

## **Osservazioni Piano d’Azione per la Salute Mentale 2025–2030 PANSM**

### **A cura del Gruppo Tecnico Interregionale sub area Dipendenze**

#### **Metodologia di redazione**

Si esprimono forti critiche sulla mancanza di coinvolgimento delle regioni durante tutto il processo di redazione. Le regioni sono infatti state coinvolte solo a documento concluso e con richiesta di esprimere pareri sui contenuti, limitando però la possibilità di integrazioni e modifiche a tempistiche estremamente ristrette.

Alla redazione del documento hanno collaborato quasi esclusivamente psichiatri e alcuni direttori dei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze, rappresentativi solo di una parte di un insieme articolato.

La redazione di Piani di Azione della Salute Mentale, delle Dipendenze e delle altre aree, dovrebbe prevedere percorsi a medio e lungo termine di graduale coinvolgimento dei gruppi tecnici delle sub aree del nostro e degli altri coordinamenti tecnici, finalizzati a costruire quel terreno di conoscenza reciproca, di interscambio di competenze che dovrebbe portare a meglio definire le attività e le strategie di presa in carico.

Si segnala inoltre il mancato coinvolgimento della Conferenza Stato-Regioni e del Dipartimento Politiche Antidroga, fondamentale in un momento di definizione di politiche in materia di Dipendenze.

In generale si esprime perplessità per l'impostazione metodologica: vengono proposti piani d'azione settoriali, separati per singole materie.

Manca inoltre il riferimento concreto al Piano Nazionale Prevenzione 2020 – 2025, strumento che ha favorito la messa a sistema in tutte le Regioni dei programmi di prevenzione collettiva e di linee di azione basate su buone pratiche consolidate e strategie raccomandate, nazionali e internazionali. Tra gli obiettivi vi è il rafforzamento delle Aziende sanitarie nello sviluppo delle attività di I livello (prevenzione, medicina di base, attività distrettuale), legandole alle esigenze della comunità locale e garantendo i processi d'integrazione tra area sociale e socio-sanitaria.

Si ricorda, a questo proposito, che è in fase di redazione il Piano Nazionale Prevenzione 2026-2031, in continuità con il precedente.

#### **Terminologia**

In generale, il documento in alcuni punti appare eccessivamente generico e ancorato a un lessico e a un impianto concettuale non completamente allineato ai più recenti sviluppi internazionali e alle migliori pratiche documentate. Alcune definizioni non sono condivise dalle società scientifiche.

Si esprime perplessità sulla terminologia "Dipartimento integrato inclusivo" poiché generica.

Si riscontra confusione terminologica tra "psichiatria" e "salute mentale", nei fatti descrive un dipartimento psichiatrico che include altre specializzazioni.

E' opportuna la premessa che l'uso di sostanze non necessariamente porta a una diagnosi di addiction o dipendenza.

La comorbidità psichiatrica costituisce una tra le diverse patologie associate ai disturbi da Addiction da cui i pazienti Ser.D. sono affetti, essendo maggiormente rappresentate malattie di pertinenza infettivologica e internistica.

Il documento assimila erroneamente il "disagio giovanile" alla salute mentale. Il disagio giovanile è una problematica sociale complessa che riguarda difficoltà relazionali e familiari, crisi identitarie, insuccesso scolastico, bullismo, isolamento, ritiro sociale, uso occasionale o esplorativo di sostanze o tecnologie, esposizione a contesti violenti o trascurati. Queste situazioni non sono di per sé disturbi mentali ma reazioni,

spesso normali seppur dolorose, a un contesto sfavorevole o disfunzionale. Medicalizzarle significa patologizzare la sofferenza, decontestualizzarla e quindi rischiare di inquadrarla con strumenti inadeguati o etichettare con diagnosi non sempre appropriata. Il disagio giovanile come problema sociale richiede risposte educative, familiari, comunitarie e non può essere affidato ad un modello medico-clinico, né ai servizi psichiatrici che intervengono quando c'è una diagnosi non quando serve una ricostruzione del senso di sé e del legame sociale.

### **Assetti organizzativi**

Si sottolinea che la scelta degli assetti organizzativi è competenza delle regioni ed è necessario tenere conto delle differenze geografiche, culturali e organizzative che le caratterizzano e che ha comportato in alcune regioni l'istituzione autonoma di Dipartimenti dipendenze garantendo l'interconnessione con le altre strutture dipartimentali delle Aziende Sanitarie Locali.

Possono pertanto essere formulate indicazioni nazionali solo in caso di piena condivisione.

I Servizi per le Dipendenze rappresentano articolazioni sanitarie culturalmente e organizzativamente predisposte a operare secondo un modello integrato, basato sulla sinergia tra tutte le figure professionali coinvolte. La natura dei servizi intrinsecamente multidisciplinare consente di predisporre e realizzare interventi complessi in modo coordinato, valorizzando le competenze di ciascun professionista dell'équipe, medici di varie specializzazioni, psicologi, educatori, infermieri, assistenti sociali, tecnici della riabilitazione, e altri operatori, nel percorso di cura condiviso. Si tratta, infatti, degli unici servizi strutturati e dotati di personale adeguatamente formato per affrontare in modo competente ed efficace la prevenzione, la cura, la riabilitazione, la riduzione dei rischi e dei danni sia da sostanze psicoattive che da comportamenti disfunzionali, secondo un approccio storicamente bio-psico-sociale coerente con la visione moderna della salute mentale di comunità.

I modelli innovativi della Salute mentale possono arricchirsi di questa esperienza pluriennale.

