

Regione Friuli Venezia Giulia

**PIANO REGIONALE SALUTE MENTALE
INFANZIA, ADOLESCENZA ED ETÀ ADULTA
ANNI 2018-2020**

INDICE

1	Premesse e contesto	6
1.1	Premesse	6
1.2	Contesto internazionale.....	8
1.3	Contesto italiano	10
1.4	La Regione Friuli Venezia Giulia.....	11
1.4.1	Scenario di riferimento Servizi dell'adulto	11
1.4.2	Scenario di riferimento Servizi dell'età evolutiva	12
1.4.3	Normativa di riferimento	13
2	Dati Epidemiologici.....	16
2.1	Dipartimenti di Salute Mentale.....	16
2.1.1	Popolazione in carico	16
2.1.2	Prevalenza ed incidenza.....	19
2.1.3	Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC).....	20
2.1.4	Centri di salute mentale sulle 24 ore.....	23
2.1.5	Centro Diurno o Day Hospital.....	25
2.1.6	Trattamenti Sanitari Obbligatori	27
2.1.7	Diagnosi	29
2.1.8	Suicidio.....	32
2.2	Servizi per l'età evolutiva	35
2.2.1	Popolazione di riferimento.....	35
3	Il sistema dei servizi per la cura e la presa in carico	39
3.1	Risposte ai bisogni: i Livelli Essenziali di Assistenza.....	39
3.1.1	Età adulta	39
3.1.2	Età evolutiva	45
3.2	Rete di offerta assistenziale per l'età adulta	46
3.2.1	Il Dipartimento di Salute Mentale.....	46
3.2.2	Centri di Salute Mentale e Centri di salute mentale aperti sulle 24 ore.....	48
3.2.3	Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura	49
3.2.4	Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza.....	50
3.2.5	Cliniche Psichiatriche Universitarie	51
3.2.6	Servizi e programmi per la residenzialità.....	51
3.2.7	Medico di medicina generale	52
3.2.8	Integrazione sociosanitaria.....	53
3.3	Rete di offerta assistenziale per l'età evolutiva	54
3.3.1	Assistenza territoriale di neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza	56
3.3.2	Assistenza ospedaliera di neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza.....	57

3.3.3	Interventi residenziali, semiresidenziali	58
3.3.4	Pediatra di libera scelta/Medico di medicina generale	59
3.3.5	Gli altri nodi della rete	60
4	Gli strumenti della riabilitazione psicosociale.....	62
4.1	Il progetto terapeutico riabilitativo individualizzato	62
4.2	Progetto terapeutico riabilitativo individualizzato e Budget Individuali di Salute ..	64
4.3	Abitare inclusivo.....	66
4.4	Tirocini inclusivi	67
5	Formazione e Ricerca	69
5.1	Formazione	69
5.2	Centro Collaboratore Organizzazione Mondiale Sanità per la Ricerca e la Formazione	69
5.3	Ricerca	69
6	Piano d'azione.....	71
6.1	Aree strategiche di intervento.....	71
6.1.1	Integrazione tra cure primarie e Dipartimenti di Salute Mentale	71
6.1.2	La rete integrata di servizi per i disturbi neuropsichici in età evolutiva	73
6.1.3	I percorsi di transizione delle cure dai servizi per l'età evolutiva a quelli per l'età adulta e i percorsi di presa in carico integrata dell'adolescente/giovane adulto con esordio psicotico	76
6.1.4	L'organizzazione dei Servizi e i programmi di abilitazione, riabilitazione, formazione ed integrazione sociale.....	78
6.1.5	Le emergenze in salute mentale	81
6.1.6	Il suicidio e la sua prevenzione	83
6.1.7	Comorbidità tra disturbi psichici, utilizzo di sostanze psicotrope e la patologia da dipendenza	87
6.1.8	Sviluppo sistema informativo	89
6.2	Gli altri obiettivi di intervento	90
6.2.1	Popolazione migrante.....	90
6.2.2	Popolazione anziana con disturbi mentali.....	91
6.2.3	Popolazione detenuta e salute mentale	93
6.2.4	Disabilità intellettiva e disturbi dello spettro autistico	94
6.3	Le risorse dedicate alla salute mentale in età evolutiva e in età adulta	95
7	Aree strategiche di intervento - Schede Obiettivo	96
7.1	La rete integrata di servizi per la salute mentale in età adulta.....	97
7.1.1	Qualità di cura nei CSM 24 ore	97
7.1.2	Integrazione tra Cure primarie e Dipartimenti di salute mentale	98

7.2	Rete integrata per i disturbi neuropsichici in infanzia e adolescenza	100
7.3	I percorsi di transizione delle cure dai servizi per l'età evolutiva a quelli per l'età adulta e percorsi di presa in carico integrata dell'adolescente/giovane adulto con esordio psicotico	101
7.4	L'organizzazione dei Servizi e i programmi di abilitazione, riabilitazione, formazione ed integrazione sociale.....	102
7.5	Le emergenze in salute mentale	103
7.6	Il suicidio e la sua prevenzione	104
7.7	Comorbidità tra disturbi psichici, utilizzo di sostanze psicotrope e patologia da dipendenza	105
7.8	Sviluppo sistema informativo	107
8	Gli altri obiettivi di intervento su popolazione vulnerabile – Schede Obiettivo.....	108
8.1	Definizione di percorsi per la presa in carico dei problemi di salute mentale nella popolazione migrante (adulti e minori).....	109
8.2	Miglioramento dei percorsi distrettuali integrati per la popolazione anziana con disturbi mentali.....	110
8.3	Miglioramento dell'assistenza penitenziaria in salute mentale per pazienti autori di reato	111
8.4	Definizione di percorsi integrati di cura per la presa in carico nell'area della disabilità psichica in una strategia di sistema	112

LISTA DELLE ABBREVIAZIONI

AAS	Azienda per l'Assistenza Sanitaria
ASUI	Azienda Sanitaria Universitaria Integrata
BIS	Budget Individuale di Salute
CSM	Centro di Salute Mentale
DCA	Disturbi del Comportamento Alimentare
DGR	Delibera Giunta Regionale
DPCM	Decreto Presidente Consiglio dei Ministri
DSM	Dipartimento di Salute Mentale
DUP	Duration of Untreated Psychosis
EBM	Evidence based medicine
EGAS	Ente per la Gestione Accentrata dei Servizi condivisi
FAP	Fondo per l'Autonomia Possibile
FVG	Friuli Venezia Giulia
LEA	Livelli Essenziali di Assistenza
LR	Legge Regionale
MMG	Medici di Medicina Generale
NPIA	Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
OPG	Ospedali psichiatrici giudiziari
PANSM	Piano d'azione nazionale salute mentale
PLS	Pediatri di Libera Scelta
PTRI	Piano Terapeutico Riabilitativo Individualizzato
PS	Pronto Soccorso
REMS	Residenze per l'Emissione delle Misure di Sicurezza
SSN	Sistema Sanitario Nazionale
SPDC	Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura
TSO	Trattamento Sanitario Obbligatorio
PONSM	Progetto Obiettivo Nazionale Salute Mentale

1

PREMESSE E CONTESTO

1.1 PREMESSE

Il Friuli Venezia Giulia, grazie al percorso di deistituzionalizzazione realizzato a partire dagli anni '60 a Gorizia, ha anticipato la legge di riforma n. 180/1978 (poi integrata nella legge n. 833/78) e avviato, a livello territoriale, un modello organizzativo di servizi per la salute mentale considerato all'avanguardia, formalizzato successivamente con la LR 72/1980. Un percorso simile si è realizzato anche per l'età pediatrica. La definizione di equipe territoriali dedicate a bambini e adolescenti e l'istituzione di servizi di neuropsichiatria infantile hanno facilitato percorsi di presa in carico territoriale e domiciliare e l'integrazione scolastica del minore.

I servizi per la salute mentale dell'adulto non sono orientati solamente a un percorso di costruzione della rete di offerta territoriale, di accessibilità e della presa in carico, ma tendono anche a costruire percorsi integrati di cura e di inclusione sociale e a garantire le opportunità di ripresa individuale e di realizzazione dei diritti di cittadinanza.

I servizi per l'età evolutiva sono di orientamento simile, con un'offerta che si è andata sviluppando nel tempo in maniera disomogenea sul territorio regionale. La recente LR 17/2014 ha posto le basi per la ridefinizione della rete dei servizi per la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza, nell'ottica di un'organizzazione che garantisca sul territorio regionale un'offerta assistenziale tesa ad assicurare una presa in carico multidisciplinare, orientata in termini ecologici e globali, diacronici e sincronici, osservando e "prendendosi cura" del bambino e dell'adolescente in collaborazione e in supporto alla famiglia, sostenendone lo sviluppo all'interno della rete di comunità.

Nell'ambito della salute mentale, molto più che in altri settori sanitari, è richiesta una presa in carico integrata della persona e l'adozione di un approccio assistenziale che associ, accanto alla dimensione clinico-terapeutica, il miglioramento del funzionamento sociale delle persone e interventi finalizzati all'inclusione sociale e al coinvolgimento della comunità.

La centralità è assunta dalle persone e dai processi che si costruiscono per la cura e la riabilitazione e, in quest'ottica, i servizi sono da valutare sulla base degli esiti clinici e sociali e del cambiamento culturale complessivo. Tale approccio presuppone stili operativi dei servizi orientati all'interazione con altri soggetti, istituzionali e non, attraverso l'individuazione, lo sviluppo e l'utilizzo di nuovi strumenti gestionali.

In tale direzione vanno anche le indicazioni del Piano d'Azione per la salute mentale 2013-2020 dell'OMS, che nei principi trasversali comprende l'universalità della copertura sanitaria, l'approccio ai diritti umani, gli interventi basati sull'evidenza, servizi orientati a tutte le fasi di vita, un approccio multisettoriale ed il coinvolgimento delle persone con disturbo mentale e disabilità psicosociali e dei loro familiari.

L'esperienza di questa Regione nell'ambito della tutela della salute mentale ha valorizzato attività riabilitative nei contesti di vita delle persone. Tali attività sono orientate alla trasformazione dei contesti, costruendo processi di inclusione sociale, abitativa e lavorativa. Questo nell'ottica di *"ricostruire il tessuto affettivo,*

*relazionale e sociale delle persone affette da disturbi mentali, tramite interventi volti all'attivazione delle risorse degli individui e del contesto di appartenenza"*¹.

Il Piano regionale salute mentale Infanzia, Adolescenza ed Età Adulta esplicita la strategia di intervento per la salute mentale in accordo con i principi e le raccomandazioni formulate a livello europeo, nazionale e regionale e concorre alla realizzazione di un sistema di servizi e interventi integrati necessari a rendere effettive le strategie di trasformazione dei contesti.

Il Piano intende delineare gli aspetti che contraddistinguono la risposta al bisogno di salute mentale delle persone in età pediatrica e in età adulta presenti sul territorio regionale. Il punto di partenza è l'analisi dei bisogni, il contesto epidemiologico, la normativa di riferimento, la descrizione della rete di offerta assistenziale e degli strumenti di riabilitazione psicosociale. Sono quindi individuate le aree strategiche di intervento che, nel loro complesso, mirano al miglioramento del sistema e all'orientamento delle azioni verso i bisogni emergenti della popolazione.

Gli obiettivi prioritari di intervento individuati, sono di seguito specificati:

- la centralità delle strutture territoriali di salute mentale per affrontare i nuovi e complessi bisogni di salute mentale nella popolazione: il miglioramento della qualità di cura offerta dai CSM 24 ore e l'omogeneità di funzionamento a livello regionale;
- l'integrazione tra cure primarie e specialistiche e i relativi percorsi di cura, tenuto conto che la cura dei disturbi mentali "comuni" ha un altissimo impatto sui servizi;
- l'implementazione della rete regionale integrata per la prevenzione, l'identificazione precoce, la diagnosi, la cura e l'abilitazione/riabilitazione, nei diversi setting assistenziali, rivolta a minori con disturbi neurologici, neuropsicologici e psicopatologici e disordini dello sviluppo nelle varie linee di espressione psicologica, cognitiva, linguistica, affettiva e relazionale;
- la definizione di percorsi di transizione delle cure dall'età pediatrica a quella adulta, di concerto con i diversi attori della rete territoriale (assistenza primaria, NPIA 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;
- la definizione dei requisiti determinanti l'offerta dei servizi riabilitativi e assistenziali per livelli di intensità riabilitativa e assistenziale su base quanto più individualizzata, tenendo conto delle evidenze internazionali relative alla *recovery-oriented care* ed in coerenza con quanto definito dai livelli essenziali di assistenza (LEA).
- la gestione dell'emergenza, la prevenzione del suicidio e il trattamento delle comorbidità con l'uso di sostanze psicotrope e patologia da dipendenza;
- lo sviluppo ed implementazione di un sistema informativo unico per la salute mentale, da adottare sia nei servizi dell'adulto, che in quelli dell'infanzia e adolescenza, per favorire una maggiore capacità gestionale e programmatoria.

¹ DPR 1 novembre 1999 Approvazione Progetto Obiettivo "Tutela Salute Mentale 1998-2000".

1.2 CONTESTO INTERNAZIONALE

La prevalenza stimata per i disturbi mentali nella popolazione europea nel 2010 è del 38.2%, il che equivale a 164.7 milioni di persone. Le patologie con maggiore prevalenza sono i disturbi d'ansia (69.1 milioni), la depressione unipolare (30.3 milioni), la dipendenza dall'alcool (14.6 milioni), seguiti da insonnia, disturbi somatoformi, demenze, ritardo mentale e altri, tra cui la dipendenza da oppiacei e cannabinoidi (2.4 milioni). L'impatto in termini di *Disability Adjusted Years Lost* (DALY), inteso come anni di vita "persi" per lo stato patologico e la conseguente disabilità, è rilevante. La depressione, in particolare, si configura come la patologia ad impatto più alto rispetto a tutte le altre patologie, sia mentali che somatiche. Se si considerano gli anni vissuti con disabilità (*years lived with disabilities*, YLD), cioè la somma della prevalenza di una patologia moltiplicata per la durata media in anni di disabilità e il peso della patologia, i disturbi mentali assorbono più del 20% rispetto a tutte le patologie. La depressione maggiore è la prima causa di YLD in 56 paesi nel mondo, la seconda in altri 56 e la terza in 34².

Le patologie psichiatriche sono associate ad un aumentato rischio di mortalità per altre cause. La schizofrenia, il disturbo bipolare e la demenza hanno un rischio di circa 2 volte superiore rispetto alla popolazione generale, mentre la depressione di 1,7 volte. Un altro fattore importante da considerare è la mortalità per suicidio, che ha enormi proporzioni nella popolazione mondiale (circa 800.000 persone ogni anno), ed è ampiamente sottostimata³. Le comorbidità tra patologie psichiche e somatiche sono anche molto frequenti, in particolare con disordini cardiovascolari, diabete e malattie infettive. Un ultimo fattore da considerare sono gli "incidenti", che si configurano sia come causa, ma soprattutto come conseguenza della patologie mentali e spesso potrebbero essere suicidi non riconosciuti⁴.

Si sottolinea, inoltre, come a fronte di un impatto così rilevante delle patologie psichiatriche sull'aspettativa e qualità della vita, solo un quarto delle persone con disturbo mentale avrebbe almeno un contatto con i servizi di salute mentale e solo il 10% riceverebbe adeguati interventi terapeutici⁵.

Nella popolazione in età pediatrica i disturbi neuropsichici sono frequenti e i dati epidemiologici indicano tra il 13% e poco più del 20% i minori che presentano almeno un disturbo^{6 7 8 9}.

² Forouzanfar, MH et al: *Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013*, Lancet 2015; 386 (10010):2287-2323.

³ World Health Organization, Preventing suicide: a global imperative, WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2014.

⁴ Prince M, et al: *No health without mental health*. Lancet 2007; 370(9590):859-877.

⁵ Wittchen HU, et al: *The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010*. European Neuropsychopharmacology 2011; 21(9): 655-679.

⁶ Wagner G, Zeiler M et al: *Mental health problems in Australian adolescents: a nationwide, two-stage epidemiological study applying DSM-5 criteria*. Eur Child Adolesc Psychiatry 2017; 26(12): 1483-1499.

⁷ Merikangas KR, He JP, et al: *Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication--Adolescent Supplement (NCS-A)*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2010 Oct;49(10):980-9.

La prevalenza, riportata dalla letteratura scientifica internazionale, mostra una variabilità dipendente dalle metodologie di rilevazione, dalle diverse fasce d'età di riferimento considerate e dai criteri diagnostici che sono stati modificati nel tempo. In alcuni casi vi può essere una sottostima relativa ai disturbi lievi che non giungono all'osservazione dei servizi, in altri una sovrastima legata al frequente riscontro di comorbidità.

Si tratta di quadri molto eterogenei che comprendono, tra gli altri, i disturbi neurologici, con l'epilessia tra i più frequenti, i disturbi specifici del linguaggio e dell'apprendimento, i disturbi dello spettro autistico, il deficit di attenzione con iperattività, i disturbi della condotta, le psicosi, i disturbi affettivi, la disabilità intellettiva, i disturbi del controllo motorio, tra i quali la paralisi cerebrale infantile, le sindromi genetiche rare con coinvolgimento neurologico, le malattie neurodegenerative e quelle neuromuscolari.

La copresenza di un altro disturbo neuropsichico sia relativo alla medesima area sintomatologica (ad esempio associazione di più disturbi del neurosviluppo), sia coinvolgente più aree (associazione di disturbi del neurosviluppo e di disturbi psichiatrici) è molto frequente e, per alcuni disturbi, i dati della letteratura indicano una comorbidità fino al 40-50% dei soggetti ^{7 10 11 12}. La presenza di comorbidità non solo aumenta la gravità del disturbo e l'impatto sul funzionamento adattivo, ma costituisce un fattore predittivo di persistenza del disturbo nelle età successive.

Molte affezioni sono altamente invalidanti e incidono pesantemente sia sulla qualità che sull'aspettativa di vita.

Le persone con disagio mentale che percepiscono prestazioni o pensioni sociali a causa di una disabilità dovuta ad un disturbo mentale, raggiungono cifre elevate. Per certe patologie mentali, come ad esempio i disturbi psicotici, i tassi di occupazione sono molto bassi e variano, in Europa, dal 18 al 30%. Inoltre, la salute mentale appare direttamente collegata alle condizioni socioeconomiche: fattori quali la povertà, la disoccupazione, ambienti di lavoro inadatti, abitazioni fatiscenti e un'istruzione scolastica insufficiente si ripercuotono negativamente sul benessere, oltre ad aumentare in maniera significativa il rischio di disturbi mentali.

La presenza di un disturbo mentale può condizionare l'accessibilità sia ai servizi sanitari, con conseguente aumento di morbidità e mortalità, che all'offerta educativa e, inoltre, può incidere sull'occupazione e di conseguenza sul reddito, con rischio di situazioni sociali marginalizzate. Le persone con disagio mentale sono più esposte a violazioni dei diritti umani, sia dei diritti universali che dei diritti specifici delle persone con

⁸ Belfer ML: *Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe*. J Child Psychol Psychiatry 2008; 49:226-36.

⁹ Polanczyk GV, Salum GA: *Annual research review: a meta-analysis of the world prevalence of mental disorders in children and adolescents*. J Child Psychol Psychiatry 2015; 56:345-365.

¹⁰ Mertinussen M, Friborg O, Schmierer et al: *The comorbidity of personality disorders in eating disorders: a meta-analysis*. Eat Weight Disord 2017; 22:201-2019.

¹¹ Jensen CM, Steinhausen HC: *Comorbidity mental disorders in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorders in a large nationwide study*. Atten Defic Hyperact Disord 2015; 7:27-38.

¹² Essau CA: *Comorbidity of anxiety disorders in adolescents* Depress Anxiety. 2003;18(1):1-6.

disabilità. Nella società possono subire spesso il vissuto negativo della stigmatizzazione e della discriminazione, mentre all'interno delle istituzioni possono essere vittima di abbandono e maltrattamenti¹³.

Nel Piano dell'OMS per la salute mentale¹⁴ questi aspetti sono sottolineati ai punti 20 e 21; *“L'ideale perseguito dal piano d'azione è un mondo in cui la salute mentale sia valorizzata, promossa e protetta, nel quale i disturbi mentali siano prevenuti e le persone affette da questi disturbi siano in grado di esercitare appieno tutti i diritti umani e di accedere in tempo utile a servizi di cura sanitari e sociali di alta qualità e culturalmente appropriati che promuovano la recovery, affinché possano ottenere il più alto livello possibile di salute e di partecipare pienamente alla vita sociale e lavorativa, libere da stigma e discriminazione. Il suo scopo generale consiste nel promuovere il benessere mentale, prevenire i disturbi mentali, offrire cure, aumentare le opportunità di recovery, promuovere i diritti umani e ridurre la mortalità, la morbilità e la disabilità nelle persone con disturbo mentale”*¹⁵.

1.3 CONTESTO ITALIANO

La situazione rispetto ai servizi e all'organizzazione della salute mentale a livello nazionale appare molto disomogenea, così come la distribuzione delle risorse, con conseguente impatto sulla pianificazione e attuazione dei programmi riabilitativi.

L'organizzazione dei servizi, secondo i principi che hanno ispirato la Legge 180/1978 (e successivamente la L. 833/78), deve considerare la transizione da un modello di psichiatria, sia pure di comunità, basata sul monitoraggio delle condizioni psicopatologiche e sulla *compliance* farmacologica, a un modello di tutela della salute mentale in cui alle persone vengano garantite opportunità di cura, riabilitazione e inclusione sociale. Il modello organizzativo per l'adulto si basa sui Dipartimenti di salute mentale in quasi tutte le Regioni italiane, che ricomprendono all'interno CSM, SPDC, strutture residenziali, Centri diurni, secondo quanto previsto dal Progetto Obiettivo nazionale salute mentale 1999-2000. Gli standard minimi definiti per la prima volta nei livelli essenziali di assistenza del 2001 risultano applicati in modo disomogeneo e la copertura dei servizi mostra grandi variazioni tra le diverse Regioni e all'interno delle stesse¹⁶.

Nonostante questi presupposti, si rilevano criticità a livello nazionale, in particolare rispetto ai servizi residenziali per le persone con disagio psichico. I dati indicano un numero medio di posti letto di 4.1 ogni 10.000 abitanti, considerando sia i servizi pubblici che i privati, con notevoli variazioni a livello regionale. Sebbene molto più basso di altre nazioni europee come Germania, Danimarca e Irlanda, il numero dei posti letto è comunque superiore rispetto a quello indicato nel Progetto obiettivo tutela salute mentale 1998-2000¹⁷, che prevede fino a 2 ogni 10.000 abitanti.

¹³World Health Organization, Regional Committee for Europe, The European Mental Health Action Plan, Çeşme Izmir, Turkey, 2013.

¹⁴ World health Organization, *Mental health action plan 2013 - 2020*, WHO, Editor 2013: Geneve.

¹⁵ World health Organization, *Mental health action plan 2013 - 2020*, WHO, Editor. 2013: Geneve.

¹⁶ Rapporto salute mentale, Società italiana di epidemiologia psichiatrica, 2015.

¹⁷ DPR 1 novembre 1999 Progetto Obiettivo Tutela Salute Mentale 1998–2000.

Ad oggi, gran parte (78%) delle strutture residenziali e semiresidenziali sono convenzionate con il Sistema sanitario nazionale (SSN) e per la metà sono coordinate dai DSM. Spesso sono i CSM di riferimento dell'utente che mediano l'ingresso in tali strutture. Un progetto a cui hanno partecipato diverse regioni italiane nel 2000 (PROGRES), indicava una media di 11.6 utenti per struttura. Nel 74% dei casi le strutture erano sulle 24 ore e molte accoglievano pazienti cronici. Le criticità rilevate riguardano le situazioni di cronicità, il rischio di istituzionalizzazione, la mancanza di personalizzazione dei progetti terapeutico riabilitativi e l'alto numero di accessi ai servizi residenziali per situazioni di disagio sociale e non per indicazioni cliniche¹⁸. I successivi dati dell'*Organisation for Economic Co-operation and Development* (OECD) rilevano una diminuzione dell'utilizzo di letti ospedalieri, a fronte, però, di servizi territoriali spesso inadeguati a rispondere alle esigenze sociali delle persone precedentemente istituzionalizzate¹⁹. Il Rapporto 2016 del Sistema informativo salute mentale (SISM) indica che in Italia nel 2015 erano presenti circa 30.000 posti letto in strutture residenziali psichiatriche, con scarso *turnover* e lunga durata di permanenza degli utenti.

