel 2018, 833 (0,9 per 1.000 res. 0-17 anni) nel 2019 e 737 (0,8 per 1.000 res. 0-17 anni) nel 2020.

Nel 2018 il 21,3% dei ricoveri ordinari con diagnosi principale psichiatrica ha riguardato minori con “Disturbi della condotta”, il 17,2% minori con “Sindromi nevrotiche, legate a stress e somatoformi e altre sindr. e dist comp. associati ad alteraz. funzioni fisiologiche e a fattori somatici ecc.” e il 14,4% minori con “Sindromi affettive”.

Nel 2019 il 20,2% dei ricoveri ordinari con diagnosi principale psichiatrica ha riguardato minori con “Sindromi affettive”, il 15,2% minori con “Disturbi evolutivi specifici delle abilità scolastiche” e il 13,6% minori con “Disturbi della condotta”.

Nel 2020 il 26,5% dei ricoveri ordinari con diagnosi principale psichiatrica ha riguardato minori con “Sindromi affettive”, il 16,3% minori con “Sindromi e disturbi da alterato comportamento alimentare” e il 13,3% minori con “Sindromi nevrotiche, legate a stress e somatoformi e altre sindr. e dist comp. associati ad alteraz. funzioni fisiologiche e a fattori somatici ecc.”.

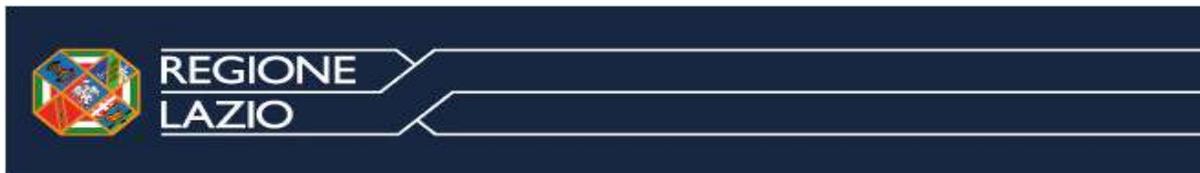
Da sottolineare la maggiore prevalenza nel 2018 (circa 12 volte maggiore) del genere femminile rispetto a quello maschile della fascia 11-17 anni dei minori con “Sindromi e disturbi da alterato comportamento alimentare” e nel 2020 con “Sindromi e disturbi da alterato comportamento alimentare” (circa 10 volte maggiore).

3 Il sistema dei servizi sanitari per la presa in carico e la cura

In questo capitolo viene descritta la rete dei servizi sanitari territoriali, distrettuali e ospedalieri che a vario titolo intervengono con prestazioni e trattamenti a tutela della salute mentale dei cittadini.

Nello scenario attuale, caratterizzato dalla pandemia e dalle nuove indicazioni dettate dal PNRR, e dal decreto 23 maggio 2022, n. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale” appare prioritario migliorare e qualificare la rete integrata, fra tutti i servizi sanitari e sociosanitari, finalizzata sia ad intercettare precocemente il bisogno, che a diversificare in modo appropriato le tipologie di risposta. Nei paragrafi che seguono viene descritta tale rete dei servizi, la quale, secondo il seguente approccio per livelli di intensità e complessità assistenziale, si deve far carico dei bisogni di cura del cittadino:

- Livello assistenza primaria e consultazione, rivolto alla popolazione generale e ai cittadini che sono portatori di un bisogno assistenziale a bassa complessità, anche limitato nel tempo, assicurato in stretto coordinamento con i servizi delle Case della Comunità, ivi incluso il PUA, i Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera Scelta e gli altri servizi territoriali distrettuali.



- Livello di presa in carico per episodio di cura o per progetti terapeutico-riabilitativi individualizzati, destinati a pazienti portatori di un bisogno clinico assistenziale complesso che necessita di una valutazione multidimensionale, in accordo con il distretto; tali interventi sono assicurati dai Centri di Salute Mentale (CSM) e dai servizi Tutela Salute Mentale Riabilitazione Età Evolutiva (TSMREE) in piena integrazione con i diversi servizi sanitari, sociosanitari e socioeducativi.

- 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, dalle strutture residenziali terapeutiche specifiche per ciascun settore, in stretto raccordo e integrazione con i servizi territoriali di riferimento (CSM e TSMREE).

- Livello delle reti specialistiche regionali comprendente ad esempio i servizi per i Disturbi Alimentari, le Residenze per la Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) in integrazione con i servizi sanitari territoriali, sociosanitari e sociali.

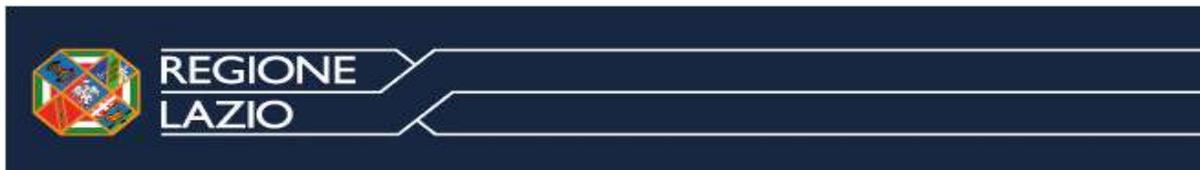
3.1 Cure primarie e assistenza distrettuale

La diffusione e la gravità dei disturbi mentali è in costante aumento sul territorio nazionale e regionale con tutto il carico di disabilità che comporta a livello di relazioni sociali, lavoro, salute in generale.

Oggi in Italia, causa anche la pandemia da SARS-COV-2, il persistere della crisi, con la mancanza di lavoro e le preoccupazioni economiche crescenti, determina un peggioramento complessivo dello stato di salute mentale, una riduzione del benessere psicologico, un aumento dell'ansia, della depressione, rischio suicidio. La Regione Lazio con DCA n. 46/2018 e DCA 81/2020 ha di fatto assegnato al Distretto la funzione di 'tutela' dei cittadini, di valutazione dei bisogni, di committenza e gestione dell'offerta di servizi, preposto dunque alla programmazione degli interventi in risposta alle necessità espresse da persone con bisogni cronici/complessi.

Il Distretto deve dunque integrarsi a monte con le porte di accesso al SSR e a valle con le risposte di cura, attraverso una forte integrazione di tutti i servizi socio-sanitari territoriali e dell'integrazione territorio-ospedale-territorio. In questo scenario pertanto il Distretto, dovendo rispondere alla gestione complessiva dei bisogni di salute del cittadino, deve integrarsi con i Dipartimenti (DSM, Materno Infantile, Prevenzione). Il processo richiederà una forte attenzione alla definizione dei percorsi e alla condivisione di strumenti di valutazione e verifica. Professionisti con diversa formazione e mission, dovranno essere formati per condividere linguaggi, modelli di riferimento e obiettivi in modo da poter rispondere appropriatamente, ai bisogni complessi che richiedono una regia di servizi anche di natura sociale con forte ruolo assegnato agli Enti locali (percorsi per l'autonomia, lavoro e abitare).

La Regione Lazio, in particolare con la Legge regionale n. 11/2016 e la DGR n. 149/2018, assegna nell'ambito del SSR, al Distretto sanitario un ruolo di crocevia delle politiche per la salute di un determinato territorio, nonché attore privilegiato sia nei rapporti con la pediatria di libera scelta e con la medicina generale per il potenziamento delle cure primarie, sia con l'Ente locale/distretto sociosanitario ai fini dell'integrazione sociosanitaria. Questo ruolo nell'ambito della salute mentale rappresenta l'opportunità di collaborazioni strutturate inedite, formali e informali con la MMG e la PLS, significative in tal senso anche le nuove forme di aggregazione dei MMG/PLS nella Casa della Comunità e/o nel territorio, Unità Cure Primarie (UCP) e Unità Cure Primarie Pediatriche (UCPP) nonché l'apertura a politiche di welfare di comunità e di inclusione sociale di competenza dei servizi sociali dell'Ente Locale.



In generale, possiamo dire che la grande sfida del momento, fortemente sollecitata dalla pandemia SARS-COV-2 e sostenuta dal PNRR è che le strutture e i professionisti facciano sistema attraverso la strutturazione di specifiche Reti; il Distretto, in generale, e la Casa Comunità, rappresentano il luogo fisico dove si incontrano “la domanda e l’offerta di prevenzione, cure, benessere e socialità”. Un “volano” virtuoso, un’opportunità di integrazione socio-sanitaria comunitaria da cui far scaturire azioni ed iniziative collegate ad obiettivi di promozione alla salute globale, di prevenzione primaria e secondaria e di Percorsi di presa in carico, Piani Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) specifici come previsti dal Piano di Azione Nazionale Salute Mentale (PANSM) in collaborazione con MMG, assunzione in cura e presa in carico, con priorità alla presa in carico degli utenti con bisogni complessi e che necessitano di interventi multi professionali.

Nell’ambito delle Cure primarie i MMG ed i PLS, in quanto osservatorio capillarmente diffuso sullo stato di salute della popolazione, possono, se coinvolti e formati in specifici percorsi, individuare precocemente segnali di disturbo mentale o di situazioni a rischio, anche relativamente al fenomeno dell’abuso sui minori, del bullismo e della violenza.

Tali problematiche richiedono una crescente necessità di risposta, nuove strategie organizzative, nonché una maggiore collaborazione con la scuola, finalizzata sia a condividere iniziative di promozione della salute che attività di prevenzione e condivisione di procedure, nel caso di segnalazioni o invio tempestivo.

È pertanto necessario favorire, all’interno dei servizi socio-sanitari distrettuali, la possibilità di un intervento integrato tra le Cure primarie distrettuali (MMG/PLS, Ambulatori infermieristici; Specialistica ambulatoriale, etc.) i Comuni ed i Servizi per la salute mentale e/o altri servizi socio-sanitari integrati attivando forme di consulenza, di consultazione o di presa in carico condivisa anche al fine di agevolare l’accesso delle persone con problemi di salute mentale agli altri servizi sanitari deputati alla diagnosi e cura di altre patologie (es. odontoiatria, diabetologia, ecc.)

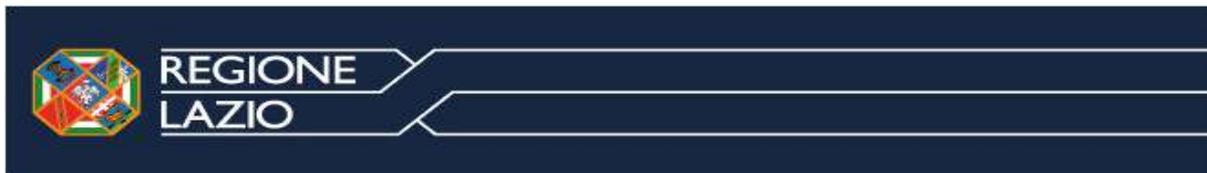
Il supporto specialistico, in varie forme, può essere utile nella gestione dei cosiddetti Disturbi Emotivi Comuni. Inoltre, le persone affette da disturbi psichiatrici gravi accedono con difficoltà ad interventi di prevenzione, cura e riabilitazione di tipo internistico.

In questo scenario, dunque, appare prioritario perseguire l’obiettivo di organizzare una Rete integrata, fra tutti i servizi sanitari e socio-sanitari, finalizzata sia ad intercettare precocemente il bisogno che a diversificare in modo appropriato le tipologie di risposta.

Inoltre, sul tema del miglioramento dell’accessibilità ai servizi e dell’accoglienza, va sottolineato che nella Regione Lazio è obbligatoria la presenza del PUA nella Casa della Comunità. Le modalità attuali di funzionamento dei PUA regionali presentano delle differenze marcate, legate ai tempi di attivazione del servizio, alla disponibilità di sedi e di personale, alla reale integrazione con il Comune/Municipio.

Tuttavia, la funzione di filtro del PUA è di fondamentale importanza per permettere la successiva valutazione integrata tra servizi sanitari e servizio sociale per l’identificazione del percorso più idoneo e l’attivazione del percorso di valutazione e presa in carico da parte dell’Unità di Valutazione Multi Dimensionale (UVMD).

Per poter perseguire una integrazione tra Servizi per la tutela della salute mentale (CSM e servizi TSMREE), Cure Primarie distrettuali, nel periodo di vigenza del Piano, le ASL devono porre in atto le seguenti azioni:



- ✓ definire procedure omogenee di integrazione tra i predetti servizi e il PUA all'interno delle Case della Comunità
- ✓ migliorare il livello di informazioni per i familiari e i pazienti,
- ✓ coinvolgere i gruppi di supporto (con familiari, associazioni di familiari/pazienti di riferimento sul territorio) promuovendo pratiche di mutuo aiuto
- ✓ utilizzare pratiche evidence-based sia per la valutazione che per il trattamento
- ✓ promuovere la competenza dei MMG/PLS prevedendo azioni formative ed informative, nonché la loro partecipazione a protocolli aziendali e valorizzandone il ruolo nei percorsi di individuazione e assistenza per i principali disturbi psichiatrici e del neurosviluppo
- ✓ favorire la strutturazione di reti integrate multiprofessionali per la presa in carico
- ✓ dare piena attuazione alle previsioni normative della legge regionale 11/2016 (art. 51, 52, 53) con riferimento al coordinamento tra ASL e distretto sociosanitario, alla presa in carico integrata di persone con bisogni complessi attraverso UVM distrettuali e definizione del Piano di assistenza individualizzato.

3.2 Consulori familiari

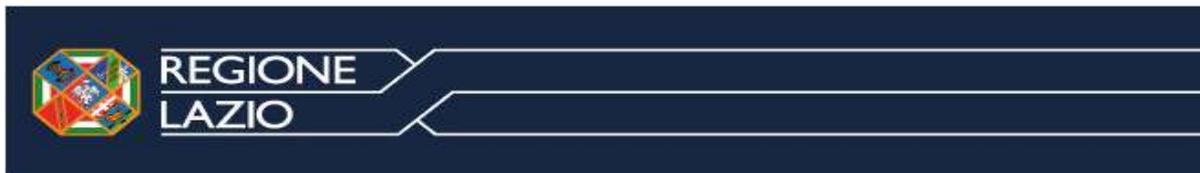
I Consulori Familiari (di seguito CF) sono servizi sociosanitari di base, ad accesso diretto e gratuito, a tutela della salute della donna, della gravidanza e del feto, della coppia, della famiglia, dell'età evolutiva e degli adolescenti, si collocano come servizi di prossimità con il territorio di importanza strategica nell'assetto dell'assistenza distrettuale, in attuazione del DPCM 12 gennaio 2017 di definizione e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza. Rivestono un ruolo centrale 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 regionale (con 135 presidi attivi) 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 Consulori 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. 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.

Il monitoraggio regionale annuale sulle attività svolte dai Consulori Familiari in relazione a quanto previsto dal DCA n. U00152/2014²⁶ evidenzia che è aumentato nel tempo l'impegno e la capacità dei servizi consultoriali di offrire una risposta ai bisogni delle persone e l'attenzione degli operatori verso la tutela della loro salute e degli aspetti legati al benessere psicofisico e alla salute mentale. Inoltre, nonostante l'emergenza epidemiologica da SARS-COV-2, non è venuta meno la capacità dei servizi di offrire una risposta

²⁶ Si vedano anche il Progetto Obiettivo Materno Infantile relativo al Piano sanitario nazionale per il triennio 1998- 2000, adottato con Decreto ministeriale del 24 aprile 2000, la Strategia globale per la salute delle donne, dei bambini e degli adolescenti 2016-2030, lanciata dalle Nazioni Unite nel settembre 2015, la Strategia dell'UE sui diritti delle persone di minore età per il periodo 2021-2024, COM(2021) 142, adottata il 24 marzo 2021 dalla Commissione europea.



ai bisogni delle persone, anche ricorrendo a strumenti di comunicazione a distanza, e ciò a testimonianza dell'impegno e della garantita tutela dell'assistenza.

Per quanto concerne la fondamentale area della prevenzione e promozione della salute le attività sono indirizzate a prevenire situazioni di disagio e a rispondere ad una domanda relativa al bisogno di accompagnamento in particolari momenti di cambiamento psicobiologico (menarca, gravidanza, menopausa, andropausa) e di cambiamento di status sociale (matrimonio, separazione, neogenitorialità, adozione, uscita dei figli dal nucleo familiare) legati alle diverse fasi del ciclo di vita della persona e della famiglia.

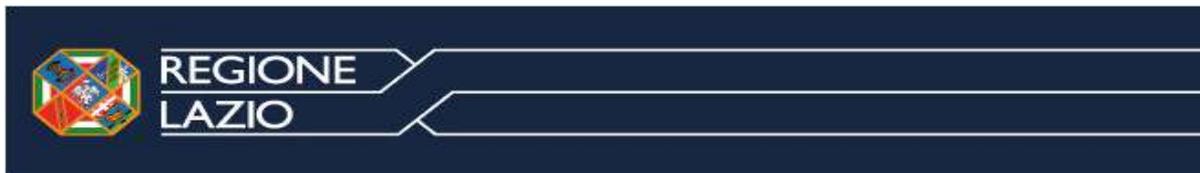
Il CF nell'ambito delle politiche per la salute mentale è di fondamentale importanza poiché è un servizio che proprio per la sua mission realizza un'alta integrazione socio-sanitaria attraverso la collaborazione con gli altri servizi dell'Azienda Sanitaria (Servizi per la salute mentale dell'età adulta e dei minori, SERD, Reparti di Ostetricia e ginecologia Ospedaliera, Pediatria Ospedaliera, PLS/MMG) e svolge la propria attività anche in sinergia con altre istituzioni pubbliche e private presenti nel territorio (Enti Locali, Scuole, Giustizia, Terzo Settore, ecc.) attraverso una progettualità condivisa e con la definizione di Protocolli d'intesa e l'integrazione programmatoria territoriale nel Piano di zona.

Gli ambiti di intervento sui quali i Consultori Familiari esercitano la loro funzione sanitaria e sui quali si può avviare un'azione precoce ed integrata con la rete dei servizi territoriali, fondamentale per il Piano per la salute mentale, si incentrano in particolare sulle seguenti aree:

- Area Perinatale
- Area della salute sessuale/riproduttiva
- Prematurità e Patologie Neonatali
- Salute della donna e prevenzione oncologica
- Percorsi nascita
- Depressioni peri-partum, in stretto collegamento con i Servizi di Salute Mentale
- Sorveglianza Asili Nido
- Tutela dei minori
- Adolescenza
- Neogenitorialità/genitorialità sia biologica che adottiva
- Affidamento familiare
- Conflittualità di coppia e separazioni
- Violenza sulle donne e i minori
- Problematiche legate alla menopausa
- Pediatria

L'attività dei Consultori Familiari deve, al contempo, indirizzarsi verso gli obiettivi che le strategie internazionali adottate dalle diverse istituzioni; in particolare, l'Agenda ONU 2030 per lo Sviluppo Sostenibile individua due obiettivi denominati "3. Salute e benessere" e "5. Uguaglianza di genere" che comprendono aree di intervento ricadenti nelle attività svolte dai Consultori Familiari quali servizi territoriali pubblici e gratuiti.

Nell'ambito dell'obiettivo 3, infatti, si prevede di garantire, entro il 2030, l'accesso universale ai servizi di assistenza sanitaria sessuale e riproduttiva, inclusa la pianificazione familiare, l'informazione, l'educazione e l'integrazione della salute riproduttiva nelle strategie e nei programmi nazionali; con riferimento all'obiettivo



5, i traguardi da raggiungere sono duplici, ovvero eliminare ogni forma di violenza nei confronti di donne e bambine, sia nella sfera privata che in quella pubblica, compreso il traffico di donne e lo sfruttamento sessuale e di ogni altro tipo (5.2) ed eliminare ogni pratica abusiva come il matrimonio combinato, il fenomeno delle spose bambine e le mutilazioni genitali femminili (5.3).

Tutto ciò premesso, il presente Piano promuove strategie di intervento integrate da parte dei servizi pubblici consultoriali, sia con i servizi che si occupano di salute mentale (TSMREE, CSM, SERD), nonché con tutti gli Enti e Istituzioni interessati a vario livello (PLS/MMG, Scuola, enti locali e relativi centri attivati, Tribunale per i minorenni, terzo settore, Tribunale ordinario, Forze di Polizia ecc.) focalizzate principalmente sulle donne, sui bambini e adolescenti.

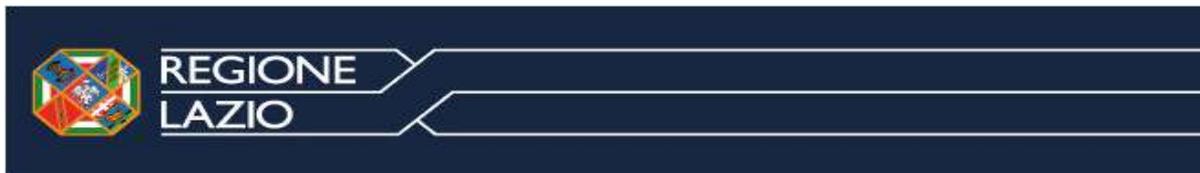
Si ritiene necessario implementare prioritariamente percorsi integrati nelle seguenti aree:

- salute mentale durante la gravidanza e fino al primo anno di vita del bambino (o dopo l'adozione di un bambino)
- assistenza alla gravidanza e puerperio anche alle donne inserite nel circuito penale (minorenni e maggiorenni) e ai loro bambini fuori dal carcere e/o in strutture sanitarie o socioassistenziali
- violenza di genere e contrasto alla violenza verso le donne e i minori, anche in qualità di testimoni di violenza (in collaborazione con il DSM, il Servizio TSMREE, il SERD)
- percorsi di presa in carico psicosociale integrata in caso di Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) in particolare per le fasce deboli e/o socialmente isolate
- relazioni tra i consultori familiari, gli altri servizi territoriali, e la Giustizia (Tribunale per i minorenni, Procura della Repubblica presso il Tribunale dei Minorenni, Tribunale Ordinario)
- azioni volte alla prevenzione degli atti autolesivi e del suicidio nei giovani, in particolare quelli vittime di maltrattamenti, abusi e/o bullismo, o isolati socialmente in collaborazione con i Servizi TSMREE e con i CSM.
- corsi/interventi di promozione alla salute, prevenzione del disagio adolescenziale anche post-pandemico, e di educazione sessuale, anche per giovani appartenenti a categorie fragili (stranieri, ragazze e ragazzi con disabilità e/o "problemi" di salute mentale ecc.)
- valutazione idoneità genitoriale delle coppie aspiranti adottive, inclusa ricerca di eventuali psicopatologie
- post adozione: presa in carico integrata minore e famiglia nel caso di disagio psichico e/o nel caso di gravidanza in età evolutiva.

In tale contesto, la sfida da affrontare nella sanità territoriale, in linea con quanto previsto dal PNNR, è quella dell'integrazione delle attività dei Consultori Familiari con la rete degli altri servizi sanitari da un lato e con quelli del versante sociale dall'altro.

3.3 La rete dell'offerta di assistenza per l'età evolutiva

Con DGR n.765/2021, la Regione Lazio ha recepito l'Intesa tra il Governo, le Regioni, le PA e gli Enti locali sul documento recante "Linee di indirizzo sui disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell'infanzia e della adolescenza" (Rep. Atti n 70/CU del 25 luglio 2019) nel quale è prioritaria la visione di un'assistenza centrata sui bisogni del paziente rispetto alle strutture, e sulla definizione di percorsi diagnostici e terapeutici trasversali, evidence-based, condivisi, personalizzati e partecipativi, differenziati per intensità di cura e priorità di intervento a seconda degli specifici disturbi, del quadro funzionale, dell'età, del contesto di riferimento e nella piena integrazione con la rete dei servizi sociali e educativi, formali e informali, istituzionali e non. La rete dei servizi per l'età evolutiva, dunque deve attuare la sua mission assistenziale in coerenza con le indicazioni previste dalle già menzionate linee di indirizzo.



3.3.1 I servizi TSMREE

Il servizio Tutela Salute Mentale e Riabilitazione dell'Età Evolutiva (TSMREE) è una struttura pubblica territoriale aperta ad accesso diretto che esercita funzioni di prevenzione, tutela, diagnosi, cura, riabilitazione, inserimento scolastico e sociale dei soggetti in età evolutiva (0-17 anni) residenti nel territorio di riferimento, che presentano disturbi e patologie di tipo neurologico, neuropsicologico, psicologico, psichiatrico e dello sviluppo, disabilità, situazioni di disagio psicosociale e relazionale anche quando si tratti di minori provenienti dal circuito penale.

In tale ambito vengono assicurati al soggetto in età evolutiva in situazione di disabilità e di disagio ma anche alla sua famiglia, interventi di identificazione precoce del disturbo, valutazione diagnostica multidisciplinare e presa in carico globale integrata da parte di équipe multidisciplinari, la definizione, attuazione e verifica del programma terapeutico e abilitativo/riabilitativo personalizzato e viene, altresì, assicurata l'integrazione con i servizi sociali, educativi e scolastici, il raccordo con l'autorità giudiziaria, nonché, il coordinamento con i centri e le strutture di riabilitazione territoriale.

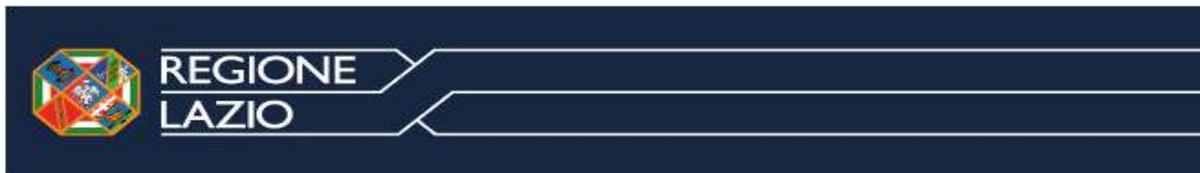
Il servizio TSMREE garantisce la continuità del percorso di cura e di assistenza degli utenti presi in carico in raccordo con i PLS e i MMG, i Consultori familiari, le UO di Neuropsichiatria infantile della rete ospedaliera, i reparti ospedalieri di Pediatria, i CSM, i SERD, le strutture residenziali e semiresidenziali territoriali, incluse quelle afferenti all'area sociale, educativa e giudiziaria.

La rete regionale prevede la presenza di servizi TSMREE, almeno uno per ogni Distretto. Tale rete dovrà essere completata nel periodo di vigenza del Piano in coerenza con le indicazioni previste dal PNRR.

In coerenza con le previsioni del Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale (2013) e nel rispetto dell'autonomia di ciascuna ASL di articolare l'assistenza secondo propri modelli organizzativi deve essere garantita per gli adolescenti, anche per i minori del circuito penale, la valutazione multidimensionale (UVM) per la gestione dei progetti terapeutici e l'invio nei setting assistenziali residenziali e semiresidenziali, attraverso protocolli operativi formalizzati.

Alla luce delle principali criticità emerse dai documenti nazionali nell'ambito dell'assistenza ai minori e adolescenti con disturbi neuropsichiatrici e del neurosviluppo, nel periodo di vigenza del Piano vengono individuate le seguenti azioni strategiche prioritarie, che troveranno specifica declinazione nel cap. 9 e nelle schede obiettivo successivamente descritte nella terza parte del documento:

- promozione dell'intervento precoce e della presa in carico delle disabilità complesse e dello sviluppo;
- definizione di risposte assistenziali appropriate ai disturbi psichiatrici in adolescenza, soprattutto nella fase di esordio e di acuzie;
- gestione integrata della fase di transizione delle cure dai servizi per l'età evolutiva a quelli per l'età adulta, con particolare riguardo ai disturbi psichici adolescenziali e giovanili (fascia d'età 17 – 21 anni), con l'elaborazione di progetti sperimentali che prevedano anche la costituzione di nuclei funzionali integrati dedicati alla prevenzione e all'intervento precoce nei disturbi gravi ed emergenti;
- definizione e/o implementazione di PDTA o percorsi integrati che definiscano le procedure di presa in carico e trattamento delle persone con ASD, ADHD, DSA, disturbi del comportamento alimentare, e delle loro famiglie;
- potenziamento dell'assistenza semiresidenziale per gli adolescenti



3.3.2 Assistenza semiresidenziale e residenziale

La Regione con DCA n. 424 del 19 dicembre 2012 ha definito il *“Piano del fabbisogno assistenziale per i minori nell’area della salute mentale”* con riferimento alle strutture residenziali e semiresidenziali come di seguito descritto.

Le strutture semiresidenziali, individuate con DCA n. 90/2010 e s.m.i, sono:

- il Centro Diurno Terapeutico per l’età pre-scolare del servizio TSMREE (3-6 anni);
- il Centro Diurno Terapeutico età adolescenziale (12-17 anni),

entrambe prendono in carico minori di due fasce di età particolarmente rilevanti per la prevenzione e l’intervento precoce, anche ai fini di garantire un intervento sanitario appropriato e di permettere un trattamento adeguato e un investimento in termini di salute pubblica sulle giovani generazioni.

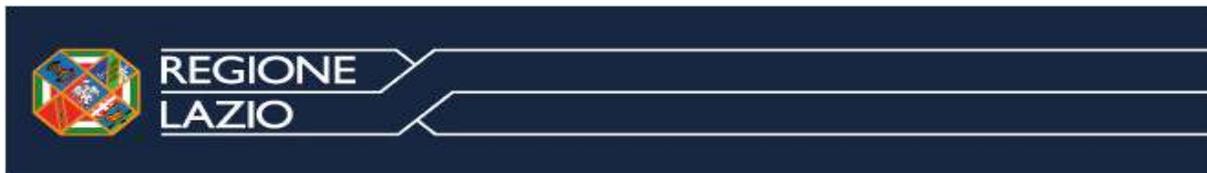
Il *Centro Diurno Terapeutico per l’età prescolare (CDT)* è una struttura semiresidenziale di livello estensivo che accoglie soggetti in età evolutiva (3–6 anni) con disturbi di sviluppo e svolge funzioni terapeutico-riabilitative tese alla individuazione dei nuclei patogenetici cruciali nelle diverse fasi di sviluppo e interviene anche sugli aspetti relazionali del disturbo, integrando interventi psicologici, riabilitativi, educativi e sociali. Svolge, inoltre, una azione di counseling alle strutture educative/scolastiche. Il fabbisogno regionale di Centri Diurni Terapeutici per l’età prescolare prevede l’attivazione di almeno un centro per ASL, che ad oggi non è pienamente soddisfatto, e con il presente piano si intende procedere all’implementazione dell’offerta fino al raggiungimento del fabbisogno previsto.

Il *Centro Diurno Terapeutico per adolescenti* struttura semiresidenziale (Estensiva) accoglie soggetti in età evolutiva (12-17 anni) – anche sottoposti a provvedimenti giudiziari – con disturbo psicopatologico, primario o secondario a grave disagio socio familiare, disabilità cognitive/neuropsicologiche, in fase di post acuzie o in condizioni di crisi che pregiudichi o abbia già pregiudicato l’inserimento nel contesto familiare e/o educativo / formativo, sociale. Nel centro diurno sono realizzati interventi terapeutici, socio-riabilitativi e farmacologici, con garanzie di monitoraggio e verifica, nonché strumenti terapeutici alternativi adeguati alle esigenze specifiche della fascia di età (atelier terapeutici, terapie di gruppo, ecc.).

Sono, inoltre, garantiti specifici interventi terapeutici e di sostegno per i genitori, nonché di integrazione socio-educativa. L’accesso alla struttura è autorizzato dal servizio TSMREE territoriale di residenza dell’utente. I progetti terapeutico-riabilitativi, elaborati dall’équipe del CDT, sono concordati con il servizio TSMREE territoriale di residenza dell’utente e hanno, di norma, una durata di 2- 3 anni.

Nel Centro Diurno trovano accoglienza anche i minori dell’area penale che soffrono di disturbi psichiatrici o psicopatologici provenienti dal CPA (Centro di Prima Accoglienza) e dall’IPM (Istituto Penale Minorile) e gli altri minori/giovani adulti del circuito penale e che hanno necessità di questo tipo di trattamento, secondo le modalità previste dal citato DCA n. 383 del 4 agosto 2015. Il fabbisogno di posti semiresidenziali di CD terapeutico età adolescenziale (12-17 anni), prevede un’offerta di 156 posti, distinti in nuclei da 12 posti, 1 per ciascuna ASL, ad eccezione della ASL Roma 2 nella quale si prevede un’offerta di due nuclei per un totale di 24 posti. Ad oggi il fabbisogno non è soddisfatto e con il presente Piano si intende procedere all’implementazione dell’offerta fino al raggiungimento del fabbisogno previsto.

In ogni caso, si ritiene opportuno avviare un percorso di riflessione sull’attuale organizzazione dell’offerta, anche rimodulandone la tipologia e la struttura organizzativa, per aumentare l’accessibilità e la prossimità



dell'assistenza ai contesti di vita degli adolescenti, in modo tale da rispondere in maniera maggiormente efficace all'aumentata e variegata richiesta, soprattutto nel periodo pandemico e post pandemico.

È evidente, infatti, che l'intervento sanitario deve armonizzarsi con le altre dimensioni di vita dell'adolescente (scuola, attività sportiva, rete amicale e sociale, ecc...) che vanno mantenute il più possibile per sostenere le capacità di inclusione e di relazione nella comunità.

La rete regionale prevede due tipologie di Strutture Residenziali Terapeutico-Riabilitative per Adolescenti (SRTR) per trattamenti intensivi ed estensivi, che hanno la finalità di far superare la fase di acuzie, post-acuzie o sub-acuzie attraverso la messa in atto di un trattamento complesso multifattoriale e multidisciplinare di tipo evolutivo/trasformativo. L'accesso alle strutture è autorizzato dal TSMREE territoriale di residenza dell'utente.

La SRTR per trattamenti comunitari intensivi è una struttura per pazienti minori di età compresa tra i 12-17 anni (con possibilità di prolungare la permanenza anche oltre il compimento del 18° anno di età), anche provenienti dal circuito penale, che presentano disturbi in fase di acuzie e post acuzie, compresi quelli che necessitano di una fase di valutazione psicodiagnostica e multidisciplinare a seguito di una richiesta del magistrato, che richiedono interventi intensivi relazionali, farmacologici e psicoterapeutici, con una permanenza massima nella struttura orientativamente di 60 giorni. Il fabbisogno individuato a livello regionale, attualmente vigente, prevede una offerta di 20 p.l., attualmente soddisfatta da due strutture, ciascuna delle quali ha attivato un nucleo di 10 p.l.

Alla luce delle mutate esigenze assistenziali e del bisogno di cura nella popolazione di riferimento sarà necessario aggiornare il fabbisogno indicato nella specifica normativa regionale.

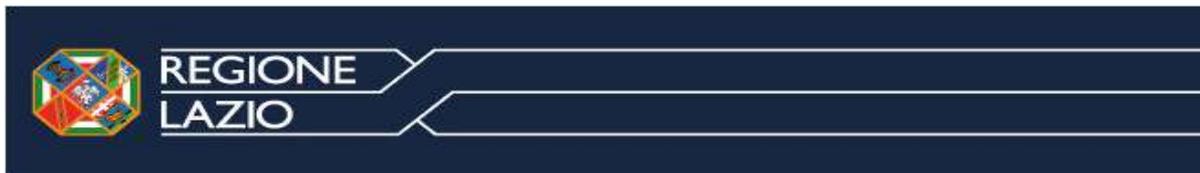
La SRTR per trattamenti comunitari estensivi è una struttura per minori con disturbi in fase di sub-acuzie, anche provenienti dal circuito penale, che richiedono interventi relazionali, psicoterapeutici e farmacologici, con una permanenza massima nella struttura orientativamente di 2 anni e successivo reinserimento nell'abituale contesto di vita o in un contesto abitativo autonomo supportato a livello domiciliare, o successivo passaggio graduale in strutture con minore impegno e/o specificità assistenziale a valenza socioriabilitativa o socio-assistenziale (Casa Famiglia, Gruppo Appartamento, ecc.). Il fabbisogno individuato a livello regionale, attualmente vigente, prevede una offerta di 80 posti letto; Ad oggi il fabbisogno risulta non ancora pienamente soddisfatto, atteso che sono attivi solamente 40 posti.

Occorrerà, altresì, definire tariffe per la realizzazione dei trattamenti semiresidenziali sopracitati

3.3.3 Assistenza ospedaliera di Neuropsichiatria infantile

L'offerta ospedaliera per i Servizi di Neuropsichiatria Infantile è stata ridefinita attraverso la Determinazione regionale n. G07512, del 10 febbraio 2022 – Adozione del Documento Tecnico recante: "Programmazione della rete ospedaliera 2021-2023 in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015".

Come precisato dal già citato documento inerente le "Linee di indirizzo sui disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell'infanzia e della adolescenza" il ricovero ordinario ha la funzione di garantire assistenza continuativa e intensiva in situazioni che per complessità, multiproblematicità o gravità non possono essere gestite in livelli di minore intensità assistenziale. Le attività di ricovero in Day Hospital sono finalizzate a garantire prestazioni multiple e/o complesse (multispecialistiche e pluriprofessionali) di carattere



diagnostico, terapeutico, riabilitativo, che per la loro natura non possono essere eseguite in modo puntiforme a livello ambulatoriale in quanto richiedono una sorveglianza o un'osservazione medica e/o infermieristica e/o educativa/riabilitativa/psicologica protratta nell'arco della giornata. I Day hospital devono operare in una stretta interconnessione con i servizi territoriali per i minori. Il ricovero ospedaliero in età evolutiva deve, in ogni caso, prevedere percorsi di integrazione e raccordo con il Servizio TSMREE territoriale di residenza del paziente ricoverato con il quale condividere il percorso sanitario al fine di garantire la continuità terapeutica.