È auspicabile un atto normativo che stabilisca periodicamente un piano d'azione integrato per le dipendenze. Nell'ottica di una ottimizzazione della qualità della assistenza, finalizzata al contenimento dei costi e al miglioramento della efficienza complessiva del servizio sanitario, si ritiene appropriata la costituzione di P.D.T.A. (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale) con le diverse Unità Operative Complesse dei Dipartimenti coinvolti, al fine di favorire l'aggancio con una utenza che successivamente si interfacerà sul territorio in modo autonomo con gli specialisti di riferimento.

Aspetto di cui tenere conto sono le problematiche legali legate alla protezione delle cartelle cliniche dei Serd rispetto a quelle della psichiatria.

Si segnala il mancato riferimento all'ineludibile coinvolgimento dei Servizi delle Dipendenze nei percorsi di transizione NPIA- Salute Mentale dell'adulto, a fronte dell'elevata prevalenza di disturbi da uso di sostanze nel target oggetto del percorso di transizione.

In riferimento all'integrazione fra Servizi, e nonostante il documento dichiara di avvalersi del modello teorico bio-psico-sociale, si segnala il coinvolgimento del consultorio familiare esclusivamente in riferimento all'età perinatale, non considerando il ruolo del Consultorio non solo nel sostegno alla genitorialità, ma anche nella intercettazione precoce e presa in carico dell'adolescente in situazioni di disagio non ancora configurabili in diagnosi psichiatriche, nella prevenzione indicata dell'evoluzione verso la psicopatologia conclamata, e nella prevenzione selettiva in ambiente scolastico: tale compito viene affidato allo psicologo di 1° livello, senza una chiara definizione di cornice organizzativa, culturale e operativa di riferimento, in particolare per le azioni di promozione della salute, intesa in senso bio-psico-sociale.

### **Cornice di riferimento – area dipendenze**

Nel PANSM i dati relativi al consumo di sostanze e alle dipendenze comportamentali fanno riferimento alle indagini campionarie (Studio ESPAD) e alla popolazione in carico ai servizi riportati nella Relazione Nazionale

al Parlamento sulle droghe 2024 (dato 2023). Il dato deve essere aggiornato con quello della Relazione Nazionale al Parlamento sulle droghe 2025 (dato 2024) non solo perché più recente ma anche per alcuni segnali di controtendenza che favoriscono una più pertinente lettura del contesto. (diminuzione della sperimentazione di sostanze illegali e dei consumi di quasi tutte le sostanze illegali fra i giovanissimi).

Il dato relativo ai soggetti in carico ai Serd deve tenere conto del sistema di rilevazione SIND che, relativamente al dato 2024, ha generato alcune incongruenze.

Il dato sui consumi di sostanze e dipendenze comportamentali quali le nuove sostanze psicoattive, l'utilizzo patologico del web, la dipendenza da smartphone e da social media, viene associato a fenomeni che impattano sulla salute mentale e che, di conseguenza, richiederebbero una "ridefinizione dei modelli organizzativi" per i pazienti con "disagio psicologico". Questi fenomeni non sono espressioni secondarie della psichiatria ma sono ambiti centrali delle dipendenze comportamentali e da sostanze su cui i Serd lavorano da anni con metodologie specifiche, flessibili e multidisciplinari.

Inoltre, in generale, si ritiene inappropriato che il tema dell'innovazione sia declinato solo in riferimento alle Nuove Sostanze Psicoattive.

## **Formazione**

Si condivide la necessità di prevedere un percorso formativo strutturato e riconosciuto nel campo delle dipendenze. La mancanza di formazione nel campo dell'Addiction coinvolge tutti i gradi formativi e comporta una significativa mancanza di coinvolgimento specialistico unitario nei processi di cura, portando a considerare la cura delle dipendenze più un evento che non un processo, legata quindi ad una mancata volontà più che ad un disturbo con precise linee-guida e prassi.

Ad oggi alcuni percorsi formativi rivolti agli operatori Ser.D. sono offerti dalle Associazioni a carattere Scientifico (Feder.Ser.D., S.I.T.D., S.I.Pa.D., ecc.) e non dalle Scuole di specializzazione.

Si condivide l'utilità di percorsi di laurea magistrali e di perfezionamento per le Professioni sanitarie della riabilitazione e per le professioni Infermieristiche, orientate sulle diverse dimensioni della Salute Mentale e delle Dipendenze e di carriere specifiche per il personale non medico o sanitario che è parte del personale nei dipartimenti.

## **Psicologo di primo livello**

La figura dello psicologo di primo livello così come rappresentata nel PANSM risulta "anomala" nell'odierno panorama nazionale e regionale. Non solo, a livello nazionale si sta lavorando al disegno di legge inerente la psicologia di assistenza primaria, orientando, giustamente, il servizio pubblico sul territorio nell'ambito della prevenzione e primo intervento. La figura individuata nel PANSM è relegata all'interno del DSM. Questa figura risulta ambigua e inopportuna poiché non corrisponde a nessuna delle già molte diciture utilizzate nelle esperienze territoriali in atto. Questa impostazione riduce altresì drasticamente il contributo che la professione psicologica può offrire alla cittadinanza, negando la molteplicità delle sue funzioni e la sua capacità di intercettare precocemente il disagio, sostenendo le risorse individuali e favorendo la salute nei contesti comunitari. Limitare lo psicologo al DSM significa restringere l'accesso psicologico a un'utenza già patologizzata, e trascurare la crescente domanda di interventi precoci, brevi e contestualizzati.