Per quanto attiene all'età evolutiva, a livello nazionale si evidenzia una rilevante difformità organizzativa dei servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza e delle risorse ad essi dedicate. Tali aspetti, sottolineati dal Piano di azione per la Salute Mentale (rep. Atti 4/CU del 24/1/2013), sussistono nonostante le indicazioni previste nei Progetti Obiettivo materno-infantile e nelle Linee di indirizzo per la salute mentale. Particolarmente carenti sono le risposte ai disturbi psichiatrici in adolescenza, soprattutto al momento dell'acuzie. Altre aree di criticità riguardano l'intervento precoce e la presa in carico delle disabilità complesse e dello sviluppo, nonché la gestione integrata della fase di transizione delle cure dai servizi per l'età evolutiva a quelli per l'età adulta.

L'Accordo Stato-Regioni 13 novembre 2014, n. 138/CU, riprende quanto già sottolineato nel Piano di azione per la salute mentale e sottolinea la carenza, a livello nazionale, di risposte appropriate nella fase di acuzie, che obbliga, a volte, al ricovero di minori in contesti poco adatti, come il Servizio psichiatrico di diagnosi e cura, i reparti pediatrici o all'inserimento improprio in strutture residenziali terapeutiche. Il suddetto Accordo evidenzia, inoltre, la necessità di una più funzionale integrazione tra servizi dell'età evolutiva e quelli per l'età adulta e la mancanza o la disomogenea organizzazione e funzionamento delle strutture terapeutiche residenziali e semiresidenziali.

1.4 LA REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA

1.4.1 Scenario di riferimento Servizi dell'adulto

La Regione FVG rappresenta per la salute mentale un modello di riferimento ed un *unicum* a livello nazionale ed europeo. In seguito alla promulgazione della legge 180/1978, nata dall'esperienza goriziana e triestina, a

¹⁸ Preti A, Rucci P, Gigantesco A, Santone G, Picardi A, Miglio R, de Girolamo G, PROGRES-Acute Group: *Patterns of care in patients discharged from acute psychiatric inpatient facilities: a national survey in Italy*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2009 Sep;44(9):767-76.

¹⁹ Focus on Health, Making Mental Health Count, OECD, 2014.

cui ha fatto seguito la chiusura in tutta Italia degli ospedali psichiatrici²⁰, l'organizzazione dei servizi regionali di salute mentale si configura come una rete molto diffusa e ben integrata sul territorio.

I documenti di programmazione strategica regionale, nell'ambito della salute mentale, hanno individuato obiettivi, linee di intervento e criteri organizzativi e di funzionamento della rete dei servizi, anticipando, tra l'altro, i principi espressi nella Dichiarazione di Helsinki²¹. Alla base dell'organizzazione vi sono i Centri di salute mentale (CSM) sulle 24 ore^{22 23}. Queste strutture hanno il compito di integrare i diversi aspetti della salute mentale (terapeutici, riabilitativi, sociali) e di connettere le varie strutture coinvolte nella cura delle persone (servizi distrettuali, Ospedale, MMG, Servizi Sociali dei Comuni)²⁴.

Si rappresenta che uno studio del 2005²⁵ ha confrontato diversi sistemi di salute mentale in differenti contesti di Spagna ed Italia. Trieste presentava dati non in linea con quelli delle altre aree, anche italiane: i dati si caratterizzavano, infatti, per un utilizzo elevato di accoglienze extraospedaliere e Day Hospital, oltre a una continuità delle cure nel contesto territoriale molto più alto che nelle altre aree analizzate nello studio. Gli autori concludevano che Trieste ha sviluppato sistemi innovativi a livello comunitario, con la conseguente diminuzione dell'utilizzo di posti letto ospedalieri e un largo uso dei servizi territoriali. Simili riscontri riguardano tutto il territorio regionale, sulla base dei dati epidemiologici riportati in questo documento nel capitolo dedicato ai dati epidemiologici.

1.4.2 Scenario di riferimento Servizi dell'età evolutiva

Una ricognizione, effettuata nel corso del 2014, relativa al quadro organizzativo delle attività di Neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza sul territorio regionale, propedeutica al riordino del Sistema sanitario regionale, ha messo in evidenza alcuni elementi utili ai fini programmatori:

- l'attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione in ambito neurologico, psichiatrico e neuropsicologico nella fascia d'età 0-17 trova risposta, in alcune realtà territoriali, in contesti organizzativi di NPIA, in altre, nell'Area Materno-infantile/Età evolutiva del Distretto, in rapporto a specificità organizzative locali;
- tali servizi presentano articolazioni eterogenee, rendendo difficile una linearità nei percorsi di diagnosi, cura e presa in carico;

²⁰ Davidson L, et al: "A life in the community": Italian mental health reform and recovery. *Journal of Mental Health* 2010; 19(5):436-443.

²¹ Mental Health Declaration for Europe, Facing the Challenges, Building Solutions. in WHO European Ministerial Conference on Mental Health. 2005. Helsinki, Finland.

²² Mezzina R: C.S.M. sulle 24 ore e percorsi riabilitativi sul mondo del lavoro. In: *Deformazione in mentis valetudine*, vol. I, Siena 2004.

²³ Dell'Acqua G, Mezzina R: *Il centro di salute mentale 24 ore come comunità terapeutica allargata: la riabilitazione e lo sviluppo di una rete partecipativa*. Atti II Congresso nazionale della Società Italiana di Riabilitazione Psicosociale. L'Aquila 1990.

²⁴ Mezzina R: *Community Mental Health Care in Trieste and Beyond An "Open Door-No Restraint" System of Care for Recovery and Citizenship*. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2014;202:440-445.

²⁵ Salvador-Carulla L, et al: *Patterns of mental health service utilisation in Italy and Spain - An investigation using the European Service Mapping Schedule*. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2005; 40(2):149-159.

- vi è una disomogenea presenza sul territorio di neuropsichiatri e, in alcune aree, tale figura professionale non è incardinata nei servizi territoriali dedicati a problematiche neuropsichiche;
- sussiste la necessità di una maggiore interazione dei servizi preposti alla salute mentale in età evolutiva tra loro e con gli attori della rete ed è auspicabile che tutte le risorse operanti sul territorio regionale lavorino in un'ottica di sistema. Si esprime, a riguardo, l'opportunità di una condivisione di progettualità e di percorsi diagnostico assistenziali e la necessità di addivenire ad una definizione del ruolo delle diverse strutture in argomento, nel quadro di un'offerta regionale coerente con i reali bisogni sanitari, socioassistenziali ed educativi della popolazione target. Un tanto ai fini di una razionalizzazione delle risorse umane ed economiche e di una miglior efficienza organizzativa;
- l'assenza di un sistema informativo unico e la mancanza di un osservatorio epidemiologico dedicato rendono problematica la raccolta e l'analisi di dati utili ai fini clinici, gestionali, programmatori e di ricerca.

Dalla rilevazione in questione è emerso che l'impegno da anni rivolto all'implementazione di "buone pratiche" inerenti la salute mentale in età evolutiva sul territorio regionale, rischia di perdere efficacia a causa della disomogenea rete di offerta dei servizi, della non ottimale interazione tra tutti gli attori della rete, ivi compresi i PLS e i MMG e della incompleta definizione dei ruoli delle diverse risorse pubbliche e private operanti nel campo specifico.

Sulla base di tale analisi, che ha permesso di individuare le aree di miglioramento, la rete di offerta dei servizi con funzioni di neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza è ridefinita sulla base delle previsioni della legge di riordino del Sistema sanitario regionale (L.R. 17/2014) e dei successivi provvedimenti attuativi (DGR 2673/2014; DGR 929/2015; DGR 1437/2015).

1.4.3 Normativa di riferimento

La normativa di riferimento è individuabile in questi documenti:

- **LG 23 dicembre 1980, n. 72** recante "Disciplina delle funzioni per la tutela della salute mentale".
- **DPR 1 novembre 1999** "Progetto Obiettivo Tutela Salute Mentale 1998/2000" (GU n. 274 del 22.11.1999).
- **DGR. 9 marzo 2001, n. 734** "Legge regionale n. 41/1993, articolo 3, comma 4. Piano di intervento a medio termine (PIMT) ...", per quanto riguarda il tema della tutela della salute mentale.
- **DGR 10 giugno 2002, n. 2018** recante "Legge regionale n. 1/1998, articolo 13, comma 3-ter. Atto d'indirizzo in materia di integrazione tra i Servizi per l'inserimento lavorativo di cui alla legge regionale n. 17/1994 e i Dipartimenti di salute mentale", ha l'obiettivo di individuare un percorso che permetta di rendere effettivi il raccordo e l'integrazione tra i servizi di inserimento lavorativo e i dipartimenti di salute mentale.
- **DGR 29 novembre 2004, n. 3235** recante "Progetto obiettivo materno-infantile e dell'età evolutiva".
- **DRG 12 dicembre 2005, n. 3222** recante "Approvazione del progetto di piano sanitario e sociosanitario regionale per il triennio 2006-2008" in cui vengono delineate le funzioni e i possibili sviluppi dei servizi facenti parte il DSM, quali gli SPDC e i CSM 24h, nonché dell'area delle attività riabilitative.

- **LR 31 marzo 2006, n. 6:** Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale” si sofferma sul tema delle “Politiche a tutela della salute mentale”. La Regione promuove politiche per la tutela delle persone con problemi di salute mentale, favorendo la realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi.
- **Accordo Stato- Regioni 20 marzo 2008, n. 43/CU** su “Linee di indirizzo nazionali per la salute mentale”.
- **Accordo Stato Regioni 22 novembre 2012, n. 132/CU** su “Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali nei disturbi pervasivi dello sviluppo, con particolare riferimento ai disturbi dello spettro autistico”.
- **“Piano di azione nazionale per la salute mentale”** approvato il 24 gennaio 2013 in Conferenza Unificata, che identifica le azioni programmatiche in ambito di tutela della salute mentale sia in età adulta che in infanzia e adolescenza”, le azioni e gli attori, i criteri e gli indicatori di verifica e valutazione;
- **Intesa Stato Regioni 10 luglio 2014 , n. 82/CSR** concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016.
- **LR 16 ottobre 2014, n.17** recante “Riordino dell’assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria” che all’art. 37 comma 2, lettera g) dispone che il piano regionale sia emanato anche nel settore della salute mentale e che all’art. 19 comma 14, lettera e) prevede, tra le funzioni assicurate a livello distrettuale, la neurologia dello sviluppo relativamente alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei disturbi dello sviluppo e dei disturbi neurologici e neuropsicologici in età evolutiva, nonché salute mentale dell’infanzia e dell’adolescenza (0-17 anni) relativamente alla diagnosi, cura e riabilitazione dei disturbi psichici dei bambini e degli adolescenti.
- **Intesa Stato - Regioni 10 luglio 2014 , n. 82/CSR** concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016.
- **Accordo Stato Regioni 13 novembre 2014 n. 138/CU** su “Gli interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell’infanzia e adolescenza”.
- **Intesa Stato-Regioni 13 novembre 2014 n. 156/CRS** sul Piano nazionale della Prevenzione.
- **DGR 16 ottobre 2015, n. 2034** recante “Organizzazione e regole per l’accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e per la gestione dei tempi d’attesa”.
- **DGR 13 marzo 2015, n. 444** di approvazione definitiva del programma di realizzazione di strutture sanitarie per il superamento degli OPG, dove si parla nello specifico della realizzazione delle Residenze per l’emissione delle misure di sicurezza (REMS).
- **DGR 2 aprile 2015, n. 622** recante “Programma di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari. piano per la gestione transitoria della funzione”.
- **DGR 15 maggio 2015, n. 929** che individua le strutture complesse sanitarie della prevenzione, distrettuali ed ospedaliere ivi comprese le strutture di Neuropsichiatria infanzia e adolescenza.
- **DGR 17 luglio 2015, n. 1437** recante “Principi e criteri per l’adozione dell’Atto aziendale” che integra quanto previsto con DGR n. 929/2015 con le strutture complesse di Neuropsichiatria infantile nelle Aziende per l’assistenza sanitaria n. 2 e n. 3 e che prevede tra le funzioni territoriali, uniche a livello

aziendale, che assicurano l'attività per tutti i Distretti dell'Azienda, organizzate in strutture complesse o semplici, servizi o uffici, in base alla loro rilevanza, la neuropsichiatria infantile.

- **Accordo Stato Regioni 13 novembre 2014 n. 138/CU** su "Gli interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e adolescenza".
- **Intesa Stato-Regioni 13 novembre 2014 n. 156/CRS** sul Piano nazionale della Prevenzione.
- **DGR 23 maggio 2014, n. 933** recante "Approvazione dello schema di protocollo d'intesa tra la regione Friuli Venezia Giulia e l'ufficio scolastico regionale per l'attività di individuazione precoce dei casi sospetti di disturbo specifico dell'apprendimento".
- **DGR 30 dicembre 2014, n. 2673** recante "Approvazione definitiva degli standard dell'assistenza primaria e dell'assistenza ospedaliera".
- **DGR 16 ottobre 2015 n. 2039** "Piano regionale dell'emergenza urgenza", in cui sono delineate alcuni indirizzi per la gestione delle emergenze nell'ambito della salute mentale.
- **DGR 2 aprile 2015, n. 623** recante "Riconoscimento delle strutture sanitarie private di riabilitazione funzionale per le disabilità fisiche, psichiche e sensoriali".
- **Legge 18 agosto 2015, n. 134** recante "Disposizioni in materia di diagnosi, cura e abilitazione delle persone con disturbi dello spettro autistico e di assistenza alle famiglie".
- **DGR 27 novembre 2015, n. 2365** recante "Piano della Prevenzione 2016", in cui si individuano alcuni obiettivi che riguardano la salute mentale.
- **DPCM 12 gennaio 2017** recante "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502" (GU n.65 del 18 marzo 2017 SO n. 15).
- **DGR 13 marzo 2017, n. 434** recante "Linee di indirizzo regionali per il percorso assistenziale dei disturbi dello spettro autistico in età evolutiva".
- **DGR 7 aprile 2017, n. 668** recante "LR17/2017, art. 39: Approvazione del documento - I disturbi del comportamento alimentare. Percorso diagnostici terapeutico assistenziale-".

2 DATI EPIDEMIOLOGICI

2.1 DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE

2.1.1 Popolazione in carico

Il totale di persone seguite dai servizi nelle Aziende considerate, è di circa 20.000 persone. Il sesso femminile è prevalente (60%) rispetto a quello maschile. Le classi di età prevalenti in entrambi i sessi sono quelle tra i 30 e 49 anni e tra i 50 e 69 anni, con una leggera prevalenza di quest'ultima. Le persone sopra i 70 anni sono percentualmente più del doppio rispetto ai giovani con meno di trent'anni, sebbene questa differenza sia maggiore nelle femmine rispetto ai maschi. Il dato è stabile nelle varie Aziende e non vi sono differenze rilevanti nel periodo considerato (2013-2015), come riportato nelle tabelle 1-3.

A riguardo si precisa che, sebbene negli anni oggetto di rilevazione, le Aziende sanitarie non avessero ancora l'assetto organizzativo previsto dalla LR 16 ottobre 2014, n. 17, i dati delle seguenti tabelle sono stati rappresentati in coerenza con l'attuale assetto. Un tanto per rendere i dati epidemiologici confrontabili con l'attuale.

Tabella 1: Caratteristiche demografiche utenza DSM; anno 2013 (fonte: SSSR estrazione settembre 2016)

	ASUITS		AAS 2		AAS 3		ASUIUD		AAS 5		Totale	
Maschi	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	% str,
0-29	212	10,0	146	9,3	111	8,4	143	9,8	189	9,6	801	9,4
30-49	771	36,7	626	39,9	470	35,4	599	41,2	690	34,6	3156	37,1
50-69	738	35,1	584	37,2	472	35,5	534	36,7	698	35,0	3026	35,9
≥70	380	18,1	213	13,6	276	20,8	178	12,3	423	21,2	1470	17,5
TOTALE	2101		1569		1329		1454		2000		8453	
Femmine												
0-29	228	8,1	177	8,0	131	6,4	210	8,9	310	10,3	1056	8,3
30-49	699	24,9	655	29,8	619	30,3	789	33,2	938	30,9	3700	29,6
50-69	958	34,2	836	38,1	668	32,7	932	39,3	914	30,1	4308	34,8
≥70	917	32,7	530	24,1	623	30,6	443	18,7	874	28,8	3387	27,3
TOTALE	2802		2198		2041		2374		3036		12451	
Pop. totale												
0-29	440	9,0	323	8,5	242	7,2	353	9,2	499	10,0	1857	8,7
30-49	1470	30,0	1281	34,0	1089	32,3	1388	36,3	1628	32,3	6856	32,6
50-69	1696	34,5	1420	37,7	1140	33,8	1466	38,3	1612	32,0	7334	35,2
≥70	1297	26,5	743	19,7	899	26,7	621	16,2	1297	25,8	4857	23,4
TOTALE	4903		3767		3370		3828		5036		20904	

Tabella 2: Caratteristiche demografiche utenza DSM; anno 2014 (fonte: SISSR estrazione settembre 2016)

	ASUITS		AAS 2		AAS 3		ASUIUD		AAS 5		Totale	
Maschi	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	% str,
0-29	210	10,4	160	10,1	107	8,2	144	10,0	217	11,1	838	10,0
30-49	767	37,7	577	35,9	454	33,9	578	39,5	691	34,8	3067	36,4
50-69	733	36,0	642	39,9	517	38,4	565	38,6	719	36,1	3176	37,6
≥70	323	15,9	226	14,2	262	19,6	174	12,1	356	18,0	1341	16,0
TOTALE	2033		1605		1340		1461		1983		8422	
Femmine												
0-29	215	8,2	181	8,4	110	5,7	223	9,5	347	11,8	1076	9,0
30-49	695	26,2	652	30,0	614	31,1	753	31,7	913	31,1	3627	29,9
50-69	931	35,0	846	38,8	693	35,1	977	41,2	916	31,1	4363	36,0
≥70	815	30,6	493	22,7	557	28,1	416	17,6	765	26,0	3046	25,1
TOTALE	2656		2172		1974		2369		2941		12112	
Pop. totale												
0-29	425	9,1	341	9,0	217	6,6	367	9,6	564	11,6	1914	9,4
30-49	1462	31,2	1229	32,5	1068	32,2	1331	34,8	1604	32,6	6694	32,6
50-69	1664	35,4	1488	39,3	1210	36,4	1542	40,1	1635	33,1	7539	36,6
≥70	1138	24,3	719	19,1	819	24,6	590	15,4	1121	22,8	4387	21,4
TOTALE	4689		3777		3314		3830		4924		20534	

Tabella 3: Caratteristiche demografiche utenza DSM; anno 2015 (fonte: SISSR estrazione luglio 2017)

	ASUITS		AAS 2		AAS 3		ASUIUD		AAS 5		Totale	
Maschi	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	% str,
0-29	229	11,6	194	11,0	133	9,0	180	12,0	234	12,1	970	11,2
30-49	719	36,5	609	34,1	512	34,2	553	36,7	644	33,4	3037	35,0
50-69	702	35,6	716	40,4	567	37,9	605	40,1	732	37,9	3322	38,3
≥70	320	16,3	256	14,5	281	18,8	168	11,2	320	16,6	1345	15,5
TOTALE	1970		1775		1493		1506		1930		8674	
Femmine												
0-29	184	7,5	184	8,2	112	5,8	221	10,4	375	13,3	1076	9,3
30-49	638	26,1	681	30,2	569	29,2	646	30,3	872	30,7	3406	29,3
50-69	903	36,9	857	38,0	707	36,4	874	41,1	919	32,4	4260	36,7
≥70	719	29,4	532	23,6	557	28,7	385	18,1	671	23,7	2864	24,7
TOTALE	2444		2254		1945		2126		2837		11606	
Pop. totale												
0-29	413	19,1	378	19,2	245	14,8	401	11,1	609	12,7	2046	10,1
30-49	1357	62,6	1290	64,3	1081	63,4	1199	33,0	1516	31,8	6443	31,7
50-69	1605	72,5	1573	78,4	1274	74,3	1479	40,7	1651	34,7	7582	37,4
≥70	1039	45,7	788	38,1	838	47,5	553	15,2	991	20,8	4209	20,8
TOTALE	4414		4029		3438		3632		4767		20280	

2.1.2 Prevalenza ed incidenza

Gli indici di prevalenza ed incidenza, calcolati sulle persone in carico ai DSM, sono stabili negli anni considerati (2013-2015). Nel 2015, l'AAS 3 ha registrato la prevalenza e l'incidenza più alte della regione.

Tabella 4: Prevalenza ed incidenza nei DSM, anno 2013 (fonte: SISSR estrazione settembre 2016)

DSM	Popolazione ≥18 anni	Utenti totali 2013	Utenti primo contatto 2013	Prevalenza per 1000 pop.≥18 anni	Incidenza per 1000 pop.≥18
ASUITS	205413	4903	1240	23,9	6,0
AAS 2	215920	3767	951	17,4	4,4
AAS 3	146764	3370	816	23,0	5,6
ASUIUD	215478	3828 ^a	828	17,8	3,8
AAS 5	262213	5036	1233	19,2	4,7
TOTALE	1045788	20904	4893	19,7	4,7

^aIl dato non include i pazienti visti in consulenza

Tabella 5: Prevalenza ed incidenza nei DSM, anno 2014 (fonte: SISSR estrazione settembre 2016)

DSM	Popolazione ≥18 anni	Utenti totali 2014	Utenti primo contatto 2014	Prevalenza per 1000 pop.≥18 anni	Incidenza per 1000 pop.≥18
ASUITS	203634	4713	1256	23,1	6,2
AAS 2	215604	3674	849	17,0	3,9
AAS 3	145898	3341	756	22,9	5,2
ASUIUD	215326	3856 ^a	906	17,9	4,2
AAS 5	261756	4950	1194	18,9	4,6
TOTALE	1042583	20534	4728	19,4	4,5

^aIl dato non include i pazienti visti in consulenza

Tabella 6: Prevalenza ed incidenza nei DSM, anno 2015 (fonte: SISSR estrazione luglio 2017)

DSM	Popolazione ≥18 anni	Utenti totali 2015	Utenti primo contatto 2015	Prevalenza per 1000 pop, ≥18 anni	Incidenza per 1000 pop, ≥18
ASUITS	203999	4410	1023	21,6	5,0
AAS 2	214580	4025	1101	18,8	5,1
AAS 3	144996	3434	931	23,7	6,4
ASUIUD	214641	3632 ^a	828	16,9	3,9
AAS 5	260953	4779	1193	18,3	4,6
TOTALE	1039169	20280	5076	19,5	4,9

^a Il dato non include i pazienti visti in consulenza

2.1.3 Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC)

I tassi di ricovero in SPDC, calcolati sulla popolazione di ciascuna Azienda, sono minimi per l'AAS 2, I più alti si registrano in AAS 5.

Tabella 7: Tassi di ricovero negli SPDC su 100,000 abitanti, per DSM, anno 2013 (fonte: SISSR estrazione settembre 2016)

DSM	Popolazione ≥18 anni	N ricoveri SPDC per AAS	Tasso ricovero/100000ab
ASUITS	205413	41	20,0
AAS 2	215920	18	8,3
AAS 3	146764	61	41,6
ASUIUD	215478	191	88,6
AAS 5	262213	221	84,3
TOTALE	1045788	532	50,9

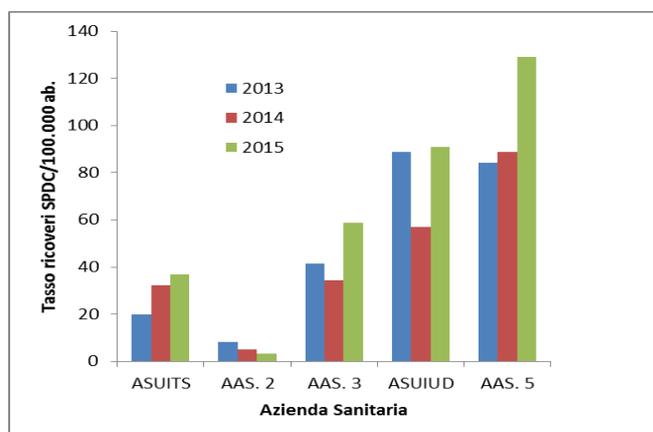
Tabella 8: Tassi di ricovero negli SPDC su 100,000 abitanti per DSM, anno 2014 (fonte: SISSR estrazione settembre 2016)

DSM	Popolazione ≥18 anni	N ricoveri SPDC per AAS	Tasso ricovero/100000ab
ASUITS	203634	66	32,4
AAS 2	215604	11	5,1
AAS 3	145898	50	34,3
ASUIUD	215326	123	57,1
AAS 5	261756	232	88,6
TOTALE	1042583	482	46,2

Tabella 9: Tassi di ricovero su 100,000 abitanti negli SPDC per DSM, anno 2015 (fonte: SISSR agosto 2017)

DSM	Popolazione ≥18 anni	N ricoveri SPDC per AAS	Tasso ricovero/100000ab
ASUITS	203999	75	36,8
AAS 2	214580	7	3,3
AAS 3	144996	85	58,6
ASUIUD	214641	195	90,8
AAS 5	260953	337	129,1
TOTALE	1042218	699	67,1

Figura 1: Tasso di ricovero in SPDC su 100,000 abitanti, per Azienda sanitaria, anni 2013-2015 (Fonte: SISSR agosto 2017)



I tassi di ricovero in SPDC, calcolati sugli utenti totali in carico a ciascun DSM, così come i giorni medi di degenza, dell'ASUITS sono molto inferiori rispetto a quelli degli SPDC nelle altre aziende. Si rileva inoltre un lieve aumento dei tassi di ricovero negli anni. I tassi si riferiscono alle ammissioni in SPDC.