Con la Determinazione regionale del 24 giugno 2022, n. G08249, è stato, inoltre, approvato il documento recante "Percorso assistenziale per persone con patologia psichiatrica e/o con disturbi comportamentali per l'accesso e la gestione in Pronto Soccorso e il ricovero" che definisce la Rete regionale per il ricovero in condizioni di urgenza in Neuropsichiatria infantile (NI), al fine di garantire la continuità della presa in carico del minore e della sua famiglia e fornire risposte uniformi e appropriate, attraverso una metodologia strutturata di relazioni e supporto tra gli Ospedali e il Servizio Tutela Salute Mentale e Riabilitazione età evolutiva (TSMREE) presente sul proprio territorio.

Il documento include una sezione specifica relativa all'accesso e alla gestione in Pronto Soccorso e al ricovero di persone in età evolutiva con disturbi del comportamento, al fine di assicurare un adeguato percorso di cura e la prossimità della sede di intervento alla residenza del minore.

3.4 La rete dell'offerta di assistenza per l'età adulta

3.4.1 Il Dipartimento di Salute Mentale

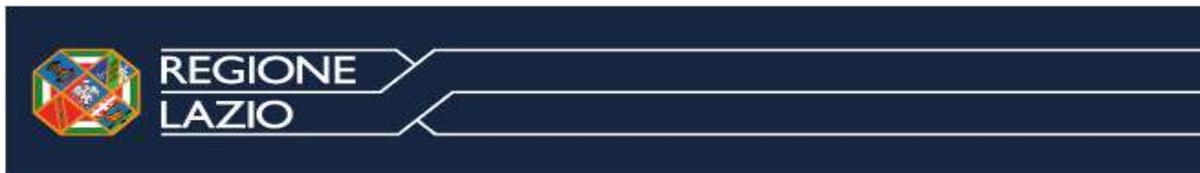
Dal 2016 nella Regione Lazio sono attivi 10 Dipartimenti di Salute Mentale, articolati per la salute mentale in età adulta, in strutture ospedaliere (SPDC) e territoriali (Ambulatoriali, Residenziali e Semiresidenziali), con 72 presidi (CSM) 31 ambulatori, 71 Centri Diurni. Le strutture organizzative complesse del Dipartimento strutturale di salute mentale che afferiscono al livello di assistenza territoriale sono i CSM, mentre gli SPDC ubicati nelle strutture ospedaliere, costituiscono le articolazioni ospedaliere del Dipartimento.

Il Dipartimento di Salute Mentale è deputato all'offerta dei servizi e interventi per la promozione e la tutela della salute mentale, le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione del disagio mentale e dei disturbi psichici e la riabilitazione in età adulta attraverso le strutture organizzative territoriali e ospedaliere ad esso afferenti.

Si connota come orientato alla comunità ed opera, articolando e coordinando la propria azione sia a livello territoriale che ospedaliero, attraverso una rete di servizi, fortemente radicati nella comunità locale di riferimento, che assicurano, livelli di assistenza diversificata per intensità di cura, in grado di assicurare una risposta completa e articolata ai bisogni di salute delle persone portatrici di disagio e disturbo mentale.

I modelli clinico-organizzativi atti a governare il processo assistenziale sono prioritariamente rivolti agli utenti con disturbi mentali gravi, e sono articolati secondo quanto definito dal PANSM:

i) la collaborazione/consulenza: una modalità di lavoro organizzata tra DSM e medicina generale o tra servizi Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza (NPIA) PLS, servizi psicologici o sociali e scuola per gli utenti che non necessitano di cure specialistiche continuative;



ii) l'assunzione in cura: percorso di trattamento per gli utenti che necessitano di trattamento specialistico ma non di interventi complessi e multiprofessionali;

iii) 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.

Inoltre, i DSM devono organizzare percorsi di trattamento psicosociale basati sulle evidenze per i disturbi emotivi comuni.

Più in generale, nell'ambito dell'assistenza alle persone con disturbi mentali, alla luce delle indicazioni previste dalla normativa e dalle disposizioni nazionali vigenti, tenuto conto delle indicazioni della missione 6 del PNRR, e considerato il persistere dell'emergenza epidemiologica da SARS-COV 2, è importante che i DSM consolidino le iniziative volte a perseguire le buone pratiche di salute mentale di comunità e di tutela delle fragilità psico-sociali, a partire dalla valutazione e dalla stratificazione del rischio della popolazione di riferimento sulla base ai bisogni clinici e socioassistenziali, in un'ottica di forte integrazione con la rete dei servizi sanitari territoriali, semiresidenziali, residenziali e ospedalieri, con la rete dei servizi sociali e degli altri Enti interessati e con il mondo dell'associazionismo e del terzo settore.

Le azioni strategiche sulle quali è necessario dare attuazione prioritariamente nel periodo di vigenza del piano sono di seguito elencate:

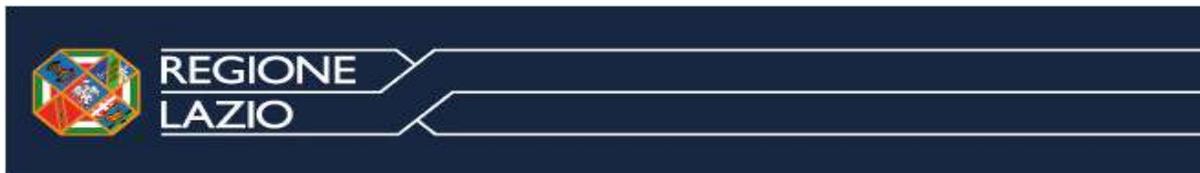
- integrazione sociosanitaria e di comunità per fornire risposte complessive ai bisogni di salute e di tutela dell'individuo
- promozione di percorsi per l'inclusione sociale e la riabilitazione con il ricorso allo strumento del budget di salute e al supporto all'abitare per l'acquisizione di una maggiore autonomia del paziente con disturbi mentali
- definizione di percorsi di cura integrati per la transizione dall'età evolutiva all'età adulta transizione tra età evolutiva e età adulta
- definizione e implementazione di PDTA integrati per gli esordi psicotici
- gestione delle emergenze in salute mentale
- interventi di prevenzione del tentativo di suicidio o suicidio
- implementazione della rete per i Disturbi Alimentari

Tali azioni troveranno specifica declinazione nel cap.9 e nelle schede obiettivo successivamente descritte nella terza parte del documento

Per quanto attiene la mission assistenziale, Il Dipartimento di Salute Mentale garantisce la predisposizione di percorsi assistenziali integrati, di procedure operative omogenee, promuovendo la partecipazione degli operatori, degli utenti e dei loro familiari ed assicura il coordinamento dei servizi di salute mentale ai livelli di distretto, azienda e Regione.

Si articola in

- servizi per l'assistenza diurna: i Centri di Salute Mentale (CSM)
- servizi semiresidenziali: i Centri Diurni (CD)



- servizi residenziali (c.d. “a gestione diretta”): strutture residenziali (SR) distinte in residenze terapeutico-riabilitative (SRTR int e SRTR est), socio-riabilitative (SRSR24h, SRSR12h) e gruppi appartamento
- servizi ospedalieri: i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) e i Day Hospital (DH).

Il *Centro Salute Mentale (CSM)* è la struttura territoriale ad accesso diretto che accoglie, valuta e risponde ai bisogni di salute mentale dei cittadini, in età maggiore dei 18 anni, residenti nel bacino di utenza.

Il CSM garantisce la continuità del percorso di cura e di assistenza degli utenti presi in carico; effettua, attraverso interventi multidisciplinari prevalentemente strutturati in équipe, visite specialistiche, trattamenti psicoterapeutici, interventi infermieristici, interventi sociali e di rete, programmi riabilitativi, trattamenti farmacologici, interventi di ascolto e di supporto ai familiari; garantisce, inoltre il collegamento con gli altri servizi territoriali per il percorso di cura dell’utente. Le attività del CSM sono svolte nel presidio, a livello domiciliare e/o nel contesto di vita dell’utente.

L’assistenza domiciliare del CSM

L’assistenza domiciliare (punto 7.5. Servizi a favore di persone affette da disturbi mentali dell’Allegato del DCA 8/2011) rappresenta una modalità di attuazione del progetto terapeutico predisposto dal Centro di Salute Mentale di competenza territoriale che utilizza l’équipe che ha in carico ciascun caso per l’effettuazione degli interventi a domicilio.

In caso di utenti con disturbi stabilizzati residenti al proprio domicilio o in strutture socio-assistenziali, può essere costituita, nell’ambito dell’assistenza territoriale del DSM, una équipe dedicata, composta da infermieri, assistenti sociali, educatori o tecnici della riabilitazione psichiatrica, che garantisca, in collaborazione con il Centro Assistenza Domiciliare (CAD) di competenza territoriale, una specifica assistenza domiciliare programmata, finalizzata al mantenimento delle autonomie personali e a favorire l’inclusione sociale, fermo restando il riferimento dello psichiatra e/o dello psicologo curante del CSM.

3.4.2 Assistenza residenziale e semiresidenziale

L’offerta regionale residenziale e semiresidenziale per la tutela della salute mentale si compone di un segmento del privato, rispetto al quale la Regione ha portato a compimento il definitivo percorso di accreditamento specifico, nonché di una importante offerta a gestione diretta del Servizio sanitario regionale soprattutto per quanto riguarda i centri diurni.

L’inserimento nelle strutture avviene a cura del Centro di Salute Mentale, secondo quanto previsto dal DCA n. 188/2015, il quale segue l’andamento degli interventi fino alla dimissione tramite un proprio operatore.

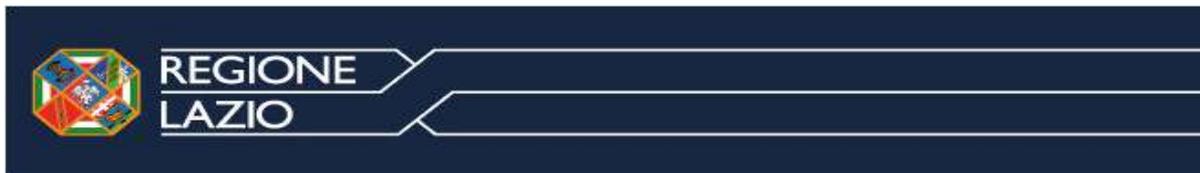
L’assistenza semiresidenziale in salute mentale è assicurata da 65 centri diurni dislocati sull’intero territorio regionale, di cui 61 a gestione pubblica e 4 a gestione del privato accreditato, per un totale di 1721 posti.

Il Centro Diurno ha funzioni terapeutico-riabilitative, è dotato di una propria équipe, eventualmente integrata da operatori di cooperative sociali e organizzazioni di volontariato.

Il CD è pertanto una struttura funzionale al progetto terapeutico e all’inserimento sociale, sia nelle situazioni critiche che nei trattamenti a lungo termine; svolge una funzione di intermediario tra il ricovero e la cura ambulatoriale, tra un intervento globale e la delega alla famiglia o al contesto sociale di appartenenza.

L’assistenza residenziale, attualmente attiva, si articola in tipologie di strutture residenziali pubbliche e private accreditate che erogano trattamenti a differenti livelli di intensità, come di seguito declinato

- STPIT (Strutture per i Trattamenti Psichiatrici Intensivi Territoriali)
- SRTR int (Strutture Residenziali Terapeutico-Riabilitative intensive)



- SRTR est (Strutture Residenziali Terapeutico-Riabilitative estensive)
- SRSR 24h (Strutture Residenziali Socio-Riabilitative a elevata intensità assistenziale socio-sanitaria)
- SRSR 12h (Strutture Residenziali Socio-Riabilitative media a media intensità assistenziale socio-sanitaria)
- Gruppi appartamento ai sensi del DCA n. 468/2017

Le strutture sopra richiamate, ad eccezione del Gruppo appartamento, sono organizzate in nuclei autonomi e separati con un massimo di 20 posti letto e accolgono persone che necessitano di ospitalità nell'intero arco delle 24 ore, anche con livelli di intensità assistenziale differenti. Le prestazioni residenziali si suddividono in due macro tipologie: Prestazioni terapeutico riabilitative e prestazioni socio-riabilitative.

Viceversa, i gruppi appartamento sono strutture a gestione diretta dei DSM (la c.d. residenzialità psichiatrica "leggera"), ospitano da uno a 5 persone in unità abitative e necessitano del solo requisito strutturale della civile abitazione.

L'area di residenzialità privata accreditata e pubblica rappresenta un segmento assistenziale che completa l'offerta dei DSM, vocata ad accogliere pazienti per i quali le condizioni cliniche e sociali non consentono una presa in carico e l'erogazione di trattamenti terapeutico-riabilitativi in altri setting assistenziali o al proprio domicilio.

3.4.3 Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura e DH

Il livello assistenziale ospedaliero è garantito dal Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura S.P.D.C. che è una Unità Operativa ospedaliera, integrata nel DSM di competenza territoriale, dove vengono attuati i trattamenti psichiatrici volontari (TSV) e obbligatori (TSO) in condizioni di ricovero,

Il ricovero in S.P.D.C. avviene sempre attraverso i servizi di emergenza e accettazione.

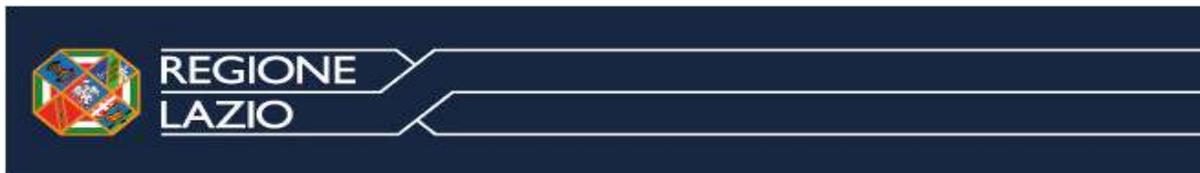
Il S.P.D.C. assicura contatto, sostegno e informazione alle famiglie dei pazienti ricoverati.

I Requisiti organizzativi, Strutturali e Tecnologici specifici del SPDC sono definiti nel paragrafo 1.2.4.1. dell'allegato al DCA n.8/2011.

La Determinazione regionale n. G07512, del 10 febbraio 2022 – Adozione del Documento Tecnico recante: "Programmazione della rete ospedaliera 2021-2023 in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015" – ha definito il percorso di riprogrammazione dell'offerta ospedaliera intrapreso con l'approvazione dei DCA 412/2014 e DCA 257/2017, al fine di consolidare e migliorare i significativi risultati in termini di qualità dell'assistenza sanitaria e di efficienza contabile ottenuti a partire dalla sottoscrizione del piano di rientro dai disavanzi del Servizio Sanitario Regionale (SSR) nel 2007.

Il suddetto documento soddisfa quanto previsto dal Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021, adottato con Decreto del Commissario ad Acta n.81 del 25 giugno 2020, recepito con la DGR n. 406 del 26 giugno 2020, la cui attuazione è stata deliberata con DGR n. 661 del 29 settembre 2020, al punto 17.1 inerente "La Ridefinizione dell'Offerta Assistenziale per acuti, post-acuzie e il riordino delle discipline in eccesso" e attualizza la programmazione al triennio 2021-2023.

Il percorso di riorganizzazione della rete ospedaliera prevede un rafforzamento strutturale della rete ospedaliera mediante l'adozione di uno specifico piano di riorganizzazione con un aumento strutturale sul territorio nazionale di posti letto di terapia intensiva, di area semi-intensiva, un aumento della dotazione dei mezzi di trasporto dedicati ai trasferimenti secondari dei pazienti COVID-19, e un consolidamento all'interno delle strutture sanitarie della separazione dei percorsi di accesso e cura.



Le “reti assistenziali” sono, per la Regione Lazio, un obiettivo organizzativo prioritario per garantire accessibilità, proporzionalità delle cure ed equità nella fruizione delle competenze ad alta concentrazione su tutto il territorio regionale.

È in quest’ottica che si inserisce l’integrazione tra rete ospedaliera e rete territoriale, in una logica della presa in carico dell’utente nelle diverse dimensioni assistenziali. A tal fine è necessario favorire una presa in carico multiprofessionale, basata su una valutazione multidimensionale del bisogno, con offerta di percorsi di cura strutturati ex ante e costantemente valutati nella loro efficacia.

La rete dell’emergenza ospedaliera costituisce l’architettura del Sistema ospedaliero con la definizione dei Centri Hub e Spoke e le Aree di riferimento, su questo modello sono sviluppate le altre Reti Tempo dipendenti che si differenziano per alcuni Hub in relazione alla disponibilità di specifiche competenze specialistiche indicate nel DM n. 70/2015.

Con la Determinazione regionale del 24 giugno 2022, n. G08249, viene approvato il documento recante “Percorso assistenziale per persone con patologia psichiatrica e/o con disturbi comportamentali per l’accesso e la gestione in Pronto Soccorso e il ricovero” con l’obiettivo di riunire e implementare le indicazioni presenti nei documenti regionali, relativi al percorso assistenziale di persone con patologia psichiatrica e/o con disturbi comportamentali per l’accesso e la gestione in Pronto Soccorso e il ricovero, le procedure organizzative inclusa la sospensione temporanea dei ricoveri nel SPDC.

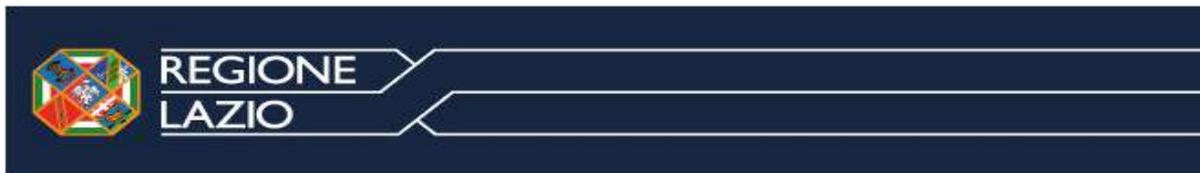
Il suddetto documento prevede, inoltre, una sezione dedicata alla gestione di condizioni di certa o sospetta intossicazione e alle procedure per la sicurezza dei pazienti e di altre persone, attraverso tecniche di “de-escalation”, cioè con una serie di interventi di desensibilizzazione allo scopo di contenere lo sviluppo naturale del ciclo dell’aggressività, grazie all’ascolto, la comprensione empatica, la capacità di problem solving, l’assertività e la capacità di mantenere la calma e il controllo.

Viene, inoltre, affidato al “Coordinamento regionale dei SPDC-NI”, istituito con Determinazione del 14 luglio 2022, n. G09255, lo sviluppo di un programma annuale “Audit e Feedback” di miglioramento del percorso assistenziale, oltre all’attivazione di un programma formativo per i Professionisti coinvolti nei percorsi assistenziali, attraverso l’organizzazione di webinar regionali multidisciplinari; alle Aziende ASL, AO, AU e alle Strutture Accreditate, incluse nella Rete di Emergenza, viene invece richiesto di predisporre un apposito percorso locale, secondo i principi descritti nel documento e dell’attuazione del programma formativo sul suddetto percorso aziendale.

3.4.4 Aziende ospedaliere Universitarie

Le Aziende Ospedaliere-Universitarie e, più in particolare, i reparti di psichiatria e neuropsichiatria infantile all’interno di esse, sono realtà uniche che assolvono contestualmente specifiche funzioni didattiche, cliniche e di ricerca con riferimento alle varie tipologie di pazienti affetti da disturbi psichiatrici. Tali peculiarità di ambienti clinico-didattici permettono di incentivare non solo approfondimenti di complessità cliniche, ma anche far emergere la formazione di professionisti che andranno ad operare anche nel servizio sanitario regionale.

Le aziende ospedaliere universitarie in cui sia prevista la scuola di specializzazione in psichiatria e neuropsichiatria infantile conducono, inoltre, attività didattica volta alla formazione degli specializzandi in sede e presso i Servizi territoriali tramite tirocini professionalizzanti ed attività di ricerca prevalentemente di tipo psicofarmacologico, clinico ed epidemiologico. Ulteriori attività assistenziali svolte all’interno degli



ospedali universitari si concretizzano attraverso i servizi ambulatoriali, di consulenza e di collegamento con altre specializzazioni mediche e chirurgiche della Azienda di appartenenza.

Il pieno coinvolgimento delle università è imprescindibile dall'attuazione e dal raggiungimento degli obiettivi in ambito di salute mentale, in quanto tali obiettivi necessitano di politiche formative innovative riguardanti le varie professionalità interessate. In quest'ottica è cogente procedere all'integrazione del sistema formativo, nella veste delle università, e di quello assistenziale (DSM, TSMREE) tramite la creazione di servizi integrati, ovvero la definizione e l'attuazione di percorsi assistenziali condivisi, volti a garantire una presa in carico innovativa e globale dell'utente. Di fatto, in un approccio di salute pubblica, la ricerca propone e aggiorna strumenti in grado di consentire: un'attenta identificazione delle necessità prioritarie; un'elaborazione di politiche assistenziali appropriate; la corretta attuazione e validazione delle suddette politiche.

Le aree di ricerca di prim'ordine, nell'attuale panorama sanitario sono:

- studi di esito e decorso di una malattia in relazione agli interventi specifici;
- studi di intervento nelle fasi iniziali di disturbi mentali gravi,
- studi di efficacia in merito alla riabilitazione e all'inclusione sociale
- carico familiare e strategie volte a diminuirlo.

3.5 Gli altri nodi della rete

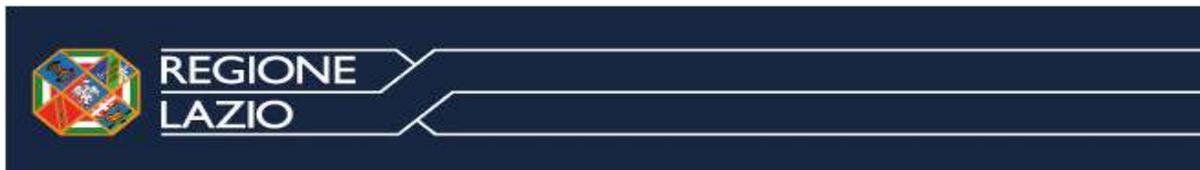
3.5.1 Distretto sociosanitario

Il percorso di promozione della salute mentale ha una forte ricaduta sulla salute pubblica e le azioni sanitarie di cura vanno opportunamente integrate ad una serie di azioni di prevenzione, promozione della salute mentale nei contesti di vita, nonché con azioni supportate da modelli che mettano al centro l'inclusione sociale e i determinanti sociali della salute mentale: l'abitare, la formazione e il lavoro, l'affettività e la socializzazione. È altresì riconosciuto che la corretta gestione dei disturbi mentali gravi si traduce in una sostanziale riduzione dell'onere sociale ed economico che tali disturbi apportano a livello di sistema generale.

Nell'articolata rete interistituzionale di presa in carico e risposta alle problematiche di salute mentale in un'ottica di recovery, i servizi sociali degli enti locali rappresentano un nodo strategico della domanda di cura e di supporto, sia perché possono intercettare alcune articolazioni del bisogno complesso, sia perché concorrono alla necessaria multidimensionalità che deve assumere la valutazione della persona nonché assumono centralità attuativa del progetto di vita entro i contesti sociali.

La gestione della cronicità e la prevenzione e l'intervento sulla disabilità psichiatrica necessitano di un approccio dei servizi sanitari e sociali in grado di strutturare risposte che guardino all'obiettivo di qualificare il rapporto individuo-contesto, accompagnando la persona a riacquistare autodeterminazione, capacità e volontà di assumere un ruolo sociale.

A livello organizzativo i servizi sociali comunali articolano programmazione e attuazione entro le forme associative del distretto sociosanitario, di cui all'articolo 43 della Legge Regionale n. 11/2016, attraverso le quali si persegue l'efficacia e l'efficienza del sistema integrato degli interventi e servizi sociali, anche al fine di garantirne il coordinamento e l'integrazione con i servizi sanitari erogati dal servizio sanitario regionale.



Le disposizioni relative alla gestione associata da parte dei comuni del sistema integrato, non si applicano a Roma Capitale che, per lo svolgimento delle funzioni e dei compiti di cui all'articolo 35 della LR 11/2016, si avvale degli organi di decentramento amministrativo previsti dal proprio statuto (Municipi).

Roma capitale e i Distretti sociosanitari, con la collaborazione del Terzo settore, in armonia con il Piano Sociale regionale e la Programmazione e gli indirizzi regionali, si occupano della rete territoriale dei servizi e degli interventi socio-assistenziali e insieme alle ASL concorrono a promuovere i determinanti sociali della salute. Pertanto, Roma capitale, nella propria articolazione territoriale dei servizi sociali, e i Distretti sociosanitari sono il soggetto istituzionale con il compito di lavorare in rete con i servizi sanitari al fine di:

- realizzare la pianificazione locale dei servizi e interventi sociali, in conformità ai Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali, art. 22 Legge Regionale n. 11/2016;
- garantire l'erogazione dell'offerta di servizi sociali a valenza sanitaria integrata con interventi sanitari a valenza sociale erogati dal distretto sanitario;
- promuovere la partecipazione delle comunità locali, delle famiglie, delle persone e dei soggetti del Terzo Settore alla programmazione, alla realizzazione e alla valutazione del sistema integrato;
- valutare la qualità, l'efficacia e l'efficienza degli interventi e dei servizi.

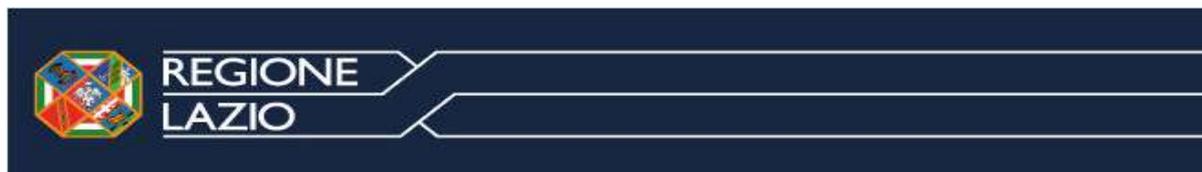
La cabina di regia della programmazione sociale è l'Ufficio di Piano che definisce il *Piano Sociale di Zona*, strumento programmatico degli interventi e i servizi del Sistema integrato locale. La stesura del piano sociale di zona è il risultato dell'analisi e della valutazione dei bisogni e dell'offerta dei servizi sul territorio di riferimento e della collaborazione tra pubblica amministrazione, privato e privato sociale.

Per garantire il coordinamento e l'integrazione tra le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, sociali a rilevanza sanitaria e socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, le aziende sanitarie locali e i distretti sociosanitari stipulano un accordo di programma, come previsto dall'art. 51 della legge regionale n. 11/2016. Piano sociale di zona (art. 48 LR 11/2016) e Programma delle attività territoriali (art. 3-quater, comma 3, lettera c), del D.lgs. 502/1992 e successive modifiche) sono i due strumenti di governo congiunto in riferimento alle attività socio-sanitarie territoriali.

Nell'ambito della salute mentale risulta quanto più necessaria la stretta connessione tra sfera sociale e sanitaria nella realizzazione dei servizi/interventi di cura.

Gli interventi e servizi di responsabilità del distretto sociosanitario risultano centrali per la salute mentale, come già ribaditi nel Piano Sociale Regionale (Deliberazione del Consiglio Regionale n.1 del 24 gennaio 2019), nel quale venivano descritti progetti per l'autonomia, di supporto all'abitare e interventi finalizzati all'inclusione e all'inserimento socio-lavorativo.

L'approccio alla cura per la salute mentale orientato al recovery incontra un modello di welfare comunitario mettendo la persona con disagio psichico al centro di una rete di risposte e relazioni, il cui obiettivo prioritario è la presa in carico del disagio mentale congiuntamente alla cura del diritto alla piena integrazione e partecipazione sociale della persona, entro un modello di ascolto e intervento che promuova l'esercizio alla scelta e autodeterminazione nell'ambito del progetto di vita da parte del cittadino in rapporto alla propria comunità di appartenenza.



Di seguito si propone un elenco sintetico delle risorse e opportunità del sistema integrato degli interventi e servizi sociali che contribuiscono alle politiche regionali per la salute mentale nonché alla loro attuazione territoriale a livello di distretto sociosanitario, nell'ottica dell'integrazione tra le azioni sanitarie (LEA) e sociali (LEPS) in capo al PTRI (progetto terapeutico riabilitativo individualizzato) integrato al più complessivo progetto di vita.

Tali azioni sono da ricomprendere nella più generale classificazione dei servizi e degli interventi sociali articolata in macroaree di attività e basata sui LEPS – livelli essenziali delle prestazioni sociali e in coerenza con gli interventi e le prestazioni sociali di cui alla l.r. 11/2016 e le Macroattività declinate nel decreto ministeriale 22 agosto 2019, n. 103, istitutivo del SIOSS (Sistema Unico dell'Offerta Sociale) ed emanato ai sensi dell'articolo 24, comma 3 del decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 14.

Le programmazioni delle diverse macroattività e tipologie di interventi definiscono i piani sociali di zona territoriali (art. 48 LR 11/2016 – DGR 584/2020 e 585/2020).

Macroattività azioni di sistema

Generali azioni di sistema dei servizi sociali comunali quali i servizi di informazione e consulenza/orientamento come il segretariato sociale, il PUA, il servizio sociale professionale.

Macroattività misure per il sostegno e l'inclusione sociale

- Provvidenze economiche per il disagio psichico: supporti economici a favore delle persone in carico ai dipartimenti di salute mentale, in forma di assegni di cura da intendersi come parte integrante del programma terapeutico-riabilitativo finalizzato al reinserimento sociale del paziente. L'erogazione ha carattere temporaneo ed avviene per il tempo e nelle misure determinate dal programma terapeutico-riabilitativo individuale della persona assistita, in funzione del processo di recupero psico-sociale del paziente stesso e la de-istituzionalizzazione (art. 25 LR 11/2016 e regolamento regionale 1/2000 e s.m.i.)
- Misure di contrasto della povertà e di integrazione al reddito (buoni pasto o buoni spesa, contributi economici per gli alloggi/utenze, reddito di cittadinanza-decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147 e decreto-legge n. 4 del 28 gennaio 2019), pronto intervento sociale e sostegno alle povertà estreme
- Misure a sostegno dell'inserimento lavorativo (legge n. 68/99-tirocini extracurricolari dgr n. 576/2019 e di inclusione sociale dgr n. 511/2013)

Macroattività interventi per la domiciliarità

- Assistenza domiciliare socioassistenziale: servizio rivolto alle persone con ridotta autonomia o a rischio di emarginazione anche dovuta a disagio psichico, che richiedono interventi di cura e di igiene personale, di aiuto nella gestione della propria abitazione, di sostegno psicologico, assistenza sociale e/o educativa a domicilio (art. 22 e 26 LR 11/2016, DGR 223/2016 e DGR 88/2017)
- Assistenza domiciliare indiretta: benefici economici per persone in condizione di disabilità, fragilità e grave limitazione dell'autonomia, al fine di favorire la vita indipendente, attraverso personale qualificato scelto direttamente dagli assistiti (art. 22 e 26 LR 11/2016, DGR 223/2016 e DGR 88/2017)
- Assistenza domiciliare diretta o indiretta, assegni di cura e contributi al caregiver familiare in favore di persone in condizione di disabilità gravissima, come individuate all'art. 3 del DM 26 settembre 2016 (Fondo nazionale per la non autosufficienza, DGR 897/2021)

Macroattività centri servizi, diurni e semiresidenziali

- Servizi vacanza di cui all'art. 29 LR 11/2016



REGIONE
LAZIO

- Strutture a ciclo semiresidenziale e diurne per persone con problematiche psicosociali. Si tratta di strutture polivalenti, di tipo aperto che realizzano interventi finalizzati al reinserimento sociale o alla preparazione al reinserimento sociale della persona con problematiche psicosociali. Offrono una risposta ai bisogni di aggregazione, di socializzazione e di supporto nel percorso di acquisizione della capacità di autonomia ed autogestione della persona con problematiche psicosociali, in stretto collegamento con il Servizio sociale del Comune, con la ASL, con la rete dei servizi territoriali e con le realtà culturali, formative e di socializzazione (art. 22, 28 e 31 LR 11/2016, DGR 1305/2004 e DGR 1304/2004).

Macroattività strutture comunitarie e residenziali

- Strutture a ciclo residenziale a carattere familiare e comunitario per persone con problematiche psicosociali. Si tratta di strutture socio-assistenziali a ciclo residenziale organizzate sul modello familiare, destinate ad accogliere utenti adulti (max 8 adulti per le case famiglie e 20 adulti organizzati in gruppi max di 10 per le comunità alloggio), che necessitano di sostegno nel percorso di autonomia e di inserimento o di preparazione all'inserimento ed al reinserimento sociale (art. 22 e 31 LR 11/2016, DGR 1305/2004)
- Programmi per la semiautonomia. Offrono un sostegno a livello abitativo e servizi di supporto e accompagnamento all'autonomia personale, sociale e lavorativa a persone disabili e a persone con patologie psichiatriche o con problematiche sociali, con capacità di autogestione e autonomia tali da non richiedere la presenza di operatori in maniera continuativa tramite l'enunciazione di precise fasce orarie definite in base al progetto specifico. I programmi per la semiautonomia sono offerti in appartamenti di civile abitazione, organizzati come nuclei abitativi familiari che accolgono fino ad un massimo di sei ospiti con bisogni omogenei o compatibili, coinvolti in maniera continua e diretta nella conduzione e nella gestione della vita quotidiana (art. 22 e 31 LR 11/2016 e art. 9 bis LR 41/2003).

Nelle sopra delineate macroattività confluiscono anche gli interventi di misure complesse e articolare che definiscono l'attuazione e il finanziamento generale dei costi sociali del progetto personalizzato della persona:

- Programmi e interventi del Dopo di Noi - Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare" Legge 112/2016 e del Decreto Interministeriale del 23/11/2016 e DGR 554/2016:
 - a) percorsi programmati di accompagnamento per l'uscita dal nucleo familiare di origine ovvero per la deistituzionalizzazione;
 - b) interventi di supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative che riproducano un ambiente abitativo e familiare di cui all'art. 3, comma 4 del DM 23 novembre 2016;
 - c) programmi di accrescimento della consapevolezza e per l'abilitazione e lo sviluppo delle competenze per la gestione della vita quotidiana e per il raggiungimento del maggior livello di autonomia possibile e tirocini finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione;
 - d) interventi di realizzazione di innovative soluzioni alloggiative dalle caratteristiche di cui all'art.3 comma 4 del DM 23 novembre 2016, mediante il possibile pagamento degli oneri di acquisto, di locazione, di ristrutturazione e di messa in opera degli impianti e delle attrezzature necessari per il funzionamento degli alloggi medesimi, anche sostenendo forme di mutuo aiuto tra persone con disabilità;
 - e) in via residuale, interventi di permanenza temporanea in una soluzione abitativa extrafamiliare di cui all'art. 3, comma 7 del DM 23 novembre 2016.



REGIONE
LAZIO

I beneficiari degli interventi e servizi del Dopo di Noi sono le persone con disabilità grave, la cui disabilità non sia determinata dal naturale invecchiamento o da patologie legate alla senilità, prive del sostegno familiare, in quanto mancanti di entrambi i genitori o perché gli stessi non sono in grado di fornire l'adeguato supporto, o in vista del venir meno del sostegno genitoriale. Lo stato di disabilità grave, di cui all'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, è accertato con le modalità indicate all'articolo 4 della medesima legge e successive modificazioni. Tra le persone con disabilità grave possono essere eleggibili di attivazione delle misure del Dopo di Noi anche coloro che presentano una condizione di disagio psichico e risultano in carico ai dipartimenti di salute mentale.

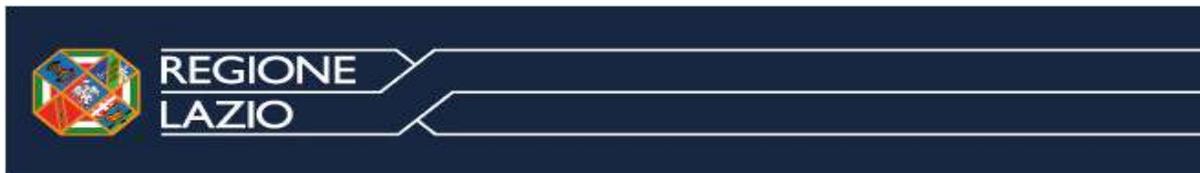
- Progetti di Vita indipendente (Decreto Direttoriale 669 del 29 dicembre 2018). Le azioni per la vita indipendente sono rivolte alle persone adulte con disabilità di un'età compresa tra i 18 e i 64 anni e rappresentano la concreta affermazione dei diritti di autonomia, libertà di scelta e integrazione sociale. Le diverse tipologie di intervento (assistente personale, inclusione sociale e relazionale, abitare autonomo: housing e cohousing sociale, domotica), vengono coordinate nel progetto personale a seconda dei bisogni e delle aspettative della persona. Il progetto personale è partecipato attivamente dall'utente, sia nella fase di elaborazione, che in quella di monitoraggio in itinere al fine di una corretta misurazione degli obiettivi.

3.5.2 Processi partecipativi e collaborativi in salute mentale. Il ruolo delle Associazioni, del Volontariato, del Terzo Settore

Con l'obiettivo di garantire la migliore qualità della vita delle persone, la tutela della salute mentale pone la necessità di risposte ai bisogni di cura e di assistenza in ottica multidimensionale attraverso la valorizzazione di tutte le risorse disponibili. A tale riguardo, la valorizzazione dell'esperienza delle Associazioni di familiari e di pazienti, del Volontariato e del Terzo settore si rivela fattore prezioso nell'ambito della necessaria collaborazione interistituzionale tra i servizi sanitari, i servizi sociali e le istituzioni di riferimento dei contesti di vita, sia contribuendo a tenere sempre al centro la specificità dei bisogni nella predisposizione del più appropriato e sostenibile percorso di presa in carico integrata dei pazienti, sia favorendo la conoscenza e la consapevolezza nella società, aspetti indispensabili per l'inclusione delle persone con disturbi mentali. Infatti, l'efficace lavoro di rete nell'ambito della tutela della salute mentale rappresenta oggi la sfida più importante per i percorsi clinico-assistenziali complessi.