## **Sistemi informativi**

Si sottolinea l'esigenza di interoperabilità dei sistemi informativi dei Servizi delle Dipendenze, Salute Mentale e NPIA come strumento imprescindibile per la condivisione delle informazioni utili per la progettazione e realizzazione di percorsi integrati e funzionali ai bisogni dell'utenza

### **Azioni, obiettivi e indicatori**

Si riscontra, in generale, la necessità di sistematizzare la parte relativa ad obiettivi, azioni e indicatori che appare poco chiara e incompleta. Gli obiettivi riportati nelle rispettive “Tabelle delle Azioni” necessitano di essere rivisti nella temporalità di realizzazione ed inseriti in un cronoprogramma percorribile. Gli obiettivi devono essere tradotti in azioni misurate attraverso specifici indicatori di valutazione e monitoraggio.

### **Risorse**

Le azioni previste dal PANSM avranno sulle regioni un consistente impatto economico. Si ritiene pertanto necessario garantire che il Piano preveda risorse dedicate.

Oggetto: trasmissione osservazioni relative al DAR 12187 - Piano di azione Nazionale per la salute mentale (PANSM 2025-2030)

## OSSERVAZIONI PANSM

### **Premessa**

A più di 10 anni dalla precedente edizione il PANSM era un documento molto atteso e necessario. L'impostazione declinata nell'introduzione con l'approccio One Health/One Mental Health, appare opportuna e condivisibile.

Complessivamente si condivide l'impostazione generale e si apprezza lo sforzo di proporre un modello organizzativo condiviso con la proposta del modello del Dipartimento Integrato e Inclusivo.

In particolare va apprezzato l'obiettivo di fornire una cornice programmatica con indicazioni che possano contribuire a ridurre la rilevante frammentazione organizzativa attualmente presente nell'area della salute mentale.

Di seguito la sintesi delle considerazioni, osservazioni e richieste di modifiche/integrazioni, finalizzate al miglioramento del documento, giunte da alcune regioni.

### **Osservazioni di carattere generale**

- **Il Piano di Azione Nazionale Salute Mentale 2025-20230 è un documento articolato, organico, ricco di spunti, particolarmente impegnativo nella effettiva attuazione a livello regionale.**  
**Affinchè le azioni e gli obiettivi ivi contenuti possano essere concretamente realizzati sono necessarie risorse dedicate di carattere strutturale oppure, qualora solo progettuali, di respiro almeno triennale. In particolare, va considerato il potenziamento del personale, in deroga ai tetti di spesa relativi, risorsa imprescindibile e trasversale, finalizzata al raggiungimento dei diversi obiettivi.**
- Si evidenzia la necessità di un generale editing del testo e l'eliminazione delle ripetizioni.
- Laddove necessario fare riferimento e citare i relativi Piani Nazionali (es. Piano Nazionale per la Telemedicina, Piano Nazionale della Prevenzione, Piano Nazionale per le Dipendenze)
- Sul tema del Dipartimento Integrato e Inclusivo andrebbe definito meglio il concetto di "salute mentale", inteso come un concetto unitario che comprenda psichiatria, neuropsichiatria infantile, psicologia e non come sinonimo di psichiatria adulti. In generale si dovrebbe cercare di privilegiare un'impostazione in cui sia valorizzata adeguatamente l'interdipendenza con altri importanti settori, quali la Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (NPiA) e le Dipendenze Patologiche (SerD) e, dove esistenti, i Servizi di Psicologia, con i quali i Servizi di Salute mentale adulti devono operare sinergicamente, a prescindere dalle scelte organizzative operate dalle Regioni.
- Nel documento in diversi passaggi si coglie un taglio medico-centrico, che rischia di limitare la reale efficacia dei percorsi assistenziali proposti. Ove possibile dare maggiore enfasi al concetto della multiprofessionalità.

- Non viene trattato il tema della residenzialità ritenuto tra i più importanti e prioritari nell'area salute mentale, se non altro per il rilevante impatto economico sui servizi.
- Un altro aspetto che non viene preso in considerazione è la disabilità determinata dalla patologia psichica, condizione che può rendere necessari prevalenti interventi di carattere assistenziale. Potrebbe essere utile nel testo argomentare circa la strategia da adottare in particolare evidenziando come tale necessità debba trovare adeguate risposte al di fuori dei servizi psichiatrici, ed alle risorse (es: Dopo di Noi) dedicate.
- Non vengono affrontate le tematiche relative alla coercizione ed alla contenzione meccanica. Rispetto a questo punto, peraltro, consapevoli delle linee di indirizzo relative, attualmente in itinere amministrativo, si chiede di citare i riferimenti.
- Si propone di integrare nel PANSM il recente *Policy Paper* dell'OMS che definisce le 4 aree strategiche di intervento per potenziare la salute mentale servizi nell'ambito dell'assistenza sanitaria primaria, che enfatizza l'assistenza integrata e centrata sulla persona. A tal fine definisce le quattro azioni di sistema di seguito declinate:

- (1) migliorare le competenze di salute mentale degli operatori di assistenza primaria attraverso l'istruzione (livello universitario) e la formazione;
- (2) integrare i teams di cure primarie con professionisti della salute mentale;
- (3) potenziare i collegamenti tra servizi di cure primarie e servizi specialistici di salute mentale;
- (4) favorire la collaborazione multi-settoriale per affrontare i determinanti sociali della salute mentale.

Relativamente agli obiettivi:

- Numerare gli obiettivi
- Definire in maniera più precisa gli attori all'interno dei diversi obiettivi; spesso sono troppi e non sono chiare le rispettive competenze
- In molti casi le azioni sono trasversali e quindi sarebbe preferibile identificare le Aziende Sanitarie come attori principali anziché i Servizi psichiatrici
- Se possibile prioritarizzare gli obiettivi
- Se possibile operare un raggruppamento per obiettivi strategici ai quali ricondurre gli indicatori.
- Se possibile definire una tempistica e un sistema di valutazione sul raggiungimento degli obiettivi definiti.
- Infine, attesa la complessità e l'importanza degli stessi, si suggerisce di procedere almeno ad una suddivisione in due macro gruppi: obiettivi realizzabili a breve termine (entro tre anni) e obiettivi realizzabili a medio-lungo termine (entro cinque anni) in modo tale da definire un cronoprogramma percorribile con tempistiche chiare e definite.