Tabella 10: Ricoveri negli SPDC, anno 2013 (Fonte: SDO settembre 2016)

DSM	Utenti totali 2013	Totale numero ricoveri	Giorni degenza	Tasso ricoveri per 1000	Media giorni di ricovero / utente
ASUITS	6786	40	326	5,9	8,2
ASUIUD	9082	225	4821	24,8	21,4
AAS 5	5036	344	3463	68,3	10,1
TOTALE	20904	609	8610	29,1	14,1

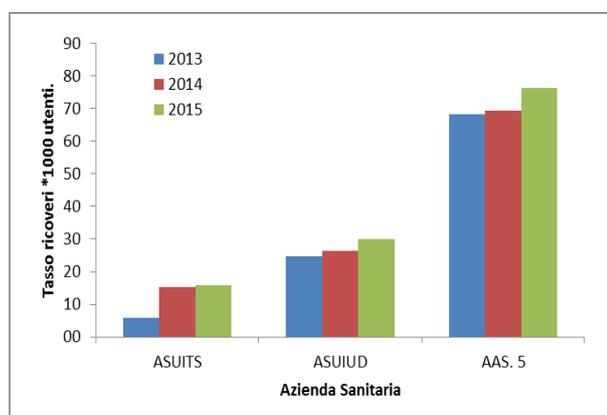
Tabella 11: Ricoveri negli SPDC, anno 2014 (Fonte: SDO settembre 2016)

DSM	Utenti totali 2014	Totale numero ricoveri	Giorni degenza	Tasso ricoveri per 1000	Media giorni di ricovero / utente
ASUITS	6550	101	676	15,4	6,7
ASUIUD	9034	238	4118	26,3	11,3
AAS 5	4950	344	3463	69,5	10,1
TOTALE	20534	683	8257	33,3	12,1

Tabella 12: Ricoveri negli SPDC, anno 2015 (Fonte: SDO settembre 2016)

DSM	Utenti totali 2015	Totale numero ricoveri	Giorni degenza	Tasso ricoveri per 1000	Media giorni di ricovero / utente
ASUITS	6429	101	586	15,7	5,8
ASUIUD	9080	271	4224	29,9	11,6
AAS 5	4771	364	4431	76,4	12,0
TOTALE	20280	736	9241	36,3	12,6

Figura 2: Tassi di ricovero su 1000 utenti, anni 2013-2015 (Fonte: SDO settembre 2016)



2.1.4 Centri di salute mentale sulle 24 ore

I tassi di accoglienza nei CSM 24h sono molto diversi nell'ambito delle varie Aziende regionali, L'ASUITS e l'AAS 2 hanno i tassi più alti, sia rispetto alla popolazione residente (quasi 300 accoglienze su 100.000 abitanti) che rispetto all'utenza (più di 160 utenti su 1000 nell'AAS 2 e sopra i 120 su 1000 nell'ASUITS). L'ASUIUD sta aumentando le accoglienze, soprattutto nel 2015, dopo l'apertura di un nuovo CSM 24h (3 in tutto).

Figura 3: Tasso di accoglienza in CSM su 100.000 abitanti, per Azienda sanitaria, anni 2013-2015

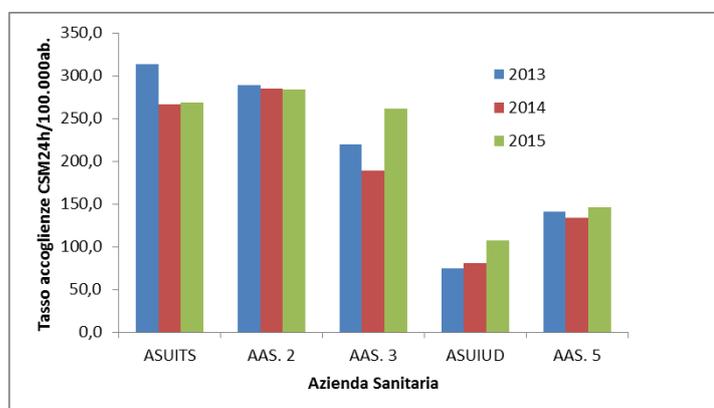


Tabella 13: Accoglienze nei CSM, anno 2013 (fonte: SISSR estrazione settembre 2016)

DSM	Utenti totali 2013	Totale numero ospitalità	Giorni degenza	Tasso ospitalità per 1000	Media giorni di ospitalità / utente
ASUITS	4903	643	7766	131,1	12,1
AAS 2	3767	623	9474	165,4	15,2
AAS 3	3370	322 ^a	4706	95,5	14,6
ASUIUD	3828	160 ^b	4271	41,8	26,7
AAS 5	5036	369	5807	73,3	15,7
TOTALE	20904	2117	32024	101,3	15,1

^a CSM24H Gemona dal 01/10/2013 spostamento di sede e riduzione orario di apertura a 12H per migliorie strutturali e impiantistiche

^b 2 CSM aperti nelle 24 ore con 16 p.l. parametrata alla situazione attuale e non a quella organizzativa dell'anno

Tabella 14: Accoglienze nei CSM, anno 2014 (fonte: SISSR estrazione settembre 2016)

DSM	Utenti totali 2014	Totale numero ospitalità	Giorni degenza	Tasso ospitalità per 1000	Media giorni di ospitalità / utente
ASUITS	4713	548	7131	115,0	12,6
AAS 2	3674	615	8700	167,4	14,1
AAS 3	3341	276 ^a	4372	82,6	15,8
ASUIUD	3856	174 ^b	4128	45,1	23,7
AAS 5	4950	351	5772	70,9	16,4
TOTALE	20534	1964	30103	95,6	15,3

^a CSM24H Gemona dal 01/10/2013 spostamento di sede e riduzione orario di apertura a 12H per migliorie strutturali e impiantistiche

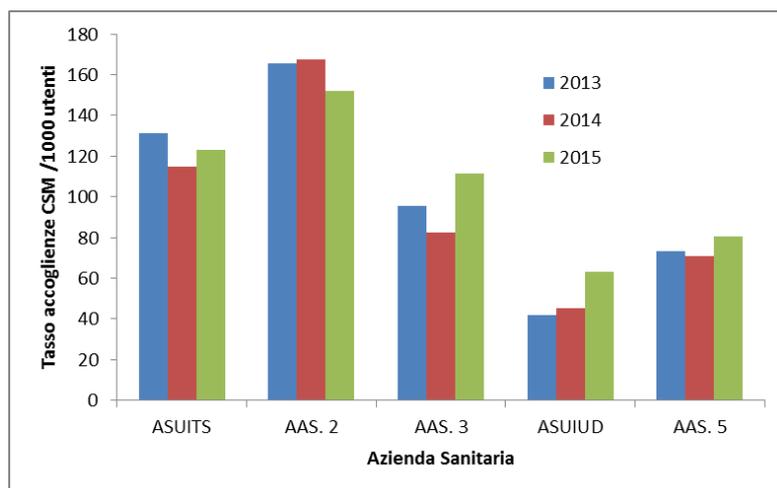
^b 2 CSM aperti nelle 24 ore con 16 p.l. parametrata alla situazione attuale e non a quella organizzativa dell'anno

Tabella 15: Accoglienze nei CSM, anno 2015 (fonte: SISSR estrazione agosto 2017)

DSM	Utenti totali 2015	Totale numero ospitalità	Giorni degenza	Tasso ospitalità per 1000	Media giorni di ospitalità / utente
ASUITS	4410	542	6835	122,9	12,6
AAS 2	4025	612	8797	152,1	14,4
AAS 3	3434	382	6361	111,2	16,6
ASUIUD	3632	230 ^a	5899	63,4	25,6
AAS 5	4779	383	5605	80,4	14,6
TOTALE	20280	2149	33497	106,1	15,6

^a 3 CSM nelle 24 ore con 22 p.l.

Figura 4: Tassi di accoglienza in CSM su 1000 utenti, anni 2013-2015



2.1.5 Centro Diurno o Day Hospital

L'AAS 5 registra tassi molto più bassi (dalle 4 alle 10 volte inferiori) di accoglienza in Centro Diurno (CD) e Day Hospital (DH) rispetto alle altre Aziende. L'AAS 3 presenta, invece, la media più bassa di giorni di presenza in CD/DH (circa 20 giorni). Sia i tassi che la media di giorni in CD/DH sono abbastanza stabili in tutte le Aziende negli anni considerati.

Tabella 16: Presenze in Centro Diurno o Day-Hospital, anno 2013 (fonte: SISSR estrazione settembre 2016)

DSM	Utenti totali 2013	Totale presenze CD/DH	Giorni presenze CD/DH	Tasso presenze CD/DH per 1000	Media giorni di presenze CD/DH per utente
ASUITS	4903	524	30061	106,9	57,4
AAS 2	3767	415	22357	110,2	53,9
AAS 3	3370	670	14180	198,8	21,2
ASUIUD	3828	557	23173	145,5	41,6
AAS 5	5036	115	6037	22,8	52,5
TOTALE	20904	2281	95808	110,4	42,0

Tabella 17: Presenze in Centro Diurno o Day-Hospital, anno 2014 (fonte: SISSR estrazione settembre 2016)

DSM	Utenti totali 2014	Totale presenze CD/DH	Giorni presenze CD/DH	Tasso presenze CD/DH per 1000	Media giorni di presenze CD/DH per utente
ASUITS	4713	561	18327	119,0	32,7
AAS 2	3674	408	22439	111,1	55,0
AAS 3	3341	643	14001	192,5	21,8
ASUIUD	3856	559	23861	145,0	42,7
AAS 5	4950	98	4909	19,8	72,2
TOTALE	20534	2269	83537	110,5	36,8

Tabella 18: Presenze in Centro Diurno o Day-Hospital, anno 2015 (fonte: SISSR estrazione agosto 2017)

DSM	Utenti totali 2015	Totale presenze CD/DH	Giorni presenze CD/DH	Tasso presenze CD/DH per 1000	Media giorni di presenze CD/DH per utente
ASUITS	4410	532	20894	120,6	39,3
AAS 2	4025	408	22439	101,4	55,0
AAS 3	3434	637	13446	185,6	21,1
ASUIUD	3632	534	23991	147,1	44,9
AAS 5	4779	68	3068	14,3	45,1
TOTALE	20280	2179	83838	107,6	38,5

2.1.6 Trattamenti Sanitari Obbligatori

Il numero di TSO si riferisce alle ammissioni in SPDC ed in CSM24h, per cui il dato può risultare sovrastimato nei casi in cui le persone dimesse dall'SPDC vengano accolte in CSM.

I tassi più bassi di TSO, calcolati sul numero di utenti, si registrano nell'AAS 3 nel periodo considerato, I più alti si registrano invece nell'AAS 2 nel 2013, nell'ASUIUD nel 2014 e in AAS 5 nel 2015 (tutti tra i 10 e gli 11 TSO su 1000 utenti).

I TSO possono essere svolti in CSM 24h o in SPDC, Il dato rispetto al servizio in cui sono svolti i TSO è diverso a seconda delle Aziende, AAS 5 non accoglie alcun TSO in CSM 24h. Tutte le altre aziende lo fanno, ma il tasso più alto di TSO in CSM 24h è quello dell'AAS 2, Molto alto è anche quello di ASUITS, considerando anche il fatto che un SPDC è presente sul proprio territorio.

Tabella 19: Tassi di TSO per 1000 utenti, anno 2013 (fonte: SISSR estrazione settembre 2016)

DSM	Utenti totali 2013	Ammessi in TSO per Servizio		Tasso di TSO x1000
		SPDC	CSM 24h	
ASUITS	4903	19	15	6,9
AAS 2	3767	6	37	11,4
AAS 3	3370	10	3	3,9
ASUIUD	3828	26	6	8,6
AAS 5	5036	39	0	7,7
TOTALE	20904	100	61	7,8

Tabella 20: Tassi di TSO per 1000 utenti, anno 2014 (fonte: SISSR estrazione settembre 2016)

DSM	Utenti totali 2014	Ammessi in TSO per Servizio		Tasso di TSO x1000
		SPDC	CSM 24h	
ASUITS	4713	19	12	6,6
AAS 2	3674	4	22	7,1
AAS 3	3341	13	3	4,8
ASUIUD	3856	27	9	9,3
AAS 5	4950	39	0	7,9
TOTALE	20534	102	46	7,2

Tabella 21: Tassi di TSO per 1000 utenti, anno 2015 (fonte: SISSR estrazione agosto 2017)

DSM	Utenti totali 2015	Ammessi in TSO per Servizio		Tasso di TSO x1000
		SPDC	CSM 24h	
ASUITS	4410	23	15	8,6
AAS 2	4025	2	30	8,0
AAS 3	3434	21	3	7,0
ASUIUD	3632	24	6	8,3
AAS 5	4779	57	0	11,9
TOTALE	20280	127	54	8,9

Figura 5: Tassi di TSO per 1000 utenti, per Azienda sanitaria, anni 2013-2015 (fonte: SISSR estrazione settembre 2016– agosto 2017)

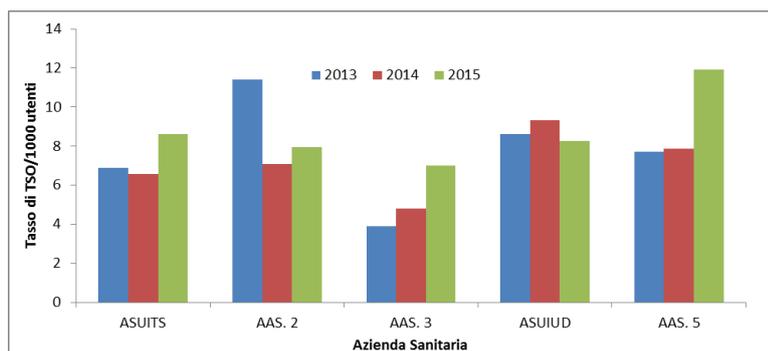
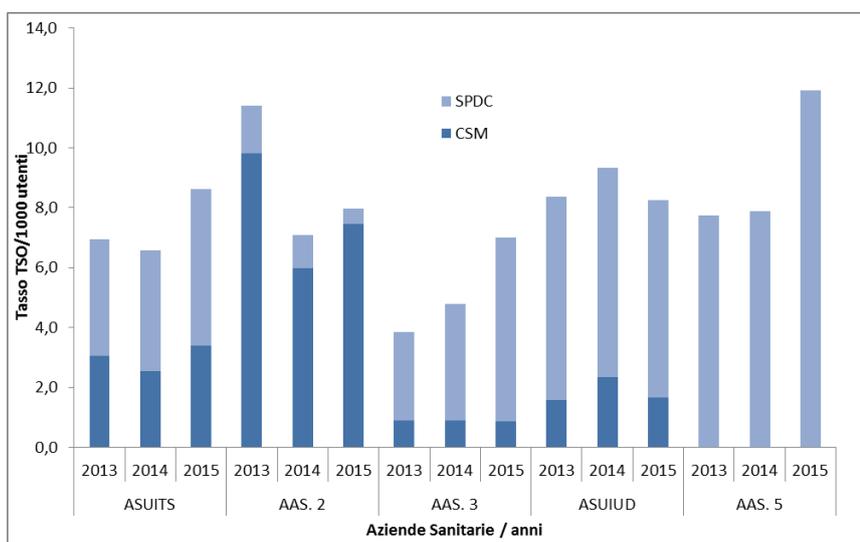


Figura 6: Tassi di TSO per 1000 utenti, per Azienda sanitaria e Servizio, anni 2013-2015 (fonte: SISSR estrazione settembre 2016 – agosto 2017,



2.1.7 Diagnosi

Come si nota nella Tabella 22, le diagnosi prevalenti in Regione sono quelle relative ai disturbi dello spettro psicotico (F20-F29), le sindromi affettive (F30- F39) ed infine quelle legate allo spettro ansioso (F40- F48), che da sole rappresentano più dei tre quarti di tutte le diagnosi,

Tabella 22: criteri diagnostici secondo ICD-10 dell'utenza a carico dei DSM, anno 2013 (fonte: SISSR estrazione settembre 2016)

Valutazione diagnostica (ICD-10)	ASUITS		AAS 2		AAS 3		ASUIUD		AAS 5		Totale	% Classe
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Sindromi e disturbi psichici natura organica (F00-F09)	576	14,4	114	3,6	111	4,2	56	1,8	541	11,4	1398	7,95
Sindromi e disturbi psichici da uso sostanze psicoattive (F10-F19)	217	5,4	77	2,4	40	1,5	40	1,3	89	1,9	463	2,63
Schizofrenia, sindrome schizotipiche e sindromi deliranti (F20-F29)	1249	31,2	1,036	32,7	835	31,8	991	32,3	925	19,6	5036	28,65
Sindromi affettive (disturbi umore) (F30-F39)	814	20,4	905	28,6	803	30,6	666	21,7	1380	29,2	4568	25,99
Sindromi fobiche, legate a stress e somatoformi (F40-F48)	1004	25,1	680	21,5	550	21,0	470	15,3	1171	24,8	3875	22,05
Sindromi e disturbi comportamento da alterazioni funzioni fisiologiche (F50-F59)	142	3,6	36	1,1	17	0,6	506	16,5	285	6,0	986	5,61
Disturbi personalità e comportamento (F60-F69)	268	6,7	276	8,7	193	7,4	176	5,7	280	5,9	1193	6,79
Ritardo mentale (F70-F79)	114	2,9	51	1,6	63	2,4	188	6,1	165	3,5	581	3,31
Sindromi e disturbi da alterato sviluppo psicologico (F80-F89)	10	0,3	3	0,1	4	0,2	1	0,0	9	0,2	27	0,15
Sindromi e disturbi comportamento con esordio infanzia e adolescenza (F90-F98)	4	0,1	2	0,1	4	0,2	2	0,1	13	0,3	25	0,14
Disturbo mentale non specificato altrove (F99)	3	0,1	1	0,0	2	0,1	2	0,1	18	0,4	26	0,15
Utenti con valutazione diagnostica	3998		3165		2623		3065		4725		17576 100	
Totale utenti	4903		3767		3370		3828		5036		20904	
% Utenti	81,54		84,02		77,83		80,07		93,82		84,08	

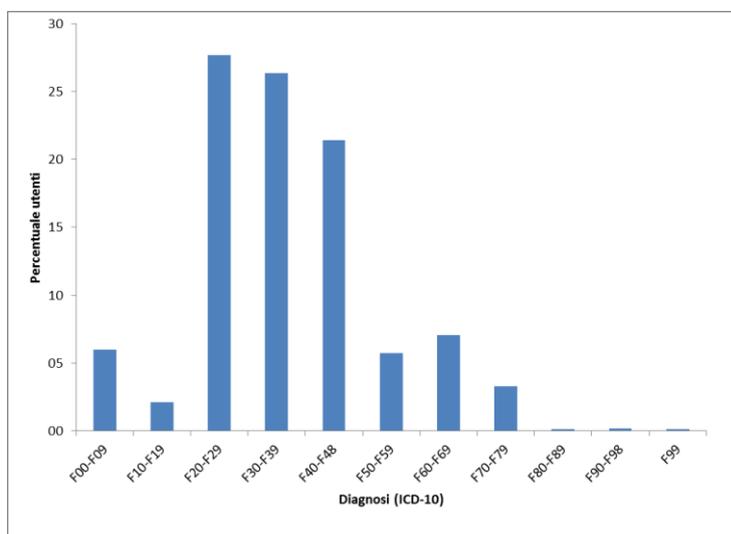
Tabella 23: Criteri diagnostici secondo ICD-10 dell'utenza a carico dei DSM, anno 2014 (fonte: SISSR estrazione settembre 2016)

Valutazione diagnostica (ICD-10)	ASUITS		AAS 2		AAS 3		ASUIUD		AAS 5		Totale	% Classe
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Sindromi e disturbi psichici natura organica (F00-F09)	342	10,1	89	2,9	90	3,5	36	1,2	452	9,8	667	5,02
Sindromi e disturbi psichici da uso sostanze psicoattive (F10-F19)	95	2,8	77	2,5	40	1,5	36	1,2	98	2,1	251	1,89
Schizofrenia, sindrome schizotipiche e sindromi deliranti (F20-F29)	1052	31,1	1032	33,8	821	31,6	940	31,4	891	19,2	3684	27,74
Sindromi affettive (disturbi umore) (F30-F39)	639	18,9	853	27,9	794	30,6	666	22,3	1316	28,4	3629	27,33
Sindromi fobiche, legate a stress e somatoformi (F40-F48)	802	23,7	652	21,3	570	21,9	472	15,8	1185	25,6	2878	21,67
Sindromi e disturbi comportamento da alterazioni funzioni fisiologiche (F50-F59)	136	4,0	41	1,3	15	0,6	510	17,1	309	6,7	875	6,59
Disturbi personalità e comportamento (F60-F69)	219	6,5	259	8,5	207	8,0	180	6,0	326	7,0	972	7,32
Ritardo mentale (F70-F79)	76	2,2	48	1,6	62	2,4	181	6,1	168	3,6	459	3,46
Sindromi e disturbi da alterato sviluppo psicologico (F80-F89)	11	0,3	2	0,1	4	0,2	1	0,0	8	0,2	15	0,11
Sindromi e disturbi comportamento con esordio infanzia e adolescenza (F90-F98)	14	0,4	5	0,2	4	0,2	2	0,1	11	0,2	22	0,17
Disturbo mentale non specificato altrove (F99)		0,0	1	0,0	2	0,1	2	0,1	9	0,2	14	0,11
Utenti con valutazione diagnostica	3386		3057		2599		2989		4635		13279 100	
Totale utenti	4713		3674		3341		3856		4950		20534	
% Utenti	71,84		83,21		77,79		77,52		93,64		83,94	

Tabella 24: Criteri diagnostici secondo ICD-10 dell'utenza a carico dei DSM, anno 2015 (fonte: SISSR estrazione agosto 2017)

Valutazione diagnostica (ICD-10)	ASUITS		AAS 2		AAS 3		ASUIUD		AAS 5		Totale	% Classe
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Sindromi e disturbi psichici natura organica (F00-F09)	303	10,0	90	2,9	77	3,1	36	1,3	387	8,7	893	5,6
Sindromi e disturbi psichici da uso sostanze psicoattive (F10-F19)	45	1,5	83	2,7	35	1,4	35	1,3	80	1,8	278	1,8
Schizofrenia, sindrome schizotipiche e sindromi deliranti (F20-F29)	976	32,1	998	32,3	776	30,8	915	33,3	894	20,2	4559	28,8
Sindromi affettive (disturbi umore) (F30-F39)	606	19,9	858	27,7	827	32,8	616	22,4	1241	28,0	4148	26,2
Sindromi fobiche, legate a stress e somatoformi (F40-F48)	699	23,0	679	22,0	522	20,7	492	17,9	1134	25,6	3526	22,3
Sindromi e disturbi comportamento da alterazioni funzioni fisiologiche (F50-F59)	101	3,3	47	1,5	15	0,6	333	12,1	299	6,8	795	5,0
Disturbi personalità e comportamento (F60-F69)	214	7,0	272	8,8	200	7,9	175	6,4	337	7,6	1198	7,6
Ritardo mentale (F70-F79)	67	2,2	45	1,5	60	2,4	165	6,0	149	3,4	486	3,1
Sindromi e disturbi da alterato sviluppo psicologico (F80-F89)	13	0,4	2	0,1	4	0,2	2	0,1	8	0,2	29	0,2
Sindromi e disturbi comportamento con esordio infanzia e adolescenza (F90-F98)	14	0,5	6	0,2	5	0,2	1	0,0	21	0,5	47	0,3
Disturbo mentale non specificato altrove (F99)		0,0	3	0,1	3	0,1	2	0,1	17	0,4	25	0,2
Utenti con valutazione diagnostica	3038		3093		2519		2747		4427		15824 100	
Totale utenti	4410		4025		3434		3632		4779		20280	
% Utenti	68,89		76,84		73,35		75,61		92,63			

Figura 7: Percentuale di utenti secondo i criteri diagnostici ICD-10 per tutti i DSM, anni 2013-2015 (fonte: SISSR estrazione settembre 2016 – agosto 2017)



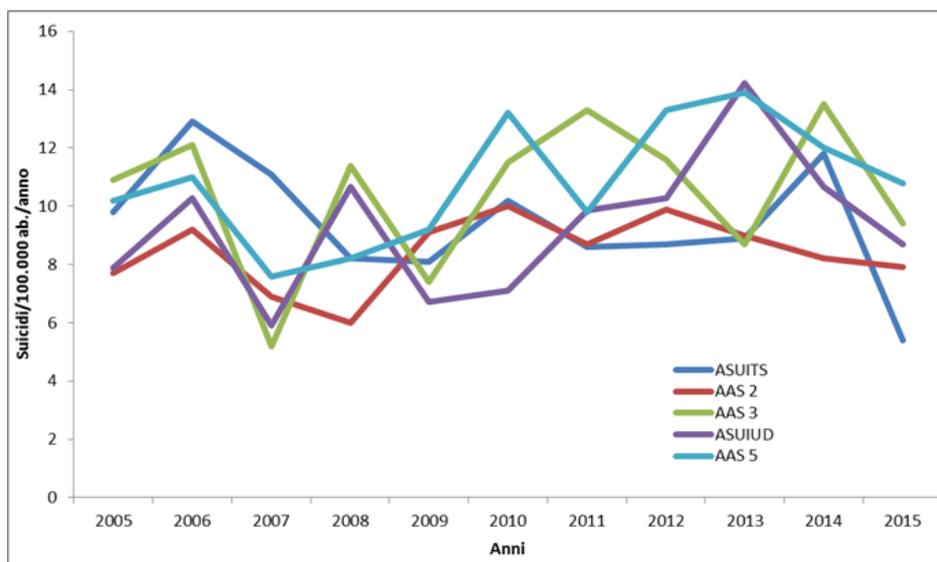
2.1.8 Suicidio

L'andamento dei tassi suicidari nelle diverse Aziende sanitarie regionali tra il 2005 e il 2015 appare fluttuante, probabilmente in conseguenza della bassa numerosità del campione. Un aspetto da considerare è il decremento dei tassi suicidari in tutte le Aziende nel 2015, rispetto all'anno precedente.