Le pratiche in atto ad opera delle associazioni dei familiari e degli utenti rappresentano uno strumento da valorizzare, per la lotta contro lo stigma e il pregiudizio, perché promuovono il protagonismo del cittadino e una diversa cultura sulla salute mentale. Il mutuo-aiuto e le pratiche degli utenti e familiari "esperti" determinano processi di empowerment, autodeterminazione e alleanza con i servizi, consapevolezza, ascolto partecipe, e non ultimo socialità contro la solitudine e l'isolamento che rappresentano un alto rischio per le persone con problematiche di salute mentale.

La partecipazione, il confronto e la condivisione con le associazioni dei familiari, i pazienti, le volontarie e i volontari che in specifici ambiti di salute mentale attraverso l'informazione, la formazione, l'attività di ascolto e supporto hanno maturato conoscenza e consapevolezza – vero e proprio riferimento per le persone che si confrontano con la sofferenza psichica ed i loro familiari - costituisce un anello fondamentale della rete, utile ad evidenziare le carenze e a collaborare per l'attivazione di buone pratiche. Le Associazioni e il Volontariato si rivelano spesso indispensabile tassello di mediazione tra servizi, pazienti e i contesti di vita familiari, sociali, di studio e lavorativi. La necessità di rendere operativo ed efficace il sistema dei Servizi in ambito socio-



sanitario, sociale ed educativo/formativo segna il superamento dell'erogazione di Servizi a valenza settoriale e di conseguenza ridefinisce le caratteristiche del lavoro di rete, ampliando gli spazi ed i luoghi per la progettazione integrata degli interventi. È necessario che i servizi promuovano maggiormente la partecipazione attiva delle Associazioni di volontariato e dei familiari, perché concorrano attivamente a costruire reti sociali, a promuovere l'empowerment dell'utente, la sua abilitazione e inclusione sociale.

Centrale altresì, nell'ottica di promuovere processi collaborativi e di prossimità ai contesti di vita della persona portatrice di bisogno, è il ruolo di mediazione tra l'individuo e la comunità svolto dagli Enti del Terzo Settore, co-gestori di una progettualità di interesse collettivo, per la loro capacità di poter attivare sostegni, supporti che promuovano il funzionamento sociale e consentano di mettere in rete la persona con le opportunità del contesto locale.

E' sempre più diffusa l'esigenza di mettere in atto procedure affinché i Servizi sanitari e sociosanitari assicurino e promuovano il coinvolgimento attivo degli enti del Terzo settore nell'esercizio delle proprie funzioni di programmazione e organizzazione a livello territoriale degli interventi, anche innovativi come il progetto su budget di salute, di abilitazione e riabilitazione per la salute mentale, in particolare con riguardo all'integrazione scolastica, agli inserimenti lavorativi, ad interventi di sviluppo delle abilità e delle autonomie, all'abitare inclusivo e più in generale per quegli interventi che possono incidere sul contesto di vita delle persone e a livello di comunità.

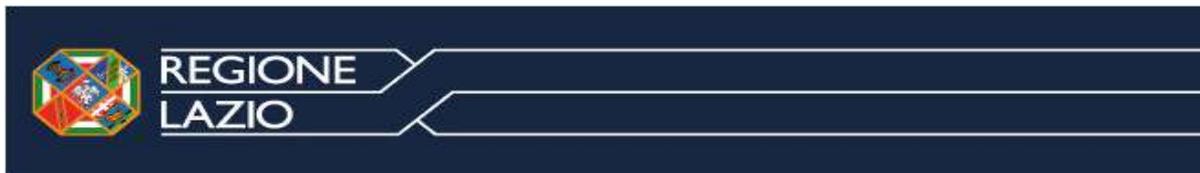
Gli Enti del Terzo settore assumono un ruolo strategico per mappare i bisogni e le risorse del territorio, e la varietà delle iniziative che possono mettere in campo rappresentano importanti risorse aggiuntive che si integrano con le opportunità e le linee di finanziamento dei servizi sociali e sanitari di un territorio. Gli Enti del Terzo Settore sono «rappresentativi della "società solidale"» e «costituiscono sul territorio una rete capillare di vicinanza e solidarietà, sensibile in tempo reale alle esigenze che provengono dal tessuto sociale, (...) in grado di mettere a disposizione dell'ente pubblico sia preziosi dati informativi (altrimenti conseguibili in tempi più lunghi e con costi organizzativi a proprio carico) sia un'importante capacità organizzativa e di intervento: ciò che produce spesso effetti positivi, sia in termini di risparmio di risorse che di aumento della qualità dei servizi e delle prestazioni erogate a favore della "società del bisogno"»²⁷

L'Azienda sanitaria e l'Ente locale, che coordinano la definizione e attuazione del progetto di presa in carico delle persone con disagio mentale, devono attivare una fattiva collaborazione con gli Enti del Terzo Settore fin dai processi di co-programmazione, per poi procedere all'individuazione di co-gestori e partner, attraverso processi innovativi di co-progettazione.

Gli strumenti collaborativi tra Pubblica Amministrazione (PA) e Terzo Settore²⁸ sono al centro di un sempre maggiore interesse delle amministrazioni, rappresentando l'opportunità concreta dell'attuazione del principio costituzionale di sussidiarietà. Il coinvolgimento attivo degli enti non profit nelle politiche di intervento e nelle modalità organizzative dei servizi di welfare, anche relativi alla salute mentale, ha un notevole impatto sulle pubbliche amministrazioni, chiamate a sperimentare nuove procedure di sussidiarietà e a rinnovare il proprio ruolo di committente. Il Terzo Settore deve anch'esso riorganizzare l'approccio nei confronti dei servizi alla persona, abbandonano il ruolo di erogatore, per assumere la veste di partner

²⁷ Sentenza Corte costituzionale n. 131 del 2020

²⁸ Si veda al riguardo il Decreto del Ministro del lavoro e delle Politiche Sociali con cui sono state adottate le Linee Guida sul rapporto tra Pubbliche Amministrazioni ed Enti del Terzo Settore come previste negli articoli 55 - 57 del D. Lgs. n. 117 del 2017



paritetico della PA, nello scopo comune di sviluppare processi per il pieno esercizio dei diritti di cittadinanza dei portatori di bisogno.

L'utilizzo degli strumenti collaborativi risulta particolarmente adatto per la programmazione dei piani sociali di zona e rappresenta dunque anche uno strumento strategico per rafforzare l'integrazione socio-sanitaria. Gli Enti Locali e le ASL, in sinergia ai partner rappresentati dal Terzo Settore, possono orientare le procedure amministrative verso la realizzazione di progettualità sempre più personalizzate, con interventi di prevenzione, cura e inclusione sociale delle problematiche di salute mentale, realizzando interventi radicati nei contesti di vita delle persone, a domicilio, nella comunità di riferimento.

Con l'intento di rafforzare e valorizzare la partecipazione consapevole delle Associazioni di pazienti e utenti alla capacità di risposta delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale ai bisogni di salute della popolazione, la Regione ha adottato la DGR n.736 del 15 ottobre 2019 recante "Ruolo e strumenti di partecipazione delle organizzazioni dei cittadini nella programmazione e valutazione dei Servizi Sanitari Regionali. Atto di indirizzo", con la quale istituisce la Cabina di Regia per i rapporti con le Organizzazioni di tutela dei pazienti e dei loro familiari, sede istituzionale di confronto, interlocuzione, promozione di proposte e consultazione attiva sulle politiche e le iniziative regionali che interessano i pazienti. Nell'ambito dei Gruppi di partecipazione attiva cui aderiscono liberamente le Organizzazioni di rappresentanza dei pazienti è stato individuato il gruppo "malattie psichiatriche, neuropsichiatriche infantili e dipendenze patologiche", che partecipa alle periodiche riunioni della Cabina di regia istituita ai sensi della già menzionata delibera.

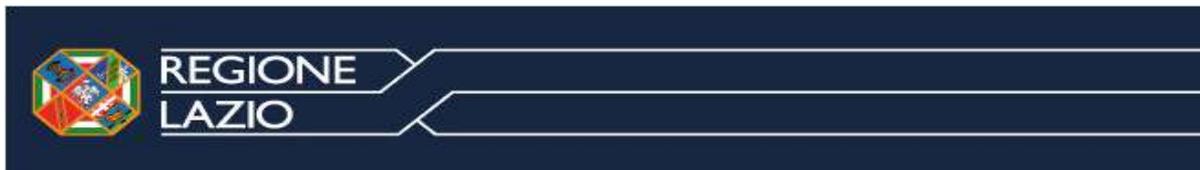
3.6 [Consulte per la salute mentale](#)

Sul territorio regionale sono presenti la Consulta Regionale per la Salute Mentale, le Consulte Dipartimentali delle ASL e la Consulta Cittadina Permanente per la salute mentale di Roma capitale.

La Consulta Regionale per la Salute Mentale è stata istituita con la legge regionale n.6 del 3 luglio 2006 presso il Consiglio Regionale, quale organismo permanente di consultazione in relazione alle politiche regionali in materia di salute mentale: è composta da rappresentanti delle associazioni senza fine di lucro, che operano sul territorio per fornire alle persone con sofferenza mentale strumenti di autotutela e promozione, degli organismi di volontariato e per la tutela dei diritti, delle società scientifiche che operano in materia di salute mentale, più rappresentativi a livello regionale.

La Consulta, in collaborazione con l'Assessorato competente in materia di sanità:

- a) promuove la partecipazione attiva delle persone con sofferenza mentale alla vita della collettività ed il riconoscimento dei loro diritti;
- b) formula proposte per la realizzazione di interventi in favore delle persone con sofferenza mentale, finalizzati, in particolare, a favorirne l'integrazione sociale;
- c) promuove iniziative per la corretta applicazione delle norme che prevedono il superamento e la definitiva chiusura degli ex ospedali psichiatrici;
- d) collabora con l'amministrazione regionale per il monitoraggio sulle strutture psichiatriche, pubbliche e private, esistenti sul territorio regionale, in merito al possesso ed al mantenimento dei requisiti strutturali, organizzativi e funzionali della struttura nonché alle attività svolte e ai livelli assistenziali, qualitativi e quantitativi, forniti dalle stesse, relazionandone all'Assessore competente e annualmente alla Commissione Sanità;



- e) promuove, nel pieno rispetto della dignità della persona e nella garanzia del diritto di cittadinanza, iniziative per rimuovere situazioni di particolare gravità, richiedendo, se necessario, atti o relazioni scritte in merito alle disfunzioni segnalate;
- f) propone, anche in collaborazione con le Consulte dipartimentali per la salute mentale, azioni finalizzate al miglioramento dell'assistenza in favore delle persone con sofferenza mentale.

Le Consulte Dipartimentali Salute Mentale, previste dalla DGR n. 143/1998, sono organismi di partecipazione con funzioni consultive, composte, oltre che da delegati delle istituzioni (Enti Locali, Conferenza Sanitaria Locale, Direttore D.S.M., Direttore Generale Asl, ecc.) anche da rappresentanti delle Associazioni dei Familiari e degli Utenti, Associazioni di Volontariato e Associazioni Scientifiche, che perseguono i seguenti obiettivi:

- collaborare attivamente con gli operatori della salute mentale per superare lo stigma e il pregiudizio sul disturbo mentale;
- promuovere iniziative culturali per il riconoscimento dei diritti dei portatori di sofferenza psichica;
- proporre alla Direzione Aziendale e al Direttore DSM le iniziative che ritiene efficaci per il miglioramento dell'assistenza;
- rappresentare il bisogno di salute dei cittadini;
- individuare insieme al DSM obiettivi di salute e di miglioramento;
- verificare i livelli di prestazioni garantiti.

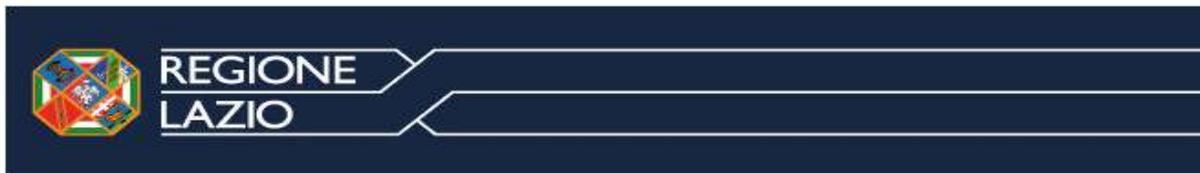
La Consulta Cittadina Permanente per la salute mentale è stata istituita con la Deliberazione del Consiglio Comunale di Roma n.155 del 29 luglio 1997, svolge incontri periodici con l'Amministrazione a favore delle persone con disagio mentale, al fine di stimolare l'apertura di nuovi Centri Diurni, vigilare sulla corretta attuazione delle linee programmatiche per i soggiorni estivi e sollecitare il superamento degli ex Ospedali Psichiatrici. La Consulta è composta dai rappresentanti delle associazioni di familiari e associazioni di utenti operanti sul territorio cittadino più rappresentative, che abbiano finalità statutarie senza fini di lucro, iscritte all'albo Regionale del volontariato e che forniscano ai cittadini con disagio mentale strumenti di autotutela; dai rappresentanti delle Società Scientifiche e delle associazioni di Difesa dei Diritti e Volontariato. Invitati permanenti sono i Direttori dei Dipartimenti di Salute Mentale delle ASL Roma 1, 2 e 3, i Presidenti delle Consulte Dipartimentali per la salute mentale delle ASL Roma 1, 2 e 3 e i Delegati del Sindaco presso le ASL Roma 1, 2 e 3.

4 Interventi di prevenzione

Gli interventi di prevenzione rientrano nella mission dei servizi territoriali e distrettuali, chiamati, ognuno per le specifiche competenze e aree di interesse, ad intraprendere attività nei diversi contesti di vita dell'individuo, adulto e minore, in coerenza con gli obiettivi del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025 (DGR n. 970 del 21 dicembre 2021).

Nei disturbi mentali gravi la prevenzione primaria è volta a ridurre l'impatto dei fattori di rischio ambientali, nella popolazione generale e nelle categorie più a rischio.

Grande attenzione va posta nell'individuazione di queste ultime (tra cui migranti e richiedenti asilo, adottati, figli di pazienti psichiatrici e/o dipendenti da sostanze e comportamenti, ecc.) e nello sviluppo di specifici percorsi di screening e trattamento dei genitori e dei bambini, così come nella riduzione della malattia



influenzale e di altre malattie infettive in gravidanza. È ulteriormente importante che, nell'ambito di ciascuna ASL, i servizi di salute mentale dell'età evolutiva e i Consultori Familiari istituiscano gruppi di lavoro integrati per lo screening e il trattamento della patologia perinatale delle madri e dei padri, sviluppando interventi di home-visiting precoce.

A tal riguardo il PRP 2021-2025 prevede, nell'ambito del programma "Promozione della Salute nei primi 1000 giorni" interventi di formazione rivolti a operatori sociosanitari, miranti a:

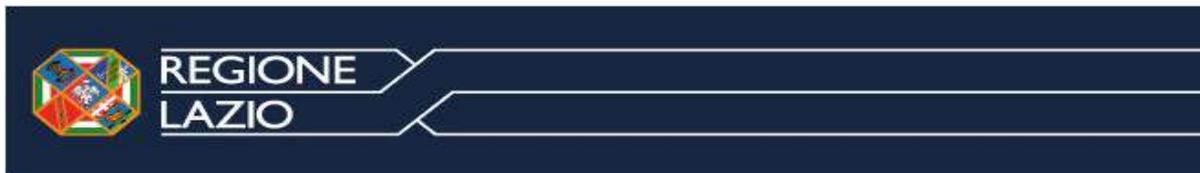
- implementare percorsi di screening, diagnosi precoce e presa in carico della Depressione Post Partum (DPP) da parte dei professionisti sanitari che, durante la gravidanza o dopo la nascita del bambino entrano in contatto con la diade madre-bambino e con la famiglia;
- promuovere la genitorialità consapevole e l'adozione di scelte e stili di vita salutari nei primi 1000 giorni di vita.

Inoltre, in linea con quanto indicato dal Documento "Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita", approvato con Accordo Stato-Regioni del 20 febbraio 2020, nell'ambito del PRP 2021-2025 sono previsti interventi di comunicazione volti a:

- sensibilizzare la popolazione generale, le categorie a rischio e gli operatori sociosanitari sui fattori di rischio (sociodemografici, psicologici, ostetrici, pediatrici) per DPP, nonché sui servizi disponibili sul territorio verso i quali indirizzare le madri potenzialmente a rischio;
- informare sui determinanti della salute nella prima infanzia e sulle infezioni che possono determinare esiti avversi in gravidanza con possibili conseguenze sul bambino, promuovendo l'adozione di stili di vita salutari e di comportamenti protettivi quali l'adesione consapevole alle vaccinazioni raccomandate in gravidanza: vaccinazioni contro difterite, tetano, pertosse (dTpa) e influenza (se la gestazione si verifica nel corso di una stagione influenzale) che devono essere ripetute ad ogni gravidanza.

Sul versante della prevenzione primaria è, inoltre, indicata la realizzazione di interventi di promozione della salute mentale nei contesti di vita e nella scuola, anche mediante campagne di sensibilizzazione dedicate, finalizzati soprattutto alla riduzione dell'uso di sostanze e dei fenomeni di bullismo, alla diffusione di stili di vita corretti relativamente alla sessualità, all'alimentazione, al miglioramento della qualità relazionale, nonché all'utilizzo consapevole degli strumenti della rete, attraverso interventi preventivi di provata efficacia quali gli interventi orientati alle life skills o basati sulla peer education.

A tal riguardo, il PRP 2021-2025, prevede nell'ambito del programma "Scuole che Promuovono Salute", l'implementazione di interventi preventivi basati sulle life skills, volti a migliorare il benessere e prevenire l'uso di tabacco, alcol, droghe e altri comportamenti nocivi per la salute. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), le life skills sono "... quelle competenze sociali e relazionali che permettono ai ragazzi di affrontare in modo efficace le esigenze della vita quotidiana, rapportandosi con fiducia a sé, agli altri e alla comunità...". Il nucleo fondamentale delle life skills è costituito da: autocoscienza, empatia, decision making, problem solving, creatività, senso critico, comunicazione efficace, relazioni interpersonali, gestione delle emozioni e gestione dello stress. Indipendentemente dal contesto socioculturale di riferimento, le life skills sono quindi centrali negli interventi di promozione della salute e rappresentano uno degli approcci più efficaci per quanto riguarda gli interventi nelle scuole. Come dimostrato da diversi studi, i programmi preventivi più efficaci sono quelli basati sull'apprendimento di competenze e capacità. La sola conoscenza



dei rischi non è un fattore di protezione, se non è accompagnato dall'abilità di resistere alle influenze sociali (come, ad esempio, il gruppo dei pari).

Si prevede inoltre, il potenziamento degli interventi basati sulla peer education: un metodo educativo particolarmente utilizzato in sede di educazione e promozione della salute, in base al quale un piccolo gruppo di "pari", opera attivamente per informare ed influenzare altri ragazzi, generalmente di qualche anno più piccoli. Si tratta di una strategia educativa volta ad attivare un processo naturale di passaggio di conoscenze, emozioni ed esperienze da parte di alcuni membri del gruppo ad altri membri di pari status. Con l'approccio educativo della peer education, gli studenti diventano soggetti attivi della propria formazione, non più solo recettori di contenuti o di informazioni trasferite dall'adulto. La Peer education può essere applicata, nell'ambito di interventi strutturati di prevenzione di fattori di rischio comportamentali e di promozione di sani stili di vita quali ad esempio, interventi volti a contrastare e prevenire bullismo e cyberbullismo, promuovere la salute sessuale, prevenire le Infezioni Sessualmente Trasmesse (IST) e prevenire uso di tabacco, alcol, droghe tra gli adolescenti.

Un altro ambito di intervento individuato nel PRP 2021-2025 è quello della promozione degli interventi di prevenzione in quelle fasce di popolazione che, per specifiche condizioni di fragilità sociale o di salute, hanno maggiore difficoltà di accesso a interventi quali, ad esempio, le vaccinazioni in età adulta e gli screening oncologici. In particolare, nell'ambito del Programma "Screening oncologici" del PRP 2021-2025 è prevista un'azione specifica volta ad aumentare l'adesione agli screening oncologici da parte degli utenti dei DSM delle ASL del Lazio. L'azione prevede incontri con gli operatori dei servizi del DSM e la redazione di protocolli operativi volti a verificare la possibilità di accompagnamento nei casi complessi o a definire altre modalità di accesso facilitato ai programmi di screening. È prevista la formazione di alcuni operatori dei DSM su temi quali l'organizzazione e la promozione degli screening oncologici.

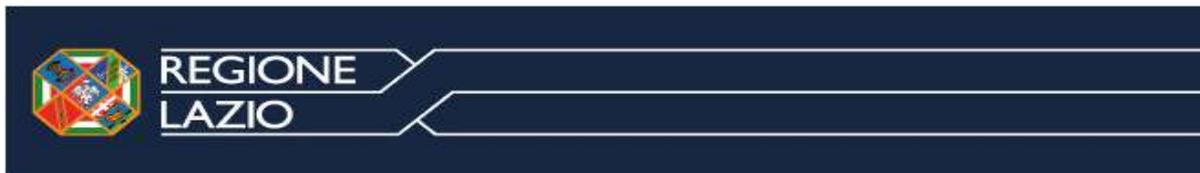
A seguito dell'avvio degli interventi di promozione (popolazione straniera e pazienti in carico ai DSM) è previsto il monitoraggio dell'aderenza ai protocolli realizzati per l'attività di facilitazione dell'accesso ai Programmi di screening e l'adesione all'effettuazione dei test di prevenzione secondaria promossi.

Per quanto attiene la prevenzione secondaria essa si fonda soprattutto sullo screening precoce per i disturbi del neurosviluppo attraverso procedure standardizzate e strumenti di rilevazione validati ed omogenei in ambito regionale. I servizi di salute mentale dell'età evolutiva, compresi all'interno dei DSM, in collaborazione con i Consultori distrettuali, dovrebbero avviare precocemente percorsi di trattamento di efficacia provata. Ogni DSM deve sviluppare attività o servizi dedicati all'intervento precoce per individuare e trattare con tempestività i primi episodi di psicosi.

Le Aziende sanitarie locali dovranno pertanto definire modalità di collaborazione tra i Dipartimenti di Prevenzione, i Dipartimenti di Salute Mentale e i Consultori Familiari per gli interventi di prevenzione precoce del rischio, prevedendo il coinvolgimento dei pediatri di libera scelta, con particolare riguardo alla segnalazione di situazioni a rischio.

Prevenire lo stigma

Le persone con un disturbo mentale sono soggette a stigma ed emarginazione, che le rende più vulnerabili alla violazione dei diritti civili ed umani e alla non-equità di accesso ai servizi sanitari e alla cura.



Nonostante gli studi epidemiologici mostrino l'elevata prevalenza dei disturbi mentali (1 persona su 4) lo stigma associato alla malattia mentale sembra ancora dilagare non solo nella popolazione generale ma anche tra i professionisti della salute; esso deriva principalmente dalla carenza di informazioni, atteggiamenti pregiudizievole e comportamenti discriminatori che possono ostacolare l'accesso alle cure.

Lo stigma evoca paura e pregiudizio nel paziente che spesso lo induce a non avvalersi di cure o a ricorrere a terapie complementari senza alcun beneficio. La paura di essere stigmatizzati o etichettati può rappresentare una delle principali cause per cui molte delle persone che convivono con la malattia mentale non chiedono aiuto.

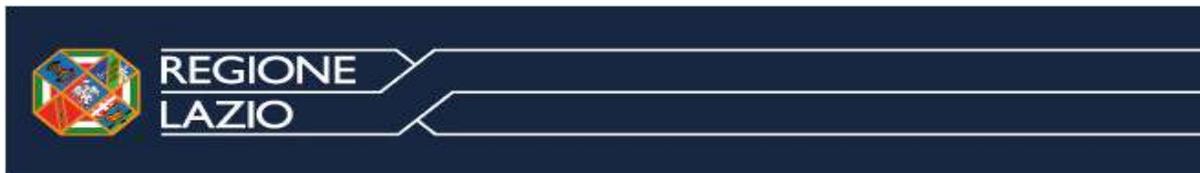
Sebbene non vi siano ormai dubbi che le cure abbiano tanto più successo quanto più è precoce la diagnosi, purtroppo, a causa dello stigma, molte persone che soffrono di disturbi mentali decidono di ricorrere alle cure solo dopo diversi anni dall'esordio dei sintomi (in media 8 per i disturbi dell'umore e 9 per i disturbi d'ansia).

Al fine di promuovere la salute mentale e arginare lo stigma, i DSM devono sviluppare specifiche azioni finalizzate alla prevenzione del pregiudizio e dei comportamenti discriminatori, anche in collaborazione con i gruppi e le associazioni che operano per l'inclusione sociale e l'empowerment, attraverso iniziative di promozione ed informazione sulla salute mentale rivolte alla popolazione generale, la ricognizione della rete sociale e l'individuazione delle aree di disagio, lo sviluppo di collaborazioni con il Dipartimento di Prevenzione, i Distretti, i Comuni, i MMG, le associazioni di utenti e di familiari della rete territoriale e le scuole.

Prevenzione del suicidio e del tentato suicidio

Il Piano d'Azione per la Salute Mentale 2013-2020 dell'OMS individua tra le sue priorità la prevenzione del suicidio ed evidenzia che, in generale, le persone che tentano il suicidio appartengono a gruppi vulnerabili ed emarginati e che le categorie dei giovani e degli anziani sono tra le fasce d'età con la maggiore propensione verso l'ideazione suicidaria e gli atti auto lesivi. In generale, i tassi di suicidio tendono ad essere sottostimati a causa della carenza di sistemi di sorveglianza, della mancata denuncia, della loro erronea attribuzione a morte accidentale. L'obiettivo per il 2020 dell'OMS individua una riduzione del tasso di suicidio del 10% nei Paesi membri, attraverso lo sviluppo e l'implementazione di strategie nazionali ad ampio raggio per la prevenzione del suicidio, prestando particolare attenzione ai gruppi identificati a più alto rischio.

Il Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale approvato in Conferenza unificata con accordo n. 4 del 24 gennaio 2013, individua tra i suoi obiettivi la Prevenzione del suicidio e del tentato suicidio, in particolare sui pazienti diagnosticati per disturbo dell'umore. In coerenza con le indicazioni internazionali e nazionali, anche alla luce delle evidenze emerse nel corso dell'emergenza sanitaria da SARS-COV-2, la Regione Lazio intende procedere alla individuazione di specifiche iniziative volte alla prevenzione del suicidio e del tentato suicidio, secondo quanto indicato nella specifica azione strategica di intervento indicata al cap.9.



5 L'interdisciplinarietà della presa in carico

5.1 I disturbi del neurosviluppo e le disabilità

Le persone con disabilità e disturbi del neurosviluppo presentano una maggiore vulnerabilità psichica e un rischio di esordio di disturbi psichiatrici.

Il recente rapporto PASFID²⁹ (Psicopatologia - Avanzamento della valutazione dei Servizi e della Formazione in Italia per la persona con Disabilità dello sviluppo) stima che circa il 2% della popolazione italiana è portatrice di una Disabilità Intellettiva (DI) e di un Disturbo dello Spettro Autistico (ASD) e di questo gruppo circa la metà presenta difficoltà significative di comunicazione e concettualizzazione della propria sofferenza psichica. La letteratura scientifica riporta che circa il 44% delle persone con DI/ASD sviluppa un disturbo psichiatrico nell'arco della vita, il 21% ne presenta due contemporaneamente e l'8% tre. Inoltre, è stato stimato un 15-25% di comorbidità nascosta. Il rapporto PASFID riporta che, di fronte a queste evidenze, i servizi di salute mentali mostrano importanti criticità nella capacità di intercettare i bisogni di questi pazienti, soprattutto nella fase di transizione all'età adulta, anche a causa della mancanza di una formazione professionale specifica.

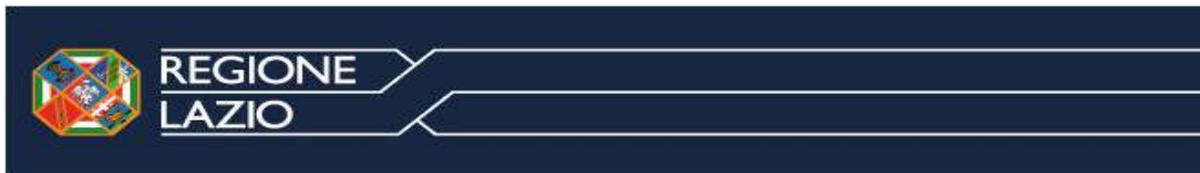
Con riferimento ai Disturbi dello Spettro Autistico la Regione Lazio, in attuazione della DGR n. 75 del 3 febbraio 2018, ha istituito un "Coordinamento Regionale della Rete Interistituzionale Disturbi dello spettro autistico", con funzione di supporto, coordinamento e monitoraggio, strettamente collegato con i servizi per la presa in carico ed erogazione degli interventi sanitari, sociosanitari, socioassistenziali, sociali, educativi alle persone con autismo. A tale Coordinamento, ai sensi della DGR n. 391 del 18 giugno 2019, sono attribuite le seguenti priorità di azione:

- ✓ influire sulla diagnosi precoce attraverso un sistema di sorveglianza sociosanitario regionale per l'individuazione dei segni precoci del Disturbo dello Spettro Autistico nella prima infanzia, con il coinvolgimento della pediatria di libera scelta e dei servizi educativi della prima infanzia;
- ✓ promuovere la definizione di un PDTA (Percorso Diagnostico, Terapeutico, Assistenziale) specifico per il disturbo dello spettro autistico nelle diverse fasi di vita e avviare una formazione specialistica rivolta ai servizi dedicati all'età evolutiva e quelli dedicati alla età adulta;
- ✓ realizzare un monitoraggio dell'offerta esistente, in termini di servizi pubblici e privati accreditati, del Terzo settore e delle altre risorse territoriali per i Disturbi dello Spettro Autistico.

Inoltre, la Direzione Salute ed Integrazione Sociosanitaria ha recentemente avviato alcuni specifici progetti di ricerca dedicati al Disturbo dello Spettro Autistico e alla Disabilità Intellettiva che mirano a promuovere:

- il riconoscimento, la diagnosi e l'intervento precoce dei minori (0-6 anni) con Disturbo dello Spettro Autistico attraverso la realizzazione di una rete di coordinamento tra servizi ospedalieri di Neuropsichiatria, ASL, PLS, gli asili nido/scuole dell'infanzia, anche in attuazione della DGR n. 75/2018;
- la definizione e l'attuazione di percorsi differenziati destinati alle persone con ASD (un primo progetto per la fascia d'età 16 – 35 anni ed un secondo progetto per la fascia 7-21 anni) per la formulazione del progetto di vita basato sui costrutti di "Quality of Life", attraverso il coinvolgimento della rete dei servizi territoriali per la salute mentale e per la disabilità adulti;

²⁹ PASFID – Rapporto ottobre 2020 -Marco O. Bertelli, Annamaria Bianco, Luciana Forte - CREA (Centro Ricerca e Ambulatori), Fondazione San Sebastiano, Misericordia di Firenze, Firenze



- la promozione e la diffusione sul territorio regionale di percorsi ospedalieri di prevenzione, diagnosi e cura personalizzati relativi a patologie organiche, dedicati alla persona con disabilità, sull'esempio del modello organizzativo DAMA (Disabled Advanced Medical Assistance) anche ai sensi legge regionale n. 5 del 30 marzo 2021.

A cura della Direzione Inclusione sociale, è stato avviato inoltre nell'anno 2021 un progetto sperimentale e innovativo per l'apertura dei Centri polivalenti per giovani e adulti con disturbo dello spettro autistico e altre disabilità con bisogni complessi (DGR 473/2021), con le seguenti finalità:

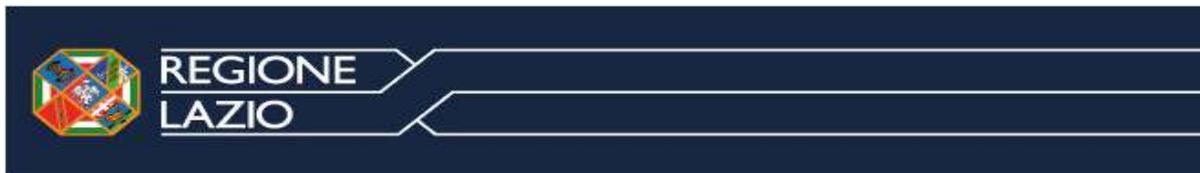
- favorire percorsi personalizzati di inclusione sociale, volti alla capacitazione della persona in condizione di disabilità, alla valorizzazione e sviluppo delle competenze, al potenziamento delle autonomie e delle capacità di autodeterminazione, al miglioramento della qualità della vita;
- promuovere e definire politiche life-long e afferenti ai diversi livelli di servizi, scolastici, sanitari, sociali, del lavoro, con il protagonismo attivo delle persone in condizione di disabilità e delle loro famiglie;
- sostenere attività finalizzate alla piena partecipazione alla vita sociale e di comunità, con azioni di promozione di un approccio di welfare di comunità che supporti il progetto di vita della persona e contemporaneamente attivi processi generativi della comunità di riferimento;
- sostenere l'avvio di percorsi confacenti alle aspirazioni e alle attitudini soggettive, propedeutici anche all'inserimento lavorativo nel rispetto della normativa regionale e nazionale di riferimento, e favorire la sperimentazione di azioni sui contesti lavorativi, predisponendo ambienti inclusivi che sappiano rispondere al meglio alle necessità di accompagnamento.

I Centri polivalenti, gestiti da Enti del Terzo Settore appositamente individuati con avviso pubblico, sono impegnati ad attivare interventi complessi e integrati, per incidere sui determinanti sociali della salute, in maniera eterogena, flessibile, personalizzata, in rete con i diversi servizi pubblici sanitari e sociali, in coerenza con le progettualità individuali, con un'applicazione del modello Budget di Salute, agendo entro un approccio fortemente orientato all'integrazione di risorse professionali, umane, territoriali, familiari, economiche, formali e informali.

Tutto ciò premesso, l'approccio alla Disabilità Intellettiva e al Disturbo dello Spettro Autistico non può che seguire la logica della integrazione e della interdisciplinarietà dell'intervento da parte dei diversi soggetti istituzionali coinvolti (TSMREE e DSM, Aziende Ospedaliere/Aziende Ospedaliere Universitarie, Distretti sanitari, Servizi sociali dei Comuni, soggetti accreditati/convenzionati, Enti del terzo settore, scuola, mondo del lavoro ecc.) e della definizione di percorsi di cura integrati orientati verso la recovery e il reinserimento sociale e lavorativo, con il coinvolgimento e il supporto attivo delle famiglie e della comunità.

Le ASL dovranno, pertanto, avviare iniziative specifiche con particolare riguardo a:

- realizzazione di percorsi di formazione congiunta per gli operatori dei diversi servizi (CSM, TSMREE, Servizi disabili adulti ecc.) volta a migliorare l'appropriatezza diagnostica, la definizione di percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali della Disabilità Intellettiva e dei Disturbi dello Spettro dell'Autismo in adolescenza ed età adulta, anche con riferimento alla definizione del modello budget di salute, che prevedano anche l'attuazione di PTRI sostenuti da budget di salute;
- attivazione di équipe interdisciplinari e trasversali ai servizi (TSMREE, CSM, Servizio disabili adulti ecc.) in tutte le ASL, dedicate e formate sulla Disabilità Intellettiva e sui Disturbi dello Spettro Autistico per la diagnosi e il trattamento delle Persone con DI e ASD in linea con le linee guida nazionali e internazionali,
- definizione di procedure con le AO/AOU, nonché con MMG e PLS per la continuità della presa in carico.



5.2 La salute mentale e Giustizia

Il principio sancito dalla Costituzione italiana dell'inalienabile diritto alla salute si concilia con la riforma della sanità penitenziaria (DPCM 1 aprile 2008) che ha portato al riconoscimento delle competenze del Sistema Sanitario Regionale anche in ambito detentivo, modificando l'impostazione per la quale la funzione della cura era invece, ambito esclusivo di intervento dell'Amministrazione Penitenziaria. Lo scopo della riforma è stato di assicurare i diritti di salute ai cittadini privati della libertà, nella stessa qualità e misura di quanto previsto dai Livelli Essenziali di Assistenza per i cittadini liberi. Tale riforma, che ha portato anche alla chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e alla presa in carico sanitaria delle persone ospitate nelle Residenze per l'Esecuzione della Misura di Sicurezza detentiva (REMS - Legge n. 9/2012 e Legge n. 81/2014) è definibile come riforma epocale.

Pertanto, in considerazione dei notevoli cambiamenti giuridici e culturali, avvenuti dall'emanazione del predetto DPCM e delle successive norme nazionali e regionali in materia di sanità penitenziaria (come la Conferenza Unificata - CU n. 3/2015) e superamento OPG (come la CU n. 17/2015) la Regione Lazio assicura l'assistenza sanitaria alla popolazione detenuta dei 14 Istituti Penitenziari e dei Servizi della Giustizia Minorile del territorio regionale, nonché ai residenti ai quali è applicata una misura di sicurezza in relazione diretta con una condizione di patologia psichiatrica, eseguibile in una delle 6 REMS del Lazio.