## **Osservazioni specifiche per i sei capitoli**

### **Cap.1 SALUTE MENTALE E PERCORSI DI PREVENZIONE E CURA**

- Definire meglio la collaborazione con utenti/familiari/cittadini nell'ottica di co-programmazione e co-progettazione degli interventi
- Pag. 12-13. Non sono richiamati l'Intesa Stato-Regioni del 4 agosto 2021 e il successivo documento del Ministero della Salute "Linee di indirizzo per la realizzazione di progetti regionali volti al rafforzamento dei Dipartimenti di Salute Mentale regionali". Si chiede di inserire questi riferimenti
- Pag. 17. Non viene indicato l'ambito territoriale di riferimento "ottimale", né viene dettagliata la composizione dei servizi; se ci si riferisce a quella definita dal Piano attuativo 1994-96 con

Centri di Salute Mentale, SPDC, Semiresidenze e Residenze si chiede di esplicitare il riferimento

- Si chiede l'aggiornamento dei dati relativi alla Relazione nazionale al Parlamento sulle Droghe (2025) e dei dati relativi ai flussi delle dipendenze.
- Pagg. 19 "Nell'ultimo anno, presso i Servizi pubblici e privati (SerD) dedicati alla prevenzione, al trattamento e alla riabilitazione delle dipendenze, presenti in modo capillare su tutto il territorio nazionale, sono stati trattati 132.200 pazienti" (sembrano pochi, solo in Lombardia sono circa 40mila)
- Pag. 21, l'approccio biopsicosociale e il modello a matrice sono condivisibili e dovrebbero sostanzarsi anche in diagnosi sociali e l'utilizzo dei Codici Z del ICD 10.
- Pag. 22. Chiarire i riferimenti normativi relativi all'organizzazione dei 4 livelli di assistenza con particolare riferimento alla microequipe di primo livello.
- Chiarire meglio la figura dello psicologo di primo livello in particolare relativamente al suo inquadramento professionale, incardinamento, funzioni e rapporto con i MMG.
- Pag. 24, primo paragrafo, ultimo punto elenco, "Consultorio": non è chiaro di che tipo di consultorio si tratti.
- *La salute mentale perinatale* Si suggerisce di modificare il titolo in: "La salute affettivo relazionale della donna, della coppia e della famiglia nelle fasi del ciclo di vita".
- Pag. 25 "...non sono presenti percorsi clinici condivisi e uniformi per il riconoscimento, la presa in carico e il trattamento delle donne con disturbo mentale,...": si consiglia di considerare e citare la raccomandazione della Linea guida SNLG 1/2025 - Gravidanza fisiologica, seconda parte; Sezione 4, in cui si raccomandano metodo e timing di screening di I livello (raccomandazione forte).
- Pag. 26, secondo paragrafo, "...la promozione della salute mentale delle donne...": sarebbe opportuno tenere in considerazione anche i casi di depressione paterna, la cui incidenza è sottostimata, ma che favoriscono una reazione depressiva nella donna condizionando lo sviluppo psicologico e fisico del/della nascituro/a
- Pag. 26, secondo paragrafo, "...2) l'implementazione dei fattori protettivi del benessere psichico genitoriale-fetale-neonatale mediante azioni di sostegno coordinate multidisciplinari (ostetricia e ginecologia, pediatria, medicina di base, psichiatria, neuropsichiatria infantile, psicologia)...": le azioni di sostegno coordinate multidisciplinari per attivare fattori protettivi non devono essere solo di tipo sanitario ma devono tenere conto anche della collaborazione con gli enti locali e altre risorse presenti sul territorio (Centri per le Famiglie, associazione di auto aiuto, ecc.).
- Pag. 26, secondo paragrafo, ultime righe "...Unità Madre-Bambino...": esistono già documenti che indicano che la diade non venga separata in caso di ricovero o solo materno o solo del neonato. Piuttosto che di Unità Madre Bambino, sarebbe più innovativo parlare di ricovero in family room, in cui stanno tutti insieme, incluso l'altro genitore (ed eventuali figli se fosse utile e/o necessario).
- *Richieste dell'AG in materia di minori e famiglie* (pag. 26). Si suggerisce di modificare il titolo in "Salvaguardia e tutela giudiziale dei minori in condizioni di rischio, pregiudizio o danno".
- In questo paragrafo (pag. 26) mentre al 5° capoverso si afferma la titolarità dei consultori a occuparsi dei temi della valutazione delle competenze genitoriali e della valutazione della salute psicologica dei minori, e si ribadisce la necessità di non 'sanitarizzare' questi percorsi, i primi capoversi parlano in maniera ambigua di 'operatori del SSN', favorendo una lettura in base alla quale sono i Servizi di Salute Mentale dell'Infanzia e Adolescenza a dover rispondere alle richieste di valutazione dei Tribunali della Famiglia e dei Minori. La tendenza dei Tribunali della Famiglia a chiedere consulenze agli operatori del DSM è, a nostro avviso, molto pericolosa perché, da un lato, porta gli operatori a svolgere funzioni di CTU in maniera impropria e, dall'altro, a mettere in conflitto la funzione di consulente con l'alleanza terapeutica con il minore e la famiglia. Si suggerisce di riformulare il paragrafo sostituendo a "operatori del SSN" "operatori dei consultori".
- Pag. 27, primo paragrafo, nota a "un eccessivo ricorso allo strumento sanitari dei minori coinvolti": la frase non è chiara, si propone di eliminarla