Tabella 25: Numero (N) e tassi di suicidio/100.000 abitanti per anni 2005-2015 e Azienda

Anni	ASUITS		AAS 2		AAS 3		ASUIUD		AAS 5		TOTALE	
	N	Tasso	N	Tasso	N	Tasso	N	Tasso	N	Tasso	N	Tasso
2005	24	9,8	20	7,7	19	10,9	20	7,9	30	10,2	113	9,3
2006	32	12,9	23	9,2	21	12,1	26	10,3	31	11,0	133	11,1
2007	27	11,1	18	6,9	9	5,2	15	5,9	22	7,6	91	7,3
2008	21	8,2	15	6,0	20	11,4	27	10,7	24	8,2	107	8,9
2009	20	8,1	23	9,1	13	7,4	17	6,7	27	9,2	100	8,1
2010	26	10,2	26	10,0	20	11,5	18	7,1	40	13,2	130	10,4
2011	21	8,6	22	8,7	23	13,3	25	9,9	30	9,8	121	10,1
2012	21	8,7	25	9,9	20	11,6	26	10,3	41	13,3	133	10,8
2013	24	8,9	23	9,0	15	8,7	36	14,2	42	13,9	140	10,9
2014	30	11,8	22	8,2	23	13,5	27	10,7	37	12,0	139	11,2
2015	14	5,4	20	7,9	16	9,4	22	8,7	34	10,8	106	8,4

Figura 8: Andamento tasso suicidario per Azienda, anni 2005-2015



2.1.8.1 Dato storico

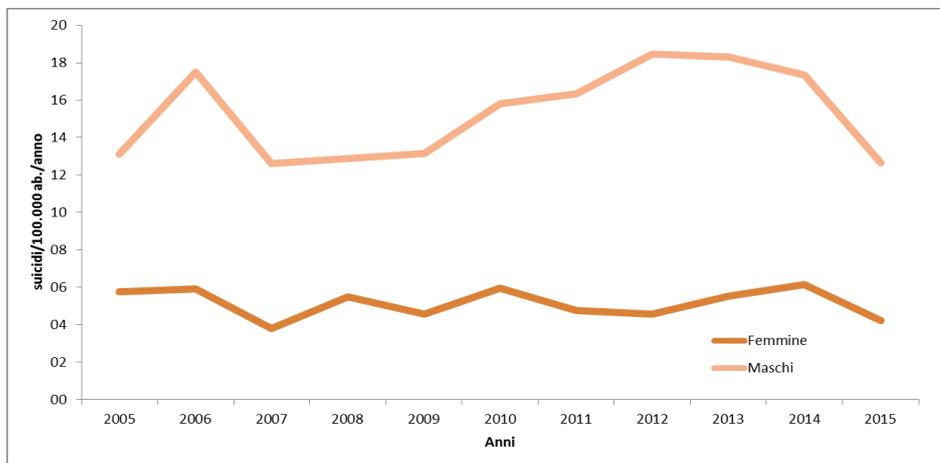
La mortalità per suicidio in FVG è rimasta abbastanza stabile negli anni considerati, mantenendosi intorno ai 10 suicidi su 100.000 abitanti, sebbene si assista ad una diminuzione del tasso tra il 2007 e il 2009, e nel 2015. Nonostante i dati italiani forniti dall'Istat siano parziali, il tasso in FVG è mediamente molto più alto rispetto al tasso nazionale, anche doppio in alcuni anni.

Tabella 26: Numero (N) e tassi di suicidio/100.000 abitanti in FVG, anni 2005-2015

Anni	N (FVG)	Tasso FVG (suicidi/100.000 ab.)	Tasso italiano (suicidi/100.000 ab.)
2005	113	9,3	-
2006	133	11,1	5,6
2007	91	7,3	5,7
2008	107	8,9	5,8
2009	100	8,1	5,9
2010	130	10,4	5,1
2011	121	10,1	-
2012	133	10,8	-
2013	140	10,9	-
2014	139	11,2	-
2015	106	8,4	-

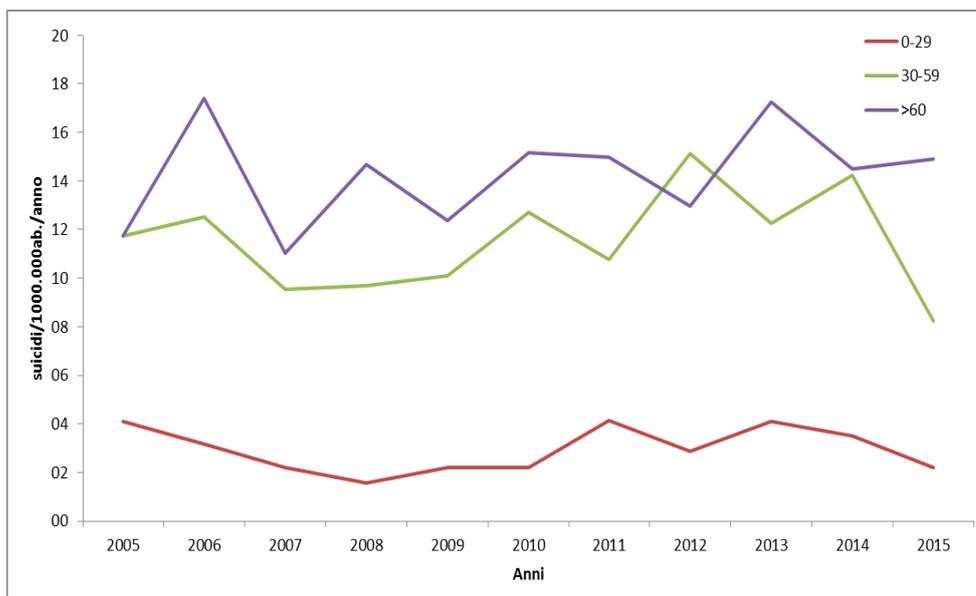
I tassi suicidari sono in media tre volte più alti nei maschi rispetto alle femmine, come si evince dal grafico sottostante che dimostra, peraltro, un incremento dei tassi maschili negli anni 2010-2014 (Figura 9).

Figura 9: Andamento del tasso suicidario in FVG diviso per sesso, anni 2005-2015



I tassi sono generalmente più alti nelle persone con più di 60 anni, sebbene negli anni 2010-2014 si noti un avvicinamento dei tassi degli over 60 a quelli delle persone adulte tra 30 e 59 anni. Nel 2015 si osserva un deciso decremento nella fascia di età 30-59. Negli under 30 i tassi sono molto più bassi e più costanti negli anni considerati.

Figura 10: Andamento del tasso suicidario in FVG diviso per classi d'età, anni 2005-2015



2.2 SERVIZI PER L'ETÀ EVOLUTIVA

I Servizi territoriali preposti alla tutela della salute mentale e del neurosviluppo in età evolutiva, provvedono in maniera autonoma alla raccolta e organizzazione dei dati, a volte utilizzando strumenti informativi locali non reciprocamente interfacciabili. Ne deriva la mancanza di un'unica base di dati e l'impossibilità di gestione integrata di tutte le informazioni utili.

L'assente implementazione a livello territoriale di un sistema informativo unico e la mancanza di un osservatorio epidemiologico dedicato, rende molto difficile e complesso ottenere dati puntuali ed omogenei fruibili in ambito di ricerca, gestionale e programmatorio.

Si tratta di una criticità nota, per la risoluzione della quale sono già state previste le opportune azioni di miglioramento (vedi scheda obiettivo 7,8).

2.2.1 Popolazione di riferimento

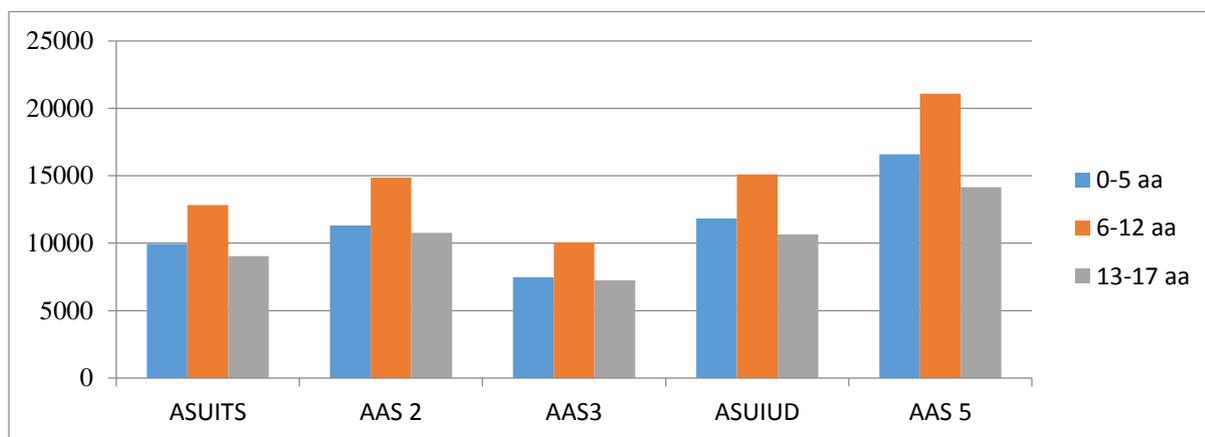
La popolazione di riferimento, che riguarda minori (0-17 anni) residenti nella regione Friuli Venezia Giulia, è composta, al 31 dicembre 2015, complessivamente da 184.539 unità, di cui il 51,5% di sesso maschile.

Le figure sottostanti illustrano rispettivamente la distribuzione dei soggetti in età evolutiva 0-17 suddivisi per Azienda di residenza e per fasce d'età.

Figura 11: Popolazione in età 0-17 per Azienda sanitaria di residenza (Fonte dati: SISSR estrazione novembre 2016)



Figura 12: Popolazione in età 0-17 per Azienda sanitaria di residenza e per fascia d'età (Fonte dati SISSR: estrazione novembre 2016)



Viste le problematiche su esposte relative alla carenza di un sistema regionale unico informatizzato per le prestazioni territoriali di NPIA, è stata effettuata una rilevazione presso le Aziende relativa al numero di minori 0-17, residenti, con problemi neuropsichici o del neurosviluppo, in carico ai Servizi territoriali pubblici e alle nuove diagnosi/anno, con riferimento all'anno 2016.

Nella lettura dei dati vanno considerate le modalità di raccolta che si prestano a possibili *bias* di rilevazione.

Tabella 27: Minori 0-17 in carico e nuove diagnosi/anno presso le strutture pubbliche territoriali - Fonte dati: censimento – anno 2016

	N. minori in carico/anno	N. nuove diagnosi/anno
ASUITS	2259	659
AAS 2	3601	776
AAS 3	1841	570
ASUIUD	2462	983
AAS 5	2932	1166

Dalla banca dati del Sistema informativo regionale (estrazione dati agosto 2017) è possibile risalire al numero di minori residenti in FVG con disturbi in ambito neuropsichiatrico che hanno fruito di prestazioni in regime di ricovero ordinario o di day hospital presso i reparti ospedalieri per l'età pediatrica (Neuropsichiatria ospedaliera dell'IRCSS Burlo Garofolo e Pediatrie) e presso reparti per adulti (Neurologie, Neurochirurgie, Psichiatrie, Medicine generali). I dati, distinti per prima diagnosi di disturbo psichico (ICD-9 CM 291-319) o del sistema nervoso (ICD-9 CM 320-359), sono rappresentati per sede di ricovero (reparti per minori vs reparti per adulti) rispettivamente in tabella 28 e 29.

Tabella 28: Numero dimissioni da NPIA ospedaliera e Pediatrie - anni 2012 - 2015 (Fonte dati SDO: SISSR estrazione agosto 2017)

Fascia d'età	Diagnosi	2012	2013	2014	2015
0 - 5	Disturbi psichici	72	79	100	100
	Patologie neurologiche	109	117	112	105
6-12	Disturbi psichici	70	67	82	78
	Patologie neurologiche	96	98	126	128
13-17	Disturbi psichici	71	71	105	115
	Patologie neurologiche	47	45	60	56
Totali		465	477	585	582

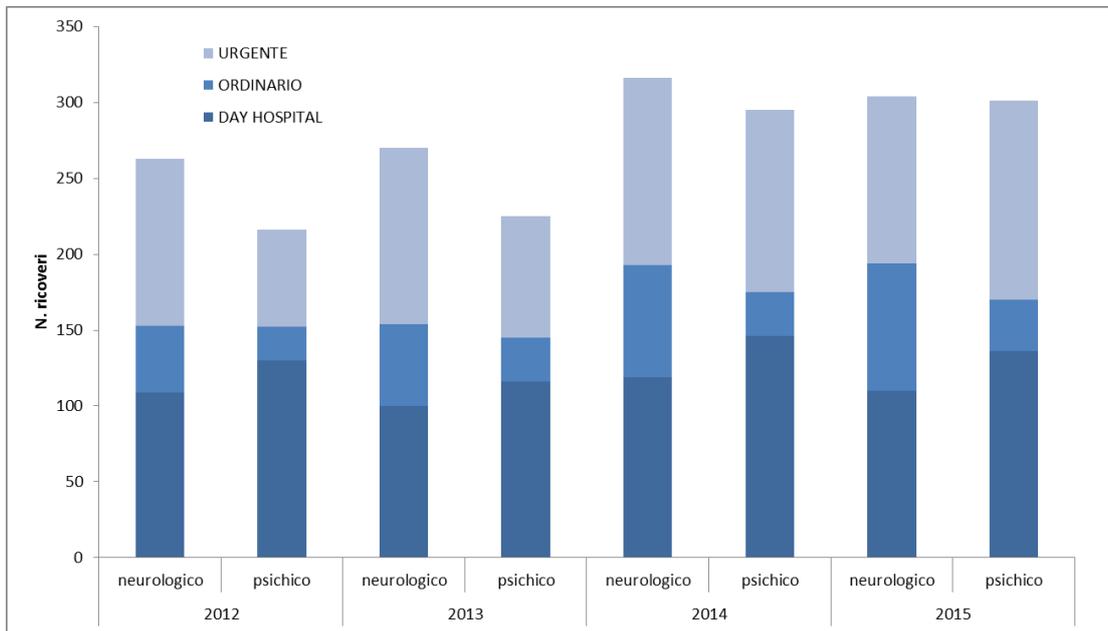
Tabella 29: Numero dimissioni minori da strutture ospedaliere per l'adulto - anni 2012-2015 (Fonte dati SDO: SISSR estrazione agosto 2017)

Fascia d'età	Diagnosi	2012	2013	2014	2015
0-5	Disturbi psichici	0	0	0	0
	Patologie neurologiche	0	0	0	0
6-12	Disturbi psichici	0	0	1	0
	Patologie neurologiche	1	1	2	1
13-17	Disturbi psichici	3	9	8	8
	Patologie neurologiche	10	9	15	14
Totali		14	19	26	23

I dati evidenziano che la maggior parte delle dimissioni di bambini/adolescenti con disturbi neuropsichici avviene da reparti pediatrici, tra i quali la Neuropsichiatria ospedaliera. Come atteso, la quasi totalità delle dimissioni da reparti per adulti si riferisce alla fascia d'età 13-17 anni.

La figura sottostante, che riassume le tipologie di ricovero, mostra un aumento dei ricoveri nel periodo 2014-2015 particolarmente evidente per quelli psichici, specie in urgenza.

Figura 13: Tipologia di ricovero per disturbo neurologico e disturbo psichico – anni 2012-2015 (Fonte dati SDO: SISSR estrazione agosto 2017)



3 IL SISTEMA DEI SERVIZI PER LA CURA E LA PRESA IN CARICO

3.1 RISPOSTE AI BISOGNI: I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

3.1.1 Età adulta

Il DPCM 12 gennaio 2017, in tema di LEA, agli artt. 26 e 33 prevede l'assistenza sociosanitaria alle persone con disturbi mentali nelle seguenti aree:

- assistenza distrettuale domiciliare e territoriale ad accesso diretto;
- assistenza semiresidenziale e residenziale.

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

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

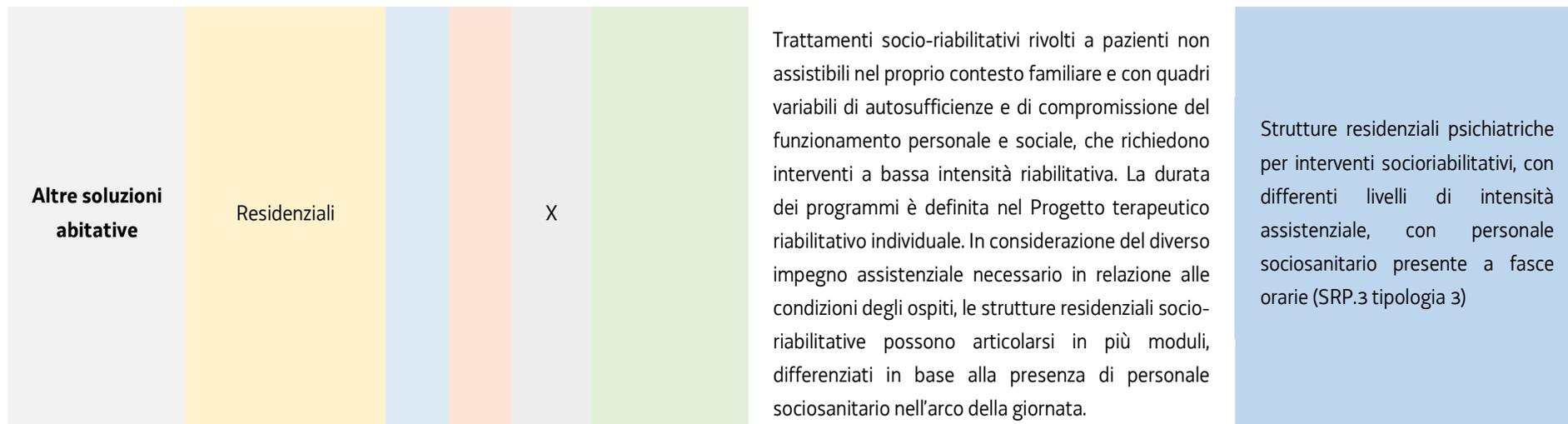
L'assistenza distrettuale alle persone con disturbi mentali è integrata da interventi sociali in relazione al bisogno socioassistenziale emerso dalla valutazione.

Nell'ambito dell'assistenza semiresidenziale e residenziale, il SSN garantisce alle persone con disturbi mentali, previa valutazione multidimensionale, definizione di un programma terapeutico individualizzato e presa in carico, i trattamenti terapeutico-riabilitativi e i trattamenti socio-riabilitativi, con programmi differenziati per intensità, complessità e durata.

Nello schema sottostante sono state sintetizzate e schematizzate le situazioni che attengono al trattamento residenziale e semiresidenziale in FVG (art. 33), in riferimento a quanto previsto dal DPCM sui LEA. Al fine di una visione complessiva sono stati inseriti in tabella anche gli interventi ambulatoriali e domiciliari dei CSM 24 ore.

SERVIZI	Attività erogate	Copertura di personale sociosanitario			Livello LEA	livello di intensità	Accordo Conferenza Unificata 17 ottobre 2013 "Le strutture residenziali psichiatriche"
		24 h	12 h	modulata			
CSM diurno e CSM sulle 24 ore	Ambulatoriali				Distrettuali, domiciliari e territoriali ad accesso diretto		
	Domiciliari (domicilio, carcere, abitare inclusivo...)						
	Semiresidenziali				semiresidenziale	Trattamenti terapeutico-riabilitativi erogati da equipe multiprofessionali in strutture attive almeno 6 ore al giorno, per almeno 5 giorni alla settimana.	
	Residenziali	X			residenziale	Trattamenti terapeutico-riabilitativi, ad alta intensità riabilitativa ed elevata tutela sanitaria (carattere intensivo), rivolti a pazienti con gravi compromissioni del funzionamento personale e sociale, anche nella fase della post acuzie, I trattamenti della durata massima di 18 mesi, prorogabili per ulteriori 6 mesi in accordo con il centro di salute mentale di riferimento, sono erogati nell'ambito di strutture che garantiscono la presenza di personale sanitario e socio-sanitario sulle 24 ore.	Strutture residenziali psichiatriche per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo (SRP.1), Le strutture possono essere articolate su diversi livelli di intensità assistenziale, che configurano differenti sottotipologie.

REMS	Residenziali	X			DPCM 1 ottobre 2012	Soggetti cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in OPG sono garantiti trattamenti residenziali terapeutico-riabilitativi a carattere intensivo ed estensivo nelle strutture residenziali di cui alla legge 9/2012. Costi a totale carico del SSN.	
Residenze del DSM	Residenziali	X			residenziale	Trattamenti terapeutico-riabilitativi a carattere estensivo, rivolti a pazienti stabilizzati con compromissioni del funzionamento personale e sociale di gravità moderata, che richiedono interventi a media intensità riabilitativa, I trattamenti della durata massima di 36 mesi, prorogabili per ulteriori 12 mesi in accordo con il centro di salute mentale di riferimento, sono erogati nell'ambito di strutture che garantiscono la presenza di personale socio-sanitario sulle 24 ore.	Strutture residenziali psichiatriche per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo (SRP.2) Le strutture possono essere articolate su diversi livelli di intensità assistenziale, che configurano differenti sottotipologie.
Residenze del DSM	Residenziali	X	X		residenziale	Trattamenti socio-riabilitativi_rivolti a pazienti non assistibili nel proprio contesto familiare e con quadri variabili di autosufficienze e di compromissione del funzionamento personale e sociale, che richiedono interventi a bassa intensità riabilitativa. La durata dei programmi è definita nel Progetto terapeutico riabilitativo individuale. In considerazione del diverso impegno assistenziale necessario in relazione alle condizioni degli ospiti, le strutture residenziali socio-riabilitative possono articolarsi in più moduli, differenziati in base alla presenza di personale sociosanitario nell'arco della giornata.	Strutture residenziali psichiatriche per interventi socioriabilitativi, con differenti livelli di intensità assistenziale, con personale sociosanitario presente nelle 24 ore e nelle 12 ore, (SRP.3 tipologia 1 e 2)



Fermo restando quanto previsto alla DGR 1783/2017 "DPCM 12.1.2017: aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie regionali aggiuntive (extra LEA)", si precisa che nell'ambito dei trattamenti socio-riabilitativi di cui all'art. 33 del DPCM 12 gennaio 2017, il PTRI è garantito al 40% in qualità di LEA, Il restante 60%, sulla base della situazione individuale della persona, che deriva da una valutazione multidimensionale, può in parte essere garantito in qualità di extra LEA (nei limiti definiti dalla DGR 1783/2017), in parte attraverso risorse sociali e in parte anche attraverso compartecipazione del cittadino.