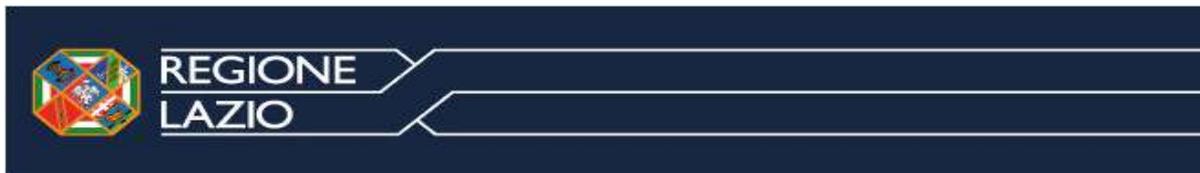
L'assistenza è assicurata attraverso un sistema articolato di servizi delle Aziende Sanitarie Locali che costituiscono la rete regionale di sanità penitenziaria e REMS, nel rispetto dei livelli di autonomia gestionale delle singole Aziende. L'organizzazione sanitaria presso gli Istituti Penitenziari si sviluppa attraverso la costruzione di reti cliniche e assistenziali dove l'assistenza primaria si integra con quella specialistica dei servizi territoriali e di sanità pubblica, dei servizi di salute mentale e delle dipendenze patologiche, della medicina legale e dell'assistenza ospedaliera e residenziale extra-ospedaliera.

Riguardo alle REMS, è stato fondamentale, per quanto complesso, definire anche una rete che coinvolgesse l'ambito giudiziario e pertanto la Regione Lazio ha ritenuto necessaria la promozione di un tavolo di confronto con la Magistratura (Procura, Tribunale Ordinario e Tribunale di Sorveglianza) con la partecipazione anche dei DSM, con l'obiettivo di ridefinire i precorsi giustizia/salute mentale a partire dalle problematiche delle liste di attesa per le REMS, per i trattamenti da erogare in regime carcerario, anche al fine di identificare il progetto assistenziale più appropriato per ogni singolo utente e evitare ricoveri inappropriati negli SPDC.

Contesto carcerario e lungo processo di cambiamento

Nel contesto penitenziario la malattia mentale non può essere gestita con risposte esclusivamente o prevalentemente sanitarie ma necessita di interventi integrati di tipo ambientale, sociale, trattamentale e riabilitativo. Il Servizio Sanitario Regionale deve garantire, all'interno di tutti gli Istituti Penitenziari (IP) ai soggetti detenuti che evidenziano fragilità psicologica o disturbi psichiatrici, un servizio specialistico per la tutela della salute mentale attraverso la realizzazione di una presa in carico multidisciplinare, da parte del personale sanitario e di quello penitenziario che collaborano, nel rispetto delle diverse competenze, al raggiungimento dell'obiettivo di salute e riabilitazione della persona ristretta, attraverso attività di tipo sociosanitario, di diagnosi e cura, integrate con attività dell'area trattamentale penitenziaria.

In attuazione della DGR n. 277/2012 sono state realizzate le cosiddette Articolazioni sanitarie in carcere che a distanza di anni si sono rivelate insufficienti rispetto al reale fabbisogno. Le Articolazioni sanitarie in carcere nascono per garantire la tutela intramuraria della salute mentale e rappresentano la prima fase per concorrere operativamente al superamento degli OPG che la Legge n.81 del 30 maggio 2014 chiudeva definitivamente il 1 aprile 2015. La CU n. 3/2015 ha completato la definizione del modello organizzativo per



l'assistenza sanitaria in carcere relativamente alla salute mentale della popolazione carceraria, introdotta con la CU n.95/2011, individuando specifici percorsi per la cura più appropriata, compatibile con il regime detentivo, attraverso le sezioni sanitarie specializzate (che sostituiscono le Articolazioni sanitarie in carcere) per soggetti affetti da disturbi mentali, con l'obiettivo di contrastare la cronicità delle patologie mentali e di favorire la cura e la riabilitazione delle persone detenute con gravi patologie psichiatriche facilitando l'accesso ai programmi di trattamento sul territorio, nonché le sezioni di osservazione psichiatrica finalizzate a garantire l'accertamento delle infermità psichiche di cui all'ex art. 112 del DPR n. 230/2000 e una volta accertate queste, il percorso per i soggetti consiste nell'essere inviati nelle sezioni, sempre negli Istituti Penitenziari dove siano state attivate.

La CU n. 3/2015 riporta che *"In tali sezioni gli interventi diagnostici e terapeutico-riabilitativi sono assicurati dai dipartimenti di salute mentale delle Aziende sanitarie territorialmente competenti, (...)".*

La Regione Lazio ritiene, pertanto, di dovere ridefinire a livello regionale il numero e i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi delle Sezioni specialistiche in carcere per disturbi mentali.

Come già indicato nel documento regionale *"Assistenza per la Tutela della Salute Mentale adulti in ambito penitenziario"*. – Conferenza Unificata n. 3/2015", approvato con DGR n. U00563/2017, tale processo di cambiamento nell'ambito della salute mentale continua ad essere critico nel contesto carcerario, considerato che lo stato di salute/malattia può essere collegato con le determinanti ambientali in cui si manifesta il disturbo stesso e che caratterizzano l'ambiente ristretto del carcere (sovraffollamento, forme di violenza, isolamento forzato, mancanza di privacy, ecc. – OMS Prison and Health, 2014). Operare in ambito di salute mentale in carcere non può non impattare con i vincoli e le caratteristiche valoriali, organizzative e funzionali della stessa istituzione penitenziaria. Pertanto, l'organizzazione dell'assistenza per la salute mentale in carcere deve tener conto di tali vincoli e individuare le opportune strategie per la migliore garanzia della salute individuale e collettiva.

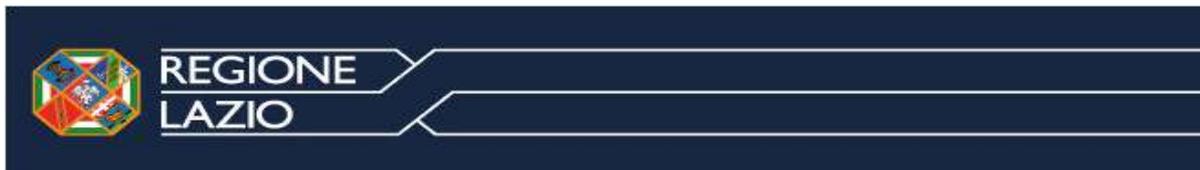
La stessa sentenza n. 99/2019 della Corte Costituzionale, relativa all'infermità psichica grave sopravvenuta nel corso della detenzione, ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'articolo 47-ter, comma 1-ter dell'Ordinamento Penitenziario, stabilendo che se durante la carcerazione si manifesta una grave infermità psichiatrica, il giudice potrà disporre che il detenuto venga curato fuori dal carcere e quindi potrà concedergli, anche quando la pena residua è superiore a quattro anni o sia di carattere ostativo, la misura alternativa della detenzione domiciliare "umanitaria", o "in deroga", così come già accade per le infermità fisiche.

Come riportato nel documento regionale sopra citato, la sfida, dei Dipartimenti di Salute Mentale è di contribuire alla reale applicazione della riforma, avendo come determinanti fondamentali della salute mentale in carcere, due obiettivi generali, ovvero la:

- prevenzione e promozione del benessere mentale del detenuto
- presa in carico, precoce, appropriata e orientata ad obiettivi, dei singoli individui che manifestino disagio psichico.

Con riferimento alla prevenzione e promozione del benessere mentale del detenuto il presente Piano individua i seguenti obiettivi e le relative azioni che le ASL devono provvedere ad avviare nel triennio di riferimento (come da DGR n. 563/2017):

1. Promozione del lavoro di rete, intra ed extra murario, con coinvolgimento delle Istituzioni, degli Enti ed Organismi territoriali, nonché delle famiglie dei detenuti
2. Promozione di attività significative, che assumano valenza riabilitativa per la collettività
3. Prevenzione dei comportamenti di violenza ambientale
4. Prevenzione e lotta allo stigma



Per la *Presa in carico precoce, appropriata e orientata ad obiettivi, dei singoli individui che manifestino disagio psichico*, si individuano i seguenti obiettivi ed azioni propedeutiche:

1. Prevenzione del rischio auto-eterolesivo e suicidario
2. Identificazione precoce dei pazienti con disturbi psichici gravi, con successiva presa in carico integrata e multidisciplinare, anche in connessione con i servizi ospedalieri psichiatrici di diagnosi e cura
3. Definizione ed attuazione dei percorsi clinici in relazione ai bisogni dei soggetti in carico
4. Promozione della salute fisica del paziente con disturbo psichico

Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza - REMS -

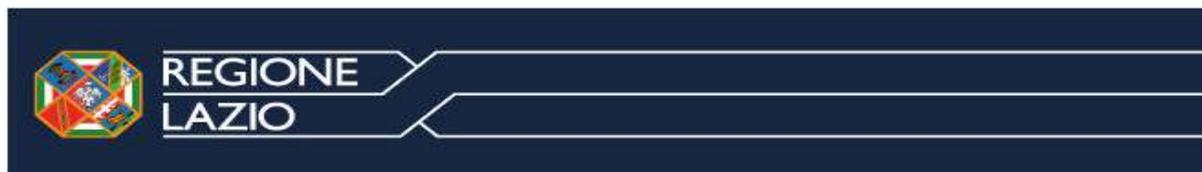
Riguardo alle REMS (Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza) strutture a gestione interna sanitaria, con responsabilità del medico dirigente psichiatra, l'area di confine, tra giustizia e sanità relativa alle specifiche competenze, si è assottigliata in quanto tali strutture sanitarie si caratterizzano per l'applicazione delle norme del Codice Penale e del Codice di Procedura Penale ai pazienti ospitati, ovvero autori di reato con problemi di salute mentale e socialmente pericolosi. Inoltre, trattandosi di misura di sicurezza detentiva, l'ingresso e la dimissione dalla REMS per motivi giudiziari, dipendono dal Magistrato competente, in genere con la collaborazione di un parere peritale psichiatrico forense che deve tener conto anche del parere del Dipartimento di Salute Mentale di competenza territoriale della residenza del paziente come sancito nell'accordo tra la Regione Lazio e Ministero della Giustizia.

Alle persone con misura di sicurezza detentiva sono, pertanto, garantiti i Livelli Essenziali di Assistenza, la definizione di un Progetto Terapeutico Riabilitativo Individuale (PTRI) e la continuità assistenziale sul territorio attraverso modalità organizzative integrate con quelle operanti per i cittadini liberi. Il PTRI, è lo strumento che pone al centro del nuovo sistema la salute della persona; è definito all'interno del Dipartimento di Salute Mentale territorialmente competente che collabora con gli Uffici di Esecuzione Penale Esterna (UEPE) e dell'Autorità Giudiziaria, attraverso la rete socio-assistenziale e con il Dirigente Responsabile della REMS, qualora non fosse possibile una diversa presa in carico. In tal modo si risponde sia al principio di territorialità della pena che alla valutazione del ricovero in REMS come estrema ratio.

Nell'ambito della complessità del processo finora descritto che coinvolge un livello d'intervento giudiziario ed uno sanitario assistenziale, si è rivelata fondamentale, la collaborazione tra le due Amministrazioni che hanno individuato da tempo canali di comunicazione, promuovendo necessarie collaborazioni, definite con specifici protocolli (DM 1 ottobre 2012):

- Protocolli riguardanti le procedure operative di sicurezza e vigilanza esterna delle REMS, con le Prefetture di competenza territoriale delle REMS del Lazio.
- Protocollo di intesa tra il Ministero della Giustizia e la Regione Lazio per la gestione condivisa del paziente psichiatrico autore di reato con esecuzione della misura di sicurezza detentiva, con l'obiettivo di individuare le procedure di collaborazione interistituzionale inerenti l'applicazione delle misure di sicurezza detentive, la loro trasformazione e l'eventuale applicazione di misure di sicurezza non detentiva.

La risoluzione del Consiglio Superiore della Magistratura del 24 settembre 2018 sottolinea il principio della priorità della cura necessaria, della territorialità per il quale il soggetto viene preso in carico dai servizi di salute mentale del territorio di residenza, della centralità del progetto terapeutico individualizzato, del ricovero in REMS come estrema ratio e che da questi principi deriva l'importanza dell'integrazione tra le diverse istituzioni, preferibilmente attraverso la definizione di accordi di collaborazione e/o protocolli operativi, ponendo al centro del nuovo sistema i Dipartimenti di Salute Mentale, titolari dei programmi terapeutici riabilitativi al fine di attuare trattamenti in contesti residenziali e territoriali. Pertanto, si evidenzia



quanto la Regione gestisca un processo complesso con i Dipartimenti di Salute Mentale che hanno dovuto adempiere ad una molteplicità di compiti fortemente specialistici considerato il tipo di utenza da inserire nelle REMS trattandosi di paziente psichiatrico che ha commesso reato e socialmente pericoloso, per il quale l'Autorità Giudiziaria dispone la misura di sicurezza detentiva da eseguire in REMS.

La Regione Lazio, per la gestione del flusso dei dati dei pazienti in REMS e della lista dei nominativi dei pazienti con MdS detentiva in attesa di entrare in Rems, si è dotata della figura del Referente Regionale previsto nel DCA n. U00233/201. Il Referente Regionale ricopre le seguenti funzioni: gestione del flusso dei dati relativi ai pazienti in misura di sicurezza nelle diverse fasi del percorso di presa in carico da parte delle ASL competenti, anche laddove si producano variazioni della loro situazione di internamento (trasferimento, esecuzione penale esterna con licenza finale esterna e libertà vigilata, dimissione); monitoraggio del flusso dei dati ed elaborazione di report sui dati. Al fine di agevolare lo scorrimento della lista dei pazienti in attesa di REMS e per dare continuità alla collaborazione con l'Autorità Giudiziaria che è iniziata nel 2017 con la firma dell'Accordo in materia di salute mentale e pazienti forensi, è stato costituito un gruppo di lavoro tra Regione, Dipartimenti di Salute Mentale e Magistratura (Determinazione n. G10656 del 14 settembre 2021).

In aggiunta, presso il Tavolo nazionale Sanità Penitenziaria e REMS, è in corso da più di un anno, la revisione dell'Accordo approvato in CU n.17 nel 2015, riguardante la gestione del paziente REMS. I punti in discussione riguardano lo specifico riconoscimento delle competenze tra Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria e Sanità (Regione, ASL, DSM e REMS). Recente è la sentenza n.22 della Corte costituzionale del 27 gennaio 2022 nella quale si osserva, tra i vari punti che *"le Rems sono state concepite dal legislatore, nel 2012, come strutture residenziali caratterizzate da una logica radicalmente diversa dai vecchi ospedali psichiatrici giudiziari (OPG), caratterizzati da una logica esclusivamente custodiale. Le REMS, pensate invece in funzione di un percorso di progressiva riabilitazione sociale, sono strutture di piccole dimensioni che devono favorire il mantenimento o la ricostruzione dei rapporti con il mondo esterno, alle quali il malato può essere assegnato soltanto quando non sia possibile controllare la pericolosità con strumenti alternativi, per esempio con l'affidamento ai servizi territoriali per la salute mentale"*

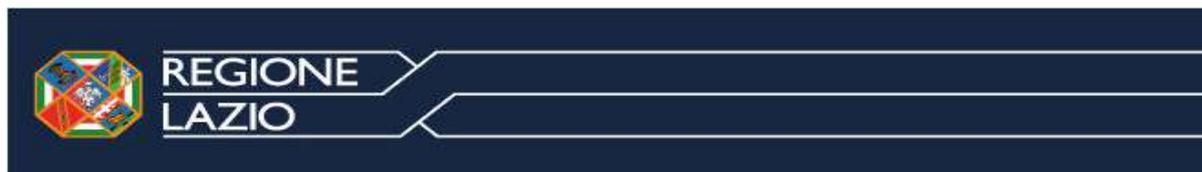
La rete delle REMS della Regione Lazio

Con DCA n. 486/2019 è stata delineata la nuova rete delle REMS del Lazio comprensiva della Rems maschile di Rieti. Le REMS di competenza della Regione Lazio sono così distribuite sui territori della ASL Roma 5, della ASL di Frosinone e della ASL di Rieti.

Tab. 1 Sedi Rems attuali e posti letto

n.	Asl	Sedi Rems	n. posti letto
1	FR	Pontecorvo - femminile	11
2	FR	Ceccano - maschile	20
3	RM5	Subiaco maschile	20
4	RM5	Palombara I - maschile	20
5	RM5	Palombara II - maschile	20
6	RI	Rieti - maschile	15
TOTALE			106

La configurazione futura delle Rems sarà pertanto la seguente, comprensiva dell'ipotesi di aumentare di 5 posti letto la REMS femminile:

**Tab. 2 – Programmazione Rems e strutture residenziali per pazienti psichiatrici**

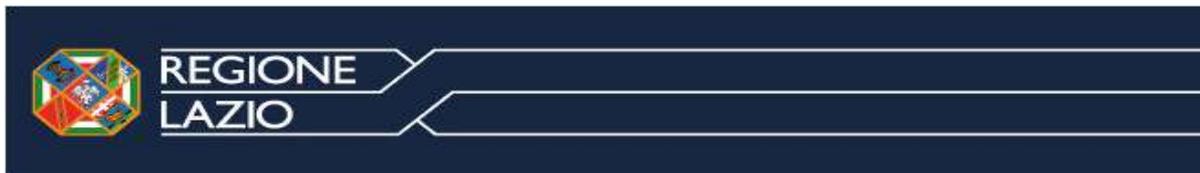
	Territorio Asl	Sedi REMS	n. posti letto
1	ASL Roma 5	Subiaco I – maschile	20
2	ASL Roma 5	Subiaco II – maschile	20
3	ASL Roma 5	Palombara I*	20
4	ASL Roma 5	Palombara II*	20
5	ASL FR	Ceccano I- maschile	20
6	ASL FR	Ceccano II- maschile	20
7	ASL FR	Pontecorvo - femminile	16
8	ASL Rieti	Rieti	15

*In esito alla conclusione dei previsti lavori strutturali delle nuove sedi Rems ovvero di Ceccano I, Ceccano II e Subiaco II, indicate nel *“Programma assistenziale regionale per il superamento degli OPG”* (approvato dal Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell’Economia e delle Finanze e con il Ministero per la Semplificazione e la Pubblica Amministrazione con Decreto del 26 giugno 2015 - G.U. n.217 del 18/9/2015), sulla base dell’allegato 1 *“Fabbisogno di strutture sanitarie residenziali terapeutiche alternative all’OPG”* contenuto nel DCA U00096 del 9/4/2013, quando le suddette nuove sedi Rems saranno operative, potranno accogliere i pazienti delle tre sedi attuali di Palombara I, Palombara II e di Ceccano. Tali strutture quando non ospiteranno più pazienti Rems con misura di sicurezza detentiva, potranno essere riconvertite in strutture residenziali per pazienti psichiatrici (come indicato nell’ultimo capoverso del paragrafo corrente).

Con riferimento ai requisiti organizzativi di personale delle REMS del Lazio, questi sono stati definiti in coerenza con i Decreti Ministeriali e regionali. Tuttavia, a livello nazionale e dal confronto tra le Regioni e le Province Autonome, emerge che la gestione dei pazienti destinatari di misura di sicurezza detentiva, per le peculiari caratteristiche di complessità assistenziale e di contesto ambientale, richiede l’adozione di interventi a supporto e a sostegno dell’assistenza erogata, anche prevedendo il potenziamento della dotazione di personale dedicato. Per tale motivo, la Regione Lazio ritiene importante avviare iniziative volte a verificare la percorribilità di tali interventi a seguito di valutazione con i Ministeri competenti.

Attualmente, a sette anni di distanza dall’apertura della prima REMS, l’obiettivo più generale è di orientare il coordinamento dell’azione sanitaria e dell’autorità giudiziaria, verso la valorizzazione del lavoro in équipe al fine di integrare le diverse competenze e di garantire la circolarità delle informazioni e degli interventi più efficaci, anche in previsione della integrazione sociale dei soggetti entrati nel circuito delle misure di sicurezza detentive. Il benessere del paziente autore di reato con problemi psichiatrici, deve partire dalla fattiva collaborazione che deve caratterizzare, il rapporto tra la sanità e l’Autorità Giudiziaria.

A tale proposito la Regione Lazio intende procedere alla sperimentazione di una struttura per la Libertà Vigilata analoga alle REMS, ma con minor soglia di controllo restrittivo e più devota alle attività riabilitative. Si tratterebbe di una struttura destinata ad accogliere sia pazienti in dimissione dalle REMS che necessitano di proseguire il percorso terapeutico riabilitativo che pazienti già inseriti in strutture residenziali, che hanno subito un aggravamento della misura di sicurezza, per i quali non risulta adatto il regime maggiormente contenitivo delle REMS. Sede di tale struttura potrà essere l’attuale REMS di Palombara I, a seguito di trasferimento dei pazienti nella REMS di Subiaco II, non appena operativa (come sopra già descritto e tuttavia il dettaglio della nuova struttura sperimentale, è descritto nella parte terza del documento corrente, nella scheda obiettivo delle azioni strategiche di intervento 9.10 *“Potenziamento rete sanitaria per pazienti psichiatrici autori di reato in misura di sicurezza non detentiva”*).



5.3 Salute mentale e dipendenze patologiche

La Regione Lazio, nell'ambito delle azioni di sistema finalizzate al governo della rete dei servizi pubblici e privati per le dipendenze, nel triennio 2011-2013 ha dato vita ad un percorso di formazione professionale degli operatori mirata, dapprima, alla condivisione di profili diagnostici terapeutici e poi allo sviluppo del sistema di valutazione degli esiti clinici dei trattamenti. Il programma sulla valutazione degli esiti clinici dei trattamenti ha coinvolto circa 100 professionisti delle dipendenze, appartenenti a tutte le qualifiche professionali, 7-10 per territorio tra operatori e coordinatori, che hanno portato l'esperienza dei servizi pubblici e del privato sociale di rispettiva appartenenza. La valutazione è un processo che accompagna costantemente l'operatività di un servizio.

Nell'ambito dei servizi per le dipendenze, la valutazione clinica ha come oggetto principale un programma, un piano di cura, o anche un singolo trattamento. Il suo scopo è, comunque, comprendere il grado di raggiungimento di uno o più risultati attesi rispetto alle condizioni di salute/malattia del paziente, considerata la sua situazione iniziale al momento della presa in carico da parte del servizio.

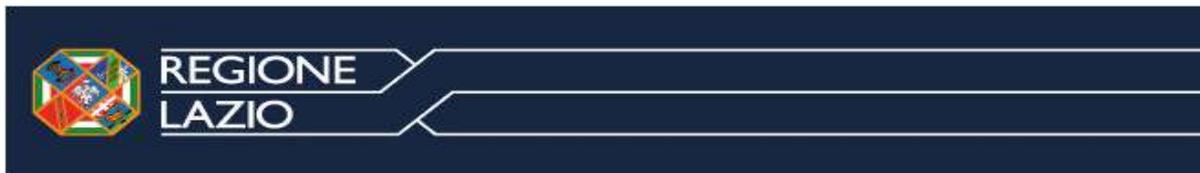
L'assessment multidisciplinare con le sue fasi permette la conoscenza del problema portato all'attenzione dell'équipe e la strutturazione di interventi terapeutici coerenti con gli obiettivi individuati, concordati con il paziente. Il processo di assessment prevede la diagnosi di stato (in cui si raccolgono e si valutano le informazioni minime richieste per la strutturazione di progetti terapeutici) e la valutazione complessiva strutturata. Si parla, quindi, di "trattamento diagnostico" in quanto fin da subito, con l'attivazione del percorso di valutazione, si mettono in atto anche interventi specifici (trattamento sanitario, consulenze) e di diagnosi integrata, in quanto tale processo avviene all'interno di una équipe multiprofessionale (medici, psicologi, assistenti sociali, educatori) secondo un approccio multidisciplinare. Il trattamento diagnostico favorisce, con adeguate procedure operative, la multidisciplinarietà nell'approccio all'utente, attraverso la permanenza della diagnosi integrata.

Il termine doppia diagnosi assieme a quello di comorbidità inquadra soggetti che, oltre ad usare abitualmente sostanze psicoattive, manifestano segnali psicopatologici concomitanti o consequenziali all'assunzione di sostanze. Tra gli effetti riscontrati vi sono alterazioni cognitive, emozionali e comportamentali. Tuttavia la ricerca di una contiguità tra i due scenari ipotizza che un disturbo psichico di base, preesistente al consumo di droghe, possa condurre all'addiction.

L'orientamento verso la considerazione della comorbidità ha richiesto una rivisitazione delle modalità di diagnosi, di cura e di riabilitazione. Nell'inquadramento del paziente e nel suo assessment oggi diventa fondamentale l'indagine anamnestica, sia personale che familiare, alla ricerca di elementi che possano costituire i prodromi del disturbo mentale, rilevato, antecedentemente al consumo di droghe. La diagnosi di una doppia o concomitante patologia è possibile quando i disturbi mentali mantengano una loro specificità e stabilità a prescindere da quelli riconducibili all'effetto delle sostanze psicotrope o dell'alcol.

La valutazione del paziente con doppia diagnosi oltre a vagliare le condizioni di vita, lo stato di salute in generale e l'aderenza alle terapie o tecniche psicoterapiche prescritte, dovrebbe verificare anche la relazione tra il miglioramento, il contenimento o la gestione dei sintomi psichiatrici e quelli relativi all'addiction.

Nella popolazione che si rivolge ai servizi psichiatrici l'incidenza di soggetti che usano o abusano di sostanze appare sempre maggiore, con stime che vanno dal 50 al 75% di comorbidità tra disturbo psichiatrico e



dipendenza abuso di sostanze. La copresenza di abuso di sostanze e di patologia psichiatrica ha effetti peggiorativi sulla prognosi, sul tasso di ricaduta sintomatica e sulla mortalità per entrambi i disturbi sia quello di natura psichiatrica che di DUS (Disturbo da Uso di Sostanze). L'età media di inizio delle condotte di abuso/uso di sostanza si è notevolmente abbassata in tutta Europa, attestandosi attorno ai 12 anni. A tale proposito, la Regione Lazio con DCA n.451 del 22 dicembre 2014 ha approvato il protocollo operativo sui percorsi integrati per la presa in carico dei minori con problematiche legate all'uso di sostanze con o senza psicopatologia in atto.

Per tali evidenti ragioni appare necessario che l'integrazione fra i Servizi delle Dipendenze (SerD) i servizi TSMREE, i CSM e i servizi distrettuali sia il tema portante dell'assistenza in questi ambiti nella Regione Lazio. I modelli di intervento reperibili in letteratura dimostrano che il modello integrato, ovvero quello in cui i diversi servizi valutano insieme la condizione clinica del paziente, si dimostra maggiormente efficace ed efficiente, anche nella sensibile riduzione del fenomeno del drop out e miglior esito. Appare opportuno che i servizi siano integrati in un'unica organizzazione dipartimentale sia per ragioni di omogeneità che di efficienza, ovvero che vengano formalmente definiti protocolli intraziendali che prevedano la valutazione multidisciplinare, la presa in carico condivisa e la definizione di un progetto terapeutico riabilitativo individualizzato con particolare riferimento all'età adolescenziale, prevedendo percorsi di cura sia psicoterapici individuali e di gruppo, farmacologici anche con terapia sostitutiva.

La Regione Lazio, con Determina G13807 del 19 novembre 2020, ha provveduto alla Riorganizzazione della rete dei servizi per il disturbo da abuso di sostanze e/o addiction e definizione del fabbisogno assistenziale, prevedendo l'attivazione di Servizio Specialistici residenziali e semiresidenziali per la doppia diagnosi, ai quali si accede previa valutazione multidimensionale del SerD in accordo con il DSM di riferimento, che definiscono congiuntamente il piano di trattamento individualizzato (PTI) dell'utente prevedendo, quindi la piena integrazione tra CSM/TSMREE e SerD per la gestione congiunta delle persone che presentano comorbidità, che si rende oltremodo necessaria nei confronti degli adolescenti.

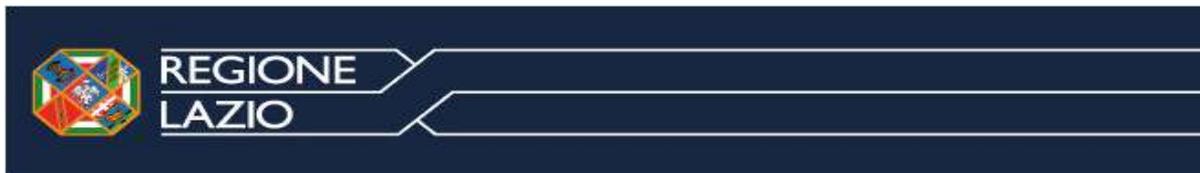
Per questi ultimi, l'accoglienza e la presa in carico deve essere organizzata prevedendo percorsi specifici e distinti rispetto a quelli per l'età adulta.

5.4 Salute mentale e povertà

Le problematiche di salute mentale che incontrano condizione di povertà possono essere caratterizzate da indigenza e mancanza di mezzi che sono la prima causa del disagio, ovvero situazioni in cui non è la povertà il primo fattore determinante quella condizione e il disturbo psicopatologico risulta scatenante più di altri la marginalità della persona e la condizione di degrado sociale.

In ogni caso la multi-problematicità rende la domanda complessa e si rileva la necessità di sviluppare modelli di lavoro per realizzare interventi multidisciplinari, con la collaborazione e l'intervento di più organizzazioni (CSM, Distretto Sanitario, Servizi sociali comunali, SPDC, Polizia Municipale, Associazioni di volontariato, offerta residenziale sanitaria e socio-assistenziale, servizi per l'impegno, ecc.).

La presa in carico integrata, nel rispetto delle diverse competenze da mettere in campo, deve necessariamente portare i servizi a formalizzare procedure che determinino una maggiore efficacia nei processi, nonché una individuazione delle reciproche responsabilità e opportunità esistenti. Si sottolinea il ruolo strategico delle associazioni di volontariato in particolare nelle situazioni di presa in carico dei bisogni delle persone senza fissa dimora, soprattutto nella capacità di costruire una prossimità e una costanza di



rapporto, al fine di far mantenere i contatti tra i servizi di salute mentale e la persona con problematiche psichiatriche e sociali complesse.

La Legge di Stabilità 2016 ha istituito il Fondo nazionale per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale. Esso era finalizzato all'attuazione del Piano nazionale di lotta alla povertà e al finanziamento della misura di contrasto alla povertà denominata SIA - Sostegno per l'Inclusione Attiva, poi sostituita dal REI - Reddito di Inclusione. A seguito dell'introduzione del Reddito di Cittadinanza, con la legge di bilancio per il 2019 è stato istituito il Fondo per il Reddito di Cittadinanza, destinato al finanziamento del sostegno economico in favore dei beneficiari della misura.

Il Fondo povertà, pertanto, viene finalizzato al finanziamento degli interventi previsti dal Piano nazionale per il contrasto alla povertà e, in particolare, l'accompagnamento e il rafforzamento dei servizi e degli interventi attivati nei Patti per l'inclusione sociale sottoscritti dai beneficiari del Reddito di cittadinanza, che acquisiscono la natura di livelli essenziali delle prestazioni sociali, nei limiti delle risorse disponibili. Il Fondo povertà ha una programmazione triennale, dettagliata dai decreti annuali di riparto, per singole regioni, delle somme disponibili. Le relative risorse sono suddivise in due quote: La quota servizi e la quota povertà estrema.

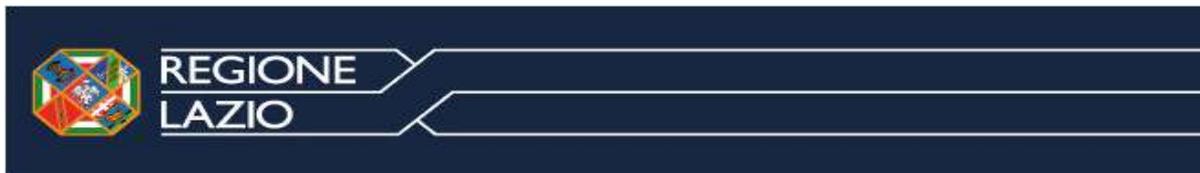
La quota *povertà estrema* del fondo povertà, in particolare, può essere utilizzata per la prevenzione della condizione di senza fissa dimora, intervenendo con attività di presa in carico multi disciplinare e inter istituzionale nonché l'erogazione di interventi di natura sociale e socio assistenziale, educativa, di supporto e sostegno psicologico, per l'inclusione sociale e lavorativa (attività di volontariato, tirocini di inclusione, corsi di formazione, ecc.) per la prevenzione delle condizioni a rischio di emarginazione, nonché per spese di affitto o costi di locazione di strutture alloggiative anche da adibire a progetti che seguono i principi dell'housing first/housing lead.

5.5 Salute mentale dei migranti

Il Piano Regionale Antitratta (PRAL/4) alla sua quarta edizione, realizza un sistema di azioni per l'emersione, l'assistenza e l'integrazione sociale delle persone, anche minori di età, vittime di tratta. Per la sua attuazione, vede la Regione Lazio collaborare in partenariato con realtà del Terzo settore impegnate sul territorio. L'iniziativa è finanziata dal Dipartimento per le Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri per un investimento pari a 1.865.500 euro.

Il Piano degli interventi antitratta della Regione Lazio, avviato già nel 2018 (avv/3) dopo 2 proroghe è in continuità con l'Avviso 4 del DPO. Il Piano tiene conto della diversificazione delle tipologie di sfruttamento (sessuale, lavorativo, coinvolgimento in attività illegali) e di vittime (adulte e minori) e offre interventi e servizi per l'emersione, la prima assistenza e il successivo percorso di inclusione sociale. Prevede il consolidamento della rete territoriale di ascolto e consulenza (unità di contatto, sportelli emersione, promozione del numero verde antitratta 800.290.290) e il rafforzamento delle attività di protezione immediata, assistenza e inserimento sociale delle vittime (presa in carico, accoglienza in strutture residenziali/semi autonomia, assistenza legale, supporto psicologico, formazione civico-linguistica e professionale, orientamento al lavoro, accompagnamento all'inserimento lavorativo, abitativo e territoriale).

Particolari misure e procedure sono adottate in collaborazione con i servizi pubblici nei confronti delle vittime che presentano vulnerabilità socio-sanitarie: madri con figli piccoli, minori non accompagnati, neo-



maggioresi, persone con disabilità motoria, sensoriale o intellettiva, persone con dipendenze e problematiche di salute mentale. Le vittime di tratta e/o di grave sfruttamento al pari dei rifugiati e delle vittime di tortura per il loro vissuto hanno un rischio maggiore di sviluppare sintomi depressivi e ansiosi e forme psicotiche rispetto alla popolazione locale e rispetto ad altri migranti provenienti dalle stesse aree geografiche. Queste persone sono state esposte ad esperienze traumatiche, violente e di abbandono nel proprio paese di origine, durante il viaggio e nel luogo di destinazione, sviluppando una maggiore vulnerabilità allo sviluppo di reazioni psicopatologiche fortemente invalidanti. La diagnosi più frequente è il Disturbo Post Traumatico da Stress. Nel caso di vittime di tratta nello specifico si possono manifestare dei quadri clinici psicopatologici anche a distanza di molto tempo dal trauma subito, che può impattare anche sulle generazioni future. Uno dei bisogni principali delle vittime di tratta è il sostegno psicologico, anche se le linee guida per l'assistenza alle vittime si focalizzano principalmente sulle azioni legali, umanitarie e sociali che garantiscono alla vittima la sussistenza, la sicurezza e il riparo, ma spesso prendersi cura della salute mentale è la premessa per la buona riuscita del percorso di integrazione delle vittime.

6 Gli strumenti per la riabilitazione e l'inclusione sociale

6.1 Il Budget di Salute

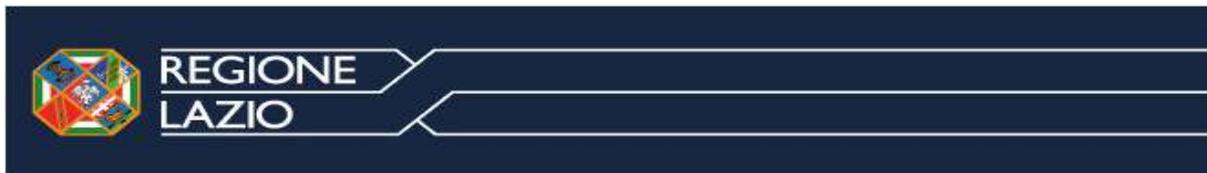
L'approccio biopsicosociale alla salute mentale si propone di rifondare i modelli di cura, nell'ottica della personalizzazione dei percorsi, tenuto conto delle variabili psicosociali in campo e delle determinanti sociali della salute.

I percorsi di abilitazione e riabilitazione che privilegiano la presa in carico della persona nel complesso dei suoi bisogni e sulla base di un processo partecipato, necessitano l'integrazione dei percorsi di cura sanitari con i sostegni offerti dai servizi sociali e socio-lavorativi, nonché con altre opportunità formali e informali del contesto di riferimento del cittadino.

Il Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale - Conferenza Unificata con accordo n. 4 del 24 gennaio 2013, ha rintracciato gli elementi di trasformazione dei modelli di cura entro una cornice che riconosce la complessità e la multifattorialità del bisogno, da cui scaturisce la necessità di trattamenti integrati, in particolare per i disturbi psichiatrici maggiori, anche in relazione ai fattori di rischio biopsicosociale e agli interventi di riabilitazione ed inclusione sociale con evidenza di maggiore efficacia.

Le nuove sfide per i servizi che a diverso titolo intercettano una domanda nell'area della salute mentale, si traducono nel mettere in campo risposte flessibili, multifattoriali, interistituzionali, che guardano ai bisogni con un approccio "recovery-oriented", direzionando i processi verso indicatori riferibili alla qualità di vita, oltre che alla remissione dalla sintomatologia psichiatrica.

La domanda complessa richiede il coordinamento degli interventi, al fine di fornire risposte integrate che ottimizzino l'utilizzo delle risorse, umane e finanziarie. Orientare la cura alla recovery mette al centro la persona come titolare del percorso terapeutico-riabilitativo e dei suoi obiettivi di vita possibili. Questo paradigma sposta l'asse dell'intervento dalla guarigione clinica a processi riabilitativi di accompagnamento della persona nella riacquisizione di un funzionamento sociale in cui la qualità della vita e l'inclusione sociale divengono indicatori di efficacia di processo.