- Nello stesso paragrafo a pag. 27 *“A tal fine si ribadisce l’importanza che rivestono i Consulitori Familiari nella tutela dei minori, in collegamento con i Tribunali e le Procure della Repubblica ed in stretta integrazione con i servizi sociali comunali/municipali e le altre strutture territoriali”*. Si evidenzia complessivamente questo paragrafo come criticità in quanto appare dubbia la titolarità del Tavolo Tecnico di lavoro sulle modalità organizzative dei consultori
- Inoltre, si suggerisce di inserire in questo paragrafo:
  - L'ascolto del minore nei procedimenti giudiziari, sia in ambito civile che penale, rappresenta uno strumento essenziale per la tutela dei suoi diritti e per garantirne la partecipazione alle decisioni che lo riguardano. Tuttavia, sorge una problematica rilevante relativamente all'intervento dei servizi sanitari — in particolare, psicologi e neuropsichiatri infantili — nelle suddette procedure.
  - Il personale del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) opera secondo metodologie cliniche e terapeutiche, mentre l'ascolto giudiziario richiede una specifica formazione giuridico-forense.
  - Infine, va precisato che l'ascolto in ambito giudiziario non rientra nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), comportando il mancato conferimento delle risorse di personale dedicate a tale funzione.
- Pag. 29 *“La psicoterapia è una pratica clinica diffusa, oggi anche attraverso la rete, ma della quale è necessario che l’utente sia tutelato rispetto alla libera scelta e ai trattamenti specifici possibili specie quelli mirati alla condizione clinica per la quale vi si fa ricorso”*. Questo paragrafo è poco comprensibile, si chiede di esplicitarlo
- Pag. 31, nota al secondo obiettivo *“Implementazione dello screening precoce...”* – sarebbe opportuno pensare a procedure/protocolli che definiscano il percorso, piuttosto che a deliberazioni di Giunta.
- Pag. 32 tabella obiettivi percorsi di cura per ADHD e autismo non presenti nel testo
- Pag. 32, quarto obiettivo *“Definizione e implementazione dei Percorsi di cura per utenti adulti con autismo”* – Attori: Non è chiaro di quali Consulitori si tratti. I consultori familiari non si occupano di utenti adulti con autismo.

## **Cap. 2 SALUTE MENTALE IN INFANZIA E IN ADOLESCENZA, TRANSIZIONE DAI SERVIZI PER L’INFANZIA E L’ADOLESCENZA AI SERVIZI PER L’ETÀ ADULTA, ACCESSO E CONTINUITÀ DI CURA**

- Si ritiene fondamentale affrontare anche il tema dell’emergenza-urgenza in NPIA e la gestione della fase dell’ospedalizzazione, con particolare riferimento al tema della mancanza di posti letto di NPIA e delle azioni da mettere in atto per incrementarli o per gestire questa particolare tipologia di utenza.
- Si sottolinea la necessità di implementare la prevenzione attiva che si fa in NPIA, proprio al fine di contrastare l’evoluzione negativa degli aumenti esponenziali delle richieste e delle urgenze. Si fa riferimento ad un documento di intesa della Conferenza Unificata *“Linee di indirizzo sui disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell’infanzia e della adolescenza”* (Atti n. 70/CU del 25 luglio 2019) che non ha dato esito e non ha avuto ricadute operative evidenti nelle attività delle Regioni, se non un mero recepimento formale.
- Nel documento non si evidenzia un’impostazione che possa garantire la continuità nei modelli di cura tra NPIA e Salute Mentale adulti. Si sottolinea che la NPIA come unica realtà di presa in carico della Salute mentale nella minore età presenta modalità organizzative non sempre uniformi in Italia, e inoltre deve orientarsi ed interfacciarsi con un ampio ventaglio di servizi in base alle esigenze dell’utenza: psicopatologia,

disabilità, neuromotorio, provvedimenti amministrativi di Tutela fino ai 21 anni. Emerge in particolare la necessità di:

- sviluppare programmi e moduli (dai 16 ai 25 anni). È necessario pensare e lavorare su programmi di intervento dedicati alla giovane età (16-25 anni) che sostengano un modello evolutivo bio-psico-sociale;
- implementare la formazione universitaria nelle varie discipline (Medici, Psicologi, Professioni sanitarie) sul tema della transizione per incidere su una cultura che ancora separa età minore ed età adulta.
- In relazione al team di professionisti dedicati al processo di continuità delle cure, non viene citata la presenza di dirigenti psicologi in alternativa o aggiunta a dirigente NPIA come referente del caso. Mancano inoltre tutte le figure professionali di assistenti sociali, educatori, infermieri, tecnici della riabilitazione essenziali per il lavoro di presa in cura multidisciplinari e multiprofessionale nonché per il Case Management.
- Si parla di "equipe di transizione" anche nel primo capitolo, con riferimento ad età diverse 14/16 - 20/22. Appare ridondante e fuorviante la presenza in due diversi punti del documento. Sarebbe più opportuno lasciarlo solo nel capitolo 2 dedicato alla salute mentale dei minori.
- Gli indicatori sono meramente limitati alla transizione e non ad altri importanti obiettivi della NPIA.
- Si evidenziano dubbi concettuali circa la telefonata di monitoraggio a 12 mesi dalle dimissioni, nella fase post-passaggio a carico della NPIA.
- Vista la complessità della transizione e la richiesta di molti indicatori di monitoraggio sarebbe indispensabile un Sistema Informativo ad hoc possibilmente con tracciato ministeriale.