Con successivi atti, in relazione all'evolversi dei contesti anche legislativi, potranno essere fornite indicazioni tese a garantire l'uniformità e l'omogeneizzazione dei processi di intervento.

3.1.2 Età evolutiva

Il DPCM 12 gennaio 2017 in tema di LEA, agli artt. 25 e 32, prevede l'assistenza sociosanitaria ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo rispettivamente nelle seguenti aree:

- assistenza distrettuale domiciliare e territoriale ad accesso diretto;
- assistenza semiresidenziale e residenziale.

In particolare, l'art. 25 del suddetto provvedimento, prevede che il SSN garantisca ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo, la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato differenziato per intensità, complessità e durata che include le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, necessarie ed appropriate nei seguenti ambiti di attività:

- a) individuazione precoce e proattiva del disturbo;
- b) accoglienza;
- c) valutazione diagnostica multidisciplinare;
- d) definizione, attuazione e verifica del programma terapeutico e abilitativo/riabilitativo personalizzato da parte dell'equipe multiprofessionale, in collaborazione con la famiglia;
- e) visite neuropsichiatriche;
- f) prescrizione, somministrazione e monitoraggio di terapie farmacologiche e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17;
- g) colloqui psicologico e clinici;
- h) psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo);
- i) colloqui di orientamento, training e sostegno alla famiglia nella gestione dei sintomi e nell'uso dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17;
- j) abilitazione e riabilitazione estensiva o intensiva (individuale e di gruppo) in relazione alla compromissione delle funzioni sensoriali, motorie, cognitive, neurologiche e psichiche, finalizzate allo sviluppo, al recupero e al mantenimento dell'autonomia personale, sociale e lavorativa, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche e le Linee guida, ivi incluse le Linee guida dell'Istituto superiore di sanità;
- k) interventi psicoeducativi e di supporto alle autonomie e alle attività della vita quotidiana;
- l) attività di orientamento e formazione alla famiglia nella gestione del programma terapeutico e abilitativo/riabilitativo personalizzato del minore;
- m) gruppi di sostegno per i familiari;
- n) interventi sulla rete sociale, formale e informale;
- o) consulenza specialistica e collaborazione con i reparti ospedalieri e gli altri servizi distrettuali territoriali semiresidenziali e residenziali;
- p) consulenza e collaborazione con i pediatri di libera scelta e i medici di medicina generale;

- q) collaborazione con le istituzioni scolastiche per l'inserimento e l'integrazione nelle scuole di ogni ordine e grado, in riferimento alle prestazioni previste dalla legge 104/1992 e successive modificazioni e integrazioni;
- r) adempimenti nell'ambito dei rapporti con l'Autorità giudiziaria minorile;
- s) collaborazione ed integrazione con i servizi per le dipendenze patologiche, con particolare riferimento ai minori con comorbidità;
- t) progettazione coordinata e condivisa con i servizi per la tutela della salute mentale del percorso di continuità assistenziale dei minori in vista del passaggio all'età adulta.

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

Per quanto riguarda l'assistenza residenziale, all'art. 32 sono previsti tre livelli di intensità riabilitativa e assistenziale, con relativa durata, in relazione all'indicazione clinica e di contesto:

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

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

3.2 RETE DI OFFERTA ASSISTENZIALE PER L'ETÀ ADULTA

3.2.1 Il Dipartimento di Salute Mentale

Il Dipartimento strutturale di salute mentale garantisce la promozione e la tutela della salute mentale e la presa in carico nella popolazione di riferimento a livello aziendale o sovra- aziendale. Governa tale funzione mediante la gestione dei fattori produttivi. È dotato di autonomia tecnico-gestionale, organizzativa e contabile ed è organizzato in centri di costo e di responsabilità.

Le strutture organizzative complesse del Dipartimento strutturale di salute mentale che afferiscono al livello di assistenza distrettuale sono i Centri di salute mentale, I Servizi psichiatrici di diagnosi e cura ubicati nelle strutture ospedaliere, costituiscono le articolazioni ospedaliere del Dipartimento. L'integrazione delle funzioni con le altre strutture distrettuali, nonché la sinergia con l'ospedale, sono assicurate dal Distretto.

Il DSM svolge le sue funzioni attraverso:

- la promozione dell'integrazione professionale, organizzativa e disciplinare, a livello aziendale o interaziendale, di tutti i soggetti che si occupano della salute mentale;
- la promozione dell'integrazione tra il sanitario e il sociale, tra il pubblico e il privato sociale nonché l'associazionismo, incentivando iniziative orientate a contrastare la marginalità sociale e a promuovere l'inclusione sociale;
- la predisposizione delle linee di indirizzo assistenziale per specifici programmi di intervento relativi ad aree critiche della popolazione, al fine di dare omogeneità ai percorsi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei centri di salute mentale distrettualizzati;
- la promozione di programmi atti a garantire l'offerta di appropriato e competente trattamento psicologico, anche presso i presidi ospedalieri, ai portatori di gravi patologie organiche e/o all'interno di programmi neuroriabilitativi;
- la promozione di processi di inserimento, sociale, lavorativo, di sostegno abitativo e domiciliare, al fine di evitare l'istituzionalizzazione e il ricorso al ricovero;
- il coordinamento delle attività di tutela della salute mentale rivolta ai detenuti e internati nell'istituto penitenziario di competenza territoriale e ai minori sottoposti a provvedimenti giudiziari;
- la promozione dei programmi di valorizzazione degli operatori e lo sviluppo delle competenze professionali;
- il monitoraggio delle risposte ai bisogni di salute mentale;
- la garanzia dei flussi informativi definiti a livello regionale e statale;
- il riconoscimento del ruolo dell'ascolto e del sostegno dei familiari, nonché del loro coinvolgimento nei percorsi di cura e riabilitazione delle persone.

Il DSM coordina i servizi e i presidi per la tutela della salute mentale e garantisce che essi costituiscano "un complesso organizzativo unico e coerente", secondo quanto stabilito dal PONSM 1998-2000, in una data area territoriale.

L'organizzazione del DSM, per la complessità delle funzioni svolte, richiede un'attenzione particolare per la definizione di standard assistenziali. Lo standard nazionale previsto dal PONSM 1998-2000 di 1 operatore/1.500 abitanti appare obsoleto in una Regione come il FVG dove sono state sviluppate forme assistenziali di buon livello qualitativo.

Nel 2014 è stato elaborato un Report sulla Salute Mentale relativo ai dati 2012, da un gruppo di lavoro preparatorio alla definizione della LR 17/2014, composto da tecnici e coordinato dalla Direzione centrale salute integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia, nel quale è stata elaborata una proposta organizzativa per i CSM 24 ore. Tale proposta individua uno standard di 5 psichiatri (1/10.000), 2 psicologi, 2 educatori professionali e/o tecnici della riabilitazione psichiatrica, 2 assistenti sociali, 24-26 tra infermieri e

OSS, per una staff ratio media di 1,2 operatori/1000. Viene, inoltre, specificato che tale organizzazione garantisce l'implementazione delle funzioni cardine del CSM 24 ore, quali l'accoglienza e l'orientamento alla domanda, la risposta alla crisi e l'ospitalità diurna e notturna, nonché la continuità terapeutica, il lavoro territoriale e di rete con integrazione distrettuale e intersettoriale (vedi scheda obiettivo 7.1.1).

I dati sul personale relativi all'anno 2017 indicano un numero totale di operatori nei DSM regionali pari a 780 unità. Il 50% di essi è rappresentato da infermieri, il 21% da operatori sociosanitari (OSS) e il 13% da medici. Le percentuali di psicologi, educatori professionali, tecnici della riabilitazione psichiatrica e assistenti sociali va dal 2,7% al 3,4%. Il tasso di medici, calcolato rispetto alla popolazione residente di età superiore ai 14 anni, è 1/10.000 abitanti. Il tasso complessivo calcolato su tutte le tipologie di personale ammonta a 1,1 /1.500 abitanti.

Si rileva una variabilità relativa all'utenza in carico e al numero di operatori tra i DSM regionali, per cui appare necessario intervenire, al fine di garantire maggiore omogeneità. È importante, altresì, evidenziare che i SPDC e le REMS afferenti ad ASUITS, ASUIUD e AAS 5 sono servizi che rispondono anche ai bisogni dell'utenza delle altre Aziende.

Si provvederà alla definizione di standard assistenziali nell'ambito del percorso di accreditamento istituzionale dei servizi di salute mentale, che dovrà partire necessariamente da una definizione dei bisogni della popolazione nei diversi territori regionali.

Il DSM si raccorda con i Distretti per lo svolgimento delle funzioni di programmazione e pianificazione strategica, coordinamento e monitoraggio dei risultati raggiunti.

In FVG sono presenti cinque DSM, afferenti alle Aziende sanitarie regionali. Di seguito si elencano le strutture afferenti al DSM.

3.2.2 Centri di Salute Mentale e Centri di salute mentale aperti sulle 24 ore

Il Centro di salute mentale è la sede organizzativa dell'equipe degli operatori e la sede del coordinamento degli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale, nel territorio di competenza, tramite anche l'integrazione funzionale con le attività dei Distretti.

Il CSM svolge le seguenti funzioni e attività:

- accoglienza, analisi della domanda e diagnosi;
- definizione e attuazione dei programmi terapeutico- riabilitativi e socio-riabilitativi personalizzati, con le modalità proprie dell'approccio integrato, tramite interventi distrettuali, domiciliari e territoriali ad accesso diretto e, inoltre, semiresidenziali e residenziali, nella strategia del lavoro di rete e della continuità terapeutica;
- attività di raccordo con i MMG quale consulenza psichiatrica e per condurre, in collaborazione, progetti terapeutici e attività formative;
- consulenza specialistica ai servizi di "confine" (dipendenze), alle strutture residenziali per anziani e per disabili.

Gli atti di programmazione strategica regionale e di programmazione aziendale indicano il CSM sulle 24 ore quale struttura cardine preposta all'accoglimento della domanda e alla presa in carico delle persone con problemi di salute mentale. Deve essere in grado di rispondere alla crisi, anche attraverso una dotazione di posti letto adeguata, riducendo il ricorso al SPDC, attuando in alternativa anche TSO presso la sua stessa sede.

Questo modello di CSM 24 ore supera lo schema di intervento ambulatoriale verso un servizio altamente differenziato. Il CSM è responsabile del programma terapeutico delle persone prese in carico e garantisce, integrandosi con gli altri servizi del territorio, la continuità assistenziale e terapeutica; esso è organizzato in team territoriali e case manager.

Il PSSR 2006-2008 definisce alcuni requisiti chiave per l'apertura sulle 24 ore dei CSM:

- strutturazione del servizio preferibilmente in una sede unica con buona accessibilità, con spazi articolati e dedicati a diverse funzioni e con una dotazione di posti letto territoriali dimensionata sul bisogno;
- disponibilità di spazi polivalenti e flessibili a carattere comunitario;
- presenza di équipe multi professionale unica, che promuova la possibilità di partecipazione di tutti gli operatori alla condivisione della conoscenza delle persone prese in carico, che favorisca la relazione diretta con l'utenza e che si integri, a livello territoriale e sui singoli casi, con il servizio sociale dei comuni, con i MMG e con le altre professionalità presenti nel territorio di riferimento.

La DGR 929/2015 che definisce, altresì, gli standard di riferimento delle strutture complesse della rete dei servizi di prevenzione e di assistenza primaria, individua per la salute mentale la strutturazione di un CSM aperto sulle 24 ore per un bacino di utenza che, di norma, va dai 50.000 agli 80.000 abitanti, al fine di garantire responsabilità diretta e presa in carico delle persone sul territorio di competenza. In Regione sono presenti CSM strutturati su bacini di utenza inferiori a 50.000 abitanti, che però rispondono ai bisogni di un territorio molto vasto a bassa densità demografica e con scarsa accessibilità a causa di aspetti legati alle caratteristiche geografiche del territorio.

3.2.3 Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura

Il SPDC è un servizio ospedaliero dove vengono attuati trattamenti psichiatrici volontari ed obbligatori in condizioni di ricovero e attività di consulenza agli altri servizi ospedalieri (PONSM 1998-2000).

La DGR 929/2015 indica la presenza di un SPDC in ogni presidio ospedaliero hub. Con riferimento al Progetto obiettivo salute mentale 1994-1996, il numero complessivo dei posti letto è individuato tendenzialmente nella misura di uno ogni 10.000 abitanti e ciascun SPDC contiene un numero non superiore a 16 posti letto.

Come precisato dal PSSR 2006-2008, il ricorso al ricovero in SPDC, trattandosi di un ricovero in ambito ospedaliero, dovrebbe essere riservato solo alle situazioni di acuzie non trattabili sul territorio (CSM, domicilio) o sconosciute al CSM di competenza e per il tempo strettamente necessario, prevedendo la presa in carico e/o la prosecuzione del trattamento da parte del CSM competente per territorio. In questo senso ogni DSM dovrà dotarsi di programmi articolati con l'obiettivo di diminuire il numero delle persone ricoverate

in Trattamento Sanitario Volontario (TSV) e in Trattamento Sanitario Obbligatorio, così come il numero di ricoveri ripetuti e la loro durata. In ogni caso, il ricovero ospedaliero va inteso in continuità con gli interventi territoriali.

In Regione sono presenti tre SPDC, localizzati in ASUITS (che risponde al bisogno anche di AAS 2), in ASUIUD (che risponde al bisogno anche di AAS 2 e AAS 3) e in AAS 5.

3.2.4 Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza

Le REMS nascono nel quadro del progressivo superamento e chiusura degli OPG, avvenuta il 31 marzo 2015. La chiusura degli OPG si realizza nel contesto della riforma dell'assistenza sanitaria per le persone soggette a provvedimento giudiziario, in modo da garantire a detenuti e internati le stesse prestazioni sanitarie degli altri cittadini.

Il DPCM 1 aprile 2008 ha stabilito che, al fine di dare completa attuazione al riordino della medicina penitenziaria, sono trasferite alle Regioni le funzioni sanitarie afferenti agli OPG ubicati nel territorio delle medesime. Successivamente il DL 22 dicembre 2011 n. 211, convertito con modificazioni dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9, ha stabilito il completamento del processo di superamento degli OPG già previsto dall'allegato C del DPCM 1 aprile 2008. In particolare ha disposto la chiusura degli OPG di macro bacino e ha previsto che *"le misure di sicurezza del ricovero in OPG o in Casa di cura e custodia sono eseguite esclusivamente nelle strutture sanitarie regionali, fermo restando che le persone che hanno cessato di essere socialmente pericolose devono essere prese in carico sui territori dai Dipartimenti di salute mentale"*. Al fine di permettere l'attuazione di questo processo di regionalizzazione sono state ripartite apposite risorse finanziarie mediante il Programma straordinario d'investimenti di cui all'art. 20 della legge 67/1988. In seguito il DL 31 marzo 2014 n. 52, convertito con modificazioni dalla legge 30 maggio 2014, n. 81 ha apportato sviluppi sensibilmente positivi al processo nazionale di superamento degli OPG, responsabilizzando fortemente le Regioni nell'attuazione di percorsi alternativi all'internamento. In particolare prevede che:

- il giudice, anche di sorveglianza, adotta di norma misure alternative al ricovero in OPG, salvo eccezioni, anche per misure provvisorie e per dimissioni. (In tale senso è stato siglato tra la Regione FVG e gli Uffici giudiziari della Corte di appello di Trieste uno specifico protocolli di collaborazione – rif. DGR 1537/2015);
- non si attribuisce la pericolosità sociale perché la persona è emarginata (le condizioni economico sociali dell'individuo e la mancanza del progetto terapeutico individuale non possono più motivare la pericolosità sociale e quindi l'internamento e non giustificano più le proroghe);
- le Regioni possono rivedere i programmi strutturali a favore del potenziamento dei servizi di salute mentale (con l'applicazione delle nuove norme, le REMS diventano una soluzione residuale, visto le nuove disposizioni che privilegiano le misure alternative all'internamento e quelle relative alla pericolosità sociale);
- il rispetto delle norme sul superamento degli OPG è per le Regioni adempimento obbligatorio nella verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza.

La Regione FVG ha presentato al Ministero della salute un programma d'utilizzo delle risorse finanziarie di cui alla legge 9/2012 che prevede tre strutture sanitarie, inserite in strutture sanitarie pre-esistenti dei DSM, definite REMS (per complessivi dieci posti letto a regime), utilizzando parte delle risorse per interventi strutturali ai sensi della legge della legge 81/2014, ovvero per il potenziamento dei servizi di salute mentale e parte delle risorse per la realizzazione di percorsi terapeutico riabilitativi per favorire misure alternative all'internamento e di prevenzione dell'invio in REMS (rif. DGR 444/2015).

In quest'ottica i servizi di salute mentale che hanno in carico la persona accolta in REMS sono responsabili del progetto terapeutico riabilitativo individualizzato.

3.2.5 Cliniche Psichiatriche Universitarie

Le Cliniche psichiatriche universitarie svolgono compiti didattici, di ricerca e assistenziali rivolti a varie forme di patologia psichiatrica. In quanto sede della scuola di specializzazione in psichiatria, esse conducono programmi e iniziative di ricerca articolate in attività di tipo epidemiologico, clinico e psicofarmacologico che interessano le varie patologie psichiatriche.

In Regione sono presenti due Cliniche psichiatriche universitarie che afferiscono ai DSM di ASUITS e ASUIUD. Entrambe le cliniche svolgono, altresì, attività ambulatoriale, attività di consulenza e di collegamento con le altre specialità mediche e chirurgiche delle Aziende di riferimento.

3.2.6 Servizi e programmi per la residenzialità

Come indicato dal PONSM 1998-2000, *“si definisce struttura residenziale una struttura extra-ospedaliera in cui si svolge una parte del programma terapeutico-riabilitativo e socio-riabilitativo per utenti di esclusiva competenza psichiatrica, con lo scopo di offrire una rete di rapporti e di opportunità emancipative, all'interno di specifiche attività riabilitative”*. Le strutture residenziali dovranno soddisfare i requisiti minimi strutturali e organizzativi, indicati dal DPR 14.1.1997. Saranno, quindi, differenziate in base all'intensità di assistenza sanitaria (24 ore, 12 ore, fasce orarie) e non avranno più di venti posti letto. Al fine di prevenire ogni forma di isolamento delle persone che vi sono ospitate e di favorire lo scambio sociale, le residenze vanno collocate in località urbanizzate e facilmente accessibili. Il documento di Accordo in Conferenza Unificata 17 ottobre 2013 *“Le strutture residenziali psichiatriche”* individua tipologie di strutture distinte sia per livello di intervento terapeutico-riabilitativo, sia per livello di intensità assistenziale offerto, correlato al grado di autonomia complessiva, così come delineato nella tabella al paragrafo 3.1.1.

La Regione FVG ha armonizzato quanto contenuto nei documenti organizzativi sopra citati rispetto alla realtà regionale dei servizi per la salute mentale. Le Aziende sanitarie hanno promosso, tramite i DSM, diverse soluzioni residenziali capaci di garantire una adeguata assistenza e riabilitazione, una rete di rapporti e opportunità emancipative. Dette strutture residenziali sono unità funzionali del DSM nelle quali le finalità riabilitative vengono perseguite attraverso un'attenzione individualizzata basata sulla continuità terapeutico-riabilitativa, nell'ambito della specifica dimensione abitativa parzialmente o totalmente assistita e gestita anche attraverso il supporto del privato sociale.

I programmi regionali per la residenzialità presentano, come aspetto qualificante, lo sviluppo di altre forme di residenzialità, diverse dalle strutture residenziali, qui denominate “abitare inclusivo”. Come esplicitato nel paragrafo 4.3, l'adozione di queste progettualità ha portato a una riduzione progressiva delle strutture residenziali sulle 24 ore e a un loro progressivo superamento verso soluzioni abitative più flessibili, finalizzate al raggiungimento dell'indipendenza abitativa e dell'inclusione sociale. Per tale motivo dette esperienze sono sostenute anche attraverso i Budget individuali di salute (BIS).

I progetti di abitare inclusivo hanno caratteristiche differenti a seconda del territorio in cui si sono sviluppate. Tuttavia si possono individuare aspetti comuni e di maggiore rilevanza, quali:

- nuclei di convivenza non superiori a sei persone;
- soluzioni abitative scelte con i requisiti strutturali delle civili abitazioni;
- permanenza delle persone legata ai PTRI;
- presenza di personale socio-assistenziale e/o educativo, modulata a seconda dei bisogni individuali delle persone.

Con successivo atto regionale di indirizzo saranno definiti i requisiti dei progetti di abitare inclusivo.

I percorsi di residenzialità e di abitare inclusivo sono posti sotto il governo clinico e il monitoraggio costante dei CSM, i quali programmano e verificano l'attuazione dei PTRI e i programmi di inclusione.

3.2.7 Medico di medicina generale

I disturbi mentali costituiscono circa l'8% del carico di lavoro dei MMG che, pur includendo il più ampio spettro di gravità di malattia, nella gran parte dei casi è rappresentata dalle patologie cosiddette “comuni”, come ansia e depressione²⁶. Alcune stime hanno inoltre messo in luce che il 34% dei pazienti visti dal MMG presenta disturbi psichici, e che comunque metà del tempo lavorativo del MMG è dedicato ad affrontare problemi emotivi²⁷. Ciò nonostante, la letteratura evidenzia che una bassa percentuale (circa il 10%) di persone con disturbi psichici viene inviato allo specialista. I motivi sono sostanzialmente riassumibili in tre categorie: la prima risiede nel fatto che la maggior parte dei disturbi mentali comuni non necessita di trattamenti complessi, la seconda è che molte persone con queste patologie non vengono riconosciute dai MMG²⁸ o lo sono in ritardo, la terza è riferibile alla riluttanza che, ancora oggi, frena la popolazione a rivolgersi ai Servizi psichiatrici (“stigma”). D'altra parte, un recente studio italiano²⁹ indica che un po' meno del 60% delle persone afferenti ai servizi di salute mentale è inviata dai MMG. Le persone che hanno minori probabilità di avvalersi dell'invio da parte dei MMG sono giovani di età, vivono in aree urbane e sono gravate da disturbi

²⁶ Benincasa F, Garrone A, Pizzini A, Spatola G. *Orientarsi in Psichiatria. Manuale di sopravvivenza per il medico di famiglia*. Roma: Giovanni Fioriti Editore, 2009

²⁷ Bower P, Gilbody S. *Managing common mental health disorders in primary care: conceptual models and evidence base*. BMJ 2005; 330: 839-42

²⁸ Pizzini A, Benincasa F, *Il ruolo dei medici di medicina generale nella gestione del paziente psichiatrico*, Clinical Management Issues 2011; 5(1)

²⁹ Rucci P, Piazza A, Menchetti M, et al., *Integration between Primary Care and Mental Health Services in Italy: Determinants of Referral and Stepped Care*, International Journal of Family Medicine, vol. 7 2012.

depressivi. Vi è comunque una sovrapposizione tra le popolazioni che afferiscono, per disturbi psichiatrici, ai professionisti che operano in ambito delle cure primarie e specialistiche. Il percorso assistenziale mette, inoltre, in evidenza il ruolo fondamentale e centrale della medicina generale all'interno del sistema che porta alla presa in carico della persona³⁰. Risulta quindi essenziale che l'intervento del MMG sia precoce, preciso ed efficace, per evitare il peggioramento della sintomatologia con conseguenti ripercussioni sulla qualità di vita del paziente. Interventi modulati in tal senso hanno, altresì, dimostrato di ridurre il numero delle successive consultazioni e di abbreviare la durata degli episodi patologici. Visti i presupposti, appare fondamentale l'elaborazione di procedure integrate tra la medicina generale e i servizi di salute mentale, quale aspetto strategico e qualificante del presente Piano, come trattato ampiamente al paragrafo 6.1.1.