Il Budget di Salute viene dunque proposto come metodologia elettiva per sostenere progetti terapeutico-riabilitativi orientati da tali presupposti.

La Regione Lazio, con la Legge Regionale n. 11 del 10 agosto 2016 "Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali della Regione Lazio" - Art. 53 "Presenza in carico integrata della persona e budget di salute", al fine di dare attuazione alle indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sui "determinanti sociali della salute" e alle relative raccomandazioni del 2009, ha inteso adottare una metodologia di integrazione sociosanitaria basata su progetti personalizzati sostenuti da budget di salute, costituiti dall'insieme di risorse economiche, professionali e umane necessarie a promuovere contesti relazionali, familiari e sociali idonei a favorire una migliore inclusione sociale del soggetto assistito.

I progetti personalizzati sostenuti da Budget di Salute sono fondati su prestazioni definite sulla base delle necessità personali e dei "diritti di cittadinanza" della persona, piuttosto che sulle caratteristiche dell'offerta disponibile.

Il Budget di Salute (BdS) si presenta, dunque, come uno strumento dinamico che consente di "modellare" sulla persona gli interventi. Nelle esperienze più virtuose di applicazione della metodologia, il BdS si iscrive entro una procedura di trasformazione complessiva delle prassi, investendo complessivamente anche le procedure amministrative, attraverso la riconversione delle risorse sanitarie e sociali precedentemente finalizzate a progetti di residenzialità protetta che seguono un modello assistenzialistico, in progetti personalizzati sostenuti da BdS. Il presupposto al funzionamento di tale trasformazione è che i comuni e le ASL possano determinare un uso variabile delle risorse a loro assegnate, spostando il vertice dalla spesa di prestazioni monetizzate ad investimenti economici rivolti agli obiettivi del progetto di vita di una persona. L'elemento di innovazione risiede nell'assumere una prospettiva in cui il soggetto non sia più un centro di costo ma rappresenti il motore di un investimento progettuale. La cornice che orienta le progettualità sostenute da Budget di Salute è la restituzione di un ruolo sociale alla persona.

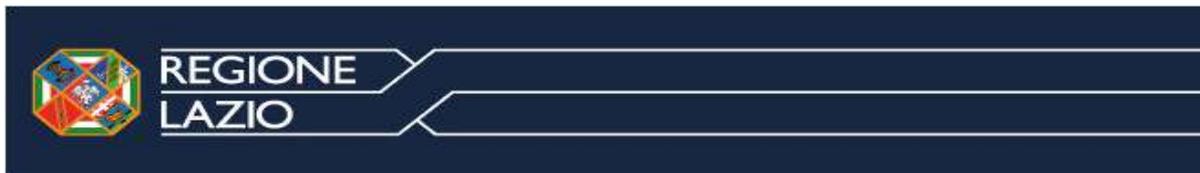
L'utilizzo del Budget di salute avviene entro progettualità sulle aree di riferimento delle determinanti sociali della salute (casa, lavoro e formazione, affettività, socializzazione). Le aree non sono tra loro separabili, ma potranno assumere maggiore o minore intensità a seconda del bisogno prevalente della persona e del suo funzionamento sociale.

È evidente come l'elemento imprescindibile per applicare tale cambio di prospettiva, sia la programmazione e il coordinamento degli interventi, con la messa in campo e la scelta di professionisti che sappiano assumere un mandato di innovazione sociale.

Ciò detto, il presente Piano intende promuovere una specifica azione strategica sulla promozione dello strumento Budget di Salute così come indicato al cap. 9.

6.2 Il Supporto all'Abitare

L'abitare costituisce un fattore fondamentale di vita per le persone con gravi disturbi psichiatrici che necessitano di un percorso di aiuto nel sostenere la quotidianità nei suoi diversi aspetti. Il Supporto all'Abitare può rilevarsi pertanto un elemento assistenziale di grande importanza nell'ambito dei progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati.



Il Supporto all’Abitare può favorire la fase di passaggio verso l’acquisizione di una completa autonomia abitativa, oppure una situazione più stabile anche se comunque tesa ad una sempre maggiore indipendenza e ad una migliore qualità della vita. Gli interventi non sono limitati solo al domicilio, ma soprattutto al di fuori per implementare le capacità di relazionarsi con il tessuto sociale circostante. Si tratta di realizzare un accompagnamento finalizzato a consentire il recupero, l’acquisizione e il mantenimento di abilità, di competenze e di autonomie comportamentali e relazionali volte al miglioramento delle capacità di funzionamento personale, affettivo e sociale, valorizzando i punti di forza, le esperienze, la consapevolezza dei propri diritti e l’autonomia nella propria comunità. Il Supporto all’Abitare può essere realizzato entro progettualità di singoli pazienti o entro programmi di convivenza in piccolo gruppo.

Con il Supporto all’Abitare si vuole agire sul contesto di vita del paziente, costruendo una rete, in particolare, attraverso l’affiancamento e la mediazione sociale, con una verifica dei compiti quotidiani, anche favorendo le dimissioni dalle strutture residenziali promuovendo interventi di prossimità.

Nella Regione Lazio esiste attualmente una serie diversificata di opportunità per avviare esperienze di Supporto all’Abitare in salute mentale; sono stati attivati, infatti, progetti sull’abitare a gestione pubblica e coordinamento del DSM attraverso il coinvolgimento del Terzo settore, così come progetti che vedono lo stretto raccordo tra servizi sanitari e sociali del territorio, che hanno consentito di ampliare le opportunità e le risorse, integrando l’assistenza sanitaria con quella socio-assistenziale comunale, e talvolta attivando progettualità finanziate dai fondi della Legge n. 112/2016 (Dopo di Noi).

Considerata la rilevanza della tematica, il presente Piano intende promuovere una specifica azione strategica sul Supporto all’Abitare in salute mentale, così come indicato al cap. 9.

6.3 Inclusione lavorativa

Promuovere l’inclusione lavorativa delle persone con problemi di salute mentale assume un ruolo centrale entro l’approccio biopsicosociale alla cura.

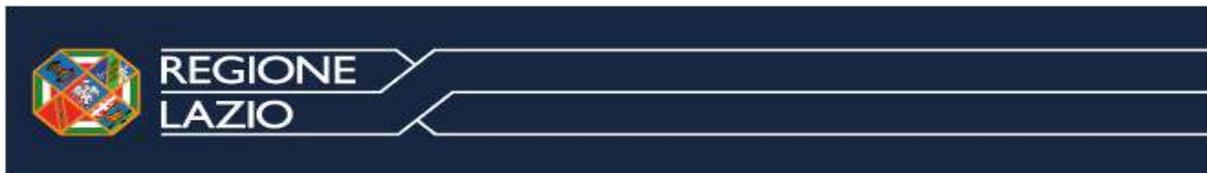
L’assunzione di un ruolo lavorativo ha un impatto decisivo su diversi fattori, dal reddito alla possibilità di autodeterminare le proprie scelte, dall’opportunità di esercitare un’attiva inclusione e partecipazione sociale alla lotta allo stigma, dall’investimento nelle proprie capacità all’esperienza di un ruolo sociale riconosciuto.

Anche quando tali esperienze sono realizzate entro tirocini e l’aspetto “formativo” risulta preminente³⁰, le attività che implicano la persona entro un contesto sociale, rappresentano l’opportunità di esercitare competenze cognitive, esecutive, la gestione di situazione complesse, lo stress, le relazioni sociali, il riconoscimento di ruoli e gerarchie.

Per le persone con problemi di salute mentale sono molti gli ostacoli, sia individuali che contestuali, per entrare nel mondo del lavoro (problematiche psicopatologiche, timore di perdere i sussidi di disoccupazione, stigma, discriminazioni e basse aspettative degli stessi operatori sanitari).

Il lavoro, come determinante sociale della salute, diviene quindi elemento essenziale su cui costruire progettualità orientate alla recovery, che non debba ritenersi accessorio o eventuale.

³⁰ In Regione Lazio Tirocini extracurricolari di cui alla DGR 576/2019 e Tirocini di inclusione sociale di cui alla DGR 511/2013



I PRTP sostenuti da Budget di Salute, nel caso di giovani-adulti e adulti con problematiche di salute mentale, vanno ad integrare le diverse dimensioni, dell'abitare, della socialità/affettività, della formazione e del lavoro, strettamente connesse e correlate tra loro, nell'ottica di sviluppare aspirazioni e prospettive personali entro la comunità di riferimento.

In questa visione la rete servizi sanitari e sociali (DSM, Servizi Sociali comunali, Servizi per l'Impiego, Terzo settore e Associazionismo) deve collaborare e co-progettare al fine di personalizzare i percorsi ricorrendo alle diverse fonti di finanziamento appositamente previste (assegni di cura di cui all'art. 25 della legge regionale n. 11/2016, misure e interventi legati al REI, collocamento mirato per le persone in condizione di disabilità (legge 68/99) IPS (Individual Placement & Support, ecc.).

7 Strumenti di governance, monitoraggio e innovazione digitale

7.1 la valutazione della qualità dei servizi e degli esiti

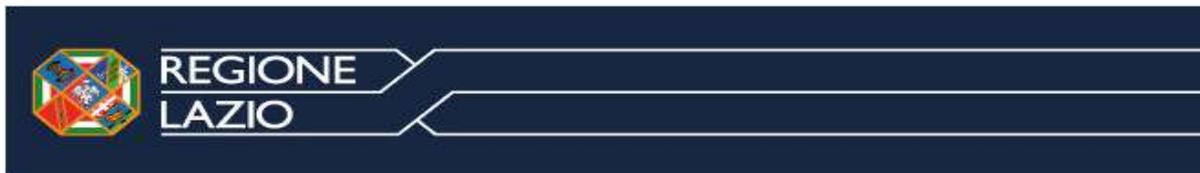
Le Linee di programmazione individuate nel presente Piano, si fondano sui seguenti principi cardine del Servizio Sanitario Regionale (SSR) a garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza da erogare alla popolazione nelle diverse fasi di vita e in risposta ai bisogni di cura e alla valutazione del rischio di patologia:

- universalità di accesso alle prestazioni sanitarie da parte di tutta la popolazione di riferimento;
- uguaglianza di accesso alle prestazioni del SSR senza distinzione di condizioni individuali, sociali ed economiche;
- equità, ovvero parità di accesso ai Servizi in rapporto a uguali bisogni di salute e garanzia di qualità, efficienza, appropriatezza, trasparenza e comunicazione corretta delle prestazioni;
- umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza;
- prossimità delle cure;
- integrazione sociosanitaria.

Garantire la piena attuazione di tali principi, rappresenta una sfida importante per i servizi deputati all'assistenza in salute mentale, in quanto, come si è visto, la complessità dei bisogni clinico assistenziali di cui sono portatori gli utenti e l'evoluzione continua della domanda di salute, con il palesarsi di nuove problematiche ed emergenze, si scontra con una dotazione di risorse professionali ed economiche che non sempre è sufficiente a rispondere con una offerta assistenziale efficiente ed efficace.

Alla luce delle considerazioni sopra enunciate, appare necessario individuare strumenti di monitoraggio dell'attuazione del Piano, che consentano di valutare l'impatto delle Azioni strategiche che si intendono avviare sul territorio regionale, ciò al fine di mantenere e migliorare la salute complessiva dei cittadini.

In generale, come si è già detto, il Piano promuove una governance più efficace nell'ambito della salute mentale, l'integrazione interdisciplinare tra i servizi territoriali (CSM, TSMREE, SerD, Distretto sanitario/Consultori Familiari) la continuità ospedale-territorio e, la co-programmazione congiunta con gli enti/servizi esterni alla dimensione prettamente sanitaria: servizi sociali, culturali, sportivi, enti del terzo settore. Dunque, prioritarie sono le azioni di natura organizzativa che saranno poste in atto dalle ASL e dagli Enti interessati per rispondere in maniera sinergica e coordinata al bisogno di salute dei cittadini.



Pertanto, nella definizione degli indicatori da utilizzare per verificare il raggiungimento degli obiettivi prioritari sono previste valutazioni sia di processo che di risultato (esito); infatti, per alcune azioni strategiche, come detto, le azioni indicate riguardano principalmente la definizione di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali e procedure di riorganizzazione dell'assistenza intra e interservizi territoriali, il cui impatto sulla salute non è immediatamente rilevabile attraverso i flussi informativi correnti.

In altre azioni strategiche, viceversa, i dati informativi a disposizione consentono la valutazione degli esiti delle attività previste. Gli enti del SSR dovranno considerare gli indicatori individuati per verificare lo stato di implementazione del Piano.

Resta inteso che, in coerenza con le indicazioni ministeriali contenute nel "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" di cui al Decreto del Ministero della salute del 12 marzo 2019, appare necessario implementare il monitoraggio dell'assistenza sanitaria in salute mentale con i nuovi indicatori previsti per l'assistenza distrettuale, pur consapevoli che la loro rilevazione non passa attraverso il ricorso ai flussi informativi territoriali, ma attraverso il flusso Sistema Informativo Ospedaliero (SIO) e sono da considerarsi come indicatori proxy di rilevazione dell'assistenza sanitaria territoriale erogata.

Considerata la rilevanza delle azioni individuate nel presente Piano, gli enti del SSR dovranno dare piena attuazione alle misure e attività in esso contenute.

Per consentire, altresì, di verificare il livello di implementazione del Piano, la direzione regionale attiverà un monitoraggio delle azioni strategiche, che coinvolgerà tutti gli enti, gli organismi e le associazioni interessati.

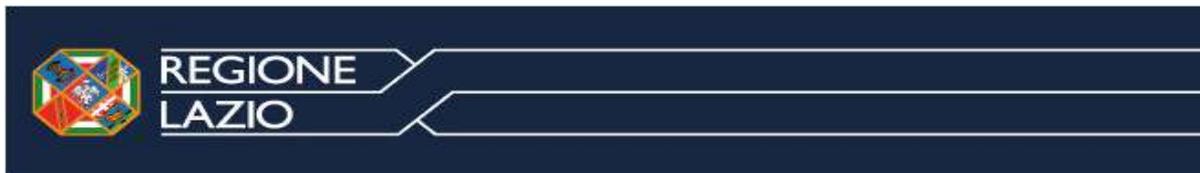
7.2 Sistemi informativi e innovazione digitale

7.2.1 Il Sistema Informativo regionale sulla Salute Mentale

I dati di attività riguardanti la salute mentale nel Lazio per gli ambiti territoriale, semiresidenziale e residenziale sono raccolti da due sistemi informativi, il Sistema Informativo Servizi Psichiatrici (SISP) e il Sistema Informativo Psichiatria di Comunità (SIPC)

Il SISP, istituito con DGR n. 1414/1987 e n. 2799/1987, raccoglie i dati dei flussi Territoriale e Semiresidenziale delle sole strutture pubbliche presenti sul territorio regionale. Uno specifico software di gestione, anch'esso denominato SISP, il cui ultimo aggiornamento risale al 2000, è stato realizzato e distribuito gratuitamente a tutti i DSM della Regione. Il sistema non è web-based, ma è installato su ogni singola stazione di rilevamento (che raccoglie i dati di uno o più servizi). Ciascuna stazione produce dei dati in formato Access 97 che vengono trasmessi semestralmente e in forma non aggregata al proprio archivio dipartimentale. In ogni DSM è individuato un "referente" per il SISP, che trasmette le informazioni di tutti i servizi del Dipartimento tramite l'area FTPs predisposta dalla Regione. La Regione Lazio provvede all'integrazione, all'elaborazione dei dati regionali e all'invio al Ministero della Salute, flusso SISM (Sistema Informativo per il monitoraggio e la tutela della Salute Mentale) per gli adempimenti del debito informativo.

Le funzioni del SISP2000 sono quelle relative all'immissione, all'aggiornamento e alla consultazione dei dati. Contiene una sezione finalizzata al data-entry delle schede di rilevazione e una destinata al reporting interno realizzato interrogando il database. La rilevazione dei contatti è incentrata sull'utente e cumulativa nel tempo. I trattamenti effettuati e tutte le attività rivolte al paziente (prestazioni) sono registrati in modo



sequenziale in tabelle collegate. Sono oggetto di rilevazione tutti i contatti con i servizi ambulatoriali e con le strutture semiresidenziali a gestione diretta dei DSM. Il sistema è formato da tre tabelle principali (anagrafiche, trattamenti e prestazioni), in rapporto gerarchico 1: n. È prevista la conclusione automatica di quei trattamenti che non ricevono alcun tipo di prestazione per più di tre mesi. È necessaria una revisione periodica di tali trattamenti per specificare l'effettivo motivo della conclusione, la diagnosi, e il trattamento effettuato.

I dati SISP sono consistenti e omogenei a partire dal 2001.

Nel corso del tempo diverse ASL si sono dotate di un Sistema Informativo Aziendale ed hanno smesso di utilizzare il gestionale SISP2000. Il tracciato record e i formati di codifica dei campi sono rimasti tuttavia sostanzialmente omogenei.

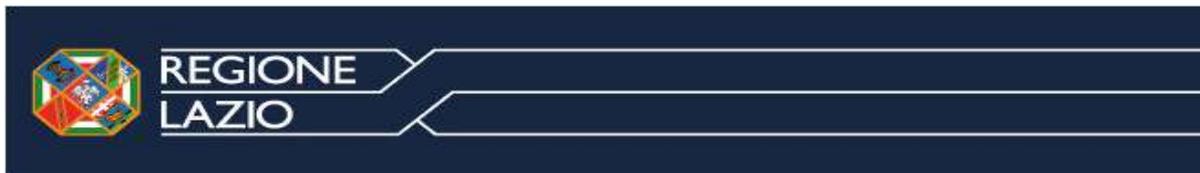
Una delle principali criticità legate al SISP è l'essere un sistema di vecchia generazione, non web-based. Oltre alla non immediata disponibilità dei dati registrati, questo comporta che le eventuali anomalie relative al tracciato e ai contenuti non sono riscontrabili finché i dati non vengono elaborati dagli uffici regionali. Inoltre, sono migliorabili la quantità e qualità dei controlli automatici effettuati dal sistema solo su alcune variabili del tracciato. Nel SISP 2000 non erano previste variabili che oggi ricoprono un ruolo importante, ma non possono essere aggiunte nuove variabili nel tracciato e non è possibile effettuare aggiornamenti alle codifiche ammissibili. La versione di Access generata dal sistema SISP è obsoleta e gli archivi non possono essere aperti per consultazione sui PC con sistemi operativi recenti. Infine, il SISP2000 utilizza una classificazione ICD9CM precedente alla versione 2002.

I dati del flusso residenziale della salute mentale sono raccolti, a partire dal 2014, dal Sistema Informativo Psichiatria di Comunità (SIPC) finalizzato all'acquisizione di informazioni relative alle strutture, al personale e a tutti gli interventi sanitari e sociosanitari erogati in maniera programmata da operatori afferenti al SSR, nell'ambito della salute mentale pubblica e del privato accreditato.

Nella concezione originale, il SIPC è strutturato in moduli distinti per età (adulti, età evolutiva) e per le seguenti tipologie assistenziali: attività ambulatoriale, attività residenziale, attività semiresidenziale, psichiatria penitenziaria. L'unico modulo ad oggi realizzato e reso operativo nel 2014 è quello relativo all'attività residenziale adulti (SIPC-SRa) rivolto a tutte le strutture residenziali psichiatriche (SRP) della Regione Lazio a gestione diretta del Dipartimento di Salute Mentale e private con accreditamento definitivo site nel territorio di competenza del DSM, non a direzione tecnica DSM.

Il sistema SIPC è web-based, e prevede una doppia modalità per l'invio dei dati: il caricamento in formato XML e il caricamento tramite un sistema di data entry on-line, che consente l'inserimento dei dati richiesti anche alle strutture prive di un sistema gestionale di raccolta.

Il Modulo Residenziale Adulti del SIPC è strutturato in cinque distinte sezioni informative: Personale e Dati di attività, a loro volta suddivisi in Anagrafica, Episodio di Cura, Specifica Episodio di Cura e Valutazione (quest'ultima facoltativa). I controlli automatici del sistema SIPC verificano la validità del formato, la validità della condizione di esclusività della rilevazione, la validità logico-formale dei singoli campi e quella su campi correlati. I dati acquisiti dal sistema devono essere validati dalle ASL di competenza, seguendo una precisa tempistica. È sempre possibile e raccomandato caricare i dati nel SIPC in tempo reale, fatta eccezione per i



giorni dedicati mensilmente alla validazione dei dati presenti a cura del referente ASL. I dati validati sono inviati al Sistema Informativo nazionale Salute Mentale (SISM - NSIS).

In attesa di un nuovo sistema informativo per la salute mentale regionale, è in atto lo sviluppo di nuovi moduli SIPC per i flussi territoriale e semiresidenziale dedicati all'attività rivolta agli adulti. Il SIPC può, in questa fase, integrare le funzioni del vecchio sistema SISP, estendendone la copertura (in particolare alle strutture semiresidenziali psichiatriche accreditate) e permettere una disponibilità del dato in tempo reale.

Inoltre, nelle more della definizione di un flusso nazionale e regionale sulla neuropsichiatria infantile la Regione Lazio intende avviare un monitoraggio dell'assistenza resa in età evolutiva e adolescenziale, necessaria alla verifica dell'erogazione dei LEA e alle attività di programmazione proprie del livello regionale.

7.2.2 La Telemedicina

La Regione Lazio ha recentemente novellato la propria regolamentazione in materia di Telemedicina, nell'ambito della sanità pubblica, con due disposizioni principali: il Decreto del Commissario ad Acta n. U00081 del 25 giugno 2020, recepito con DGR n. 406/2020, recante "Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021", e il Decreto del Commissario ad Acta n. U00103 del 22 luglio 2020 "Attivazione servizi di telemedicina in ambito specialistico e territoriale. Aggiornamento del Catalogo Unico Regionale (CUR)".

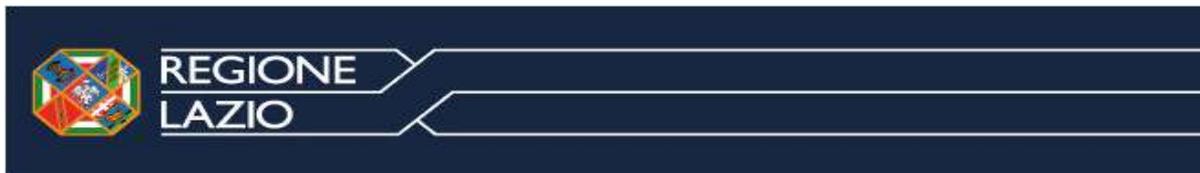
Già durante l'emergenza COVID-19 la Regione Lazio è stata impegnata a garantire e potenziare i servizi deputati a contrastare la diffusione del virus SARS-COV-2, assicurando al contempo l'assistenza e la continuità delle cure alle persone assistite e fornendo servizi dedicati alla popolazione generale, ricorrendo anche all'erogazione di prestazioni da remoto.

In particolare, su indicazione regionale del mese di marzo del 2020, le ASL hanno potenziato o attivato un numero telefonico di contatto, attivo sette giorni e, laddove possibile, sulle 24 ore, per consentire ai cittadini e agli assistiti di trovare uno spazio di ascolto e di sostegno.

Infatti, tutti i servizi sanitari territoriali, trovandosi impegnati a fronteggiare l'emergenza sanitaria e sociale derivata dalla pandemia, hanno dovuto gestire i bisogni di cura e assistenza dei pazienti già in carico e della popolazione generale, attivando modalità di assistenza innovative, ricorrendo alla Telemedicina come strumento immediato per garantire la continuità delle cure ai pazienti costretti a domicilio.

Per tale motivo la Regione Lazio, con il documento "Emergenza COVID-19 Azione di fase IV- Piano Regionale Territoriale" ha fornito indicazioni circa l'utilizzo della telemedicina, individuando un elenco, seppure non esaustivo delle prestazioni sanitarie, che in corso di pandemia, potevano essere erogate da remoto. In tal modo i servizi hanno potuto garantire la continuità assistenziale ai propri pazienti, nonché effettuare, nei limiti consentiti, prese in carico e valutazioni psicodiagnostiche sia per quanto riguarda la popolazione adulta che con riferimento all'età evolutiva. In particolare, non solo i CSM, ma anche i TSMREE hanno potuto realizzare anche osservazioni neuropsicomotorie in età prescolare, attività di teleriabilitazione, valutazioni neuropsicologiche in età scolare, incontri con insegnanti, parent-training e sostegno psicologico alle famiglie ed ai minori nelle varie fasce d'età in tutti i TSMREE.

La Telemedicina si è dimostrata, dunque, uno strumento potente e facilitante la collaborazione tra i professionisti sanitari dei DSM e dei TSMREE, nell'ambito della teleconsulenza e del teleconsulto, ma anche



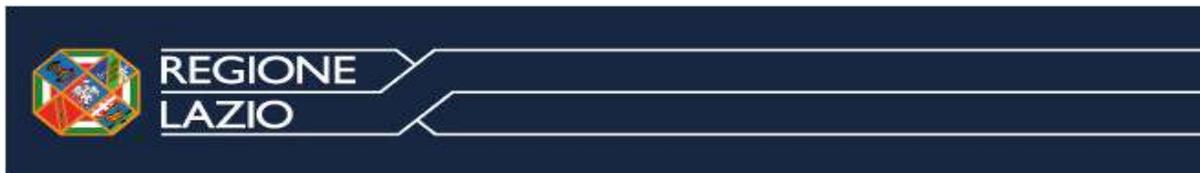
e soprattutto nel rapporto con i cittadini, che può utilmente accostarsi alla ordinaria assistenza in presenza. Tuttavia, è necessario definire la cornice metodologica e il perimetro di applicazione di tale servizio, individuando puntualmente gli strumenti e le piattaforme tecnologiche, le finalità, gli ambiti di applicazione, le tipologie di servizio incluse e le modalità di esecuzione.

Durante l'emergenza COVID-19 l'Istituto Superiore di Sanità ha emanato le "Indicazioni ad interim per servizi assistenziali di telemedicina durante l'emergenza sanitaria COVID-19.", allo scopo di fornire un supporto alla realizzazione di servizi in telemedicina durante emergenza COVID-19, offrendo indicazioni, individuando problematiche operative e proponendo soluzioni sostenute dalle evidenze, ma anche impiegabili in modo semplice nella pratica. Le indicazioni sono raccolte per semplicità in un unico modello di riferimento, ma possono essere usate in varia combinazione per erogare servizi sanitari e supporto psicologico, allo scopo di sorvegliare proattivamente le condizioni di salute di persone in quarantena, in isolamento o dopo dimissione dall'ospedale, oppure isolate a domicilio dalle norme di distanziamento sociale ma bisognose di continuità assistenziale, pur non essendo contagiate da COVID-19.

La telemedicina, infatti, rappresenta un'opzione concreta, fattibile e sicura, per il controllo a domicilio di tutte le tipologie elencate sopra, anche per i pazienti affetti da patologie croniche o che richiedano trattamenti di lungo periodo, normalmente gestiti in parte o del tutto da servizi territoriali o da strutture residenziali (si pensi a mero titolo di esempio: diabete, patologie cardiovascolari croniche, BPCO, terapie del dolore, chemioterapie, patologie psichiatriche, disabilità), comprendendo anche le persone affette da malattie rare e condizioni di fragilità che richiedono costanti contatti con le strutture sanitarie e gli operatori sanitari di riferimento, oppure persone che necessitano di particolare assistenza e/o supporto non ospedalieri, ma non differibili (ad esempio: gestanti, puerpere, persone con problematiche psicologiche).

Per tale motivo la Regione Lazio ha, con il DCA n. 103/2020, inserito alcune prestazioni di follow-up erogabili da psicologi e psichiatri all'interno delle prestazioni erogabili in telemedicina nei confronti dei pazienti già in carico presso i centri ambulatoriali specialistici (ospedalieri e territoriali) ovvero presso i diversi servizi territoriali.

Infine, l'accordo Stato, Regioni e Province Autonome sul documento recante "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina", CSR n. 215 del 17 dicembre 2020, tra gli ambiti di applicazione dei servizi di Telemedicina, inserisce il controllo delle patologie di particolare rilievo per la governance del SSN. La Telemedicina offre già attualmente la possibilità dell'assistenza sanitaria a distanza in molti ambiti della medicina e della chirurgia, sostenendo anche la riabilitazione dei pazienti e programmando con le strutture di riferimento l'iter medico assistenziale necessario per gestire sia l'evoluzione della malattia sia la condizione clinica generale dei pazienti. Tutto questo sia per pazienti adulti che in età pediatrica ed evolutiva. La Telemedicina si rivela utile per migliorare i servizi sanitari in favore di persone affette da patologie o condizioni che per gravità del decorso clinico, per diffusione tra la popolazione e/o per impegno economico, siano di rilievo per la governance del SSN. Esempi tipici sono le patologie cardiovascolari, respiratorie, endocrinologiche e del metabolismo, le patologie autoimmuni, le malattie rare, le malattie psichiatriche e i disagi psicologici, le disabilità, le condizioni cliniche di interesse chirurgico che necessitano di particolari attività diagnostiche in preparazione dell'intervento e/o di specifiche procedure di controllo del decorso post-operatorio.



Tutto ciò premesso, si ritiene necessario estendere l'utilizzo della Telemedicina anche nei diversi contesti di pertinenza della salute mentale (Istituti Penitenziari, REMS, Pronto Soccorso privi di SPDC)

7.3 La formazione degli operatori

I rapidi cambiamenti che interessano il mondo sanitario, come la pandemia COVID-19, impongono la necessità di indirizzare i professionisti verso un apprendimento che consenta di far fronte a tali cambiamenti e di favorire lo sviluppo di un servizio sanitario di livello avanzato. Il raggiungimento di tali obiettivi è strettamente correlato alla qualità dell'istruzione e della ricerca.

Il Ministero della Salute pone al centro delle sue iniziative a sostegno della qualità e sicurezza la formazione, intesa come fattore strategico necessario per il raggiungimento degli obiettivi previsti in tal senso dalla programmazione nazionale. La garanzia di una formazione di qualità è una responsabilità collettiva che coinvolge in primo luogo la comunità accademica, il Sistema Sanitario Nazionale in tutte le sue articolazioni, la comunità scientifica e gli organismi di rappresentanza dei professionisti che operano in sanità. Il principio della medicina basata sulle evidenze rimanda alla necessità di utilizzare profili di assistenza basati su prove di efficacia degli interventi sanitari; allo stesso modo, la formazione "evidence-based" deve avvalersi di metodologie e strumenti basati sulla efficacia, nonché di sistemi di verifica dell'impatto e dell'efficacia formativa.

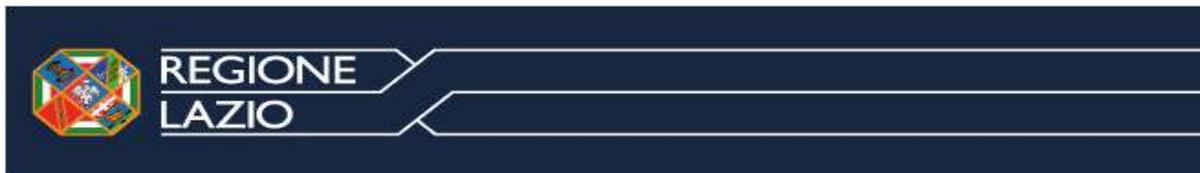
Per formazione si intende l'insieme dei processi che partecipano al conferimento delle competenze individuali, gruppalì e del sistema nella sua globalità. A tale proposito, è prioritario abbracciare un pensiero che integri tutte le attività formative nel campo della salute mentale.

Nell'ambito dell'organizzazione formativa attualmente vigente è tuttavia possibile evidenziare una serie di punti di debolezza, dovuti da un lato alla insufficienza dei crediti di psichiatria e psicologia nei corsi di laurea in medicina e chirurgia e nelle nuove professioni sanitarie e alla mancanza di master sui temi specifici della salute mentale, dall'altro dalla completa assenza dei temi di inerenti le dipendenze patologiche nella formazione dei professionisti.

Il rafforzamento dei suddetti insegnamenti sortirebbe influenze positive tanto sui professionisti del settore, quanto più in generale su tutti i professionisti della sanità, favorendo la comunicazione e il superamento della stigmatizzazione dei disagi psichici e delle dipendenze patologiche.

Sarebbe, inoltre, opportuno che i principi tecnico-teorici della relazione terapeutica diventassero parte integrante del curriculum di tutti i professionisti della sanità al fine di migliorare la collaborazione medico paziente.

Necessaria e imprescindibile, nell'ambito dell'integrazione formativa Università/Territorio è la formazione specifica degli operatori del territorio su temi attinenti alle dinamiche del territorio stesso: aggiornamento delle diagnosi, nuove patologie, nuovi approcci terapeutici, ma soprattutto formazione sul lavoro in rete, tra servizi sanitari territoriali, tra ospedale e territorio, con i servizi sociali e le associazioni del terzo settore, sul ruolo delle comunità e la recovery.



PARTE SECONDA: LE AZIONI STRATEGICHE DEL PIANO

8 Azioni strategiche di intervento

Il Piano regionale sulla Salute Mentale individua le seguenti azioni strategiche di intervento che indirizzeranno le attività di programmazione a tutela della salute mentale degli adulti e dei minori nel triennio 2022-2024; a ciascuna azione corrisponde una specifica scheda, indicata nella terza parte del documento, nella quale saranno declinate le specifiche attività da porre in atto per perseguire gli obiettivi individuati e conseguire i risultati attesi, con identificazione degli attori coinvolti, degli indicatori di monitoraggio e del cronoprogramma. Per ciascuna azione, le ASL/AO/AOU dovranno individuare un referente dei servizi coinvolti, al fine di perseguire il raggiungimento degli obiettivi previsti. Integrazione sociosanitaria e salute mentale di comunità

8.1 Integrazione sociosanitaria e salute mentale di comunità

Il Piano di azioni Nazionale per la Salute Mentale (PANSM) ha posto le basi per mettere al centro del dibattito nazionale l'esigenza di rinnovare le politiche e i servizi per la salute mentale, nell'ottica di orientare le prassi e metodologie alla recovery dei pazienti.

Allo stesso tempo il Piano fissa come punto strategico il coordinamento degli interventi, al fine di fornire risposte integrate ad una domanda complessa di assistenza che riguarda la persona ed il suo bisogno di salute globalmente considerato, ottimizzando l'utilizzo delle risorse finanziarie e valorizzando la multidisciplinarietà, riconoscendo un ruolo chiave alla riabilitazione psicosociale e agli interventi nella comunità di riferimento.

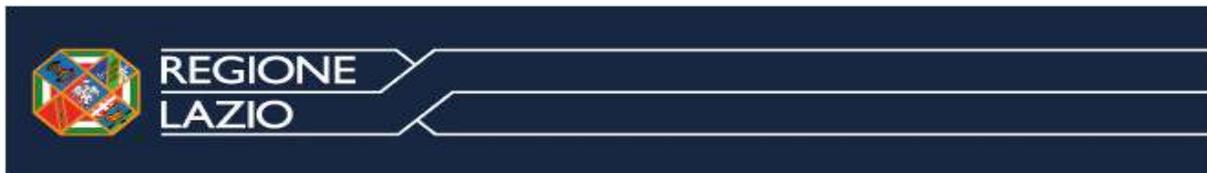
La legge quadro n. 328/2000 sul sistema integrato di interventi e servizi sociali ribadiva la centralità del territorio per la realizzazione, attraverso i piani sociali di zona, della rete di servizi sociali e il loro coordinamento e integrazione con gli interventi sanitari.

Con il DPCM 14 febbraio del 2001 recante "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie" si interviene a ridefinire le tipologie di prestazioni per aree di intervento e a regolare i criteri di suddivisione della spesa tra il SSN e i Comuni.

Con legge regionale n. 11/2016 e con il Piano sociale regionale 2019-2021 la governance è stata indirizzata verso la strutturazione di servizi di welfare definiti sui bisogni e sulle preferenze di ogni singola persona, rilanciando la centralità della capacità di scelta e controllo dell'utente sull'assistenza. Contestualmente, l'attuazione di leggi e programmi nazionali e regionali ha puntato a favorire in maniera trasversale l'emersione e la realizzazione di un articolato sistema di opportunità sociali dove concretizzare le diverse capacità della persona.

Gli strumenti di programmazione delle attività sociosanitarie per l'ambito distrettuale e dunque anche per quanto attiene alla tutela della salute mentale sono il Piano Sociale di Zona (art. 48, legge regionale 11/2016) e il Programma delle Attività Territoriali (art. 3-quater, comma 3, lettera c) del D.lgs. n.502/1992).

Il Piano Sociale di Zona definisce, tra l'altro, gli indirizzi per l'organizzazione e la gestione coordinata e integrata nell'ambito del distretto sociosanitario delle prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, a carico dei comuni, con le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, a carico dell'Azienda Sanitaria Locale, d'intesa con



l'Azienda Sanitaria Locale stessa. Definisce, inoltre, le risorse finanziarie e la relativa ripartizione degli oneri tra Azienda Sanitaria Locale e Comuni per l'erogazione a livello distrettuale delle prestazioni sociosanitarie. Per questi ultimi aspetti il Piano è approvato dagli organismi di indirizzo e programmazione congiuntamente con il Direttore generale dell'Azienda Sanitaria Locale.

Al contempo, il Programma delle Attività Territoriali, ai sensi dell'articolo 3-quater, comma 3, lettera c), del D.lgs. n. 502/1992 e successive modifiche, è proposto dal Direttore del distretto sanitario ed è approvato dal Direttore generale dell'Azienda Sanitaria Locale competente, d'intesa, limitatamente alle attività sociosanitarie, con gli organismi di governo istituzionale del distretto sociosanitario e secondo le indicazioni fornite dal Comitato di Distretto, organo comune della Convenzione per l'organizzazione e la gestione delle attività di integrazione sociosanitaria, disposto dall'art. 51, comma 3 della L.R. n. 11/2016.