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

- Relativamente al paragrafo b "Le sezioni psichiatriche dentro le carceri: le Articolazioni Tutela Salute Mentale in carcere (ATSM)" (pagg 44 e succ.) parecchi sono i rilievi da parte di diverse Regioni. In estrema sintesi viene esplicitamente chiesto di cassare la tabella (pagg. 45 e 46) e di riformulare il paragrafo tenendo conto della concreta non applicabilità degli articoli artt. 111,112, e 148 del Codice Penale; nel testo andrebbe sviluppata la descrizione delle attività, diverse dalla mera collocazione in ATSM, che i DSM devono svolgere a favore delle persone detenute, nei luoghi di ordinaria assegnazione, come centrali per un servizio di tutela della salute mentale operante in ambito penitenziario. Si chiede in particolare di valutare se confermare o meno la previsione dell'aumento dei posti letto di ATSM di almeno il 5% (pag. 45). A tal proposito si precisa che le ATSM devono essere implementate coerentemente al fabbisogno di ogni Regione (Accordo in CU n. n. 3/2015). L'indicazione del 5%-10% dei posti in ogni Regione non corrisponde necessariamente al fabbisogno locale. Si precisa, infine, che le ATSM hanno la finalità di tutelare la salute mentale, e non quella di curare le patologie maggiori (parere CNB 2019).
- Inoltre, sempre relativamente allo stesso paragrafo:
  - pag. 47" *Funzione di collegamento con i sanitari del carcere e secondariamente con la Magistratura per persone con disturbi mentali autrici di reato che, pur*

*essendo stati periziati e ritenuti non imputabili e pericolosi socialmente, non risulta possibile inserire nelle REMS (per la misura detentiva) e nelle strutture SRP (per la misura non detentiva)”, sembra si affermi, quindi, che vi sono delle persone sine titulo detenute in ATSM che durante il periodo detentivo non sono stati destinatari di un PTRI che permettesse al Magistrato di decidere tra la misura di sicurezza detentiva o non detentiva.*

- pag. 46 *“Va ricordato che la normativa del TSO ne prevede esecuzione in ambito ospedaliero, proprio a salvaguardia del paziente; quindi, l’esecuzione del TSO va effettuata presso il SPDC del luogo ove insiste l’Istituto penitenziario”.* Approfondire la possibilità del TSO extra ospedaliero. (In Regione Lombardia è prevista ad esempio la possibilità di effettuare in casi selezionati il TSO extraospedaliero in carcere).
  
- Relativamente al paragrafo “Minori autori di reato” (pagg. 47 e succ.) si coglie l’importanza di dare una risposta organizzativa e condivisa per i minori autori di reato, attraverso l’istituzione delle “équipe interistituzionali integrate”, “equipe sanitaria multiprofessionale”, “equipe valutativa multiprofessionale”.  
Tuttavia, l’istituzione di tali équipe appare sproporzionata rispetto alla dimensione del fenomeno e delle attività che oggi vengono già realizzate per questi minori, come anche la definizione di PDTA locali. I professionisti della NPIA interagiscono sinergicamente con gli operatori del Centro Giustizia minorile per la gestione dei casi che presentano disturbi psichiatrici, neuropsichiatrici o delle dipendenze. Si ritiene che la collaborazione con il Centro Giustizia Minorile debba essere condiviso, progettato e definito in collaborazione con il Dipartimento della Giustizia Minorile in primo luogo e, non meno importante, con il Servizi sociali locali
- Pag.50 da segnalare il problema dei minori con misura di sicurezza che non trovano collocazione nel sistema attuale
  
- Relativamente al paragrafo “La tutela della salute mentale in persone affette da disturbi mentali autori di reato in misura di sicurezza”
  - Si chiede di precisare ulteriormente che i dati relativi ai soggetti “in lista d’attesa” (pag. 51), sono ufficiosi non derivando da flussi certi
  - Pag.51 Più che la presunta lista d’attesa quantificata in numero di persone in attesa, si potrebbe segnalare la difficoltà ad inserire in REMS in alcuni territori nelle tempistiche necessarie (una lista d’attesa di 10 persone non ha lo stesso valore su 20 posti totali o su 100 posti...). Il rischio di questa impostazione è che passi il messaggio che sia necessario incrementare i posti letto.
  - Pag. 52, la REMS ha una funzione residuale di extrema ratio che andrebbe rimarcata
  - Pag. 52, punto 2. Si trascende dall’art. 9 dell’Accordo in CU n.188/22, che pone le funzioni di identificazione, immatricolazione, ricostruzione ed aggiornamento delle posizioni giuridiche in capo all’I.P. più prossimo alla REMS.
  - Pag. 53, punto 5. Ampliare e sottolineare adeguatamente il concetto in quanto nel documento non è approfondita la rilevante situazione delle misure di sicurezza non detentive che, nella maggior parte dei casi, sono inseriti in strutture sanitarie residenziali per la Salute mentale, con il seguente impatto: 1) utenti inseriti in strutture residenziali sanitarie a prescindere dal reale bisogno clinico assistenziale in residenza; 2) impatto considerevole ed esponenziale sui costi di tutte le regioni; 3) limitazione della disponibilità di posti residenziali per l’utenza non sottoposta a provvedimenti dell’A.G. in carico ai Centri di Salute mentale.
  - Pag. 53, punto 7. Le distinzioni tra residenze di assessment e di mantenimento non sembrano trovare indicazioni nella legge n. 9/2012 bensì, eventualmente, nella scelta di implementazione adeguatamente diversificata prevista dal DM 1° ottobre 2012.