3.2.8 Integrazione sociosanitaria

In linea con i principi enunciati nel Piano dell'OMS e riportati in premessa e con le finalità della legge 8 novembre 2000, n. 328 (*Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*) e con la LR 31 marzo 2006, n. 6 "*Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale*", al fine di garantire una programmazione e organizzazione dei servizi sanitari e sociali secondo un approccio multisettoriale e intersettoriale, le Aziende programmano l'integrazione dei servizi di salute mentale con gli altri servizi aziendali, i percorsi sociosanitari, includendo il ruolo delle associazioni, del privato sociale e di altri soggetti per favorire l'inclusione nelle attività del territorio.

Lo strumento cardine per l'integrazione sociosanitaria in salute mentale è il BIS. Esso è utilizzato per la realizzazione dei PTRI, in particolare a favore di persone con bisogni complessi (Rif. 4.2).

Nell'ambito delle progettualità integrate dei Piani di zona elaborati dai Comuni e dei Piani attuativi territoriali elaborati dai Distretti si struttura la partecipazione dell'associazionismo, del privato sociale e degli altri soggetti partner. I DSM e le NPIA partecipano alla programmazione delle attività integrate nei Piani di zona e nei Programmi delle attività territoriali dedicate alla salute mentale e alla valutazione degli obiettivi di salute.

3.2.8.1 Il partenariato con il privato sociale

Il partenariato con il privato sociale ha un ruolo di rilievo nell'ambito della progettazione di interventi, anche innovativi, di abilitazione e riabilitazione per la salute mentale, in particolare nell'ambito dell'integrazione scolastica, degli inserimenti lavorativi, dell'abitare inclusivo e più in generale per tutte quelle attività di intervento sul contesto di vita delle persone e a livello di comunità.

Giova ricordare il ruolo storicamente importante assunto dalla cooperazione sociale nel quadro del sistema di *Welfare* regionale per la salute mentale. La cooperazione sociale ha contribuito a sviluppare il "sistema delle opportunità" nel territorio orientando i servizi secondo il principio della sussidiarietà promozionale e finalizzandoli alla costruzione di un welfare di comunità e di coesione sociale. E' importante che i servizi per

³⁰ Goldberg D, Huxley P. *Common mental disorders*. London: Routledge, 1992

la salute mentale, nell'organizzare i propri interventi, si muovano nella logica di promuovere, valorizzare, sostenere attivamente le capacità di responsabilizzazione e di protagonismo degli utenti, delle famiglie e della qualità della vita nei territori e all'interno delle comunità locali, al fine di costruire assieme la risposta ai diversi bisogni.

In coerenza con le attese della LR 26 ottobre 2006, n. 20 "Norme in materia di cooperazione sociale" e della LR 6/2006, il Piano promuove le possibili sinergie tra le Aziende sanitarie e la cooperazione sociale, attraverso le modalità previste dalla normativa vigente, nel rispetto dei ruoli e delle competenze reciproche.

3.2.8.2 *Forme di partecipazione*

In riferimento al principio del coinvolgimento diretto delle persone con problemi di salute mentale e dei loro familiari, la Regione FVG promuove la partecipazione di tutti i soggetti inclusi nella rete, compresi i destinatari degli interventi, utenti e loro famiglie e l'associazionismo di settore. A tale fine sono previste forme di partecipazione costituite da rappresentanti delle figure professionali, utenza, familiari e associazioni, anche individuate in comitati di partecipazione.

I familiari e l'associazionismo sono riconosciuti come risorse del PTRI e concorrono attivamente a costruire reti sociali, alla promozione del protagonismo dell'utente, alla sua abilitazione e inclusione sociale.

I DSM e le NPIA regionali promuovono, altresì, progetti formativi con associazioni, familiari e utenza e incoraggiano la costituzione di gruppi di protagonismo e auto mutuo-aiuto.

3.3 RETE DI OFFERTA ASSISTENZIALE PER L'ETÀ EVOLUTIVA

La LR 17/2014 e i successivi provvedimenti attuativi, hanno inteso ridefinire la rete di offerta assistenziale rivolta ai minori in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo, tenendo conto delle aree di miglioramento che l'analisi del contesto aveva evidenziato (si rimanda al paragrafo 1.4.2).

La pianificazione degli interventi nell'ambito della salute mentale in infanzia e adolescenza non può prescindere dalle peculiarità tipiche di questa fascia d'età ed in particolare:

- il bambino è un soggetto in crescita e tutte le aree di sviluppo, motoria, cognitiva, linguistica, psico-affettiva e relazionale sono in continua evoluzione attraverso un'interazione dinamica tra le singole abilità emergenti, il patrimonio genetico e l'ambiente. Una criticità in un'area, può interferire sulle altre aree funzionali e sulle epoche successive, se non considerata in un'ottica evolutiva. Un riconoscimento tempestivo e l'avvio di un intervento in fase precoce possono incidere significativamente sulle abilità future del bambino;
- i bisogni sono età-correlati, ossia variano non soltanto in base al decorso della malattia, ma anche in relazione allo sviluppo fisico, cognitivo e relazionale del minore. Gli operatori sanitari devono pertanto essere formati sui differenti bisogni che esprimono bambini di età diversa e lo stesso bambino nelle varie fasi della crescita;
- l'adolescenza è un periodo particolarmente complesso, anche nel ragazzo senza problemi sanitari, L'alleanza terapeutica che nelle situazioni di cronicità si crea tra famiglia e l'équipe di cura viene a

dover essere rielaborata nel delicato periodo di transizione delle cure da strutture pediatriche a strutture per l'età adulta;

- le comorbidità sono molto frequenti nelle diverse fasce d'età e condizionano bisogni ed esiti;
- la stretta interdipendenza tra sviluppo e contesto relazionale e di vita, che cambia nel tempo, richiede un intervento allargato a famiglia, ambiente educativo, scolastico e sociale.

Ne deriva un quadro complesso, con bisogni definiti non solo dalla diagnosi nosologica, ma dalla sua ricaduta sul funzionamento complessivo dell'individuo e del suo sistema. La complessità dei bisogni del minore con disturbi neuropsichici e del neurosviluppo richiede risposte nell'ambito di un sistema coordinato e individualizzato di cura, ad elevata flessibilità ed integrazione tra i diversi attori della rete e tra diverse fasi del percorso, con la possibilità di passaggi rapidi e coordinati tra diversi setting di cura, livelli di intensità e tipologie di intervento. I percorsi vengono a determinarsi dall'intreccio tra caratteristiche cliniche, età, bisogni terapeutico riabilitativi/abilitativi, bisogni assistenziali e livello di tenuta/supporto familiare e ambientale.

E' pertanto necessaria la creazione di una rete integrata di Servizi dedicati che tenda conto dei seguenti aspetti, tratti dal Piano di azioni nazionale per la salute mentale e peculiari dell'età evolutiva:

- l'intervento multidisciplinare d'équipe non è limitato ai casi particolarmente gravi e complessi, ma è invece la regola, a causa dell'interazione costante tra le diverse linee di sviluppo e degli alti indici di comorbidità tra i disturbi dei diversi assi. La maggior parte degli utenti entrano dunque in un percorso di presa in carico, che può però essere caratterizzato da diverse intensità assistenziali a seconda dei disturbi, dei contesti e delle fasi evolutive, e non solo in base a complessità e gravità;
- in conseguenza di quanto sopra, il monitoraggio longitudinale dello sviluppo è molto più comune rispetto al singolo episodio di cura, perché i disturbi evolutivi si modificano nel tempo e col tempo secondo linee complesse e specifiche e la riabilitazione è componente imprescindibile del processo di cura;
- in modo analogo, il coinvolgimento attivo e partecipato della famiglia e della scuola e l'intervento di rete con i contesti (educativo e sociale) è imprescindibile e presente per la maggior parte degli utenti, con variabile intensità.

Ciò premesso, l'organizzazione di una rete regionale integrata ha come finalità quella di garantire alla popolazione in età evolutiva del Friuli Venezia Giulia la prevenzione, la diagnosi, la cura e l'abilitazione/riabilitazione dei disturbi neurologici, neuropsicologici e psicopatologici e di tutti i disordini dello sviluppo nelle varie linee di espressione psicologica, cognitiva, linguistica, affettiva e relazionale. L'offerta assistenziale assicura la presa in carico orientata in termini ecologici e globali, diacronici e sincronici, osservando e "prendendosi cura" del bambino e dell'adolescente in collaborazione e in supporto alla famiglia, sostenendone lo sviluppo all'interno della rete di comunità e contrastando l'istituzionalizzazione e lo stigma.

La LR 17/2014 con i successivi provvedimenti attuativi hanno, di fatto, tracciato il processo di riorganizzazione della rete dei servizi e le singole Aziende stanno ridefinendo l'offerta assistenziale, secondo le previsioni attuative regionali.

3.3.1 Assistenza territoriale di neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza

Prima dell'emanazione della LR di riforma sanitaria, si configurava il seguente quadro di offerta: due strutture complesse di NPIA territoriali, rispettivamente in ex ASS 4 e in ex ASS 6, una struttura complessa ospedaliera presso l'IRCCS Burlo Garofolo e una struttura semplice sovradistrettuale in ex ASS 2, mentre in ex ASS 1, in ex ASS 3 e in ex ASS 5, le funzioni di tutela e cura della salute mentale in età evolutiva erano svolte nell'ambito delle Area Materno infantili/Età evolutiva dei Distretti.

La DGR 1437/2015 recante "LR 17/2014 art 9, Principi e criteri per l'adozione degli atti aziendali" integrando quanto previsto dalla DGR 929/2015 "Individuazione delle strutture complesse sanitarie della prevenzione, distrettuali e ospedaliere, nonché dei criteri standard per l'individuazione delle strutture semplici" delinea il quadro delle strutture complesse di NPIA a livello regionale. Il provvedimento prevede l'operatività di una struttura complessa di Neuropsichiatria in ASS 2 e una in ASS 3, ad integrazione delle strutture di NPIA già operative in ASS 5, in ASUIUD e della NPIA ospedaliera operativa presso l'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste.

Il medesimo provvedimento prevede che le funzioni territoriali di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza siano uniche a livello aziendale e assicurino l'attività per tutti i Distretti dell'Azienda.

Nell'area triestina le funzioni territoriali e le funzioni ospedaliere di neuropsichiatria infanzia e adolescenza sono integrate attraverso specifico accordo tra l'ASUITS e l'IRCCS Burlo Garofolo, sede di NPIA ospedaliera, con cui si individuano responsabilità, modalità organizzative e risorse.

Il servizio aziendale di NPIA garantisce al bambino/adolescente con disturbi neuropsichici e del neurosviluppo, interventi di individuazione precoce e proattiva del disturbo, valutazione diagnostica multidisciplinare, definizione, attuazione e verifica del programma terapeutico e abilitativo/riabilitativo personalizzato, nonché la gestione integrata di tutti i bisogni di cura e di salute in un'ottica di appropriatezza dei percorsi. Assicura al minore la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato differenziato per intensità, complessità e durata con impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, garantendo la continuità di cura nei diversi setting (ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale, residenziale e ospedaliero) in sinergia con i PLS e i MMG, l'area materno infantile dei distretti e i Consultori familiari, la Neuropsichiatria infantile ospedaliera, i reparti ospedalieri di Pediatria, i DSM, gli enti accreditati convenzionati e le comunità residenziali per minori, l'area sociale, educativa e giudiziaria.

L'attività si caratterizza per il coinvolgimento attivo e partecipato della famiglia e dei contesti di vita del minore, nell'ambito di un percorso integrato definito in base ai bisogni specifici.

La NPIA garantisce la disponibilità di un'equipe funzionale multiprofessionale e multidisciplinare che, a seconda dei bisogni, assicura competenze neuropsichiatriche, psicologiche, nutrizionali e abilitative/riabilitative specifiche per l'età evolutiva, attraverso le seguenti figure professionali, adeguatamente formate: neuropsichiatra infantile, psicologo, logopedista, terapeuta della neuropsicomotricità dell'età evolutiva, terapeuta occupazionale, educatore professionale, infermiere, fisiatra, fisioterapista, dietista, assistente sociale. Per i disturbi del comportamento alimentare restano valide le previsioni di cui alla DGR 668/2017.

All'interno dell'equipe viene individuato un professionista con funzioni di "coordinatore del caso" che si relaziona con tutti gli attori coinvolti, mantiene i rapporti con la famiglia, con i PLS o i MMG, favorisce l'interazione con i servizi socio-assistenziali, con gli ambiti e con le strutture scolastiche per garantire continuità nei progetti di integrazione sociale e scolastica, facilita l'attuazione del piano terapeutico individualizzato, monitora il percorso e assicura alla famiglia adeguato supporto.

Incontri periodici di equipe con il coinvolgimento delle famiglie sono finalizzati alla definizione delle progettualità e alla verifica delle stesse.

L'equipe collabora con seguenti contesti:

- ospedaliero durante eventuali ricoveri in ambito neonatologico, pediatrico, presso la NPIA ospedaliera o presso i Centri per le malattie rare;
- domiciliare, o relativamente a progettualità mirate presso istituti scolastici, o altri enti pubblici o del terzo settore per finalità educative, abilitative, ricreative, culturali, lavorative;
- residenziale per minori in strutture/comunità operanti sul territorio aziendale;
- con i DSM nella presa in carico di adolescenti con problemi complessi nella fase di passaggio alla maggiore età (vedi paragrafo 6.1.2);
- con i servizi per le dipendenze nella presa in carico di adolescenti con problemi neuropsichiatrici e dipendenze da sostanze o da azzardo;
- con le equipe per l'handicap dell'adulto nella presa in carico congiunta di adolescenti con disturbi dello sviluppo e disabilità complessa nella fase di transizione alla maggiore età.

3.3.2 Assistenza ospedaliera di neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza

Presso l'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico Burlo Garofolo opera la struttura complessa di NPIA, unica struttura regionale specialistica di ricovero rivolta a minori con disturbi neurologici, psichiatrici e del neurosviluppo, come individuata nella DGR 929/2015.

La NPIA ospedaliera risponde, sia in regime di ricovero che ambulatoriale, ai bisogni ad elevata complessità diagnostica e/o terapeutica dell'intero territorio regionale per patologie neurologiche centrali e periferiche, neuromuscolari e psichiatriche.

Durante la degenza viene garantita la continuità nei progetti di integrazione sociale e scolastica.

La struttura collabora con i nodi della rete con la finalità di garantire continuità e integrazione nel percorso di cura tra la fase specialistica ospedaliera e la presa in carico territoriale e individua a riguardo un operatore di riferimento.

L'approccio clinico è integrato alla ricerca scientifica condotta anche con progetti condivisi ed in collaborazione con i servizi di NPIA della Regione.

3.3.3 Interventi residenziali, semiresidenziali

Gli interventi terapeutico-riabilitativi/abilitativi rivolti ai minori con disturbi neuropsichiatrici e del neurosviluppo in ambito semiresidenziale o residenziale, sono erogati previa valutazione multidimensionale, definizione di un programma terapeutico individualizzato e presa in carico, così come previsto dal DPCM del 12 gennaio 2017.

3.3.3.1 Interventi semiresidenziali

Gli interventi terapeutico abilitativi/riabilitativi semiresidenziali intensivi od estensivi, multiprofessionali, complessi e coordinati sono rivolti a bambini e adolescenti con bisogni assistenziali che necessitano di un intervento non erogabile in setting ambulatoriale o domiciliare e per i quali non vi sia indicazione ad una prolungata discontinuità con il contesto familiare e socio-educativo di riferimento.

I trattamenti terapeutico-riabilitativi/abilitativi semiresidenziali a carico del servizio sanitario regionale sono erogati presso Centri diurni a valenza aziendale o sovra-aziendale attivati a cura dei servizi aziendali di NPIA, ovvero presso enti accreditati e convenzionati per l'intervento terapeutico abilitativo/riabilitativo semiresidenziale di bambini e adolescenti con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo.

Il Centro diurno trova collocazione preferibilmente in contiguità strutturale con le NPIA stessa, con la quale condivide l'equipe funzionale multiprofessionale e multidisciplinare.

Sono disponibili le figure professionali di volta in volta necessarie all'attuazione dei piani terapeutici personalizzati, con flessibilità legata ai bisogni dell'utenza. In particolare: neuropsichiatra infantile, psicologo, logopedista, terapeuta della neuropsicomotricità dell'età evolutiva, terapeuta occupazionale, educatore professionale, infermiere, fisiatra, fisioterapista, dietista, assistente sociale, operatore sociosanitario. Per i disturbi del comportamento alimentare restano valide le previsioni di cui alla DGR 668/2017, Gli operatori possono essere incardinati nel servizio NPIA o ad esso funzionalmente integrati e hanno formazione specifica e continua sulle problematiche in argomento.

Il Centro è operativo almeno 5 giorni su 7 e prevede una necessaria flessibilità oraria legata ai bisogni dell'utenza (per esempio somministrazione del pasto serale in caso di disturbo del comportamento alimentare).

I programmi sono sviluppati in moduli differenziati per tipologia di disturbo: modulo per minori con disturbo neuropsichiatrico e modulo per minori con disturbi del neurosviluppo e disabilità complessa, come da previsioni dell'Accordo Stato Regioni 13 novembre 2014, n. 138, con risposte terapeutiche adeguate alla tipologia di bisogni prevalenti, in rapporto anche alle diverse fasce d'età.

I moduli per utenti con disturbo neuropsichiatrico e disturbi del comportamento alimentare (DCA) accolgono i/le ragazzi/e con orario flessibile per tutto l'arco di apertura del Centro, al termine della frequenza scolastica e comunque in orari da definire in base ai bisogni degli utenti. Per i DCA si rimanda alle previsioni della DGR 668/2017.

I moduli per i disturbi del neurosviluppo e disabilità neuropsichica complessa sono rivolti in prevalenza a minori di età prescolare/scolare con gravi disturbi del neurosviluppo, ivi compresi i disturbi dello spettro autistico, o con disabilità neuropsichica complessa. I bambini, accolti presso il Centro diurno, sono inseriti in un progetto personalizzato che prevede la presenza di profili professionali in orari definiti in base ai bisogni.

Per l'accesso ai programmi del Centro diurno valgono le previsioni di cui all'art. 32 del DCPM 12 gennaio 2017.

Se da un lato l'attivazione di un Centro diurno deve considerare l'opportunità della prossimità ai luoghi di vita del soggetto, dall'altro deve essere frutto di una valutazione del fabbisogno e dei volumi di attività necessari a garantire efficienza in termini di sicurezza, qualità delle cure, expertise degli operatori.

3.3.3.2 Interventi residenziali

I trattamenti terapeutico-riabilitativi sono erogabili in regime residenziale quando, dalla valutazione multidimensionale, emerge che i trattamenti ambulatoriali o semiresidenziali, ossia quegli interventi territoriali che permettono al minore di rimanere, anche parzialmente, inserito nel proprio contesto di vita, risulterebbero inefficaci, anche in relazione alla situazione familiare del minore.

Preme a riguardo sottolineare come il contesto relazionale e di vita del minore rappresentino "determinanti di salute" e che solo intervenendo su tutti i fattori che hanno un impatto sulla salute e sul benessere dell'individuo si ottengono i migliori risultati in termini di esito.

In età evolutiva l'attivazione del regime residenziale risulta, pertanto, avere carattere di eccezionalità e deve rientrare nell'ambito di una progettualità specifica e definita in termini temporali. È noto infatti come l'istituzionalizzazione, in particolar modo se protratta nel tempo, possa avere ripercussioni negative sul percorso di crescita e sviluppo del bambino/adolescente e sulla sua integrazione nel contesto di vita. È pertanto prioritario valutare la sussistenza di criteri di appropriatezza relativi all'inserimento e alla sua durata, verificare che nell'ambito della presa in carico siano stati effettuati tutti gli appropriati interventi a minore intensità e limitare il tempo di permanenza al minimo indispensabile, ricorrendo appena possibile a *setting* di cura più appropriati per il minore.

Il DPCM 12 gennaio 2017 definisce indicazioni, intensità e durata dei trattamenti terapeutico riabilitativi residenziali rivolti a minori con disturbi in ambito neuropsichico e del neurosviluppo da garantire nell'ambito del sistema sanitario nazionale (vedi paragrafo 3.1.2).

Il ri-orientamento dell'offerta residenziale terapeutico-riabilitativa/abilitativa a livello regionale per la popolazione minore verrà definito a seguito di una valutazione del fabbisogno e di una ricognizione dell'offerta degli interventi e dei percorsi di presa in carico (vedi scheda obiettivo 7.2).

3.3.4 Pediatra di libera scelta/Medico di medicina generale

I PLS e i MMG costituiscono il primo e principale riferimento per il bambino/adolescente e per la famiglia in tutto il percorso di promozione della salute, di prevenzione, di diagnosi e cura, di raccordo con i servizi sanitari,

sociali, ed educativi, coinvolti nella vita della persona in età evolutiva. Accolgono la famiglia, accompagnano la crescita fisiologica e valutano l'insorgenza di possibili problemi nello sviluppo del bambino e nell'adolescente, indirizzano verso il servizio di NPIA qualora ne riscontrino l'opportunità, collaborano con lo stesso durante il percorso diagnostico e terapeutico.

3.3.5 Gli altri nodi della rete

La rete di offerta dei servizi per la salute mentale in infanzia e adolescenza può contare su altre risorse quali le Aree Materno infantili dei Distretti con i Consultori familiari, l'Istituto di Medicina fisica riabilitativa "Gervasutta", i DSM, i servizi per le dipendenze, i reparti di degenza di Pediatria, i Centri per le Malattie Rare e gli enti del privato accreditato/convenzionato.

Gli Enti privati accreditati costituiscono una risorsa sul territorio regionale quale nodo di una rete che intende offrire una risposta integrata e coordinata ai bisogni di utenti e delle famiglie. Il tutto, attraverso lo sviluppo di un modello di collaborazione e condivisione che valorizzi il ruolo del privato convenzionato come soggetto attivo di questa integrazione.

Gli erogatori privati accreditati operano in rete in maniera sinergica con i Servizi di NPIA, sulla base di una programmazione concertata tra Azienda di riferimento ed ente erogatore, che tiene conto dei bisogni degli utenti e dell'offerta aziendale.

E' da implementare la definizione di percorsi condivisi tra le strutture di NPIA e le strutture del privato accreditato che operano nello stesso territorio, al fine di garantire a utenti e famiglie un approccio integrato e risposte assistenziali sinergiche ed appropriate.

3.3.5.1 Il contesto familiare e di vita

Per il minore con disturbi in ambito neuropsichico o del neurosviluppo, il domicilio e la vicinanza dei genitori costituiscono il contesto di vita più efficace per il soddisfacimento dei bisogni assistenziali. Un approccio di cura centrato sulla famiglia favorisce al meglio la crescita del bambino e dell'adolescente, soprattutto in presenza di un disturbo neuropsichico o di una disabilità. Il principio della centralità della famiglia implica che la stessa riceva adeguate informazioni e formazione, abbia un ruolo attivo nella definizione del percorso abilitativo/riabilitativo, condivida gli obiettivi del piano di intervento, partecipi a tutte le fasi del percorso della presa in carico, alle decisioni ad esso collegate e alla valutazione dei risultati raggiunti.

E' necessario che tutto ciò avvenga tenendo conto non solo dei bisogni specifici del minore, ma offrendo nel contempo un sostegno concreto, costante e sostanziale alla famiglia durante tutto il percorso.

Con l'avvicinamento al passaggio all'età adulta, il giovane con disturbi psichici o con disabilità conseguente a disturbi dello sviluppo necessita di percorsi di maggiore autonomia personale e sociale; con il concomitante invecchiamento dei genitori si può assistere ad una riduzione delle loro possibilità di accudimento e il giovane potrà trovarsi progressivamente senza un supporto familiare. Il "dopo" è una problematica da affrontare con le famiglie tempestivamente, lavorando su percorsi di autonomia personale, qualora possibili, o individuando le misure più consone al caso.

Le istituzioni scolastiche con la loro funzione educativa e la condizione di prossimità degli insegnanti si pongono in una condizione privilegiata per intercettare i primi segnali di una eventuale problematica in ambito neuropsichico. La scuola è al tempo stesso l'interlocutore essenziale dei Servizi NPIA per l'attuazione di progetti di inclusione del minore con tali problematiche.

Interventi di sensibilizzazione, formazione, consulenza e *training* all'interno dei contesti di vita (scuola, luoghi di aggregazione e del tempo libero, etc.) sono, per molti disturbi neuropsichici, parte integrante dell'intervento abilitativo con l'obiettivo di raggiungere il maggior grado di autonomia e di inclusione educativa e sociale.