L'approccio ad una governance per la salute mentale di comunità necessita dello sviluppo di servizi sociali e sanitari integrati, proattivi e di prossimità al cittadino, capaci di intercettare la domanda piuttosto che attenderla e in grado di strutturare risposte entro i contesti di riferimento della persona, favorendo la permanenza a domicilio, ove possibile e coinvolgendo il mondo del Terzo settore nell'ottica della co-gestione di politiche di welfare comunitario.

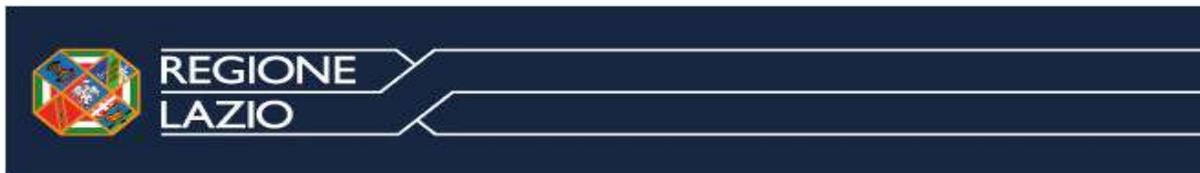
Una governance così prospettata, deve diffondersi uniformemente sul territorio regionale soprattutto per quanto attiene i seguenti elementi distintivi:

- promozione di una cultura della salute mentale che tenga conto della centralità della dimensione sociale negli interventi predisposti per il cittadino;
- attuazione delle previsioni di norma regionale con riferimento alle attività di integrazione sociale e sanitaria in ambito distrettuale per quanto attiene le attività di programmazione delle politiche sanitarie e sociali, accesso ai servizi e definizione di interventi integrati;
- implementazioni di nuovi modelli di programmazione, progettazione e realizzazione concertata del sistema integrato con il terzo settore;
- empowerment dell'utente e della famiglia.

La Regione Lazio, riconoscendo l'approccio bio-psico-sociale alla salute mentale come elettivo per ripensare la programmazione di politiche che a vario titolo intercettano il bisogno, con il presente Piano intende ridefinire i possibili percorsi assistenziali in salute mentale, in una logica di sistema e di offerta integrata dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali, che favorisca il reinserimento sociale attraverso interventi che promuovano le capacità relazionali e di autonomia personale necessarie a vivere nella comunità locale, valorizzando le risorse familiari e sociali adeguate a supportare il loro progetto di vita.

Tale approccio richiede una nuova visione dell'assetto organizzativo e di cultura dei servizi, con il Dipartimento di Salute Mentale entro una rete inter-istituzionale, in cui è l'integrazione la risposta e non le singole prestazioni, per un triplice ordine di motivi: a) l'integrazione genera maggiore efficacia di cura e di sostegno; b) l'integrazione favorisce un uso più efficiente delle risorse; c) l'integrazione riduce il disagio dei cittadini nel rapporto con i servizi, poiché il cittadino, piuttosto che il servizio, è messo al centro del processo.

Nella Regione Lazio il percorso di realizzazione dell'integrazione sociosanitaria è ancora in itinere, con una carente e disomogenea implementazione della L.R. n. 11/2016, anche a causa del rallentamento determinato dalla pandemia negli ultimi 2 anni.



Da ultimo le previsioni del PNRR indirizzano verso l'integrazione tra servizi e la definizione di percorsi assistenziali di prossimità rivolta ai cittadini con bisogni complessi.

Pertanto, uno dei primi obiettivi di questo Piano è quello di implementare in tutto il territorio regionale le politiche di integrazione socio-sanitaria previste nella L.R. 11/2016, ed in particolare la necessità di sviluppare:

- processi di integrazione sociosanitaria territoriale a partire dalla realizzazione della programmazione congiunta ASL-Distretto sociosanitario, sulle tematiche della salute mentale;
- percorsi assistenziali integrati e interistituzionali per i casi con bisogno complesso, le cui modalità, procedure e strumenti non sono ancora accessibili a tutti, né sono uniformi nei diversi territori, in particolare in riferimento a quanto previsto rispetto alla funzione del PUA, alla Valutazione Multidimensionale integrata ed alla definizione del Progetto di Assistenza Individuale³¹.

All'interno di tale cornice di evidenza, per sostenere concretamente la realizzazione della presente azione strategica vengono stabilite alcune componenti realizzative prioritarie, che dovranno orientare i diversi attori coinvolti nelle scelte di programmazione e attuazione territoriale.

Il dettaglio dell'azione strategica, inerente attori, azioni, indicatori e cronoprogramma, è definito nelle schede obiettivo di riferimento n. 9.1 e n. 9 .1.1.

8.2 Percorsi per l'inclusione sociale e la riabilitazione: progetti terapeutici riabilitativi supportati da Budget di Salute - supporto all'abitare -

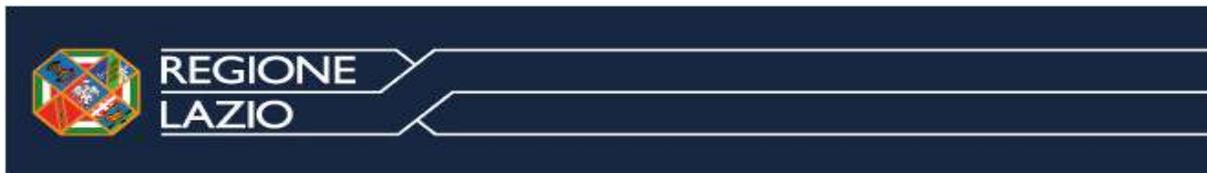
Nell'ambito dell'integrazione socio-sanitaria prevista nella Legge regionale n. 11/2016, i percorsi di inclusione sociale e riabilitazione della persona con disturbi mentali si devono orientare verso la recovery e fondare sul coordinamento e l'intervento congiunto delle risorse economiche, professionali e umane messe a disposizione dei diversi attori della rete attraverso lo strumento del budget di salute individuale.

Il Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRP) del paziente, sostenuto dal Budget di Salute, si costruisce a partire dalla definizione dei bisogni riabilitativi e sociali dell'individuo e dalla ricognizione delle risorse personali, familiari e di comunità che possono concorrere alla sua realizzazione. È dunque un processo dinamico che prende avvio dalla valutazione multidimensionale dei bisogni clinici assistenziali e riabilitativi e dalla presa in carico della persona, con la definizione di un progetto di intervento, sintesi e raccordo della collaborazione dei servizi sanitari e sociali e la comunità.

Il PTRP si declina sui principali determinanti sociali di salute (casa, formazione-lavoro, socialità) e si struttura nella definizione di un accordo tra il paziente e i diversi soggetti coinvolti, integrando le risorse di diversi servizi, Enti del Terzo Settore e altre agenzie che, in base alle specifiche competenze, cooperano nella promozione della migliore qualità di vita per la persona.

Nell'ambito del modello dei PTRP sostenuti da Budget di Salute, il supporto all'abitare si configura come intervento elettivo affinché la persona con problematiche di salute mentale rimanga nel proprio contesto di

³¹ Art. 21 "Percorsi assistenziali integrati" DPCM 17 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502".



vita e possa essere accompagnato in un processo di cura nella sua comunità di riferimento, integrando le prassi sanitarie con quelle di inclusione sociale.

Nel territorio regionale il ricorso allo strumento del Budget di Salute e all'abitare supportato è limitato ad alcune aree, tuttavia, le positive esperienze e gli orientamenti della programmazione sanitaria nazionale evidenziano l'opportunità di tale approccio in salute mentale.

Per tale motivo, nel presente Piano si intende intraprendere le iniziative necessarie a promuovere a livello regionale la progettazione personalizzata dell'intervento terapeutico riabilitativo sostenuta anche da BdS e la definizione di linee di indirizzo unitarie per la realizzazione di progetti di supporto all'abitare. In esito alla definizione di tali linee di indirizzo si valuterà l'opportunità di revisionare il DCA 467/2017

Il dettaglio dell'azione strategica, inerente attori, azioni, indicatori e cronoprogramma, è definito nella scheda obiettivo di riferimento n. 9.2

8.3 **Istituzione di percorsi integrati tra servizi territoriali distrettuali, cure primarie, Pediatri di Libera Scelta e servizi sociali per minori e adolescenti**

La presa in carico di bambini, adolescenti e donne che presentano problemi sanitari e sociosanitari complessi deve passare attraverso l'istituzione di percorsi integrati tra i diversi servizi territoriali e distrettuali e le diverse istituzioni.

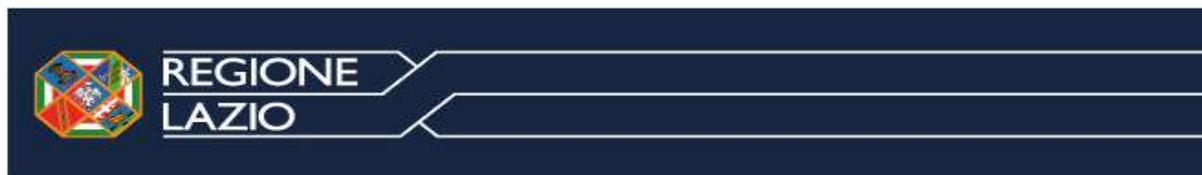
Il presente Piano intende promuovere strategie di intervento integrate da parte dei servizi pubblici consultoriali, dei servizi che si occupano di salute mentale nonché di tutti gli Enti e Istituzioni interessati a vario livello (Scuola, Enti Locali, Tribunale per i minorenni, Terzo settore, Tribunale ordinario, Forze di Polizia ecc.) focalizzate principalmente sugli interventi relativi alla popolazione delle donne, dei bambini e degli adolescenti.

Partendo da una visione unitaria del benessere del bambino, poi dell'adolescente e della donna durante tutto il ciclo esistenziale, è necessario ricondurre ad unità tutti gli interventi relativi alla salute dell'infanzia e adolescenza e della donna, garantendo una modalità di intervento basata sulla valutazione dei bisogni delle persone, favorendo un approccio sistemico e non frammentato.

Il modello organizzativo di intervento sull'integrazione sociosanitaria è costituito da équipe operative multidisciplinari e multiprofessionali per la presa in carico unitaria della persona nelle diverse fasi della vita e in relazione alle diverse tipologie di bisogno assistenziale.

Tale modello di intervento utilizza una modalità di presa in carico della persona e dei suoi bisogni il più precocemente possibile e sul percorso di continuità assistenziale di cura attraverso i servizi sociosanitari di prossimità, come previsto anche dal recente Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (Missione 6 Salute) che ha l'obiettivo di far raggiungere la massima autonomia in un contesto deistituzionalizzato anche attraverso una integrazione con i contesti di vita (sociale, scolastico, lavorativo).

La valutazione in équipe integrata multidisciplinare e la definizione di un Piano di Trattamento Individuale cioè di un progetto di cura permette di superare la frammentazione dei percorsi di cura sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali, anche attraverso l'utilizzo della telemedicina.



In termini di prevenzione è importante promuovere la costituzione di gruppi di lettura attraverso i Consultori Familiari (per esempio ai bambini entro i primi 1000 giorni di vita, tra mamme/papà e bambini piccoli, con gruppi di adolescenti tra pari), anche in collaborazione con gli altri servizi, con le scuole, le biblioteche, con gli assessorati alla cultura, ecc. quale azione di contesto che può aiutare alcune popolazioni target di famiglie e bambini, come quelli provenienti da contesti culturalmente poveri e/o che vivono in condizioni di isolamento sociale.

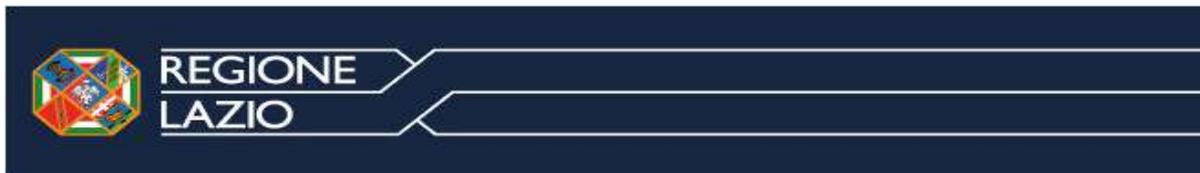
In ogni ASL devono essere definiti percorsi integrati attraverso protocolli di collaborazione (Consultorio Familiare, CSM, TSMREE, Distretto Sanitario, SerD, Punti Nascita, ecc.) nelle seguenti aree:

- tutela della salute mentale della donna durante la gravidanza e fino al primo anno di vita del bambino (o dopo l'adozione) anche alle donne appartenenti al circuito penale e ai loro bambini fuori dal carcere e/o in strutture sanitarie o socioassistenziali;
- violenza di genere e contrasto agli abusi: prevenzione, contrasto e cura donne e bambini/adolescenti vittime di abusi, violenza e/o testimoni di violenza;
- violenza di genere e contrasto agli abusi: prevenzione e contrasto abusi;
- relazioni tra i Consultori Familiari e la Giustizia (Tribunale per i Minorenni, Procura della Repubblica presso il Tribunale dei Minorenni, Tribunale Ordinario);
- post adozione: presa in carico integrata del minore e della famiglia nel caso di disagio psichico e/o nel caso di gravidanza;
- attività volte alla prevenzione degli atti autolesivi e del suicidio nei giovani vittime di maltrattamenti, abusi e/o bullismo o isolati socialmente;
- corsi/interventi di educazione sessuale per giovani appartenenti a categorie fragili (stranieri, ragazze e ragazzi con disabilità e/o "problemi" di salute mentale ecc.)
- post adozione: presa in carico integrata minore e famiglia nel caso di disagio psichico e/o nel caso di gravidanza.

Il dettaglio dell'azione strategica, inerente attori, azioni, indicatori e cronoprogramma, è definito nella scheda obiettivo di riferimento n. 9.3

8.4 Definizione di percorsi strutturati di presa in carico in età evolutiva

Tra le azioni strategiche appare essenziale porre come obiettivo prioritario la realizzazione dei PDTA aziendali per la presa in carico delle persone con disturbo dello spettro autistico. Tale disordine, attualmente ridefinito nel DSM 5 all'interno dei disturbi del neurosviluppo, descrive quadri clinici fenotipicamente variabili, ma riconducibili ad alcuni segni e sintomi comuni che rappresentano il nucleo centrale dello sviluppo atipico: la compromissione della comunicazione e dell'interazione sociale, ricompresi attualmente in un'unica categoria, e la presenza di interessi ristretti e/o comportamenti stereotipati. Si tratta di disturbi cronici che perdurano in tutto l'arco di vita, la cui specificità comporta la necessità di prevedere risposte articolate e modelli di intervento multimodali e flessibili, in grado di adattarsi a bisogni che si modificano nel tempo tenendo conto della dimensione evolutiva.



La complessità di tali disturbi ha rilevanti implicazioni di ordine sociosanitario ed importanti ricadute sul contesto familiare tali da richiedere un forte e concreto impegno, sia a livello delle istituzioni che dei servizi in raccordo con le associazioni dei familiari. Le linee di indirizzo sono state già definite dalla DGR 75/2018.

Il Piano vuole porre l'attenzione anche a quei disturbi del Neurosviluppo che incidono sulla qualità del successo formativo e sull'inclusione sociale.

Nel loro percorso evolutivo i minori incontrano la scuola come luogo di socializzazione e di apprendimento. Durante questo percorso possono andare incontro a normali difficoltà nell'apprendimento, risolvibili con interventi didattici personalizzati sia a scuola che a casa, ma possono incontrare anche difficoltà correlate a disagi socio-ambientali, alla specifica fase di sviluppo cognitivo ed emotivo-relazionale, alla mancanza di padronanza della lingua italiana, ad aversità psicosociali legate anche alla qualità della relazione intra familiari, al benessere psicologico dei genitori e alle loro abilità e competenze nelle capacità genitoriali, eventi avversi nella storia familiare, ecc. Inoltre, anche i predetti determinanti sociali di salute possono influenzare fortemente il benessere psicofisico del bambino e il suo apprendimento.

In tale contesto i bambini con Disturbi Specifici di Apprendimento o con ADHD, anche in comorbidità, possono andare incontro a precoci difficoltà scolastiche e conseguente rischio di compromissione della carriera scolastica e di prematuro abbandono degli studi.

Nel caso specifico dei DSA, poiché stiamo parlando di persone in età evolutiva, è prevista una gradualità negli interventi in ambito scolastico (di competenza esclusiva della scuola) con la personalizzazione degli interventi didattici, funzionale anche ad evitare l'eventuale medicalizzazione di semplici problemi educativi. In questa ottica, la tempestività della diagnosi, l'accuratezza della stessa e l'intervento integrato scuola-famiglia-PLS-servizi sanitari giocano un ruolo positivo nel determinare l'evoluzione dello sviluppo del bambino.

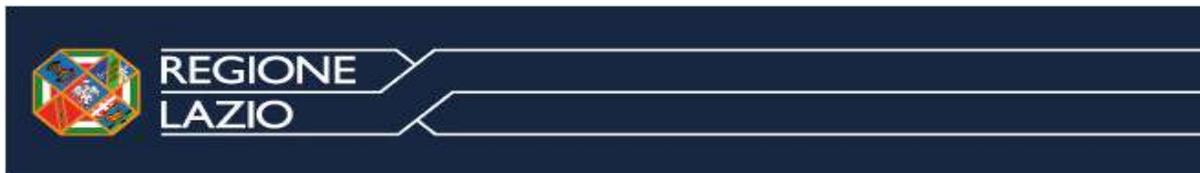
A tale proposito, la Regione Lazio con DGR 4 febbraio 2020 n.32, in accordo con l'Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio, ha adottato le "Linee guida per la diagnosi e la certificazione dei Disturbi specifici dell'apprendimento (DSA) ai sensi della legge 8 ottobre 2010, n. 170 (Nuove norme in materia di disturbi specifici di apprendimento in ambito scolastico)" che evidenziano il ruolo fondamentale della scuola nella identificazione precoce dei casi a rischio di DSA e nell'avvio di adeguati interventi di potenziamento.

Pertanto, è di fondamentale importanza definire e implementare dei percorsi integrati che definiscano le procedure di presa in carico e cura delle persone con DSA e/o ADHD e delle loro famiglie e approvare procedure integrate basate sulle evidenze scientifiche, che siano rispettose anche dei tempi e dei bisogni del bambino, che tengano conto anche degli aspetti legati al contesto socioculturale di provenienza e al genere.

Il dettaglio dell'azione strategica, inerente attori, azioni, indicatori e cronoprogramma, è definito nella scheda obiettivo di riferimento n. 9.4

8.5 **Potenziamento assistenza semiresidenziale per minori**

L'epidemia da SARS-COV-2 ha reso evidente la necessità di fornire risposte appropriate e tempestive alle suddette problematiche adolescenziali, individuando soluzioni assistenziali che consentano il contenimento relazionale e lo sviluppo di modalità adeguate di co-regolazione, in stretta collaborazione con i servizi dedicati all'adolescenza.



L'emergenza adolescenziale è attualmente rappresentata prevalentemente dai disturbi della regolazione emotiva, che si esprimono, spesso in modo erratico e non strutturato, con autolesionismo fino al suicidio, comportamenti sessuali promiscui e rischiosi, disturbi alimentari, uso problematico di sostanze e di alcol.

A tale proposito gli interventi semiresidenziali terapeutici rappresentano un elemento fondamentale della presa in carico di minori con disturbi nell'area della salute mentale.

Essi sono finalizzati a garantire interventi complessi e coordinati che richiedono transitoriamente un maggior grado di intensità rispetto agli interventi territoriali ambulatoriali, con permanenza nella struttura anche per buona parte della giornata, se necessario (laddove la gravità della sintomatologia richiede un ambiente adeguato ma non consente la piena frequenza scolastica) sfruttando la positività del gruppo eterogeneo dei pari e mantenendo le relazioni sociali e familiari. Essi richiedono una organizzazione estremamente flessibile, sia negli orari che nella sequenza e durata del trattamento, a seconda delle necessità delle diverse tipologie di utenti e di disturbi, preservando, per quanto possibile, la frequenza scolastica, con modalità concordate attraverso gli strumenti relativi all'inclusione scolastica, che possano facilitare quanto più possibile il mantenimento partecipazione alla vita scolastica e alle relazioni con i pari, anche per un orario ridotto, e con obiettivi personalizzati o individualizzati quando necessario.

Possono assumere un ruolo importante anche per il completamento del percorso di valutazione funzionale (permettendo di fare meglio emergere le risorse esistenti) per l'intervento in situazioni di subacuzie o di crisi, per la transizione da e verso la residenzialità e il ricovero.

Con DCA n. U00424 19 dicembre 2012 la Regione Lazio ha definito il Piano del fabbisogno assistenziale per i minori con disturbo psichico, che tuttavia, ad oggi, risulta non pienamente attuato, soprattutto per quanto riguarda i centri semiresidenziali dedicati all'età prescolare e quelli indirizzati agli adolescenti.

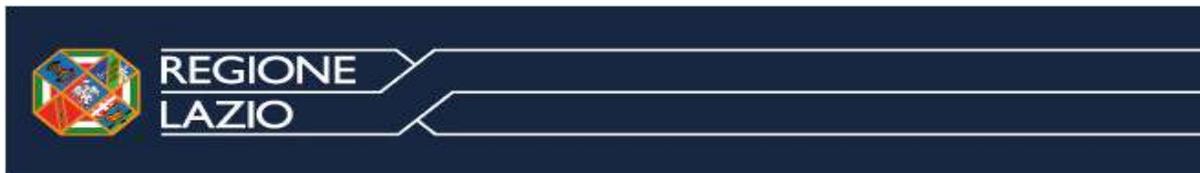
Questa mancata attivazione dell'offerta assistenziale diventa ancora più cogente se si considera che le recenti evidenze mostrano che, con l'emergenza da SARS-COV2, si è assistito ad un incremento delle problematiche adolescenziali di disagio/sofferenza psichica, anche ad elevata complessità e gravità, alcune delle quali possono sfociare in ideazione suicidaria e/o tentativi di suicidio. La pandemia ha avuto un impatto sul benessere psicologico dei minori e adolescenti ed influenzato negativamente la loro salute mentale, causando un aumentato senso di solitudine o di ritiro sociale, un incremento dei disturbi del sonno, di ansia e di depressione, dei disturbi dell'umore e della condotta, del consumo alcool e di sostanze d'abuso.

Ciò premesso, è necessario che si completi l'offerta già prevista nel DCA n. 424/2012, per affrontare fin da subito le conseguenze ingeneratesi nella popolazione adolescenziale in esito alla pandemia e per garantire l'assistenza prevista.

Il dettaglio dell'azione strategica, inerente attori, azioni, indicatori e cronoprogramma, è definito nella scheda obiettivo di riferimento n. 9.5

8.6 La transizione dall'età evolutiva all'età adulta

La letteratura scientifica è ormai concorde nel descrivere l'adolescenza come il periodo che va dalla pubertà ai 25 anni circa, dal punto di vista neurobiologico dello sviluppo cerebrale, neuropsicologico e relazionale. L'adolescenza rappresenta, pertanto, un periodo critico e delicato per la salute mentale.



In questa fase del suo sviluppo, il cervello è particolarmente vulnerabile a fattori di stress di vario tipo, che possono sia determinare la continuità e il consolidamento dei disturbi del neurosviluppo ad esordio precoce, sia l'insorgenza di tutte le altre forme della sofferenza psichica ad esordio nell'infanzia e nella prima adolescenza, e che costituiscono, inoltre, fattori di rischio psicopatologico per l'età adulta.

L'evoluzione della psicopatologia e la relativa cronicizzazione dipende anche dalla tempestività con la quale viene attivata la presa in carico nella fase di transizione della presa in carico dal servizio TSMREE al DSM/CSM e deve essere intesa come un percorso dinamico, attivato per tempo, che garantisca continuità e flessibilità delle cure e tenga conto delle esigenze sociali, educative e professionali dell'adolescente.

È indispensabile, pertanto, dare rilevanza alla transizione dall'età evolutiva all'età adulta, configurando una risposta sanitaria integrata, appropriata al trattamento della Disabilità Intellettiva, dell'Autismo in età adulta e delle altre patologie psichiatriche ad esordio in adolescenza, ovvero protocolli specifici integrati tra neuropsichiatria dell'età evolutiva e psichiatria dell'età adulta, veri e propri servizi della transizione. È, altresì fondamentale che gli interventi terapeutici si integrino con gli interventi di tipo sociale, familiare e scolastico, e in generale con l'ambiente sociale di riferimento in modo da garantire un "senso di sicurezza" per la persona e una migliore efficacia dell'intervento.

Il dettaglio dell'azione strategica, inerente attori, azioni, indicatori e cronoprogramma, è definito nella scheda obiettivo di riferimento n. 9.6

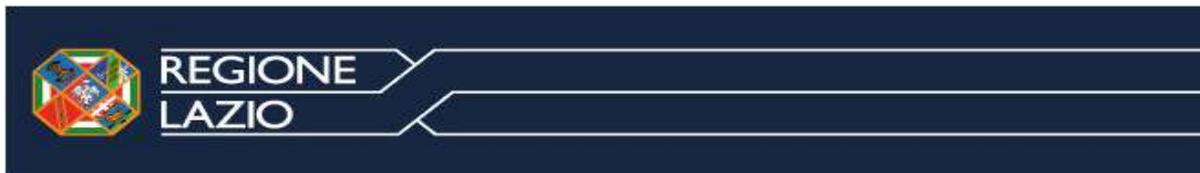
8.7 Percorsi di cura integrati per gli esordi psicotici

In data 12 novembre 2014 è stato siglato l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità Montane (rep. Atti 137/CU) 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"; tale Accordo approfondisce alcuni obiettivi prioritari del Piano di azioni nazionale per la salute mentale- PANSM- (rep. Atti 4/CU del 24/1/2013), raccomandando la definizione di percorsi diagnostico terapeutico assistenziali (PDTA) per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi della personalità, raggruppamenti psicopatologici gravi che presentano una complessità marcata del quadro clinico, della compromissione del funzionamento personale e sociale, elevati livelli di disagio e sofferenza individuale e familiare, e che impegnano quote importanti del budget dei servizi sanitari e sociosanitari.

Il Decreto del Commissario ad Acta n. U00094 del 17 marzo 2017 ha recepito il predetto Accordo, dando mandato alle ASL di provvedere all'applicazione delle previsioni in esso contenute.

Tuttavia, a distanza di tempo, si rileva una situazione di eterogenea adozione di tali PDTA da parte dei Dipartimenti di Salute Mentale delle diverse ASL. Pertanto, considerato che le tipologie di pazienti individuate sono portatrici di bisogni complessi sotto il profilo clinico e assistenziale, è necessario porre in atto le azioni necessarie per garantire percorsi di cura che perseguano la centralità del paziente, l'integrazione multiprofessionale, la pratica basata sulla medicina delle evidenze ed il miglioramento continuo della qualità.

A tal fine, entro un anno dalla data di adozione del presente Piano, i DSM, dovranno adottare gli specifici PDTA con priorità verso gli utenti con bisogni complessi e che necessitano di interventi multi-professionali, e garantire in integrazione con i distretti sanitari i previsti processi assistenziali previsti dal PANSM, ovvero



consulenza/collaborazione con MMG, assunzione in cura e presa in carico, continuità assistenziale e integrazione con i diversi Enti interessati, coinvolgimento della famiglia ed empowerment, rapporti con gli altri servizi territoriali e ospedalieri, nonché residenziali e semiresidenziali. In particolare, per i primi episodi psicotici, ogni DSM dovrà dotarsi di percorsi dedicate o di servizi specifici per gli interventi precoci, senza tralasciare gli interventi di prevenzione primaria e secondaria già descritti.

Il dettaglio dell'azione strategica, inerente attori, azioni, indicatori e cronoprogramma, è definito nella scheda obiettivo di riferimento n. 9.7

8.8 Percorsi di cura integrati per i Disturbi Alimentari

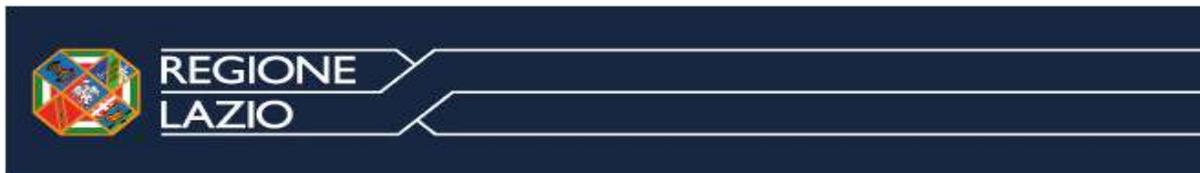
I Disturbi Alimentari (DA) possono essere definiti come persistenti disturbi del comportamento alimentare associati a una alterazione della percezione corporea e del controllo del proprio peso e delle forme corporee, che danneggiano la salute fisica o il funzionamento psicologico e che non sono secondari a nessuna condizione medica o psichiatrica conosciuta. Sono disturbi della sfera psichica, che richiedono una rete di interventi e la costruzione di percorsi di cura dedicati che offrano ai pazienti interventi precoci, multiprofessionali e complessi. Da alcuni anni sono oggetto di attenzione crescente da parte del mondo scientifico e della comunità degli operatori sanitari e sociali, in virtù della loro diffusione tra le fasce più giovani della popolazione e della loro eziologia multifattoriale complessa.

Il Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale (PANSM) individua le aree di bisogno prioritarie, i percorsi di cura e le azioni programmatiche di tutela della salute mentale in età adulta, in infanzia e in adolescenza. Uno degli obiettivi specifici prioritari individuati dal PANSM è il miglioramento del trattamento dei Disturbi Alimentari.

La Conferenza Nazionale sui Disturbi Alimentari negli adolescenti e nei giovani adulti, svoltasi il 24-25 ottobre 2012 presso l'Istituto Superiore di Sanità (Rapporto ISTISAN 13/6) ha prodotto raccomandazioni per una gestione appropriata dei DA, sulla base della valutazione delle evidenze scientifiche sulle aree dell'epidemiologia, della prevenzione e dei modelli organizzativi, effettuata da un gruppo di esperti multidisciplinare e multiprofessionale e accompagnata dalle relative motivazioni scientifiche.

Il Decreto del Commissario ad Acta della Regione Lazio n. U00080 del 14 marzo 2016, ha definito i *Percorsi di presa in carico sanitaria e di cura dei Disturbi Alimentari* e i *Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie* dedicate alla loro cura, sulla base della *Stima del fabbisogno di servizi/strutture*, effettuata dal tavolo di lavoro tecnico-scientifico istituito con Determinazione n. G03994 del 08/04/2015. Il DCA n. U00080 si propone di istituire una rete integrata di presa in carico sanitaria per garantire alle persone affette dai Disturbi Alimentari, sia minori che adulti, degli interventi sia dal punto di vista psicologico-psicoterapeutico e psichiatrico che dal punto di vista internistico-nutrizionale. In accordo con le linee guida nazionali e internazionali, il DCA n. U00080 individua quattro livelli di cura della rete dedicata al trattamento dei DA (Ambulatoriale, Semiresidenziale, Residenziale e Ospedaliero). La rete di cura dedicata ai DA deve essere fortemente integrata con i Servizi del territorio, al fine di ridurre la frammentazione della risposta assistenziale, l'inappropriatezza delle cure e lo spreco di risorse pubbliche.

Dopo cinque anni dall'approvazione del DCA n. U00080, si rileva un evidente ritardo nell'adozione dei percorsi dedicati ai Disturbi alimentari da parte dei Dipartimenti di Salute Mentale delle diverse ASL regionali.



È pertanto necessario porre in essere le azioni previste dal predetto decreto, in modo particolare l'implementazione degli ambulatori territoriali in tutte le ASL, per garantire percorsi di cura dedicati, che perseguano l'umanizzazione delle cure e la centralità del paziente, il coinvolgimento delle familiari, l'integrazione multiprofessionale, la pratica basata sulla medicina delle evidenze e il miglioramento continuo della qualità.

A tal fine, entro un anno dalla data di adozione del presente Piano, le Direzioni Aziendali dovranno adottare i percorsi di cura multiprofessionale, già definiti dal DCA n. U00080 del 14 marzo 2016, con priorità verso gli utenti con bisogni complessi e garantire, in integrazione con i Distretti sanitari, i processi assistenziali previsti dal PANSM, ovvero consulenza/collaborazione con MMG e PLS, assunzione in cura e presa in carico, continuità assistenziale e integrazione con i diversi Enti interessati, coinvolgimento della famiglia ed *empowerment*, rapporti con gli altri servizi territoriali e ospedalieri, nonché residenziali e semiresidenziali. In particolare, per gli esordi DA, che interessano prevalentemente la fascia adolescenziale e prima età adulta, primi episodi psicotici, ogni DSM dovrà dotarsi di équipe dedicate o di servizi specifici per gli interventi precoci, senza tralasciare gli interventi di prevenzione primaria e secondaria.

Ad integrazione di quanto sopra indicato la Legge di Bilancio n. 234 del 30 dicembre 2021 prevede per i Disturbi Alimentari alcune importanti novità: nell'ambito dell'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, il Ministero della salute provvede ad individuare la specifica area dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA) le cui prestazioni sono inserite attualmente nell'area della salute mentale. Nelle more dell'aggiornamento dei LEA, presso il Ministero della Salute è stato istituito il "Fondo per il contrasto dei Disturbi della Nutrizione e della Alimentazione", con dotazione di 15 milioni di euro per il 2022 e 10 milioni per il 2023. Al finanziamento possono accedere tutte le Regioni.

Il dettaglio dell'azione strategica, inerente attori, azioni, indicatori e cronoprogramma, è definito nella scheda obiettivo di riferimento n. 9.8

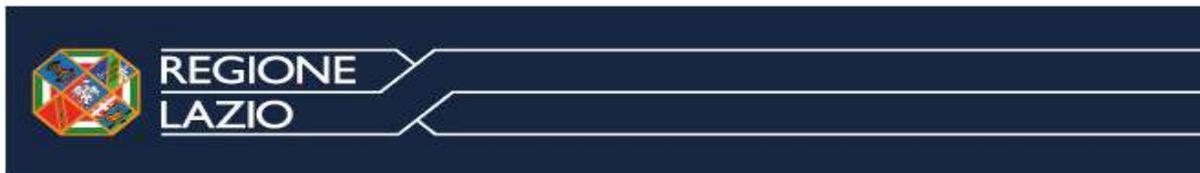
8.9 La gestione delle emergenze in salute mentale

Nelle situazioni di sub-acuzie, pre-acuzie e post-acuzie psichiatrica in età evolutiva deve essere garantito un percorso di presa in carico appropriata per intensità e specificità.

Il percorso assistenziale deve prevedere l'attivazione di risposte con livelli di intensità assistenziale differenziati in base alla gravità e tipologia del disturbo, al contesto socio-familiare e alla fase evolutiva dell'adolescente, e dunque in coerenza con i bisogni clinici emergenti (criterio dell'appropriatezza clinica) nonché con la capacità di potervi accedere (criterio della compatibilità clinica).

In particolare, deve essere possibile accedere a trattamenti territoriali adeguatamente intensivi e/o a interventi semiresidenziali terapeutici, eventualmente anche a interventi domiciliari, ed ove tali trattamenti non siano sufficienti, il percorso di cura deve poter prevedere la possibilità di interventi terapeutici residenziali.

Il PTI deve sempre includere la diagnosi, codificata secondo i criteri previsti dalle classificazioni diagnostiche internazionali e descrivere la gravità e complessità del quadro clinico, la compromissione del funzionamento personale e sociale del paziente in ambito familiare, scolastico e del gruppo dei pari e sulla base di strumenti



di valutazione standardizzati, le risorse e le potenzialità esistenti, le necessità terapeutiche, riabilitative ed assistenziali, la stabilità clinica nonché punti di forza e criticità della famiglia e del contesto di riferimento.

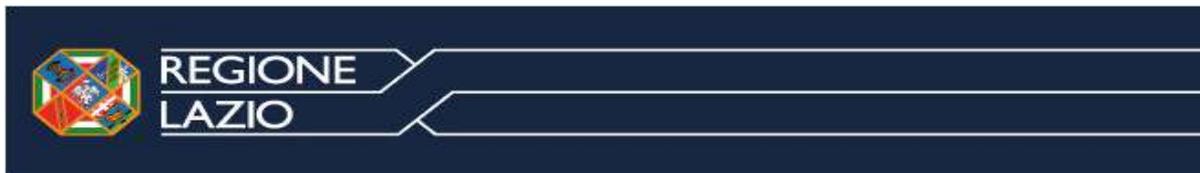
Nei casi in cui si renda necessario un ricovero ospedaliero, questo deve porsi come obiettivo finale una adeguata presa in carico da parte del servizio territoriale, mirata anche alla prevenzione di ulteriori accessi in Dipartimento di Emergenza Accettazione (DEA) e orientata al miglioramento della salute mentale del minore, della sua qualità di vita e di quella della sua famiglia. In esito ad un episodio di ricovero ordinario in acuzie, il minore e la sua famiglia devono avere un chiaro punto di riferimento per il proseguimento delle cure, ed un appuntamento per la continuità post dimissione presso il servizio territoriale di competenza. Il ricovero non può rappresentare una semplice soluzione di emergenza, ma costituisce il momento in cui diviene possibile attivare (se non lo è già stata) tutta la filiera dei Servizi.