- Pag. 54, punto 10. Il punto 10 va eliminato in quanto la legge 81/2014 prevede la esclusiva gestione sanitaria interna e la sicurezza perimetrale garantita dalle FFOO.
- Pag. 54 Punto d) si chiede di sostituire *“un sistema di strutture modulato per i diversi livelli di pericolosità”* con *“modelli di presa in carico in relazione all'intensità assistenziale a garantire le condizioni di sicurezza”*.
- Pag. 59 Azione 1 da integrare con Attivazione delle equipe di salute mentale in carcere
- Pag. 60, Obiettivi. Dopo *“Sistema omogeneo per la valutazione della pericolosità e per l'identificazione del livello di sicurezza”* aggiungere *“anche in relazione alla protezione degli operatori dal rischio di aggressione”*
- Pag 60 Indicatori *“Creazione rete residenziale dedicata ai pazienti autori di reato in libertà vigilata”* aggiungere *“o realizzazione di programmi terapeutico riabilitativi ad elevata intensità di cura”*
- Pag. 60, Indicatori. Dopo *“Adozione documento con raccomandazioni degli strumenti per la valutazione della pericolosità”* aggiungere *“e l'individuazione di misure di prevenzione per la tutela degli operatori dal rischio di aggressione”*

#### **Cap. 4 SALUTE MENTALE: RISK MANAGEMENT E SICUREZZA**

- Pag 61 Si propone di sostituire *“E' opportuno che la cultura e le iniziative rivolte alla gestione del rischio clinico siano estese dall'ambito ospedaliero a quello prettamente territoriale”* con *“E' opportuno che la cultura e le iniziative rivolte alla gestione del rischio clinico siano rivolte sia all'ambito ospedaliero che all'ambito territoriale secondo le diverse caratteristiche organizzative e di intervento.”*
- Pag. 61, terzo paragrafo: si suggerisce di sostituire *“audit clinici”* con *“significant event audit”*.
- Pag. 62, *“Incidenza di eventi sentinella”*: tra gli indicatori di sicurezza si propone di inserire il numero di analisi approfondite delle cause degli eventi sentinella segnalati.
- Pag. 63, *“Mappatura delle aree critiche”*: Si suggerire di aggiungere alla mappatura delle aree critiche *“anche mediante l'utilizzo degli strumenti proattivi di risk management (es. Safety Walk Round, Fmea, ecc.)”*.
- Pag. 65, *“Eventi avversi”* Indicatori. Aggiungere come segue: *“Presenza di Report annuali aziendali e regionali in termini di adeguatezza strutturale e/o di miglioramento organizzativo messo in atto in relazione agli eventi sentinella e eventi avversi verificatesi e alle indicazioni regionali Riduzione degli eventi sentinella”*
- Pag. 65, *“Prevenzione, segnalazione e monitoraggio, dei tentativi di suicidio e autolesionismo messi in atto in ambiente ospedaliero – Indicatori”*: si propone di inserire tra gli indicatori il numero di suicidi/tentati suicidi avvenuti in ambito ospedaliero.
- Pag. 67, Personale sanitario: da *“non al mero contenimento farmacologico dell'aggressività”*, sostituire con *“e può prevedere un contenimento farmacologico dell'aggressività secondo linee di indirizzo condivise”*

## Cap. 5 SALUTE MENTALE E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

- Nel PANSM non sono menzionati gli accordi con gli Enti Locali previsti dai Piani di Zona e il loro ruolo indispensabile per la corretta applicazione della metodologia del Budget di Salute, si suggerisce di citarne i riferimenti ed argomentare in merito
- L'integrazione sociosanitaria dovrebbe vedere linee nazionali, come quelle per il Budget di Salute, e sancire la pienezza di diritti e doveri delle persone con disturbi mentali e

delle loro famiglie. Invece, nel testo viene citato soltanto nel paragrafo "Criticità dell'integrazione sociosanitaria", e perciò solo come "criticità"/"ostacolo", piuttosto che come un arricchimento nel momento in cui la persona viene valutata e presa in carico in tutte le sue dimensioni. Il concetto di integrazione viene limitato all'ostacolo dei "criteri di ripartizione della spesa". Si chiede di ridefinire correttamente il concetto.

- Pag. 72, non si coglie la linea operativa strategica, sia rispetto ad una qualificazione della residenzialità sanitaria rispetto ai singoli PDTA sia per quanto attiene alla creazione di Servizi di Comunità e Prossimità mediante Budget di Salute come evoluzione della residenzialità sociosanitaria.
- Pag. 72 Si propone di inserire dopo "Cruciale in questa fase il coinvolgimento.....familiari" il seguente testo *"Si renderà necessario, inoltre, configurare sistemi autorizzativi e di accreditamento istituzionale per la cogestione di progetti personalizzati con Budget di Salute orientati alla valorizzazione dei processi e alla qualità delle connessioni tra i nodi della rete dei sostegni e delle opportunità. In particolare, nel superare la standardizzazione delle forme di risposta ai bisogni e la conseguente rigidità dei sistemi d'offerta, vanno individuati nuovi modelli regolativi pubblico privati a maggior supporto della personalizzazione degli interventi, alla generatività delle opportunità inclusive e al sostegno competente alla fruizione delle stesse."*
- Pag. 76 Si propone di inserire dopo: "E' quindi necessario promuovere.....servizio pubblico" il seguente testo *"Nel Report salute mentale 2024, si evidenzia come a livello nazionale, nel 2022, il 45 % del budget a disposizione dei Dipartimenti di Salute Mentale sia impiegato nella gestione di strutture residenziali. Risultano in contatto con i servizi di salute mentale, circa 854.040 persone di cui, nel 2023, 27.768, il 3%, inserite in strutture. In tal senso, al fine di garantire una maggiore appropriatezza degli interventi e una conseguente qualificazione della spesa, andranno valorizzate le numerose esperienze regionali e locali che stanno realizzando progetti di abitare supportato. Un tanto anche nella prospettiva di una più estesa articolazione delle forme di residenzialità previste dall'art. 33 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017."*
- Pag. 82, citare, insieme all'esperienza italiana di ISS, ASL Città di Torino, AULSS 6 Euganea e ASL Roma 2, l'esperienza del DSMDP di Modena: Il DSMDP di Modena ha promosso, a partire dal 2006, il percorso di socializzazione Social Point, precursore in Italia dell'applicazione del modello "social prescribing". Il Social Point è nato con l'obiettivo di favorire l'inclusione sociale dei pazienti della Salute Mentale attraverso attività di volontariato e tempo libero, ed è proseguito con l'obiettivo che i pazienti stessi si dedicassero alla creazione di contesti di socializzazione, che ha portato alla costituzione nel 2011 dell'Associazione "Idee in circolo". Il Social Point ha partecipato alla "5th International Social Prescribing Conference" organizzata dalla National Academy for Social Prescribing, Social Prescribing Network e University of Westminster" posizionandosi al quarto posto, nella sezione "Award for the Best International Social Prescribing Project, con il progetto condiviso con l'Università di Chieti e Pescara "Rete Archivi e Salute".
- Pag. 83. Esplicitare meglio la strategia per il contrasto allo stigma
- Pag. 82 Si propone di inserire un'ulteriore criticità con il seguente testo: *Sistemi informativi. Nell'attesa di sistemi informativi integrati e che garantiscano maggior*