4 GLI STRUMENTI DELLA RIABILITAZIONE PSICOSOCIALE

4.1 IL PROGETTO TERAPEUTICO RIABILITATIVO INDIVIDUALIZZATO

Il PANSM evidenzia che "i modelli operativi indicati per una psichiatria e neuropsichiatria infantile di comunità ben integrata con le risorse del territorio devono attuare percorsi di cura coerenti con i diversi bisogni e l'intervento in aree specifiche". Al fine di garantire una risposta appropriata alla complessità dei bisogni specifici per ogni utente vengono proposti quali modelli clinico-organizzativi per il governo del percorso di cura:

- la collaborazione/consulenza, quale modalità di lavoro integrata tra DSM/NPIA e cure primarie, servizio sociale, scuola/lavoro per persone che non necessitano di cure specialistiche continuative;
- l'assunzione in cura, quale percorso per le persone che necessitano di trattamento specialistico, ma non di interventi complessi;
- la presa in carico, quale percorso di trattamento integrato per gli utenti che presentano bisogni complessi, l'intervento di diversi profili professionali e necessitano di una valutazione multidimensionale.

Si precisa, come evidenziato nel PANSM, che nell'ambito della tutela della salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza, l'intervento multidisciplinare di equipe non è limitato ai casi particolarmente gravi e complessi, ma è invece la regola, a causa dell'interazione costante tra diverse linee di sviluppo e degli alti indici di comorbidità tra i disturbi dei diversi assi. La maggior parte degli utenti entrano dunque in un percorso di presa in carico, che può però essere caratterizzato da diverse intensità assistenziali, a seconda dei disturbi, dei contesti e delle fasi evolutive e non solo in base a complessità e gravità.

La valutazione multidimensionale è un processo di tipo dinamico, multidisciplinare e partecipativo volto a identificare e descrivere la natura e l'entità dei problemi di salute psichica e funzionale di una persona e a caratterizzare le sue risorse e potenzialità. Questo approccio valutativo dinamico consente di individuare un piano di intervento sociosanitario coordinato e individualizzato, La valutazione multidimensionale può comportare livelli differenziati di analiticità e complessità degli strumenti da adottare.

La presa in carico comporta la definizione di un programma di cura mirato ai bisogni della persona da parte dell'equipe di presa in carico del CSM e della NPIA.

Il Servizio che si assume la titolarità della presa in carico (CSM/NPIA) deve garantire la risposta ai bisogni complessi dell'utente in tutto il percorso (interventi terapeutico abilitativi/riabilitativi, territoriali, ospedalieri, residenziali e semiresidenziali) e monitorare l'andamento degli interventi e il raggiungimento degli obiettivi di salute. Il Servizio individua un operatore di riferimento con funzione di *case manager*.

L'avvio di interventi residenziali e semiresidenziali a carico del servizio sanitario nazionale avviene, secondo quanto previsto dal DPCM 12 gennaio 2017 in tema di LEA, previa valutazione multidimensionale e definizione di un programma terapeutico-riabilitativo individualizzato (PTRI).

Il PTRI si presenta come un documento che comprende sia la componente clinica che quella riabilitativa, è redatto da parte dell'equipe di presa in carico del CSM o della NPIA e dagli eventuali enti partner (sociale, terzo settore, altri soggetti), con la partecipazione attiva della persona e della famiglia, all'esito di valutazioni multidimensionali e multiprofessionali, Il PTRI pone al centro la persona con disabilità psichica e i suoi bisogni, definendo gli obiettivi, le modalità, le procedure e le risorse necessari a favorire l'inclusione, l'abilitazione e la reintegrazione sociale. Ha una temporalità limitata ed è soggetto a una revisione programmata in sede di valutazione.

Il PTRI, in generale, si basa su una serie di informazioni e criteri comuni, quali:

1. Raccolta delle informazioni relative a:
 - dati anagrafici;
 - diagnosi clinica e funzionale, con informazioni sul contesto familiare e sociale;
 - motivo dell'invio da parte del CSM/NPIA
2. Valutazione multidimensionale del bisogno, suddiviso per problematiche relative:
 - area psicopatologica;
 - area della cura di sé/ambiente;
 - area della competenza relazionale;
 - area della gestione economica;
 - area delle autonomie e delle abilità sociali;
 - area del funzionamento scolastico (quando indicato);
3. Osservazione dei punti di forza e criticità relativi alla famiglia, scuola, ai contesti di riferimento
4. Definizione degli obiettivi dell'intervento, delle azioni, degli attori e dei tempi per la realizzazione degli stessi. La tipologia e il mix di interventi previsti possono fare riferimento alle seguenti categorie:
 - psicoterapia;
 - interventi psicoeducativi;
 - interventi abilitativi e riabilitativi;
 - interventi di risocializzazione e di rete per l'inclusione socio-lavorativa e/o scolastica;
 - interventi sugli apprendimenti;
 - interventi sul contesto sociale;
 - terapia farmacologica;
 - individuazione delle risorse necessarie al soddisfacimento dei bisogni: operatori coinvolti negli interventi, ivi compresi, quando presenti, gli operatori di reti informali e del volontariato;
 - individuazione della durata del programma, delle fasi temporali e delle verifiche periodiche (con definizione di indicatori di processo e di esito) ed eventuale aggiornamento, anche attraverso strumenti di valutazione condivisi.

Per quanto riguarda l'età evolutiva il PTRI deve coinvolgere quale partner attivo il minore, la sua famiglia e il contesto di vita. La sottoscrizione di un "accordo/impegno di cura" con la partecipazione del minore, della famiglia e della rete educativa/scolastica sottende la volontarietà, la condivisione e l'adesione al trattamento.

L'implementazione di un modello di scheda per la formulazione del PTRI dovrà essere omogeneo a livello regionale per i DSM (modello adulti) e per le NPIA (modello età evolutiva), L'integrazione delle informazioni del percorso della persona in un sistema informativo unico è un aspetto qualificante del PTRI (vedi Obiettivo "Miglioramento dei sistemi informativi, delle evidenze scientifiche e della ricerca nel campo della salute mentale").

L'attuazione e la verifica del PTRI avviene in collaborazione con DSM e con NPIA di riferimento e famiglia.

Nell'ambito dei percorsi riabilitativo/abilitativi è necessario identificare, a livello regionale, le fasi del processo di presa in carico integrata, definire gli attori coinvolti, le regole e gli strumenti. Un tanto anche al fine di un utilizzo delle risorse coerente con i bisogni ed i livelli di intensità assistenziale.

Il PTRI può essere favorevolmente sostenuto da una componente economica definita Budget individuale di salute (BIS). In questo senso i BIS possono rappresentare "un efficace strumento per realizzare un passaggio effettivo da un welfare dei servizi, dove gli utenti sono destinatari passivi, ad un welfare di comunità, dove le persone riacquistano un protagonismo possibile e dove le risorse messe in campo assumono un carattere di investimento sulla comunità e sullo sviluppo, anche economico, della stessa"³¹.

4.2 PROGETTO TERAPEUTICO RIABILITATIVO INDIVIDUALIZZATO E BUDGET INDIVIDUALI DI SALUTE

I BIS servono a sostenere i PTRI e sono determinati dal diverso grado di investimento in termini di risorse e supporti attivati per il sostegno e ripristino del funzionamento e dell'inclusione sociale.

Gli interventi previsti dai BIS per il supporto e ripristino della funzione sociale delle persone con problemi di salute mentale consistono in:

1. Co-progettazione e cogestione dell'intervento (servizio sanitario, enti locali, terzo settore).

Nell'ambito del servizio in oggetto, l'Azienda e i *partner* coinvolti nel progetto di presa in carico della persona attivano una relazione stabile, caratterizzata da integrazione, cooperazione tra le parti e chiara definizione di compiti, ruoli e responsabilità; tale sistema dinamico di relazione e sviluppo degli interventi viene definito "cogestione" e si articola su tre livelli:

- strategico, dedicato alla definizione e condivisione degli elementi strategici finalizzati a creare le migliori condizioni per lo sviluppo dei percorsi di abilitazione, riabilitazione, emancipazione e inclusione sociale, anche attraverso la predisposizione e l'aggiornamento periodico di piani d'azione volti al raggiungimento degli obiettivi prefissati;
- gestionale, nel quale le parti definiscono le progettualità, sperimentano modalità innovative e sempre più appropriate per l'utilizzo delle risorse umane e strumentali a disposizione e pongono in essere attività e pratiche di controllo e monitoraggio sulla gestione economico-finanziaria e il funzionamento degli interventi complessivi;

³¹ DRG 12 dicembre 2005, n. 3222 recante "Approvazione del progetto di piano sanitario e sociosanitario regionale per il triennio 2006-2008"

- operativo-professionale, nel quale le parti si confrontano sull'attuazione concreta dei singoli interventi previsti nei PTRI, monitorando la qualità dei servizi e i risultati e ricalibrando, se necessario (insieme ai destinatari dei servizi e alle loro famiglie), i contenuti progettuali.
2. Costruzione di opportunità nei tre assi abitare, scuola/lavoro e socialità, commisurando l'investimento al fabbisogno personale e specifico espresso nel PTRI:
- *Asse abitare* – gli interventi si concretizzano nella creazione di “opportunità di abitare” attraverso sistemazioni individuali o di gruppo in strutture messe a disposizione o indicate dall'Azienda o dal *partner* o al domicilio della persona.
 - *Asse scuola/lavoro e formazione professionale* – gli interventi si concretizzano, nella creazione di opportunità di esperienze di inserimento sociolavorativo, attraverso la messa a disposizione di luoghi caratterizzati da vera imprenditorialità, in cui la persona possa esercitare un'attività lavorativa, pur in un contesto formativo adeguato alle sue esigenze riabilitative; dall'altro nello svolgimento di attività di sostegno competente all'accesso e alla fruizione delle opportunità create.
Per quanto riguarda l'età evolutiva i BIS dovranno prevedere anche attività di supporto educativo nei vari contesti di vita.
 - *Asse socialità* – gli interventi promuovono lo sviluppo di abilità (percorsi di formazione artistica ed espressiva) e competenze sociali, mirando a costruire relazioni e reti amicali, familiari e sociali, attraverso la partecipazione ad attività culturali, educative, socializzanti, ricreative, sportive, in spazi e tempi della normale quotidianità, organizzate o svolte nei contesti e nei luoghi di vita delle persone.

Le finalità dei BIS sono:

- incrementare l'efficacia degli interventi riabilitativi attraverso la realizzazione di percorsi personalizzati di reintegrazione fondati sui tre assi prioritari casa, scuola/lavoro e socialità, volti alla promozione della salute e alla prevenzione, individuazione, rimozione o contenimento degli esiti invalidanti di condizioni patologiche e di rischio;
- garantire, all'interno dei programmi di cura, una reale partecipazione e un effettivo protagonismo degli utenti, delle famiglie e delle espressioni dell'utilità sociale attive nelle comunità locali, al fine di costruire congiuntamente la risposta ai diversi bisogni, orientando i servizi secondo il principio della sussidiarietà e finalizzandoli alla costruzione di un welfare di comunità;
- privilegiare la domiciliarità come setting di cura e riabilitazione orientando, in tal senso, i progetti terapeutico riabilitativi/abilitativi personalizzati, riducendo i ricoveri impropri, favorendo il contrasto all'istituzionalizzazione e il ricorso a setting e a interventi di cura più appropriati;
- valorizzare la natura relazionale dei servizi alla persona, rendendo gli utenti e le famiglie coproduttori e covalutatori dello stesso servizio di cui sono fruitori;
- incrementare il sistema delle opportunità del territorio, inteso come insieme dei luoghi e dei contesti in cui l'utente possa “spendere” le abilità ri-acquisite attraverso l'intervento riabilitativo/abilitativo;
- sperimentare nuove soluzioni gestionali tra pubblico e privato che permettano di superare la logica cliente/fornitore e consentano di utilizzare le risorse economiche destinate alle attività di

riabilitazione/abilitazione come investimento per la creazione di legami sociali e nuove opportunità di sviluppo locale.

Sulla base dei bisogni di ciascuna persona, il BIS può assumere diversi livelli di intensità: alta, medio alta, media, medio bassa, bassa, altissima intensità.

Lo strumento dei BIS, attualmente utilizzato nell'ambito della riabilitazione/abilitazione in età adulta, va favorevolmente esteso anche ai percorsi rivolti ai minori.

Il PTRI può essere co-finanziato oltre che dai fondi sanitari del BIS anche attraverso il fondo per l'autonomia possibile (FAP). Il FAP (LR 6/2006, art. 41) è uno strumento economico rivolto a persone che per condizioni di non autosufficienza non possono provvedere alla cura della propria persona e mantenere una normale vita di relazione senza l'aiuto di terzi.

Gli ambiti di applicazione riguardano sia le situazioni di non autosufficienza, che i progetti sperimentali della salute mentale. Essi possono essere comunque utilizzati se esiste un concomitante ricorso a servizi semiresidenziali o altre forme di domiciliarità innovativa.

I FAP a favore di persone con problemi di salute mentale hanno le seguenti caratteristiche:

- essere rivolti a persone che presentano una situazione di gravità non solo dal punto di vista soggettivo ma anche in termini di privazione delle risorse di contesto;
- essere l'esito di una progettazione integrata sociosanitaria che veda coinvolti, a livello istituzionale, il DSM, il Servizio sociale dei Comuni e il Distretto sanitario;
- essere sostenuti da un finanziamento congiunto sociosanitario, risultante dalla quota di FAP messa a disposizione dal Servizio sociale dei Comuni e da una quota di pari ammontare messa a disposizione dall'Azienda sanitaria territorialmente competente;
- essere realizzati attraverso il coinvolgimento degli utenti, delle famiglie nonché delle risorse dell'associazionismo e dell'imprenditoria sociale;
- essere orientati all'effettiva riabilitazione e inclusione sociale delle persone coinvolte.

I progetti finanziati dai FAP sono regolamentati dal decreto del Presidente della Regione 8 gennaio 2015, n. 07/Pres, "Regolamento di attuazione del Fondo per l'autonomia possibile e per l'assistenza a lungo termine di cui all'articolo 41 della legge regionale 31 marzo 2006, n. 6 (Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale)".

4.3 ABITARE INCLUSIVO

Un aspetto qualificante legato allo sviluppo della metodologia dei BIS collegati ai PTRI si ritrova nell'ambito dell'asse abitare. Lo sviluppo di forme di abitare inclusivo, finalizzate a raggiungere l'indipendenza abitativa, ha prodotto negli anni una riduzione delle Strutture residenziali (SR) sulle 24 ore ed un loro progressivo superamento nell'ambito del territorio regionale. Le SR in Italia rappresentavano, infatti, il luogo privilegiato in

cui ospitare le persone precedentemente accolte negli ospedali psichiatrici, ancora nel 2002³². Nonostante la situazione sia migliorata nell'ultima decade, e sebbene sussista una notevole eterogeneità tra le varie regioni, si assiste ancora ad un largo utilizzo di queste strutture³³.

In FVG il superamento delle SR è avvenuto soprattutto dal 2006, anno in cui viene introdotto, ad iniziare dal DSM dell'ASUITS, il BIS utilizzato prioritariamente nella personalizzazione dei PTRI delle persone ospiti nelle SR. Progressivamente questa metodologia è stata introdotta negli altri DSM, in particolare per le persone dimesse negli anni 90' a seguito del superamento dell'ex OPP di Udine.

Si è assistito quindi ad una progressiva riduzione del numero di residenze che ospitano persone con disturbo psichico (da 31 SR del 2004 a 23 SR nel 2016, cioè -28%), nonché del numero dei posti letto dedicati (dai 210 p.l. del 2004 ai 152 p.l. nel 2016, cioè -26%). Inoltre si è registrata una diminuzione delle SR con intensità assistenziale sulle 24 ore e un superamento delle SR gestite direttamente dal DSM con proprio personale. Si è privilegiata invece una gestione delle SR con convenzioni tra DSM e terzo settore e con accordi di partenariato tra privato sociale, associazionismo e contributi volontari degli ospiti.

Il processo ha portato a nuove forme di abitare inclusivo, in cui il titolare del contratto di affitto e/o il proprietario può essere l'Azienda sanitaria di competenza territoriale in comodato gratuito o per il tramite della LR 15 del 2004³⁴, oppure il gestore dell'abitazione (cooperazione sociale, associazione o privato). Tale processo ha portato anche a forme di domiciliarità, in cui il titolare del contratto di affitto e/o il proprietario è la persona stessa.

4.4 TIROCINI INCLUSIVI

Il tirocinio è da considerarsi una misura di politica attiva finalizzata a creare un contatto diretto tra un soggetto ospitante ed una persona in cerca di lavoro, al fine di favorire l'acquisizione sul campo di conoscenze e competenze professionali e facilitare l'inserimento o il reinserimento nel mondo del lavoro. Alle persone che beneficiano di questo strumento, i servizi pubblici intendono offrire un'opportunità concreta per mettersi in gioco in un contesto sociale, relazionale, lavorativo/formativo diverso da quello abituale. Per chi necessita di processi graduali di sostegno e accompagnamento, il tirocinio costituisce, infatti, un'importante opportunità di scambi, apprendimento, valorizzazione, crescita personale e professionale, per uscire da una condizione di esclusione e favorire un cambiamento sul piano dell'identità psicosociale. L'utilizzo del tirocinio, oltre a favorire un miglioramento della qualità della vita di chi ne beneficia, permette al contempo di ridurre i costi

³² De Girolamo G et al. *Residential care in Italy - National survey of non-hospital facilities*. *British journal of Psychiatry* 2002;181:220-225.

³³ Picardi, A et al. *Monitoring and Evaluating the Italian Mental Health System The "Progetto Residenze" Study and Beyond*, *Journal of nervous and mental disease* 2014; 202 (6): 451-459.

³⁴ Le Aziende territoriali per l'edilizia residenziale possono mettere a disposizione alloggi del proprio patrimonio, anche in deroga alla predisposizione delle graduatorie di edilizia sovvenzionata e/o convenzionata, fino al 10 per cento delle stesse, per la realizzazione di progetti socio- assistenziali previsti dagli strumenti vigenti della programmazione sanitaria, sociale e sociosanitaria

sociali e sanitari, in quanto favorisce la diminuzione e/o l'abbandono dei comportamenti a rischio per la salute e delle condotte socialmente inadeguate.

L'attivazione di tale strumento va considerata come prioritaria anche nell'assistenza al detenuto/in esecuzione penale esterna con bisogni di salute che richiedono prestazioni sanitarie unitamente ad azioni di protezione sociale, per sostenere percorsi alternativi alla detenzione.

Resta inteso che l'attivazione di tirocini deve essere sinergica con altri interventi inclusivi e con interventi riabilitativi e terapeutici ed è parte integrante del progetto personalizzato. L'elaborazione di tali progettualità non può prescindere dal coinvolgimento della persona, nonché dalla valorizzazione della rete familiare e sociale di riferimento.

5 FORMAZIONE E RICERCA

5.1 FORMAZIONE

Le attività formative di settore vanno nell'ottica del consolidamento delle buone pratiche già in atto a livello regionale e dell'acquisizione di nuove competenze sulla base delle più recenti evidenze scientifiche.

Le Aziende promuovono l'aggiornamento e la formazione sul campo delle figure professionali operanti nei servizi per la salute mentale, attraverso percorsi adeguati a migliorare la qualità dell'assistenza e a rafforzare la corretta gestione dei servizi, in coerenza con i principi e gli obiettivi del presente Piano.

Le attività da implementare a livello aziendale, in coerenza con gli obiettivi strategici del presente piano, dovranno, auspicabilmente, riguardare i seguenti temi:

- identificazione precoce dei casi ad alto rischio e/o con esordio psicotico, rivolte a PLS, MMG e agli insegnanti;
- emergenze in salute mentale, rivolte a tutti gli operatori sanitari coinvolti nelle emergenze, nonché alle Forze dell'ordine;
- prevenzione dei comportamenti suicidari, con particolare riferimento a strategie innovative, quali il *gatekeeper training*, il *community follow-up* e il *peer- support*;
- comorbidità tra disturbi psichici e dipendenze da sostanze, con particolare riferimento agli aspetti di comorbidità negli adolescenti e nei giovani adulti, rivolte a operatori dei servizi di salute mentale, delle dipendenze, dell'ospedale e dell'area delle cure primarie;
- nuovo gestionale unico per la salute mentale adulti e minori, rivolto agli operatori che direttamente lo utilizzano.

5.2 CENTRO COLLABORATORE ORGANIZZAZIONE MONDIALE SANITÀ PER LA RICERCA E LA FORMAZIONE

Il Centro collaboratore dell'OMS per la ricerca e la formazione in salute mentale (CCOMS) è incardinato nel DSM dell'ASUITS ed è riconosciuto Centro *leader* per lo sviluppo dei servizi di salute mentale in Europa dall'OMS di Copenhagen, nell'ambito dell'implementazione del Piano di azione collegato alla dichiarazione sulla salute mentale di Helsinki del gennaio 2005.

Il CCOMS si configura a livello regionale come strumento che veicola buone prassi, azioni innovative, esperienze di formazione, aggiornamento scientifico, sviluppo di relazioni internazionali. Tra le aree di intervento del CCOMS si evidenzia in particolare:

- la promozione di processi di riforma con focus sui processi di deistituzionalizzazione e di sviluppo di servizi territoriali di salute mentale integrati;
- la promozione di approcci intersettoriali per migliorare l'inclusione sociale.

5.3 RICERCA

Come evidenziato nel Piano d'azione per la salute mentale dell'OMS 2013-2020, l'informazione, l'evidenza scientifica e la ricerca sono elementi essenziali per definire politiche e azioni programmatiche.

La ricerca permette, infatti, l'acquisizione di nuove evidenze scientifiche su cui basare politiche ed azioni, mentre la disponibilità di informazioni e l'attuazione di programmi di sorveglianza sanitaria puntuali e pertinenti consentono di monitorare i risultati di processo ed esito.

E', pertanto, auspicabile la promozione di programmi di ricerca scientifica innovativi che possano valorizzare le esperienze regionali in materia di salute mentale, in particolare nelle seguenti aree:

- buone pratiche nell'ambito della *recovery-oriented care*;
- appropriatezza degli interventi farmacologici a livello delle cure primarie in età adulta e pediatrica;
- riabilitazione psicosociale;
- prevenzione del suicidio.

Le Cliniche psichiatriche universitarie di Udine e di Trieste, il Centro collaboratore dell'OMS per la ricerca e la formazione in salute mentale, per l'età adulta, la struttura di NPIA dell'IRCCS Burlo Garofalo e la funzione universitaria di docenza e formazione di neuropsichiatria infantile dell'Università di Udine per l'età pediatrica, hanno nella loro *mission*, specifiche funzioni nell'ambito della ricerca in salute mentale per l'età evolutiva, in collaborazione con i servizi NPIA e con gli altri nodi della rete.

6 PIANO D'AZIONE

6.1 AREE STRATEGICHE DI INTERVENTO

In questo capitolo sono individuate le principali aree strategiche di intervento programmatico nell'ambito della tutela della salute mentale, il cui razionale deriva dalle evidenze scientifiche e dai documenti di programmazione strategica nazionale e regionale e tiene conto del contesto regionale in termini di bisogni delle persone, *vision*, cultura e buone prassi dei servizi per la salute mentale età adulta ed età evolutiva.

6.1.1 Integrazione tra cure primarie e Dipartimenti di Salute Mentale

La diffusione e la gravità dei disturbi mentali è in costante aumento in tutto il mondo e le proiezioni dell'OMS stimano che la depressione, che è annoverata tra quelli più comuni, è la prima causa di disabilità e compete, in maniera significativa, all'impatto totale di tutte le patologie a livello mondiale³⁵. È nota l'alta prevalenza di disturbi psichici, di ogni livello di gravità, tra i pazienti che afferiscono agli ambulatori dei MMG, dei quali poi solo una minima parte giunge alla consultazione da parte dello psichiatra. Dalla letteratura si desume che qualora messe in condizioni idonee, le cure primarie per la salute mentale dimostrano di poter essere efficaci, accessibili, convenienti sotto il profilo costo-beneficio e capaci di favorire l'accesso ai servizi specialistici. Come evidenziato dall'OMS, è necessario, pertanto, favorire una più forte integrazione tra i due livelli di cura. Nel contempo vanno considerate le esigenze di formazione specifica degli operatori delle cure primarie.