Il Percorso Territoriale per l'emergenza psichiatrica in adolescenza e per la gestione dei casi ad elevata complessità deve prevedere un modello organizzativo dei Servizi con attività coordinate di prevenzione, presa in carico, interventi sulla crisi psichiatrica, continuità assistenziale Territorio-Ospedale-Territorio, integrazione delle reti sanitarie e sociali. In coerenza con la normativa nazionale e regionale di riferimento, e nel rispetto dell'autonomia di ciascuna ASL di articolare l'assistenza secondo propri modelli organizzativi, dovranno essere attivati percorsi per il coordinamento e presa in carico degli adolescenti, attraverso opportuni protocolli e procedure operative intra e interaziendali, a garanzia della continuità assistenziale. Tali protocolli dovranno prevedere il raccordo con il livello territoriale e il livello ospedaliero, l'accoglienza delle segnalazioni provenienti dai diversi servizi distrettuali, la valutazione multidimensionale dei bisogni clinico assistenziali e individuazione del regime di cura più appropriato per il trattamento (ambulatoriale, semiresidenziale, residenziale), l'eventuale integrazione dell'UVMD a livello distrettuale per le situazioni in cui sarà necessario intervenire in maniera integrata con azioni di tutela. La tempestività nella diagnosi e nell'accesso al trattamento costituisce una importante determinante nella prognosi, oltre che di sollievo per le famiglie, in quanto consente, in assenza di un chiaro inquadramento diagnostico, di evitare il ricorso ad accessi multipli pubblico/privato.

Per consentire la realizzazione di un tale modello assistenziale è necessario che venga formalizzato un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale aziendale condiviso con i servizi sanitari territoriali e ospedalieri di riferimento coinvolti nella gestione della emergenza-urgenza psichiatrica in adolescenza (UO di NPJA, PS/DEA, UO pediatria, UO psichiatria, servizi TSMREE, SERD, area consultoriale, servizi TSMREE, servizi Disturbi alimentari, PLS e MMG, ecc.) che vengano intraprese mirate iniziative formative e di aggiornamento integrate tra i diversi professionisti, e che siano, inoltre, adottati protocolli operativi con gli altri enti interessati (servizi sociali comunali, scuole, tribunali...) al fine di garantire il coordinamento e la gestione integrata dell'adolescente nei suoi diversi contesti di vita.

Si raccomanda ai servizi per la salute mentale in età evolutiva, inoltre, la definizione di Percorsi di cura (PDTA) per i disturbi mentali gravi (Disturbo dello spettro psicotico, Disturbo depressivo, Disturbi gravi di personalità, Disturbi Alimentari), per i quali si rende necessario evitare la variabilità e la disomogeneità degli interventi garantendo al tempo stesso una personalizzazione del percorso di cura.

Il dettaglio dell'azione strategica, inerente attori, azioni, indicatori e cronoprogramma, è definito nella scheda obiettivo di riferimento n. 9.9



8.10 **Potenziamento rete sanitaria per pazienti psichiatrici autori di reato in misura di sicurezza non detentiva**

L'esperienza maturata nell'assistenza sanitaria di soggetti affetti da patologia psichiatrica grave accolti nelle REMS mostra che, per il 60% dei pazienti dimessi, il Percorso Terapeutico Riabilitativo prevede l'inserimento in strutture residenziali territoriali; tuttavia, l'evidenza mostra alcune criticità, condivise con la Magistratura, in ordine alla difficoltà di ottenere tempestivamente il parere di dimissibilità per questi pazienti, nonché di individuare strutture terapeutico riabilitative esterne alla REMS dove proseguire il Percorso Terapeutico Riabilitativo già iniziato.

Per tale motivo, la Regione Lazio intende promuovere la sperimentazione di una "struttura per la Libertà Vigilata" da realizzarsi presso la ex REMS transitoria di Palombara I (ai sensi della rete definitiva del DCA n. 486/2019) destinata ad ospitare:

- pazienti già accolti in REMS in misura detentiva, quindi stabilizzati sul piano psicopatologico, per avviarli ad un programma riabilitativo che prelude ad un futuro inserimento o in ambiente residenziale tipo SRTR/SRSR o in altre strutture che il DSM competente riterrà adeguate;
- pazienti già accolti in Strutture Residenziali Territoriali, che per varie ragioni abbiano subito l'aggravamento della misura di sicurezza, ma che potrebbero in qualche maniera risentire negativamente sul piano psicosociale dell'impatto con una struttura più contenitiva come la REMS

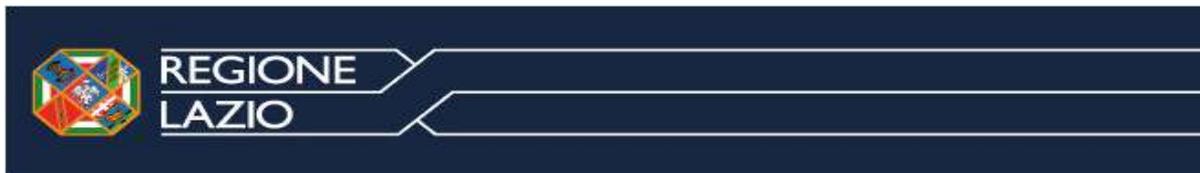
Il passaggio dalla REMS alla struttura per la libertà vigilata viene deciso dal clinico previa proposta alla Magistratura che può trasformare la misura di sicurezza detentiva in misura di sicurezza non detentiva (libertà vigilata).

Il dettaglio dell'azione strategica, inerente attori, azioni, indicatori e cronoprogramma, è definito nella scheda obiettivo di riferimento n. 9.10

8.11 **Prevenzione del suicidio e del tentato suicidio**

Il suicidio come fenomeno multifattoriale non si ascrive ad una singola causa ma a molteplici fattori come ad esempio quelli genetici, ambientali e psicologici/comportamentali oltre ad aspetti concernenti la salute dell'individuo. La prevenzione del suicidio è al centro di ogni progetto che investa sulla promozione della salute mentale. I disturbi mentali sono stati spesso indicati come causa di suicidio e di tentativo di suicidio, tuttavia le ultime evidenze concordano nel ritenere che siano elementi importanti nel contribuire al rischio di suicidio ma non esclusivi o esaustivi. Altri fattori possono, infatti, concorrere ad aumentare il rischio di suicidio e determinare una crisi suicidaria. Questi individui non sono affatto determinati a morire, vorrebbero in realtà vivere, ammesso che si possa ridurre lo stato di dolore mentale che alberga nella loro mente. Oltre a ciò, molta attenzione è tradizionalmente posta ai fattori di rischio per il suicidio. Questi possono essere cronici e dunque distali o detti duraturi, alle volte non immediatamente riconducibili al suicidio come ad esempio gli eventi avversi infantili, oppure dinamici, prossimali, presenti nel breve termine e soggetti a modificazioni e più facilmente riconducibili, al suicidio. Classicamente la letteratura pone l'accento su:

- fattori psichiatrici come depressione maggiore, schizofrenia, uso di alcol e altre droghe e disturbi d'ansia;
- fattori biologici o tratti genetici, come una storia familiare di suicidio;



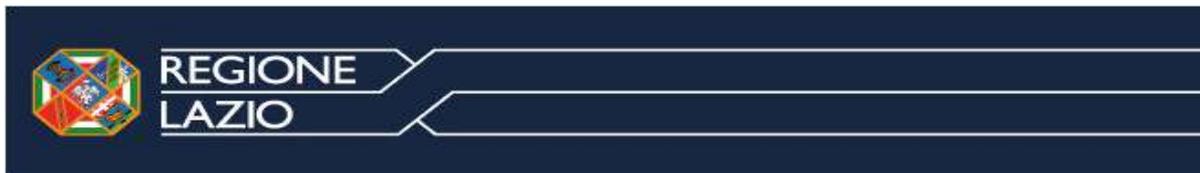
- eventi di vita avversi, come la perdita di una persona cara o di un lavoro, problemi relazionali, legali, patologia medica;
- fattori psicologici, come il rapporto interpersonale, la violenza o una storia di abusi fisici e sessuali durante l'infanzia e sentimenti di disperazione;
- fattori sociali e ambientali, inclusa la disponibilità dei mezzi di suicidio (armi da fuoco, gas tossici, medicinali, erbicidi e pesticidi), isolamento sociale e difficoltà economiche, problematiche legali.

Alcuni fattori di rischio variano con l'età, il sesso, l'orientamento sessuale e il gruppo etnico. Particolarmente a rischio sono i gruppi emarginati quali minoranze, rifugiati, disoccupati, carcerati e quanti presentano problemi di salute mentale.

Tuttavia considerare i soli fattori di rischio può rivelarsi fuorviante in quanto evoca un numero notevole di falsi positivi. Oggi l'enfasi è posta sulla valutazione del rischio di suicidio quale indagine atta ad esplorare le idee e gli intenti suicidari, conoscere l'individuo, la sua storia, le relazioni e gli elementi che generano sofferenza. Attraverso un approccio empatico l'esaminatore è facilitato nell'esplorare componenti assai intime e spesso celate di soggetti in crisi. Un rapporto basato su un'alleanza terapeutica con il soggetto suicidario potrà far luce su eventuali piani di suicidio e possibilità di accesso a metodi letali.

Sebbene il suicidio non sia prevedibile, sono tuttavia applicabili interventi preventivi basati su strategie consolidate nel panorama internazionale. Un punto importante risiede nel far conoscere il fenomeno suicidario attraverso la dissoluzione di false credenze che spesso costituiscono il principale ostacolo ad una concreta azione di sostegno agli individui in crisi. Programmi di informazione e formazione sono dunque fondamentali per aumentare la consapevolezza del fenomeno e sensibilizzare la popolazione a riconoscere i soggetti in crisi, per indirizzare particolare attenzione a popolazioni a rischio (ad esempio i giovani, gli anziani, soggetti con disturbi mentali) e per assistere coloro che hanno già manifestato il comportamento suicidario. Un'enfasi particolare dovrebbe poi essere posta sull'unicità del dolore mentale percepito da coloro che presentano rischio di suicidio. Tale condizione di sofferenza estrema caratterizza la maggior parte di coloro che necessitano di un intervento di prevenzione del suicidio. Dotare dunque i professionisti della salute mentale di strumenti per la valutazione e gestione di queste condizioni rappresenta un percorso irrinunciabile per la prevenzione del suicidio. Oltre a ciò, la conoscenza dei segnali di allarme per il suicidio rappresenta un obiettivo di grande rilievo. A differenza dei fattori di rischio, i segnali di allarme sono spesso usati nei programmi di sensibilizzazione alla popolazione per il riconoscimento precoce degli individui in crisi. I segnali di allarme sembrano dunque essere elementi emergenti dalla crisi suicidaria, capaci di condurre l'indagine verso l'individuazione, nel breve periodo, del rischio di suicidio.

La Regione Lazio, in coerenza con le previsioni del PANSM, ha recepito con DCA n. U00026 del 23 gennaio 2015 l'Accordo CU n. 5 del 12 gennaio 2012, recante «Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento ed ha approvato il documento "Programma operativo di prevenzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale nella Regione Lazio"; più in generale, intende promuovere strategie di prevenzione primaria e secondaria mediante il coordinamento e la collaborazione tra le diverse componenti sanitarie e sociali, nonché gli Enti del Terzo settore, la scuola, il lavoro e il contesto di vita della persona. Tali strategie devono basarsi sulla attuazione di programmi di formazione rivolti agli operatori, sui comportamenti a rischio suicidario e sulla individuazione e gestione delle situazioni a rischio



ed attuare specifiche azioni tese ad incrementare l'attivazione di una valutazione precoce del rischio e di trattamenti efficaci, appropriati e tempestivi.

Il dettaglio dell'azione strategica, inerente attori, azioni, indicatori e cronoprogramma, sono definiti nella Scheda obiettivo di riferimento n. 9.11.

8.12 Il personale nei servizi per la tutela della salute mentale

I percorsi di salute mentale si basano in primo luogo sulle diverse figure professionali presenti nei diversi servizi territoriali e ospedalieri dedicati i quali, in un'ottica interdisciplinare di tutela della salute mentale di comunità interagiscono con le persone con disagio psichico e con gli altri enti del sociale e del terzo settore.

Nel tempo i bisogni di salute mentale della popolazione sono cambiati, e ciò ha richiesto al Servizio sanitario regionale una risposta assistenziale potenziata e diversificata, appropriata ed evidence based. In particolare la recente pandemia ha inciso in maniera rilevante sulla risposta dei servizi alla domanda di cura, in quanto chiamati a garantire assistenza ai pazienti con bisogni complessi già seguiti, prendere in carico nuovi utenti adulti e minori, offrire assistenza e supporto psicologico al disagio psichico emergente della cirradinanza, a partire dagli adolescenti e dalle persone più fragili.

Tuttavia, negli ultimi anni si è assistito ad un depauperamento delle risorse umane all'interno dei dipartimenti di salute mentale, e degli altri servizi delle ASL e delle Aziende Ospedaliere, spesso dovuto al pensionamento del personale e alla sua mancata sostituzione.

Tale problematica, rilevata anche ad un più alto livello nazionale, deve confrontarsi con le future sfide che il Servizio sanitario regionale sarà chiamato ad affrontare, a partire dal potenziamento del territorio così come previsto dal PNRR. Non a caso, a livello nazionale, si sta procedendo alla redazione di un documento cosiddetto DM 71) che ridefinisca i modelli e gli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale, anche per quanto concerne la salute mentale.

In considerazione delle mutate esigenze epidemiologiche di tutela della salute mentale, e tenuto conto delle iniziative che stanno avvenendo nel più ampio panorama nazionale, la Regione ritiene opportuno avviare un progetto di valutazione del profilo epidemiologico della popolazione e di analisi del bisogno di cura al fine di valutare e ridefinire il fabbisogno di personale dei servizi sanitari dedicati alla tutela della salute mentale necessario a garantire i livelli essenziali di assistenza.

Il dettaglio dell'azione strategica, inerente attori, azioni, indicatori e cronoprogramma, sono definiti nella Scheda obiettivo di riferimento n. 9.12.

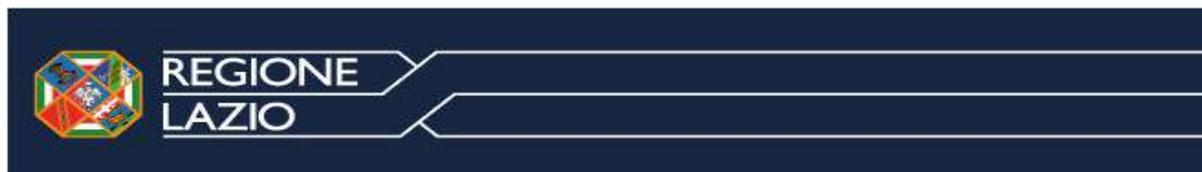


PARTE TERZA: SCHEDE OBIETTIVO DELLE AZIONI STRATEGICHE DI INTERVENTO

9 SCHEDE OBIETTIVO

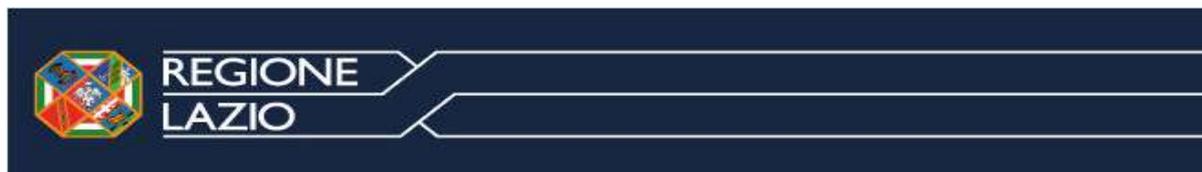
9.1 Integrazione sociosanitaria e salute mentale di comunità

Obiettivo generale	Tutela della salute mentale nella comunità: azioni di prevenzione e lotta allo stigma sociale e all'esclusione		
Descrizione Obiettivo	<ul style="list-style-type: none"> • Attivazione di una governance che promuova pratiche per il riconoscimento e trattamento dei <i>Disturbi Emotivi Comuni</i> in un'ottica di prevenzione della cronicità. Risulta necessario potenziare i servizi di prossimità al cittadino e la rete tra Pediatri di Libera Scelta/Medici di Medicina Generale con i servizi per la salute mentale. • Realizzazione di programmazioni sanitarie e sociali territoriali dedicate alla prevenzione su popolazioni ritenute a rischio e contemporaneamente azioni per il benessere della comunità, che aumentino nei cittadini i fattori di resilienza agli stress individuali e ambientali che incidono nell'emersione del disagio psichico • Azioni di lotta allo stigma. <p>Lo stigma è un fattore che ostacola l'accesso ai servizi per la salute mentale e il percorso di recovery della persona. Le esperienze di discriminazione, gli stereotipi e i pregiudizi che la persona può trovarsi a dover affrontare, aumentano i rischi di emarginazione e isolamento, la possibile riacutizzazione dei quadri psicopatologici e conseguente perdita di emancipazione sociale, autonomia, anche sotto il profilo lavorativo e abitativo.</p> <p>La lotta allo stigma e all'esclusione risulta centrale nell'ottica di fare salute mentale di comunità, perché mette al centro:</p> <ul style="list-style-type: none"> • gli elementi di rischio psicosociali; • la realizzazione di campagne di informazione rivolte alla popolazione generale per ridurre il pregiudizio in salute mentale, di programmazioni sanitarie e sociali territoriali dedicate alla prevenzione su popolazioni ritenute a rischio e contemporaneamente azioni per il benessere della comunità, che aumentino nei cittadini i fattori di resilienza agli stress individuali e ambientali che incidono nell'emersione del disagio psichico. <p>Le evidenze di letteratura identificano come fondamentale per la lotta allo stigma, il percorso di recovery per la persona affetta da patologia mentale. La recovery può essere perseguita solo attraverso un approccio integrato d'équipe intra ed inter servizi sanitari e sociali, che mira all'empowerment della persona.</p>		
Azioni	<ol style="list-style-type: none"> 1- Campagne di informazione, di sensibilizzazione, di comunicazione, di formazione anche con riferimento agli operatori dei diversi servizi della ASL e dei comuni- 2- Stratificazione del rischio della popolazione presente sul territorio di competenza e definizione di interventi di prevenzione e presa in carico precoce anche in collaborazione con il Dipartimento di Epidemiologia (DEP) Università ed enti di ricerca. 3- Sviluppo di servizi sanitari di prossimità, in coerenza con le previsioni del PNRR. 		
Attori coinvolti	Regione, servizi distrettuali ASL, MMG/PLS, Consultori Familiari, CSM, servizi TSMREE, servizi per i Disturbi Alimentari, SerD, Distretti socio-sanitari, Scuola e formazione professionale, Agenzie culturali e soggetti non istituzionali, Terzo settore, Consulta salute mentale e/o Associazioni di familiari e utenti		
Risultati attesi	<ul style="list-style-type: none"> • maggiore sensibilizzazione e informazione delle problematiche di salute mentale nella popolazione generale e anche presso gli operatori delle ASL e dei comuni- • conoscenza dei bisogni di salute della popolazione di riferimento • attuazione di azioni congiunte per la lotta allo stigma e all'esclusione 		
Indicatori	<ol style="list-style-type: none"> 1- n. campagne di informazione e di sensibilizzazione attivate a livello territoriale 2- definizione di una metodologia di stratificazione del rischio della popolazione 		
Cronoprogramma	2022	2023	2024
Azione 1	X	X	X
Azioni 2			X
Azione 3			X



9.1.1 Integrazione sociosanitaria e salute mentale di comunità

Obiettivo generale	Attuazione dell'integrazione sociosanitaria nell'ambito della tutela della salute mentale ai sensi art.51-52-53 legge regionale 11/2016		
Descrizione Obiettivo	<p>Attuazione di un sistema di welfare che poggi le fondamenta sull'integrazione sociale e sanitaria e che consenta una <i>programmazione sanitaria, socio-sanitaria e sociale</i>, tra Distretti, DSM e Uffici di piano sociali, al fine di adottare strategie territoriali di individuazione dei bisogni da soddisfare, degli interventi a tal fine necessari, delle modalità di realizzazione degli stessi e delle risorse disponibili, nonché attuazione di percorsi assistenziali in una logica di sistema e di offerta integrata, che favorisca la de-istituzionalizzazione e l'inclusione nella comunità delle persone con problematiche di salute mentale.</p> <p>Le ASL e i comuni del distretto sociosanitario dovranno, altresì, sviluppare sistemi di programmazione e progettazione di servizi volti ad accrescere protagonismo, contrattualità e libertà di scelta delle persone e delle famiglie nei confronti delle Istituzioni, con il ricorso alle opportunità offerte dagli enti del terzo settore, al quale si riconosce l'alto valore e la funzione sociale.</p> <p>Pertanto, risulta essenziale il coinvolgimento degli Enti del privato sociale, sia nel momento programmatico, sia in quello di attuazione, favorendo il ricorso al metodo della co-programmazione, della co-progettazione partecipata e del lavoro in rete sul territorio.</p>		
Azioni	<p>1- Estensione omogenea in tutta la Regione della valutazione multidimensionale integrata della componente sanitaria della ASL e sociale del distretto sociosanitario (art.51-52-53 legge regionale n. 11/2016) con predisposizione di "meccanismi di coordinamento" fra Distretto/DSM/servizi TSMREE/ distretto sociosanitario</p> <p>2- Attuazione di processi di co-programmazione locale integrata tra ASL (DSM e Distretto sanitario) distretto sociosanitario (Ufficio di piano) e gli altri attori coinvolti (agenzie educative, formative e del lavoro, terzo settore e associazionismo) entro la definizione dei Piani sociali di Zona territoriali.</p> <p>3- Definizione di protocolli operativi, in attuazione delle convenzioni tra ASL e Distretto sociosanitario per l'organizzazione e la gestione delle attività di integrazione sociosanitaria, in salute mentale.</p>		
Attori coinvolti	ASL (Distretti sanitari, DSM, Case della Comunità) Distretti sociosanitari, PUA, agenzie educative, formative e del lavoro, terzo settore e associazionismo.		
Risultati attesi	<ul style="list-style-type: none"> • Definizione atti amministrativi di programmazione regionale; • individuazione del fabbisogno territoriale; • Presa in carico integrata da parte dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali delle persone con disturbo mentale in età evolutiva ed età adulta; • Maggiore accesso ai servizi e appropriatezza delle risposte (PUA/Case della Comunità); • Potenziamento delle forme di collaborazione e consulenza tra CSM, servizi TSMREE, e servizi di cure primarie nella gestione precoce di situazioni a bassa intensità assistenziale. 		
Indicatori	<p>1- atto regionale per l'estensione della valutazione multidimensionale da parte dell'UVM distrettuale al settore afferente la salute mentale;</p> <p>2 n. di protocolli operativi tra DSM e Distretti sociosanitari riguardo la programmazione congiunta, le procedure integrate di funzionamento del PUA e dell'UVM distrettuale per l'accesso ai servizi e la valutazione multidimensionale delle persone con problemi di salute mentale.</p> <p>3- Aggiornamento dei piani sociali di zona da parte dei distretti sociosanitari su interventi e servizi per le persone con problematiche di salute mentale</p>		
Cronoprogramma	2022	2023	2024
Azione 1	x	X	
Azione 2			x
Azione 3			X



9.2 Percorsi per l'inclusione sociale e la riabilitazione: PTRP sostenuti da budget di salute - Supporto all'abitare -

Obiettivo generale	Promozione di percorsi per l'inclusione sociale e la riabilitazione ricorrendo a strumenti innovativi di intervento sociosanitario		
Descrizione Obiettivo	Il Progetto Terapeutico Riabilitativo del paziente sostenuto dal Budget di Salute, si costruisce a partire dalla definizione dei bisogni riabilitativi e sociali dell'individuo e dalla ricognizione delle risorse personali, familiari e di comunità che possono concorrere alla sua realizzazione. È dunque un processo dinamico che prende avvio dalla valutazione multidimensionale dei bisogni clinici assistenziali e riabilitativi e dalla presa in carico della persona, con la definizione di un progetto di intervento, sintesi e raccordo della collaborazione dei servizi sanitari e sociali e la comunità. Nell'ambito del progetto individualizzato basato sul Budget di Salute particolarmente rilevanti sono gli interventi di Supporto all'Abitare che si configurano come una tipologia di assistenza domiciliare che si può attuare in appartamenti con inquilini, utenti, anche dimessi dalle Strutture Residenziali Psichiatriche.		
Azioni	1- Definizione di un modello regionale di Budget di Salute per gli interventi in favore delle persone con problematiche di salute mentale 2- Definizione linee di indirizzo regionali per i progetti di Supporto all'Abitare in salute mentale 3- Implementazione dei PTRI basati su Budget di Salute, con il ricorso a procedure di co-progettazione, della progettazione partecipata e del lavoro in rete sul territorio, coinvolgendo gli Enti del Terzo Settore, l'associazionismo e il Volontariato.		
Attori coinvolti	Azioni 1-2: Regione, ASL, Distretti socio sanitari ed eventuali altri Enti Azione 3: Servizi territoriali ASL, Distretti sociosanitari., MMG/PLS, Servizi Sociali, Terzo Settore, Consulta salute mentale, Volontariato, Associazioni, Servizio civile, Enti accreditati, Agenzie educative e formative, Servizi per il lavoro.		
Risultati attesi	<ul style="list-style-type: none"> • Linee di indirizzo regionali per la progettazione del Budget di Salute • Linee di indirizzo regionali per i progetti di Supporto all'Abitare in salute mentale • Recepimento a livello territoriale delle Linee di indirizzo regionali per la progettazione del Budget di Salute • Recepimento a livello territoriale delle Linee di indirizzo regionali per i progetti di Supporto all'Abitare 		
Indicatori	<ul style="list-style-type: none"> • Numero di ASL e Distretti sociosanitari che hanno recepito LI regionali Budget di Salute • Numero di ASL e Distretti sociosanitari che hanno recepito LI regionali Supporto all'Abitare • n. pazienti con PTRP sostenuti da Budget di Salute / N. pazienti CSM/servizi TSMREE 		
Cronoprogramma	2022	2023	2024
Azione 1	X	X	
Azione 2		X	
Azione 3		X	X

9.3 Istituzione di percorsi integrati tra servizi territoriali, cure primarie, Pediatri di Libera Scelta e servizi sociali per minori e adolescenti

Obiettivo generale	Percorsi clinico-organizzativi integrati per la presa in carico di donne, minori e adolescenti
Descrizione Obiettivo	<p>Il presente Piano intende promuovere strategie di intervento integrate da parte dei servizi pubblici consultoriali, dei servizi che si occupano di salute mentale nonché di tutti gli Enti e Istituzioni interessati a vario livello (Scuola, Enti locali, Tribunale per i Minorenni, Terzo settore, Tribunale Ordinario, Forze di Polizia ecc.) focalizzate principalmente sugli interventi relativi alla popolazione delle donne, dei bambini e degli adolescenti.</p> <p>Partendo da una visione unitaria del benessere del bambino, poi dell'adolescente e della donna durante tutto il ciclo esistenziale, è necessario ricondurre ad unità tutti gli interventi relativi alla salute dell'infanzia e adolescenza e della donna.</p>



	È necessario garantire una modalità di intervento basata sulla valutazione dei bisogni delle persone, favorendo un approccio sistemico e non frammentato.		
Azioni	<p>1. Definizione percorsi integrati attraverso protocolli di collaborazione (Consultorio Familiare, CSM, TSMREE, Distretto Sanitario, Serd, Punti Nascita, ecc.) almeno nelle seguenti aree:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tutela della salute mentale della donna durante la gravidanza e fino al primo anno di vita del bambino (o dopo l'adozione di un bambino) anche alle donne appartenenti al circuito penale e ai loro bambini fuori dal carcere e/o in strutture sanitarie o socioassistenziali - Violenza di genere e contrasto agli abusi: prevenzione, contrasto e cura donne e bambini/adolescenti vittime di abusi, violenza e/o testimoni di violenza. - Relazioni integrate con la Giustizia (Tribunale per i Minorenni, Procura della Repubblica presso il Tribunale dei Minorenni, Tribunale Ordinario). - Post adozione: presa in carico integrata minore e famiglia nel caso di disagio psichico e/o nel caso di gravidanza. 		
Attori coinvolti	Distretto, PLS, Consultori Familiari, servizi TSMREE, CSM, SerD		
Risultati attesi	<ul style="list-style-type: none"> • Presa in carico precoce e integrata da parte dei servizi territoriali dei casi complessi • Maggiore appropriatezza delle risposte assistenziali • Miglioramento della qualità dell'assistenza 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Numero équipe attivate rispetto al totale dei distretti • Numero percorsi assistenziali integrati attivati sul totale minimo previsto 		
	2022	2023	2024
Azione 1	X	X	

9.4 Definizione di percorsi strutturati di presa in carico in età evolutiva

Obiettivo generale	<i>Definizione di linee di indirizzo per percorsi di diagnosi e trattamento per ADHD, DSA e PDTA per ASD</i>
Descrizione Obiettivo	<p>La presa in carico precoce e la definizione di un percorso diagnostico terapeutico assistenziale per i bambini con disturbi complessi del neurosviluppo può migliorare sensibilmente il loro sviluppo e la qualità di vita.</p> <p>1.PDTA ASD</p> <p>I disturbi dello spettro autistico, oggi ridefiniti nel DSM 5 all'interno dei disturbi del neurosviluppo, descrivono quadri clinici fenotipicamente variabili, ma riconducibili ad alcuni segni e sintomi comuni che rappresentano il nucleo centrale dello sviluppo atipico: la compromissione della comunicazione e dell'interazione sociale, ricompresi attualmente in un'unica categoria, e la presenza di interessi ristretti e/o comportamenti stereotipati. Si tratta di disturbi cronici che perdurano in tutto l'arco di vita, caratterizzati da una grave disordine dello sviluppo, la cui specificità comporta la necessità di prevedere risposte articolate e modelli di intervento multimodali e flessibili, in grado di adattarsi a bisogni che si modificano nel tempo tenendo conto della dimensione evolutiva.</p> <p>La complessità di tali disturbi ha rilevanti implicazioni di ordine sociosanitario ed importanti ricadute sul contesto familiare tali da richiedere un forte e concreto impegno, sia a livello delle istituzioni che dei servizi in raccordo con le associazioni dei familiari. La Dgr 75/2018 definisce le linee di indirizzo per la realizzazione di un PDTA.</p> <p>2.ADHD</p> <p>Anche i bambini e gli adolescenti con ADHD si presentano con quadri fenotipici variabili, più o meno gravi e complessi, che se non trattati possono esitare in disturbi gravi della condotta e di personalità. Nel loro percorso evolutivo incontrano difficoltà in ambito familiare e scolastico, a causa delle caratteristiche del disturbo stesso, come disattenzione, impulsività, iperattività, soprattutto se in comorbidità con un disturbo di apprendimento. Nel contesto scolastico i bambini possono andare incontro a precoci difficoltà sia di inserimento che di apprendimento, ad una compromissione della carriera scolastica e ad un prematuro abbandono degli studi. In adolescenza ed età adulta il rischio di evoluzione verso patologie dell'umore, della condotta o di personalità è molto alto.</p>



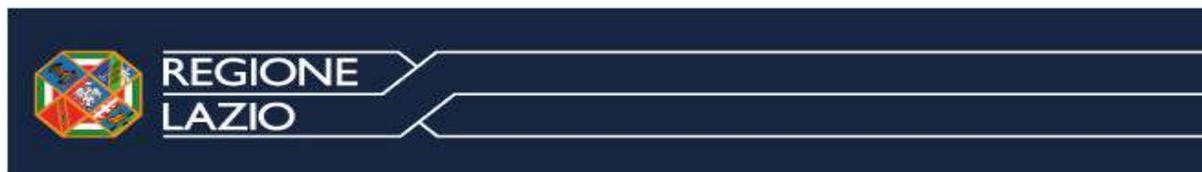
	<p>In questa ottica la tempestività della diagnosi, l'accuratezza della stessa e l'intervento integrato scuola-famiglia-PLS-servizi sanitari giocano un ruolo positivo nel determinare l'evoluzione dello sviluppo del bambino. Appare quindi importante definire le linee di indirizzo per la presa in carico dei bambini e adolescenti con ADHD.</p> <p>3.DSA</p> <p>Nel loro percorso evolutivo i minori incontrano la scuola come luogo di socializzazione e di apprendimento. Durante questo percorso possono andare incontro a normali difficoltà nell'apprendimento, risolvibili con interventi didattici personalizzati sia a scuola che a casa, ma possono incontrare anche difficoltà correlate a disagi socio-ambientali, alla specifica fase di sviluppo cognitivo ed emotivo-relazionale, alla mancanza di padronanza della lingua italiana, ad avversità psicosociali legate anche alla qualità della relazione intra familiari, al benessere psicologico dei genitori e alle loro abilità e competenze nelle capacità genitoriali, eventi avversi nella storia familiare, ecc. Inoltre, anche i predetti determinanti sociali di salute possono influenzare fortemente il benessere psicofisico del bambino e il suo apprendimento.</p> <p>In tale contesto i bambini che soffrono di DSA, specie se in comorbidità, possono andare incontro a precoci difficoltà scolastiche, ad una compromissione della carriera scolastica e ad un prematuro abbandono degli studi. In questa ottica la tempestività della diagnosi, l'accuratezza della stessa e l'intervento integrato scuola-famiglia-PLS-Comune/Municipio-servizi sanitari giocano un ruolo positivo nel determinare l'evoluzione dello sviluppo del bambino</p> <p>Per tali ragioni è di fondamentale importanza definire linee di indirizzo volti alla definizione di percorsi strutturati o implementare i PDTA già esistenti che definiscano le procedure di presa in carico e cura delle persone che soffrono di disturbi ASD, ADHD, DSA o altri disturbi del neurosviluppo e la definizione di strutture o nuclei funzionali per la diagnosi e trattamento di questi disturbi in età adulta e delle loro famiglie e approvare procedure integrate basate sulle evidenze scientifiche, che siano rispettose anche dei tempi e dei bisogni del bambino e degli adolescenti, che tengano conto anche degli aspetti legati al contesto socioculturale di provenienza e al genere.</p>
Azioni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definizione di un PDTA integrato per minori e adulti con ASD che comprenda la dotazione organizzativa minima, la fase dell'accoglienza, la fase diagnostico-valutativa e la diagnosi differenziale, le fasi del percorso di cura, la fase del monitoraggio, la continuità assistenziale da minori ad adulti, il miglioramento del funzionamento psicosociale, cognitivo e affettivo con riduzione dei problemi comportamentali e miglioramento della qualità di vita, quali indicatori di valutazione del PDTA. 2. Definizione di un percorso di presa in carico integrato per minori e adulti con ADHD che comprenda: la fase dell'accoglienza, la fase diagnostico-valutativa e la diagnosi differenziale, le fasi del percorso di cura, la fase del monitoraggio, la fase di gestione dell'emergenza a casa/scuola/nel contesto lavorativo, la continuità assistenziale da minori ad adulti, indicatori di valutazione del percorso stesso, che potrà essere declinato a livello aziendale con un PDTA dedicato. 3. Definizione di un percorso di presa in carico integrato per minori con DSA che comprenda: l'accoglienza, la fase diagnostico-valutativa e la diagnosi differenziale, il monitoraggio, eventuali approfondimenti e trattamenti nei periodi critici per insorgenza di problematiche emotive o di gestione casa/scuola/nel contesto scolastico, la continuità assistenziale da minori ad adulti. 4. Approvazione di un protocollo di collaborazione con tutti gli Istituti Comprensivi insistenti nel territorio di ciascuna ASL che definisca puntualmente le procedure condivise di presa in carico diagnostico-terapeutica integrata (scuola-Comune/Municipio-ASL, nel rispetto delle rispettive competenze e funzioni) e l'inclusione dei minori con un focus specifico su coloro che soffrono di ASD/ADHD e DSA e delle loro famiglie, basate sulle evidenze scientifiche che tengano conto anche degli aspetti legati al contesto socioculturale di provenienza e al genere che siano rispettose anche dei tempi e dei bisogni dei bambini e degli adolescenti. 5. Formazione degli operatori coinvolti e del personale scolastico (docenti curricolari e con funzione strumentale sostegno e assistenti per l'autonomia e la comunicazione personale ai sensi della L. 104/92)



Attori coinvolti	Servizi territoriali ASL (servizi TSMREE, CSM, Consultori Familiari) Distretti sanitari, Scuole (scuola primaria), PLS/MMG, AO, AOU, IRCSS, Università ed Enti di ricerca, Servizi sociali, Comuni, Terzo settore, Associazionismo, Uffici cultura dei Municipi/Comuni		
Risultati attesi	<ul style="list-style-type: none"> • Miglioramento dell'appropriatezza del sistema di diagnosi e cura dei bambini che soffrono di ASD/ADHD/DSA o altri disturbi del neurosviluppo • Miglioramento del funzionamento psicosociale, cognitivo e affettivo dei bambini all'interno dei diversi contesti di vita e della comunità • Aumento del coinvolgimento attivo familiare e sostegno all'empowerment genitoriale • Continuità in età adulta 		
Indicatori	<ul style="list-style-type: none"> • Numero di PDTA integrati aziendali adottati • Numero protocolli di collaborazione con gli Istituti Comprensivi della ASL siglati • Numero di eventi formativi aziendali realizzati 		
Cronoprogramma	2022	2023	2024
Azione 1	X	X	
Azione 2	X		
Azione 3		X	
Azione 4		X	X
Azione 5	X	X	X