*interoperatività, si evidenzia la necessità di includere nel flusso SISM o, in altra piattaforma, tracciati dedicati all'area dell'integrazione sociosanitaria con particolare riferimento alle attività relative ai Progetti personalizzati, ai percorsi di inserimento lavorativo, alle progettualità di abitare supportato e di prescrizione sociale.*

- Di seguito la tabella con il relativo obiettivo (pag. 83)

| <b>OBIETTIVO</b>   | <b>AZIONI</b>                           | <b>ATTORI</b>                        | <b>INDICATORI</b>   |
|--|---|--------------------------------------|---|
| Sistemi informativi dedicati all'area dell'integrazione sociosanitaria | Costituzione di appositi tavoli tecnici | 1. Ministero<br>2. ISS<br>3. Regioni | Costruzione tracciati SISM (o piattaforma) dedicati all'integrazione sociosanitaria |

- Troppi gli obiettivi, solo enunciati e troppo teorici. Si suggerisce di ridurli

## **Cap. 6 SALUTE MENTALE: FORMAZIONE E RICERCA**

Includere nella formazione i Pediatri di libera scelta in relazione all'aumento del disagio mentale negli adolescenti

Pag. 85 *"Non solo coloro che operano nei servizi di salute mentale e nei SERD, ma tutti gli operatori della salute in generale (medici di medicina generale, medici delle discipline specialistiche, psicologi, tecnici della riabilitazione psichiatrica..)"* si ritiene necessario inserire come professionisti della salute mentale anche psicologi, infermieri e TERP

Pag. 86 *"la salute mentale e le discipline ad essa collegate (psichiatria psicologia generale e clinica, riabilitazione psicosociale)"* si dovrebbero aggiungere tra le discipline coinvolte anche NPIA, dipendenze

Tradurre in italiano l'elenco a pag. 87

Pag. 88 *"Dopo la laurea in Medicina e Chirurgia (laurea specialistica // magistrale in Medicina e Chirurgia CLASSE 46/S // CLASSE LM-41 e laureati del vecchio ordinamento in Medicina e Chirurgia), la formazione nell'ambito delle discipline della salute mentale è rappresentata dalla scuola di specializzazione in Psichiatria".* aggiungere "e NPIA"

Pag. 88 *"Alla scuola di specializzazione in psichiatria, sulla base della riforma universitaria D.M. n. 68 del 04-02-2015 e D.M. 402 del 2017, che adegua gli ordinamenti didattici delle scuole di specializzazione di area sanitaria afferenti all'area medica, chirurgica e dei servizi al quadro della riforma generale degli studi universitari, accedono. La durata quadriennale (240 crediti formativi universitari CFU)".* Paragrafo poco comprensibile per verosimile refuso.

Pag. 89 Per quanto attiene ai percorsi formativi post laurea in psicoterapia si apprezza l'esigenza di definire un accesso alla formazione maggiormente coerente con le esigenze effettive, non solo del Dipartimento SM-DP, ma dei diversi Servizi Psicologici presenti nel Servizio Sanitario Nazionale. Si precisa l'esigenza di differenziare la formazione post laurea modulandola in modo maggiormente rispondente ai livelli di specializzazione attualmente richiesti dal SSN con particolare riferimento alle funzioni di: psicoterapia nelle condizioni cliniche dell'età evolutiva, psicoterapia nelle condizioni cliniche dell'età adulta, riabilitazione e trattamento specialistico neuropsicologico; intervento nei contesti della salute e di comunità.

Allo stesso modo (pag. 91) per quanto attiene la formazione universitaria e continua delle professioni sanitarie viene fatto notare come sia i corsi di laurea in medicina e chirurgia sia

quelli delle professioni sanitarie, dove i CFU relativi alla salute mentale (ad es. psichiatria) sono pochi e insufficienti (ad es. per infermieristica). Anche in questo caso si richiama come non solo le discipline psichiatriche siano utili in questi contesti formativi ma quelle psicologiche, con particolare riferimento alle competenze di comunicazione con il paziente, gestione del conflitto, della crisi e dell'emergenza, psicologia sociale e di comunità, psicologia della salute e ricadute sul benessere complessivo della persona e dei caregivers familiari.

Cordiali saluti

Il Coordinatore  
Gruppo interregionale Salute Mentale  
F. to dr. Tommaso Maniscalco