9.5 Potenziamento assistenza semiresidenziale per minori

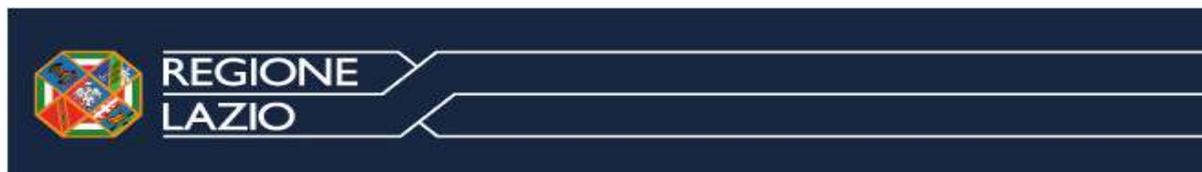
Obiettivo generale	<i>Attuazione Rete offerta semiresidenziale per minori</i>
Descrizione Obiettivo	<p>L'epidemia da SARS-COV-2 ha reso evidente la necessità di fornire risposte appropriate e tempestive alle suddette problematiche adolescenziali, individuando soluzioni assistenziali che consentano il contenimento relazionale e lo sviluppo di modalità adeguate di co-regolazione, in stretta collaborazione con i servizi dedicati all'adolescenza.</p> <p>L'emergenza adolescenziale è attualmente rappresentata prevalentemente dai disturbi della regolazione emotiva, che si esprimono, spesso in modo erratico e non strutturato, con autolesionismo fino al suicidio, comportamenti sessuali promiscui e rischiosi, disturbi alimentari, uso problematico di sostanze e di alcol.</p> <p>A tale proposito, sebbene sia prioritario garantire trattamenti intensivi integrati in ambito comunitario, gli interventi semiresidenziali terapeutici rappresentano un importante nodo della rete di assistenza per il trattamento di minori con disturbi nell'area della salute mentale</p> <p>Ciò premesso, è necessario che si completi l'offerta già prevista nel DCA n. 424/2012 per affrontare fin da subito le conseguenze ingenerate nella popolazione adolescenziale in esito alla pandemia e per garantire l'assistenza prevista.</p> <p>In attuazione della normativa nazionale e regionale, e nel rispetto dell'autonomia di ciascuna ASL, deve essere garantito per gli adolescenti, anche per i minori del circuito penale, un percorso strutturato di presa in carico, definito da un protocollo operativo, e la valutazione multidimensionale (UVM) dei bisogni clinico assistenziali per la definizione e gestione del progetto terapeutico, anche ai fini dell'inserimento in strutture semiresidenziali (CDT).</p>
Azioni	<ol style="list-style-type: none"> 1. attivazione trattamenti psicosociali intensivi per minori con disregolazione emotiva 2. Realizzazione Centro Diurno Terapeutico per l'età pre-scolare del Servizio TSMREE (3-6- anni) secondo il fabbisogno di cui al DCA n. U00424/2021) 3. Realizzazione CD terapeutico età adolescenziale (12-17 anni) (secondo il fabbisogno di cui al DCA n. U00424/2021)
Attori coinvolti	ASL (Servizi TSMREE, SERD e altri servizi interessati)
Risultati attesi	<ul style="list-style-type: none"> • Presa in carico precoce e integrata da parte dei servizi territoriali dei casi complessi • Maggiore appropriatezza delle risposte (PUA/case della salute) • Miglioramento della qualità dell'assistenza



Indicatori	<ul style="list-style-type: none"> • Numero CD per l'età prescolare attivati rispetto al fabbisogno • Numero di CD Terapeutici età adolescenziali attivati rispetto al fabbisogno 		
Cronoprogramma	2022	2023	2024
Azione 1	X		
Azione 2		X	X
Azione 3		X	X

9.6 Definizione di percorsi di cura integrati per la transizione dall'età evolutiva all'età adulta

Obiettivo generale	<i>Percorsi aziendali per la transizione dell'assistenza dai servizi TSMREE ai servizi per l'età adulta</i>		
Descrizione Obiettivo	<p>L'adolescenza rappresenta un periodo nel quale il minore è particolarmente vulnerabile a fattori di stress di vario tipo, che possono sia determinare la continuità e il consolidamento dei disturbi del neurosviluppo ad esordio precoce (autismo, ADHD, schizofrenia, disturbo bipolare) sia l'insorgenza di tutte le altre forme della sofferenza psichica ad esordio nell'infanzia e nella prima adolescenza, e che costituiscono, inoltre, fattori di rischio psicopatologico per l'età adulta.</p> <p>L'evoluzione della psicopatologia e la relativa cronicizzazione dipende anche dalla tempestività con la quale viene attivata la presa in carico nella fase di transizione della presa in carico dal servizio TSMREE al DSM/CSM e deve essere intesa come un percorso dinamico, attivato per tempo, che garantisca continuità e flessibilità delle cure e tenga conto delle esigenze sociali, educative e professionali dell'adolescente.</p> <p>È dunque centrale organizzare per la persona che soffre di problemi nel campo della salute mentale (anche associati ad una disabilità, dipendenza patologica, ecc.) una risposta sanitaria integrata, anche nel trasferimento verso specifici setting territoriali. Tale momento rappresenta un passaggio di estrema importanza al fine di garantire l'accoglienza del paziente e dei suoi familiari e l'efficacia del progetto terapeutico e riabilitativo.</p> <p>Elementi essenziali di questo "passaggio" sono l'individuazione di un case manager, lo scambio di informazioni tra gli operatori coinvolti, la comunicazione chiara con il paziente dei vari passaggi assistenziali, la tempestività della valutazione che definisca il/i servizio/i più appropriati, in funzione delle risorse del paziente e del suo contesto di vita, della stabilità clinica e delle condizioni socio-ambientali.</p>		
Azioni	<ol style="list-style-type: none"> 1- Formalizzazione in ogni azienda sanitaria di un percorso aziendale per la transizione e la presa in carico congiunta da parte dei servizi sanitari territoriali (MMG/PLS, Consultori familiari, servizi TSMREE, CSM, Cure Intermedie, Servizio disabili adulti) prevedendo l'attivazione delle UVMD per le situazioni complesse ai sensi della legge regionale n. 11/2016. 2- Definizione di protocolli aziendali per la transizione all'età adulta TSMREE-CSM, per le procedure di passaggio e la continuità assistenziale, in base alle necessità 3- Azioni formative specifiche riguardanti modelli e strumenti condivisibili per la continuità assistenziale: percorsi di formazione sulla valutazione e gli interventi per il Disturbo dello Spettro Autistico e la Disabilità Intellettiva in età adulta e sull'ADHD 4- Promozione di eventi formativi rivolti ai PLS, MMG, agli insegnanti per la identificazione precoce dei soggetti a rischio di esordio psicotico 		
Attori coinvolti	ASL, servizi TSMREE, DSM/CSM, Servizi disabili adulti, SerD, MMG/PLS, servizi sociali dell'ente locale		
Risultati attesi	<ul style="list-style-type: none"> • Continuità della presa in carico nella transizione all'età adulta del minore con disturbi neuropsichiatrici e del neurosviluppo • Miglioramento dell'appropriatezza assistenziale 		
Indicatori	<ul style="list-style-type: none"> • Formalizzazione di un percorso ASL per la gestione integrata della fase di transizione dai servizi per l'età evolutiva ai servizi per l'età adulta • Numero di percorsi formativi attivati 		
Cronoprogramma	2022	2023	2024



Azione 1	X	X	
Azione 2		X	
Azione 3	X	X	
Azione 4	X	X	X

9.7 Percorsi di cura integrati per gli esordi psicotici

Obiettivo generale	Presenza in carico precoce		
Descrizione Obiettivo	<p>Il Decreto del Commissario ad Acta n. U00094 del 17 marzo 2017 ha recepito l'Accordo siglato in Conferenza Unificata (rep. Atti 137/CU) 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"; tale Accordo approfondisce alcuni obiettivi prioritari del PANSM, raccomandando la definizione di percorsi diagnostico terapeutico assistenziali (PDTA) per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi della personalità.</p> <p>Si rileva un'applicazione eterogenea adozione di tali PDTA da parte dei Dipartimenti di Salute Mentale delle diverse ASL e delle azioni/raccomandazioni in essi previste. Pertanto, considerato che le tipologie di pazienti individuate sono portatrici di bisogni complessi sotto il profilo clinico e assistenziale, è necessario garantire l'applicazione del Decreto e percorsi di cura previsti che perseguano quali obiettivi la centralità del paziente, l'integrazione multiprofessionale, la pratica basata sull'Evidence Based Medicine ed il miglioramento continuo della qualità.</p>		
Azioni	<ol style="list-style-type: none"> Definizione di PDTA Aziendale per la prevenzione degli esordi psicotici e per i disturbi schizofrenici, disturbi dell'umore e i disturbi gravi della personalità (di cui al DCA n. U00094/2017); Formulazione di accordi e procedure operative con i servizi CSM/TSMREE/Consultori familiari/SERD/MMG/PLS; Formazione integrata rivolta ai gruppi operativi multi professionali orientata anche al lavoro con le famiglie e i caregivers; Attivazione di progetti aziendali dedicati o di percorsi specifici integrati per gli interventi precoci che prevedano anche il supporto dei familiari. 		
Attori coinvolti	Servizi territoriali ASL, Distretti, MMG/PLS, servizi sociali, terzo settore, volontariato, servizio civile, Consulta salute mentale		
Risultati attesi	<ul style="list-style-type: none"> Definizione all'interno del PDTA di un sistema di riconoscimento dei casi di soggetti ad alto rischio e/o con esordio psicotico Aumentare le competenze dei professionisti sanitari nell'individuazione dei fattori di rischio di esordi psicotici (inclusa l'importanza dei determinanti sociali di salute) Promozione di trattamenti multidisciplinari, flessibili e personalizzati che includono la partecipazione della persona e della sua famiglia, del contesto sociale, riducendo pratiche coercitive e di ricovero ospedaliero Riduzione dei tempi di presa in carico dall'esordio Favorire la recovery Aumentare coinvolgimento dei familiari ed empowerment 		
Indicatori	<ul style="list-style-type: none"> Numero di PDTA aziendali adottati formalmente Indicatori su disturbi schizofrenici previsti nell' Accordo CU Indicatori su disturbi dell'umore previsti nell' Accordo CU Indicatori su disturbi gravi della personalità previsti nell' Accordo CU 		
Cronoprogramma	2022	2023	2024
Azione 1	X	X	
Azione 2	X	X	
Azione 3		X	X
Azione 4	X		



9.8 Percorsi di cura integrati per i Disturbi Alimentari

Obiettivo generale	Implementazione della rete per i Disturbi Alimentari		
Descrizione Obiettivo	Il Decreto del Commissario ad Acta della Regione Lazio n. U00080 del 14 marzo 2016, ha definito i Percorsi di presa in carico sanitaria e di cura dei Disturbi Alimentari e i Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie dedicate alla loro cura, sulla base della Stima del fabbisogno di servizi/strutture. Si rileva un evidente ritardo nell'adozione dei percorsi dedicati ai DA delle Aziende Sanitarie nella implementazione di quanto previsto dalla rete. Infatti per il trattamento dei disturbi alimentari è necessario un approccio multidisciplinare, integrato a tutti i livelli di assistenza, che intervenga contemporaneamente sia l'aspetto psicologico e sociale, che l'aspetto clinico-nutrizionale attraverso un lavoro d'équipe (psichiatri, psicologi, internisti, nutrizionisti, endocrinologi, dietisti, fisioterapisti, educatori, tecnici della riabilitazione psichiatrica e infermieri) e, soprattutto per la fascia adolescenziale, un lavoro integrato con la famiglia e con la scuola.		
Azioni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Attivazione del Servizio ambulatoriale territoriale per i Disturbi Alimentari - con possibilità di "pasti assistiti" presso ogni ASL 2. Attivazione dei servizi semiresidenziali e degli altri servizi aziendali specifici e dedicati alla cura dei Disturbi Alimentari come da DCA n. U00080 del 14 marzo 2016 3. Definizione di PDTA Aziendale per i Disturbi Alimentari come da DCA n. U00080 del 14 marzo 2016 4. Formazione integrata rivolta ai gruppi operativi multi professionali orientata anche al lavoro con le famiglie e i caregivers 		
Attori coinvolti	Servizi territoriali ASL per i disturbi alimentari, CSM, Servizi TSMREE, Distretti, MMG/PLS, Terzo settore, Volontariato, Associazionismo		
Risultati attesi	<ul style="list-style-type: none"> • Miglioramento del sistema di diagnosi e cura dei soggetti affetti da DA • Continuità delle cure all'interno della rete regionale dedicata e dei livelli d'intensità di cura aziendali • Aumento delle competenze dei professionisti sanitari • Riduzione dei tempi di presa in carico dall'esordio • Aumento del coinvolgimento familiare e sostegno all'empowerment genitoriale 		
Indicatori	<ul style="list-style-type: none"> • Numero di PDTA aziendali adottati • Indicatori su Disturbi Alimentari previsti nel DCA n. U00080 del 14 marzo 2016 • Interventi domiciliari e nel contesto di vita dei pazienti. 		
Cronoprogramma	2022	2023	2024
Azione 1	X	X	
Azione 2	X	X	X
Azione 3	X		
Azione 4	X	X	

9.9 La gestione delle emergenze in salute mentale

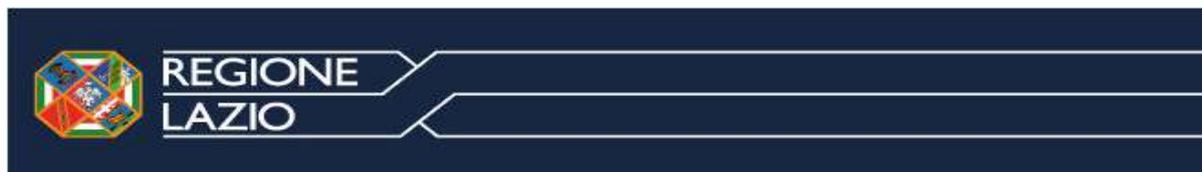
Obiettivo generale	Qualificare la gestione dell'urgenza – emergenza in età evolutiva
Descrizione Obiettivo	Il Percorso Territoriale per l'emergenza psichiatrica in adolescenza e per la gestione dei casi ad elevata complessità deve prevedere un modello organizzativo con attività coordinate di prevenzione, presa in carico, interventi sulla crisi psichiatrica, continuità assistenziale territorio-ospedale-territorio, integrazione delle reti sanitarie e sociali. In coerenza con la normativa nazionale e regionale di riferimento, e nel rispetto dell'autonomia di ciascuna ASL di articolare l'assistenza secondo propri modelli organizzativi, dovranno essere attivati percorsi per il coordinamento e presa in carico degli adolescenti, attraverso opportuni protocolli e procedure operative intra e interaziendali, a garanzia della continuità assistenziale. Tali protocolli dovranno prevedere il raccordo con il territorio di riferimento, con specificità nella presa in carico di situazioni psicopatologiche gravi e complesse. Tale organizzazione consentirà un'appropriatezza sia della diagnosi che del percorso di cura, garantendo funzioni di raccordo con gli altri ambulatori specialistici di I livello, con il livello ospedaliero e con i percorsi di cura semiresidenziali e residenziali.


**REGIONE
LAZIO**

Azioni	<ol style="list-style-type: none"> 1- Definizione di protocolli operativi aziendali per la gestione della emergenza-urgenza psichiatrica in adolescenza (UO di NPIA, PS/DEA, UO pediatria, UO psichiatria, servizi TSMREE, SerD, Area consultoriale, servizi Disturbi Alimentari, PLS e MMG, ecc.) 2- Definizione di protocolli con gli altri Enti interessati (servizi sociali degli enti locali, scuole, Enti del Terzo Settore, Tribunali ecc.) nella gestione integrata del minore con problematiche psichiatriche 3- Sviluppo di progetti mirati sociosanitari, a valenza terapeutico-riabilitativa ed a scopo preventivo rispetto al ricovero ospedaliero, tenendo conto delle fragilità familiari e dei contesti di vita 4- Attivazione di percorsi formativi mirati per il personale della rete emergenza-urgenza 		
attori coinvolti	Servizi territoriali e ospedalieri, Distretti sociosanitari, Associazionismo, PLS/MMG, Enti del terzo settore		
Risultati attesi	<ul style="list-style-type: none"> • Appropriatelyzza e omogeneità nella gestione dell'acuzie psichiatrica in età evolutiva nell'ambito della rete dell'emergenza-urgenza • Presa in carico precoce e integrata da parte dei servizi territoriali dei casi complessi • Miglioramento dell'appropriatelyzza assistenziale ai bisogni di salute mentale in età evolutiva • Miglioramento del funzionamento psicosociale, cognitivo e affettivo del minore con bisogni complessi • Attivazione di percorsi formalizzati di collaborazione e integrazione tra strutture residenziali e semiresidenziali e servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza (NPIA) territoriali e ospedalieri 		
Indicatori	<ul style="list-style-type: none"> • Definizione in ogni ASL di procedure formalizzate per la gestione dell'emergenza-urgenza psichiatrica in adolescenza • Numero di progetti individuali di casi complessi in emergenza ed urgenza • Numero di protocolli formalizzati con gli altri servizi dedicati all'età evolutiva 		
Cronoprogramma	2022	2023	2024
Azione 1	X	X	
Azione 2		X	
Azione 3		X	X
Azione 4	X	X	X

9.10 Potenziamento rete sanitaria per pazienti psichiatrici autori di reato in misura di sicurezza non detentiva

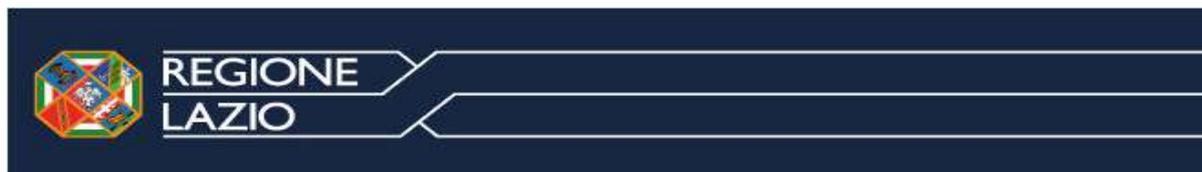
Obiettivo generale	<i>Sperimentazione di una struttura per il trattamento delle persone sottoposte a Libertà Vigilata</i>
Descrizione Obiettivo	La vocazione delle REMS è terapeutico-riabilitativa: valutare clinicamente i pazienti psichiatrici autori di reato, valutare il rischio di recidiva e impiegare il miglior trattamento volto ad una continuità con il territorio attraverso la dimissione dalla Rems. Diventa determinante, individuare un luogo di cura idoneo alla prosecuzione del trattamento per quei pazienti ai quali può essere applicata la misura di sicurezza non detentiva della libertà vigilata allo scopo di proseguire la cura in una struttura meno contenitiva. Tale struttura potrebbe ospitare anche quei soggetti già accolti in strutture residenziali territoriali, che per varie ragioni abbiano subito l'aggravamento della misura di sicurezza, ma che potrebbero risentire negativamente sul piano psicosociale, dell'impatto con una struttura più contenitiva come la REMS. In definitiva, anche a seguito di accordo con la magistratura del territorio, si tratterebbe di una struttura con una minore soglia di controllo restrittivo e più devota alle attività riabilitative. Per raggiungere tale obiettivo, è necessario declinare i requisiti della nuova struttura residenziale sanitaria; stipulare l'accordo con Autorità Giudiziaria per assicurare che la dimissione dalla REMS alla struttura per la L.V. sia clinica previa proposta alla Magistratura che ha la competenza per trasformare la MDS da detentiva a non detentiva e per organizzare una adeguata formazione per gli psichiatri forensi coinvolti in prima linea nella decisione da parte del magistrato sul tipo di misura di sicurezza da far eseguire.
Azioni	<ol style="list-style-type: none"> 1- definire i requisiti organizzativi, tecnologici e strutturali della nuova struttura residenziale sanitaria; 2- Formazione psichiatri forensi



	3- attivazione della struttura		
Attori coinvolti	Regione, ASL, DSM, CSM, Autorità Giudiziaria, Scuola e formazione professionale per periti forensi, organizzazioni e cooperative specializzate nel campo della riabilitazione sociale di utenti forensi		
Risultati attesi	<ul style="list-style-type: none"> • conoscenza dei bisogni di salute della popolazione di riferimento • attuazione di azioni congiunte tra sanità e Autorità Giudiziaria • avvio attività formative 		
Indicatori	1- n. pazienti da rems a struttura L.V. 2- n. pazienti da struttura L.V. a rems 3- n. pazienti da struttura L.V a alte strutture sul territorio		
Cronoprogramma	2022	2023	2024
Azione 1	X		
Azione 2		x	
Azione 3			x

9.11 Prevenzione del suicidio e del tentato suicidio

Obiettivo generale	<i>Riduzione dei tentativi di suicidio e del suicidio nella fascia dai 15 ai 21 anni</i>
Descrizione Obiettivo	<p>Il suicidio come fenomeno multifattoriale non si ascrive ad una singola causa ma a molteplici fattori come ad esempio quelli genetici, ambientali e psicologici/comportamentali oltre ad aspetti concernenti la salute dell'individuo. La prevenzione del suicidio è al centro di ogni progetto che investa sulla promozione della salute mentale. I disturbi mentali sono stati spesso indicati come causa di suicidio e di tentativo di suicidio, tuttavia le ultime evidenze concordano nel ritenere che siano elementi importanti nel contribuire al rischio di suicidio ma non esclusivi o esaustivi. Altri fattori possono, infatti, concorrere ad aumentare il rischio di suicidio e determinare una crisi suicidaria. Questi individui non sono affatto determinati a morire, vorrebbero in realtà vivere, ammesso che si possa ridurre lo stato di dolore mentale che alberga nella loro mente. Oltre a ciò, molta attenzione è tradizionalmente posta ai fattori di rischio per il suicidio.</p> <p>Un elemento importante del presente Piano risiede nel far conoscere il fenomeno suicidario attraverso la dissoluzione di false credenze che spesso costituiscono il principale ostacolo ad una concreta azione di sostegno agli individui in crisi. Programmi di informazione e formazione sono dunque fondamentali per aumentare la consapevolezza del fenomeno e sensibilizzare la popolazione a riconoscere i soggetti in crisi, per indirizzare particolare attenzione a popolazioni a rischio (ad esempio i giovani, gli anziani, soggetti con disturbi mentali) e per assistere coloro che hanno già manifestato il comportamento suicidario. Un'enfasi particolare dovrebbe poi essere posta sull'unicità del dolore mentale percepito da coloro che presentano rischio di suicidio. Tale condizione di sofferenza estrema caratterizza la maggior parte di coloro che necessitano di un intervento di prevenzione del suicidio. Dotare dunque i professionisti della salute mentale di strumenti per la valutazione e gestione di questa condizioni rappresenta un percorso irrinunciabile per la prevenzione del suicidio. Oltre a ciò, la conoscenza dei segnali di allarme per il suicidio rappresenta un obiettivo di grande rilievo. A differenza dei fattori di rischio, i segnali di allarme sono spesso usati nei programmi di sensibilizzazione alla popolazione per il riconoscimento precoce degli individui in crisi. I segnali di allarme sembrano dunque essere elementi emergenti dalla crisi suicidaria, capaci di condurre l'indagine verso l'individuazione, nel breve periodo, del rischio di suicidio.</p>
Azioni	1- attuazione programmi di informazione e formazione, per aumentare la consapevolezza del fenomeno e sensibilizzare la popolazione a riconoscere i soggetti in crisi, per indirizzare particolare attenzione a popolazioni a rischio (giovani nella fascia 15-21 anni) e per assistere coloro che hanno già manifestato il comportamento suicidario, della rete del sociale, della scuola 2- attuazione programmi di informazione e formazione presso i servizi delle ASL, ivi inclusi i DSM, AO, AOU volti a favorire la conoscenza del fenomeno e definire una azione condivisa nella fattispecie del rischio suicidario dalla valutazione alla gestione dei casi 3- individuazione di percorsi di presa in carico volti alla prevenzione del suicidio e del tentato suicidio a seconda dei livelli di rischio 4- predisposizione di un report per la rilevazione del fenomeno 5-ricognizione delle indicazioni esistenti adottate dalla rete dei servizi (DSM, AO, carcere...)
attori coinvolti	Azione 1- Servizi territoriali distrettuali e di prevenzione ASL (Consultori...), Consulta salute mentale Azione 2- ASL, DSM / TSMREE /AO/AOU/distretto Azione 3- DSM/TSMREE /AO/AOU/



	Azione 4- Regione, ASL, AO, AOU Azione 5- Regione, ASL, AO, AOU		
Risultati attesi	<ul style="list-style-type: none"> • aumentata conoscenza del personale sanitario, scolastico, e della popolazione in generale • aumentata sicurezza nei luoghi di cura • previsione di un percorso aziendale per il monitoraggio degli episodi autolesionistici e suicidari 		
Indicatori	<ul style="list-style-type: none"> • Numero eventi formativi • Campagna di sensibilizzazione • Redazione del report 		
Cronoprogramma	2022	2023	2024
Azione 1		X	
Azione 2		X	
Azione 3		X	
Azione 4		X	
Azione 5		X	

9.12 Il personale nei servizi per la tutela della salute mentale

Obiettivo generale	<i>Ridefinire il fabbisogno di personale attraverso la valutazione del profilo epidemiologico della popolazione e di analisi del bisogno di cura in salute mentale</i>		
Descrizione Obiettivo	<p>Nel corso degli anni i bisogni di salute mentale della popolazione sono mutati, e ciò ha richiesto ai servizi sanitari una risposta assistenziale potenziata e diversificata, appropriata ed evidence based. In particolare la recente pandemia ha inciso in maniera rilevante sulla risposta dei servizi alla domanda di cura, in quanto chiamati a garantire assistenza ai pazienti con bisogni complessi già seguiti, prendere in carico nuovi utenti adulti e minori, offrire assistenza e supporto psicologico al disagio psichico emergente della cittadinanza, a partire dagli adolescenti e dalle persone più fragili. Tuttavia, negli ultimi anni si è assistito ad un depauperamento delle risorse umane all'interno dei dipartimenti di salute mentale, e degli altri servizi delle ASL e delle Aziende Ospedaliere, spesso dovuto al pensionamento del personale e alla sua mancata sostituzione.</p> <p>Tale problematica, rilevata anche ad un più alto livello nazionale, deve confrontarsi con le future sfide che il Servizio sanitario regionale sarà chiamato ad affrontare, a partire dal potenziamento del territorio così come previsto dal PNRR.</p> <p>In considerazione delle mutate esigenze epidemiologiche di tutela della salute mentale, e tenuto conto delle iniziative che stanno avvenendo nel più ampio panorama nazionale, la Regione ritiene opportuno avviare un progetto di valutazione del profilo epidemiologico della popolazione e di analisi del bisogno di cura al fine di valutare e ridefinire il fabbisogno di personale dei servizi sanitari dedicati alla tutela della salute mentale necessario a garantire i livelli essenziali di assistenza.</p>		
Azioni	<p>1- Istituzione di un gruppo di lavoro regionale</p> <p>2- definizione di un documento tecnico di valutazione del profilo epidemiologico della popolazione e analisi del bisogno di cura al fine di valutare e ridefinire i requisiti minimi di personale e il fabbisogno dello stesso nei servizi sanitari dedicati alla tutela della salute mentale, anche con riferimento all'attivazione dei percorsi terapeutico assistenziali evidence-based</p>		
Attori coinvolti	Regione, ASL, DSM, DEP e altri Enti interessati		
Risultati attesi	<ul style="list-style-type: none"> • Miglioramento dell'offerta delle prestazioni di salute mentale ai cittadini della Regione Lazio • Omogeneizzazione delle risorse umane nel territorio regionale 		
Indicatori	1- adozione formale del documento		
Cronoprogramma	2022	2023	2024
Azioni 1	X	X	
Azione 2		X	X


**REGIONE
LAZIO**

Appendice

Tabella 1 - Assistiti nell'anno di età ≥ 18 anni. DSM Lazio, 2018-2020³².

Fonti: SISP (flussi territoriale e semiresidenziale) e SIPC (flusso residenziale).

ASL	Territoriale	Semiresidenziale	Residenziale	Totale DSM	POP 2020 età ≥ 18 anni	Assistiti DSM x 1.000 residenti
Lazio 2020	49.728	2.575	3.875	51.296	4.842.550	10,6
Lazio 2019	59.526	2.616	4.367	63.255	4.847.877	13,0
Lazio 2018	54.530	2.431	4.305	58.282	4.836.771	12,0

Tabella 2 - Assistiti nell'anno di età ≥ 18 anni. Numerosità, età media e mediana, genere e ambito. DSM Lazio, 2020.

Fonti: SISP (flussi territoriale e semiresidenziale) e SIPC (flusso residenziale).

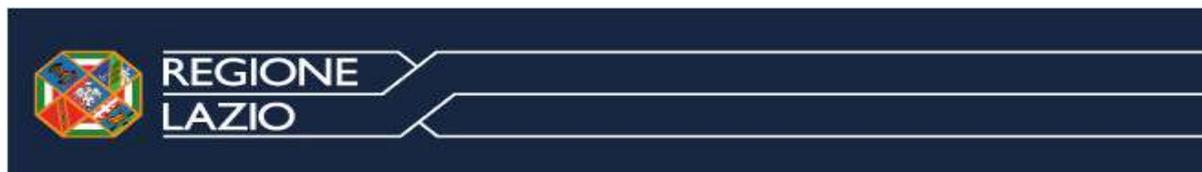
ASL	Territoriale								
	Uomini			Donne			Totale		
	N	età media	età mediana	N	età media	età mediana	N	età media	età mediana
Lazio 2020	21.958	48,2	49	27.770	52	53	49.728	50,1	51
ASL	Semiresidenziale								
	Uomini			Donne			Totale		
	N	età media	età mediana	N	età media	età mediana	N	età media	età mediana
Lazio 2020	1.506	44,7	46	1.069	46,1	48	2.575	45,3	47
ASL	Residenziale								
	Uomini			Donne			Totale		
	N	età media	età mediana	N	età media	età mediana	N	età media	età mediana
Lazio 2020	2.168	45,2	47	1.707	48,6	50	3.875	46,7	48

Tabella 3 - Trattamenti in CSM/Amb. e ricoveri in SRP incidenti e prevalenti nell'anno (età ≥ 18 anni). Lazio 2020.

Fonti: SISP (flussi territoriale e semiresidenziale) e SIPC (flusso residenziale).

DSM	Trattamenti CSM/Amb		Trattamenti CD		Ricoveri SRP	
	Incidenti	Prevalenti	Incidenti	Prevalenti	Incidenti	Prevalenti
LAZIO 2020	33.695	60.822	1.214	3.040	3.142	5.018
LAZIO 2019	43.618	71.016	1.263	3.041	4.060	5.870
LAZIO 2018	45.738	74.025	1.011	2.903	3.852	5.725

³² Nota: Soggetti che risultano in carico in più di un DSM nel corso dell'anno vengono contati in ciascuno dei DSM interessati, ma una sola volta nel totale regionale. Pertanto, il n. totale di persone (Lazio) può non coincidere con la somma delle persone presenti nei diversi DSM. Analogamente soggetti che risultano in carico nei diversi ambiti (territoriale, semiresidenziale, residenziale) vengono contati in ogni singolo ambito, ma una sola volta nel totale DSM. Pertanto, il n. totale di persone prevalenti nel DSM può non coincidere con la somma dei soggetti prevalenti nei diversi ambiti.


Tabella 4 - Prestazioni in CSM/Amb. nell'anno (età ≥ 18 anni). Lazio 2020.

Fonti: SISP.

Tipologia prestazione (%)	2018	2019	2020
Visite specialistiche psichiatriche	28,3	29,4	25,8
Colloqui con pazienti e familiari	15,0	15,5	19,4
Prestazioni di tipo infermieristico	13,7	13,6	15,7
Altre prestazioni in corso di trattamento	11,2	10,4	11,8
Accoglimento / valutazione	9,0	9,2	9,9
Psicoterapie	9,6	8,9	5,7
Interv. terapeutici di sostegno	3,7	3,7	3,9
Prestazioni di tipo riabilitativo	3,3	3,6	2,5
Prest. comportanti produz. di documenti	2,7	2,7	2,4
Prestazioni di tipo sociale	2,4	2,4	2,0
Prescrizioni di ricovero	0,2	0,2	0,2
Prestazioni non specificate	0,8	0,5	0,7
TOTALE (N)	582.942	626.231	528.054
di cui in sede esterna (%)	16,1	15,4	13,8

Tabella 5 - Ricoveri in SRP incidenti e prevalenti nell'anno, per setting assistenziale (età ≥ 18 anni). Lazio 2020.

Fonte: SIPC.

DSM	STPIT		SRTR i		SRTR e		SRSR 24h		SRSR 12h		SRSR fo		GRApp	
	Incidenti	Prevalenti												
LAZIO 2020	2.266	2.510	364	500	373	1.185	102	621	25	151		5	12	46
LAZIO 2019	2.761	2.957	578	692	469	1.278	153	667	46	176		47	53	53
LAZIO 2018	2.644	2.869	574	701	419	1.244	149	665	41	171	25	75		

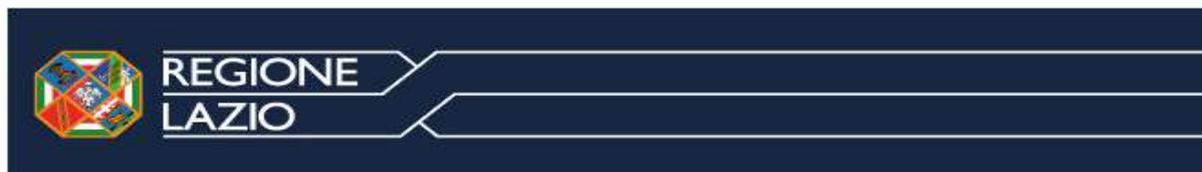
Tabella 6 - Numero di accessi nei PS/DEA regionali con diagnosi principale psichiatrica o con altra condizione ad essa associabile³³ (età ≥ 18 anni). Lazio, 2018-2020.

Fonte: SIES

ANNO	Accessi con diagnosi principale psichiatrica (DPR_PSI)	Accessi con "altra condizione psych." ³⁴		Totale degli accessi		Variazioni percentuali rispetto all'anno precedente			
	N.	N.	di cui: ideazione suicidaria o TS ³⁴	N.	% DPR_PSI	DPR_PSI	altra condiz. psych. ³⁵	ideazione suicidaria o TS ³⁴	tuttigli accessi
2020	28.880	5.178	162	1.105.622	2,61	-24,5	-7,3	14,1	-30,1
2019	38.239	5.585	142	1.581.311	2,42	0,9	4,8	6,8	-0,1
2018	37.890	5.329	133	1.582.308	2,39	0,8	-0,3	37,1	0,8

³³Diagnosi secondaria psichiatrica, presenza in diagnosi principale o secondaria (limitatamente alle prime 5) di "circostanze, diverse da malattie e traumi, che rappresentano una causa di ricorso a prestazioni sanitarie o che esercitano un'influenza sulle attuali condizioni di salute del paziente" (codici V) associabili a problematiche psichiatriche \$, consulenza psichiatrica, segnalazione di Tentativo di suicidio o Autolesione senza TS nel campo "in caso di trauma" (anche in assenza della codifica "trauma" nel campo problema principale)

³⁴ indicazione in diagnosi principale o secondaria (limitatamente alle prime 5) del codice V62.84 "ideazione suicidaria" o segnalazione di Tentativo di suicidio nel campo "in caso di trauma" (anche in assenza della codifica trauma nel campo "Problema Principale")


Tabella 7 - Ricoveri in regime ordinario nei reparti 40 per anno, età ≥18 anni. Lazio 2018-2020.

Fonte: SIO

		SPDC	Rep. Univ	Totale
2020	Totale Ricoveri	6934	699	7633
	Totale soggetti	4778	589	5070
	N TSO	359		359
2019	Totale Ricoveri	8182	972	9154
	Totale soggetti	5537	792	5994
	N TSO	417		417
2018	Totale Ricoveri	7626	848	8474
	Totale soggetti	5408	684	5942
	N TSO	547		547

Tabella 8 - Ricoveri in regime ordinario nei reparti SPDC per diagnosi. Lazio 2020, età ≥18 anni.

Fonte: SIO

2020	tipologia		Totale
	SPDC	Rep. Univ	
Psicosi affettive	2.093	310	2.403
Schizofr./stati paranoidi	1.672	140	1.812
Altre psicosi	1.238	123	1.361
Disturbi di personalità	1.078	51	1.129
Nevrosi	348	11	359
Psicosi organiche	202	7	209
Dipendenze	104	1	105
DCA	16	31	47
Oligofrenie	35	2	37
Diag.non psych.	148	23	171
Scon.			
Totale	6.934	699	7.633

Tabella 9 - Ricoveri in regime ordinario nei reparti SPDC³⁵ per tipo di dimissione e invio. Lazio 2020, età ≥18 anni.

Fonte: SIO

Descrizione	N Ric.	TIPOLOGIA DI DIMISSIONE (%)										INVIO (%)										
		Domicilio	Trasf. ad altro istituto di cura, pubblico o privato,	Dimissione ordinaria presso strut. res. Territoriale **	Volontario	Dimissione protetta	Trasf. ad istituto pubbl. o priv. di riabilitazione o lungodegenza medica	Dim. presso lo stesso IRC ad altro regime o altra	Dim. a domicilio in attesa di completamento dell'iter	Decesso	Dim. a domicilio del paziente con attivazione di ass. domiciliare	Trasferito dal P.S. dello stesso IRC di ricovero	Trasferito da altro istituto	Specialista o medico diverso da quello di base	Invio da PS di altro IRC	Da altro regime o tipologia dello stesso IRC	Presentazione spontanea del paziente	Paziente proveniente da altro ospedale **	Ricovero progr. su indicazione di specialista	Guardia medica	Carcere	Provenienza OBI
Totale SPDC	6.934	64,1	13,6	11,4	6,6	2,9	0,6	0,4	0,2	0,2	0,1	83,8	13,0	1,4	0,7	0,5	0,2	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0

³⁵ Ricoveri 2020 con dimissione nell'anno o nei primi 9 mesi del 2021. Comprendono 198 ricoveri con degenza in rep. 40 pari a zero giorni (di cui: 76 dimissioni a domicilio, 43 trasferimenti, 63 dimissioni volontarie)



**REGIONE
LAZIO**

Tabella 10 - Ricoveri nei Day Hospital psichiatrici della Regione. Lazio 2018-2020, età ≥ 18 anni.

Fonte: SIO

		DH Ospedalieri	DH Universitari	Totale DH
2020	Ricoveri	563	1.174	1.737
	Persone	543	1.015	1.558
2019	Ricoveri	883	1.333	2.216
	Persone	820	1.188	2.005
2018	Ricoveri	855	1.480	2.335
	Persone	813	1.349	2.159