Nella letteratura scientifica le differenti forme di collaborazione tra cure primarie e specialistiche sono essenzialmente riconducibili a quattro modelli:

- formazione del personale;
- consultazione e collegamento;
- cure collaborative;
- sostituzione e invio;

ai quali corrisponde, nell'ordine citato, un coinvolgimento dei medici di cure primarie progressivamente decrescente³⁶. L'analisi dei risultati dello studio evidenzia come la formazione in tema di salute mentale rivolta ai professionisti delle cure primarie non produca significativi benefici in termini di salute, presumibilmente perché le tradizionali forme di addestramento, ancor più se isolate da altri interventi di rinforzo, non riescono ad incidere sulle abilità e sui comportamenti professionali.

E' noto che gli interventi di formazione risultano inefficaci quando sono basati sul rapporto passivo docente/discente (es. conferenze, lezioni frontali, incontri con esperto), mentre risultano efficaci metodologie formative che tengano in considerazione e valorizzino l'interfaccia organizzativa fra salute mentale e cure primarie e la comunicazione tra psichiatra e MMG, L'efficacia è stata ancor più chiaramente dimostrata

³⁵ World Health organization, Depression, Fact sheet, Updated February 2017

³⁶ Bower P, Gilbody S. *Managing common mental health disorders in primary care: conceptual models and evidence base*, BMJ 2005;330(7495):839-42.

laddove è stata prevista una formazione sulle abilità di comunicazione, sull'approccio orientato al *problem solving* e su attività sistematica di consulenza specialistica.

In questo senso giova ricordare quanto le persone con gravi problemi di salute mentale presentino un aumento della mortalità legato, oltre che a fattori di rischio riconosciuti, anche in misura importante alla carente attenzione dei servizi sanitari verso i loro problemi di salute in generale³⁷. L'integrazione delle cure primarie con i servizi di salute mentale attraverso forme di *collaborative care*, viene indicata quale modalità ideale per affrontare questo problema. Il collegamento con le cure primarie può quindi venir utilizzato da un lato per garantire una risposta migliore e precoce ai bisogni di salute mentale e contemporaneamente per rispondere in modo puntuale ai bisogni di salute generali e per identificare percorsi dedicati a rischi specifici (cardiovascolari, dismetabolici, etc.).

Nel quadro regionale, i tempi e le circostanze sono favorevoli per un'integrazione tra cure primarie e servizi per la salute mentale, nel quadro del recente riordino del servizio sanitario regionale di cui alla legge regionale n. 17 del 16 ottobre 2014 che, tra l'altro, recepisce e interpreta i dettami del decreto "Balduzzi"³⁸. La legge regionale indica che il DSM si articola nel Distretto tramite il CSM e riprogetta l'assistenza medica primaria attraverso nuove forme organizzative: a) le aggregazioni funzionali territoriali (AFT); b) le nuove medicine di gruppo integrate (nMGI); c) i centri di assistenza primaria (CAP); d) i presidi ospedalieri per la salute.

La nuova organizzazione delle cure primarie, con l'avvio delle AFT, nMGI e dei CAP, costituisce l'occasione per promuovere modelli di integrazione multiprofessionali tra servizi, non limitatamente a scambi tra singoli medici e/o specialisti, ma col pieno coinvolgimento delle diverse professionalità. In tal senso i professionisti dei DSM possono favorevolmente collaborare con l'area delle cure primarie sviluppando attività comuni (visite congiunte, discussione di casi) e implementando procedure organizzative integrate³⁹.

È auspicabile che il programma di integrazione, a regia regionale, promuova prioritariamente una maggiore abitudine al lavoro integrato, anche favorendo la prossimità fisica degli operatori, la formazione congiunta per una crescita comune, la condivisione ove possibile delle valutazioni e delle scelte nell'ambito dei percorsi di cura, anche ricorrendo a visite congiunte nei casi che si presentano complessi.

Di pari passo andrebbero codificate modalità semplificate, praticabili, tempestive e funzionali di scambio di informazioni sui pazienti condivisi.

³⁷ "Meeting report on excess mortality in persons with severe mental disorders", WHO Headquarters, Geneva, 18-20 Novembre 2015

³⁸ Legge 8 novembre 2012, n. 189: Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute.

³⁹Ruggeri M, Lora A, Semisa D; SIEP-DIRECT'S Group. *The SIEP-DIRECT'S Project on the discrepancy between routine practice and evidence. An outline of main findings and practical implications for the future of community based mental health services.* Epidemiol Psichiatri Soc. 2008;17(4):358-68. Erratum in: Epidemiol Psichiatri Soc. 2009;18(1):69

Il manuale “mhGAP Guida interventi per disturbi mentali, neurologici e dovuti all'uso di sostanze in strutture sanitarie non specializzate” dell'OMS rappresenta in questo ambito un importante riferimento per quanto concerne gli interventi relativi alla salute mentale in contesti non specialistici, in particolare le cure primarie⁴⁰.

Inoltre, su tutto il territorio regionale andrebbe introdotto, in modo organizzato e armonico, un modello assistenziale con caratteri di *stepped care*, come anche indicato a livello nazionale⁴¹. Nella *stepped care* sono articolate le variabili suddivisioni dei compiti, coerenti con le rispettive competenze professionali, e l'attivazione di interazioni, dettate dalla complessità di ciascun caso trattato.

Ciò premesso, appare opportuna l'istituzione di un coordinamento regionale con il compito di redigere linee di indirizzo e individuare strumenti di lavoro per la comune collaborazione. Il coordinamento tecnico si attiverà, altresì, per la raccolta di buone pratiche, analisi di flussi dati e promozione di attività di formazione congiunta (vedi scheda obiettivo 7.1.2).

6.1.2 La rete integrata di servizi per i disturbi neuropsichici in età evolutiva

Il Piano di azione nazionale prevede come obiettivo prioritario in tema di salute mentale in infanzia e adolescenza, l'esistenza di una rete regionale integrata e completa di servizi per la diagnosi, il trattamento e la riabilitazione dei disturbi neuropsichici dell'età evolutiva.

Tale rete rappresenta l'insieme delle strutture preposte alla prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione e presa in carico del bambino e dell'adolescente con disturbi dello sviluppo, disturbi neurologici e psichiatrici all'interno del contesto di vita e in collaborazione e supporto alla famiglia. Per il dettaglio sui nodi della rete si rimanda al cap. 3.3.

Le principali attività della rete si sostanziano in:

- *prevenzione*: è rivolta in particolare ai determinanti di salute che possono interagire negativamente con un normale sviluppo neuropsichico. A tal fine la NPIA collabora con il Dipartimento di prevenzione per gli aspetti di educazione alla salute rivolti alla popolazione e garantisce, in particolare, supporto alle istituzioni scolastiche per progetti di formazione degli insegnanti di tutti gli ordini di scuola su temi relativi allo sviluppo del bambino e dell'adolescente e all'individuazione precoce di eventuali segnali di fragilità o disagio sul piano psicologico e relazionale, motorio, prassico, di apprendimento. Collabora alla formazione dei PLS, dei MMG, degli operatori dei Distretti e degli operatori dei servizi sociali ed educativi, in merito alla individuazione e alla comprensione delle problematiche relative allo sviluppo neuropsichico e alla individuazione precoce e proattiva dei disturbi;

⁴⁰ Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. World Health Organization; 2010

⁴¹Accordo Conferenza Unificata 13 novembre 2014 “Definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di Salute Mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità”

- *percorso di diagnosi clinica e funzionale multidisciplinare*: il riconoscimento precoce dei disturbi può condizionare favorevolmente l'evoluzione della malattia, incidere sul guadagno in salute riducendo il rischio di cronicizzazione e influire sui costi sociali ed economici nel breve e lungo termine. Viene, pertanto, garantita l'identificazione precoce e proattiva del disturbo e la valutazione diagnostica multidisciplinare con attenzione agli aspetti evolutivi del disturbo e alla complessità della diagnosi differenziale, che richiede un'equipe multidisciplinare con competenze specifiche per l'età evolutiva, orientata alla valutazione integrata degli aspetti neurologici, psichiatrici, psicologici, educativi e relazionali. La valutazione diagnostica va condotta, inoltre, con attenzione agli aspetti specifici clinici e strumentali, in collaborazione con i professionisti ospedalieri, qualora richiesto;
- *presa in carico terapeutico-abilitativo/riabilitativo*: l'efficacia delle cure è dipendente in larga misura dalla capacità di attivare una serie integrata di interventi sul piano terapeutico, abilitativo/riabilitativo, assistenziale e psicoeducativo nell'ambito di un programma terapeutico individualizzato e differenziato per intensità, complessità e durata.

La definizione, attuazione e verifica del programma di intervento personalizzato da parte dell'équipe multiprofessionale, in collaborazione con la famiglia, valorizzando le risorse formali ed informali del territorio, è finalizzato alla cura e allo sviluppo, al recupero e al mantenimento dell'autonomia personale, sociale e lavorativa, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche.

I genitori partecipano alla definizione degli obiettivi e all'attuazione del progetto e sono sostenuti anche attraverso attività di orientamento e formazione da parte degli operatori del Servizio NPJA.

La presa in carico globale deve garantire l'interazione tra l'area della cura che fa riferimento ad ambiti e modelli di natura sanitaria (dall'individuazione precoce, alla diagnosi clinica funzionale e differenziale, alla "presa in cura" con percorsi globali che comprendano aspetti terapeutici, psicoterapeutici, abilitativi/riabilitativi, farmacologici, all'interno del contesto di vita e in collaborazione e supporto alla famiglia), in capo ai servizi di NPJA, e l'area della tutela della salute e del benessere psicosociale che fa riferimento all'ambito più vasto relativo anche al sociale, educativo, psico-educativo, assistenziale, di promozione della salute e di tutela giuridica, che coinvolge aree sanitarie e ad aree sociali, educative, giudiziarie e il terzo settore.

Per facilitare l'accesso alla rete integrata vanno considerate le seguenti condizioni:

- i vantaggi dell'erogazione di prestazioni diagnostiche, in tempi più brevi possibili, in modo da addivenire ad una presa in carico tempestiva (in particolare per alcuni disturbi specifici);
- la necessità di governare la crescente domanda;
- in molte situazioni, la condizione di disagio o la presenza di sintomatologia non specifica, non sono riconducibili a quadri francamente psicopatologici, ponendo la difficoltà per l'operatore di indirizzare correttamente bambino e famiglia verso i servizi più idonei a rispondere a bisogni complessi.

Tutto ciò suggerisce l'opportunità, da parte delle Aziende, di definire, sulla base delle specificità territoriali, percorsi codificati che facilitino l'accesso alla fase diagnostica e di successiva presa in carico.

Una stretta interazione tra PLS/MMG e NPIA aziendale permetterà un orientamento mirato al servizio più idoneo per la diagnosi e presa in carico del caso, Un tanto può trovare realizzazione anche attraverso un contatto telefonico con gli operatori della NPIA, in orari definiti ed esplicitati nel sito aziendale.

Per le difficoltà di apprendimento, la scuola, dopo aver condiviso con la famiglia un periodo di osservazione e di intervento di potenziamento didattico strutturato, aver verificato la persistenza del problema ed aver redatto una breve nota di segnalazione della problematica, inviterà la famiglia a rivolgersi al PLS per l'eventuale invio ai servizi, secondo il percorso definito con DGR 933/2014.

I nodi della rete interagiscono con altre aree di cura e di tutela attraverso modalità organizzative che facilitino il collegamento collaborativo e la condivisione di percorsi strutturati definiti con accordi di programma a livello aziendale.

In quest'ottica, i servizi aziendali di NPIA, interagiscono con le altre strutture/Enti coinvolti a livello locale o regionale a seconda degli ambiti e delle necessità, in particolare:

1. Con l'area ospedaliera:
 - terapie intensive neonatali, punti nascita e centri specialistici per malattie rare per la definizione precoce di diagnosi e per la continuità assistenziale;
 - pediatria ospedaliera, o eventuali altri reparti (in età adolescenziale), per la definizione dei percorsi condivisi di accoglienza, diagnosi e presa in carico e per la condivisione di interventi durante la degenza;
 - PS e reparti di medicina d'urgenza per l'accoglienza in regime di ricovero o di osservazione temporanea degli adolescenti con urgenze psichiatriche (come ad esempio esordi e tentati suicidi) e con altri reparti ospedalieri, eventualmente coinvolti nella gestione dell'emergenza-urgenza.
2. Con l'area di assistenza primaria:
 - PLS e MMG con i quali è auspicabile la strutturazione di forme stabili di collegamento, A riguardo va rilevato come, in molte situazioni, la condizione di disagio o la presenza di sintomatologia non specifica, non siano riconducibili a quadri francamente psicopatologici, ponendo così la difficoltà di dove indirizzare correttamente bambino e famiglia ai servizi preposti. Una stretta interazione con la NPIA territoriale permette un orientamento mirato al servizio più idoneo per la presa in carico del caso (vedi par. 3.3.4);
 - aree materno-infantili e consultori familiari dei distretti, per l'individuazione dei segnali precoci di sospetto di disturbi dello sviluppo, per la condivisione di progettualità e sinergie di intervento in caso di minori con problematiche psichiche all'interno di nuclei familiari con situazioni sociosanitarie complesse;
 - DSM, per una efficace gestione della fase di transizione da servizi orientati alle cure in età evolutiva a quelli orientati alle cure in età adulta, per una opportuna convergenza di interventi nel caso di minori con problematiche neuropsichiche all'interno di nuclei familiari con genitore/i affetti da disturbi psichici e/o dipendenza patologica e per condividere modelli operativi nelle situazioni di emergenza in adolescenza (es. esordi psicotici o

scompensi legati a disturbi della personalità in adolescenti, ecc) favorendo sinergie di intervento (vedi scheda obiettivo n. 6.1.3)

- Servizi delle dipendenze, per minori con problematiche di uso e abuso di sostanze psicotrope o comportamenti di dipendenza patologica (vedi scheda obiettivo 7.7);
- Dipartimento di prevenzione per le attività di educazione e promozione della salute;
- enti privati accreditati (vedi par. 3.3.5)
- strutture di accogliimento residenziale socio-assistenziali per il supporto specialistico neuropsichiatrico e per la continuità assistenziale;

3. Con altri enti:

- Servizi sociali dei Comuni per il supporto ai percorsi di sostegno socio-educativo dei minori con problemi neuropsichici, con particolare riferimento all'integrazione sociale e scolastica, alle attività connesse alla tutela e ai bisogni socio-assistenziali emersi. Essenziale a questo riguardo appare il collegamento tra la rete NPIA e i tavoli specifici dei Piani di zona, che consenta la definizione di progettualità condivise su uno specifico territorio;
- autorità giudiziaria minorile per l'adozione di percorsi rivolti a minori autori di reato o vittime di abuso /maltrattamento;
- istituti scolastici che stanno assumendo un ruolo sempre più importante nella rilevazione precoce di segnali di rischio per patologie di interesse neuropsichiatrico e, in particolare, per disturbi dell'apprendimento e del comportamento. Si ribadisce il ruolo fondamentale della scuola nell'adottare precocemente misure di rinforzo didattico per quegli alunni con difficoltà di apprendimento e di proporre alle famiglie l'invio ai servizi solo per quegli alunni in cui persistano le difficoltà dopo il programma di potenziamento didattico. A riguardo si rimanda alla DGR 933/2014. La scuola è un interlocutore essenziale anche nella fase di programmazione e di attuazione di progetti di inserimento e integrazione scolastica a favore di minori con disabilità neuropsichica. L'interazione prevede, inoltre, di assolvere alle competenze previste dalla legge 104/92 per quanto attiene ai minori in situazione di handicap;
- terzo settore il cui ruolo è di fondamentale importanza rispetto alle necessità socio-assistenziali, di sollievo e ricreative dei minori con problemi neuropsichici e delle loro famiglie. I Servizi NPIA agiscono in forma collaborativa con il terzo settore in modo strutturale e sinergico, Per rendere più efficace la sinergia con le associazioni di volontariato è auspicabile addivenire a una regolamentazione delle forme di collaborazione, all'interno di progetti coordinati, finalizzati e strutturati.

6.1.3 I percorsi di transizione delle cure dai servizi per l'età evolutiva a quelli per l'età adulta e i percorsi di presa in carico integrata dell'adolescente/giovane adulto con esordio psicotico

La fase di transizione da un servizio che eroga cure orientate all'età evolutiva verso un servizio che eroga cure orientate all'adulto non va considerato come un semplice "trasferimento" del soggetto una volta raggiunta la maggiore età, ma deve essere inteso come un passaggio dinamico che garantisca continuità, coordinamento,

flessibilità, sensibilità in una dimensione multidisciplinare rivolta ad affrontare non solo le necessità cliniche, ma anche le esigenze psicosociali, educative e professionali dell'adolescente.

Non si tratta, pertanto, di un "evento puntuale", bensì di una fase del percorso di cura di lunga durata, finalizzata a soddisfare i bisogni individuali nel passaggio dall'età evolutiva a quella adulta, La fase di transizione delle cure è proattiva, condivisa da minore e famiglia, programmata, valutata e concordata tra servizi e definita secondo una tempistica individualizzata adeguata alla maturità emozionale e fisica del soggetto, al contesto familiare e sociale, alle caratteristiche della patologia di base e alle condizioni organizzative del contesto.

Nonostante questo sia un tema largamente discusso in letteratura scientifica, il superamento di alcuni ostacoli, che riguardano il vissuto del soggetto, della famiglia, l'organizzazione del *team* dell'età evolutiva e di quello dell'adulto, non trova oggi risposta nell'adozione di un modello unico e privilegiato.

Vanno, pertanto, definiti a livello aziendale modelli organizzativi di interazione e progettualità congiunte tra il servizio NPIA, responsabile del progetto di presa in carico del minore e il CSM che ne acquisisce la titolarità alla maggiore età, per l'accompagnamento nella fase di transizione ai servizi per l'età adulta.

Numerose evidenze scientifiche individuano nell'età di passaggio dalla tarda adolescenza all'età adulta, un rischio maggiore di sviluppare un disturbo mentale, I tre quarti dei disturbi mentali, infatti, esordiscono durante questo periodo⁴².

Appare preminente elaborare idonee strategie di intervento integrato per individuare le patologie psichiatriche all'esordio, con l'obiettivo di ridurre il ritardo nelle cure, problema ampiamente rilevato a livello internazionale⁴³, e fornire trattamenti tempestivi ed ottimali.

Nell'ambito delle psicosi, studi recenti hanno dimostrato che una lunga durata del periodo di mancato trattamento dei sintomi psicotici (*Duration of Untreated Psychosis, DUP*) è associata ad una prognosi peggiore^{44,45}. Nonostante la valutazione dell'impatto di interventi precoci sul miglioramento della prognosi non possa ancora considerarsi conclusiva, vi è una crescente evidenza empirica di efficacia^{46,47}. Un recentissimo studio ha infatti rilevato che l'identificazione precoce, associata ad una cura integrata nelle

⁴² Kessler R, Angermeyer M et al: *Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative*, WHO World Mental Health Survey Conso. World Psychiatry 2007; (6)3:168-176.

⁴³ Wang PS; Angermeyer M: *Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative* WHO World Mental Health Survey Conso. World Psychiatry 2007; (6)3:177-185.

⁴⁴ Penttillä M, Jääskeläinen E, Hirvonen N, Isohanni M, Miettunen J: *Duration of untreated psychosis as predictor of long-term outcome in schizophrenia: systematic review and meta-analysis*. Br J Psychiatry 2014; 205(2):88-94.

⁴⁵ Boonstra N, Klaassen R, Sytema S, Marshall M, De Haan L, Wunderink L, Wiersma D.: *Duration of untreated psychosis and negative symptoms--a systematic review and meta-analysis of individual patient data*. Schizophr Res 2012;142(1-3):12-9.

⁴⁶ Marshall M, Rathbone J: *Early intervention for psychosis*. Cochrane Database Syst Rev. Update 2011;15 (6)

⁴⁷ Stafford MR, Jackson H, et al: *Early interventions to prevent psychosis: systematic review and meta-analysis*. BMJ 2013; 346:f185.

psicosi all'esordio, porta a una maggiore probabilità di remissione della patologia⁴⁸. I costi relativi agli interventi precoci non appaiono, inoltre, maggiori rispetto a quelli per interventi *standard* e hanno evidenza di un migliore costo-efficacia⁴⁹, in particolare nel caso coinvolgano sia i servizi per l'assistenza primaria che quelli specialistici⁵⁰.

In diverse Aziende sanitarie regionali sono in atto progettualità sperimentali per la salute mentale in età adulta e in età evolutiva che vedono la collaborazione tra DSM, NPIA, MMG, PLS e Distretti. Tali sperimentazioni hanno dato origine a soluzioni organizzative e gestionali innovative, con l'adozione di appositi protocolli, la costituzione di equipe funzionali miste con operatori dei servizi per la salute mentale adulti e dell'età evolutiva.

L'obiettivo relativo ai percorsi di transizione rappresenta un aspetto qualificante del presente Piano, (vedi scheda obiettivo 7.3).

6.1.4 L'organizzazione dei Servizi e i programmi di abilitazione, riabilitazione, formazione ed integrazione sociale

Negli ultimi anni il concetto di riabilitazione si è legato indissolubilmente al concetto di *recovery*. Se la riabilitazione è a cura dei servizi, la *recovery* è in capo alla persona. La *recovery* presuppone, infatti, un processo attraverso cui un individuo affetto da malattia mentale ritrova e mantiene la speranza, comprende appieno le proprie abilità e disabilità, si impegna in una vita attiva e recupera autonomia personale, identità sociale, senso e scopo della propria vita e un'immagine di sé positiva. *Recovery*, pertanto, non è sinonimo di guarigione clinica, ma fa riferimento sia alla condizione interiore vissuta dalle persone, sia ai fattori esterni che la agevolano e ad una cultura positiva della ripresa⁵¹.

Un altro concetto importante nell'ambito della abilitazione/riabilitazione delle persone con disabilità correlata ai disturbi di salute mentale, è quello di *capability*, così come teorizzato da A. Sen⁵². Questo approccio prende in considerazione la capacità individuale delle persone e le loro opportunità⁵³. Se da un lato la disabilità implica una situazione di vulnerabilità, dall'altra può portare alla luce abilità, opportunità e potenzialità nuove, cioè nuove *capabilities*. Una persona con disabilità, quindi, avrebbe per definizione una limitata *capability* rispetto ai propri obiettivi personali, alle proprie ambizioni e sistemi di valori. Questo implicherebbe la necessità di identificare la disabilità su base individuale e gli interventi atti a migliorare una

⁴⁸ Lambert M, Schöttle D, et al: *Early detection and integrated care for adolescents and young adults with psychotic disorders: the ACCESS III study*. Acta Psychiatr Scand 2017; 136(2):188-200.

⁴⁹ McCrone P, Craig TKJ, Power P, Garety PA: *Cost-effectiveness of an early intervention service for people with psychosis*. Br J Psychiatry 2010; 196: 377-82.

⁵⁰ Perez J, Jin H, Russo DA, et al: *Clinical effectiveness and cost-effectiveness of tailored intensive liaison between primary and secondary care to identify individuals at risk of a first psychotic illness (the LEGs study): a cluster-randomised controlled trial*. Lancet Psychiatry 2015;2(11):984-93.

⁵¹ Mental health Action Plan 2013-2020, World Health organization 2013

⁵² Sen A K: *Well-Being, Capability and Public Policy*, Giornale Degli Economisti e Annali di Economia, 1994; 53: 333-47.

⁵³ Trani J F, et al: *Disabilities through the Capability Approach lens: Implications for public policies*. European Journal of Disability Research / Revue Européenne de Recherche sur le Handicap, 2011; 5(3): 143-157.

situazione di disabilità dovrebbero essere strutturati in base alle necessità individuali⁵⁴. Le *capability* sono collegate a molti aspetti relativi allo stile di vita, come ad esempio la libertà di espressione emotiva, l'essere capaci di ridere, giocare, godere di attività ricreative, avere il controllo sul proprio ambiente materiale di vita. Tali capacità "di fare e di essere" sono modulate da condizioni sociali, economiche ed ambientali, ovvero dai determinanti sociali di salute⁵⁵.

Sulla base di questi presupposti, le strategie abilitative/riabilitative devono fare in modo che la persona gestisca lo spazio della relazione terapeutica, non come fruitore passivo di situazioni costruite da chi "sa cosa va bene per lui", ma come soggetto attivo che vive, conosce il suo stato e rispetto a questo stato è in grado di ridefinirsi, anche entrando contrattualmente e dialetticamente nell'operatività del processo abilitativo⁵⁶.

La prima tappa di un processo che tenga conto di queste necessità è rappresentato dal costruire o ricostruire l'accesso ai diritti di cittadinanza e l'esercizio progressivo degli stessi⁵⁷. In secondo luogo, le strategie abilitative/riabilitative dovrebbero mirare all'inclusione sociale e all'integrazione della disabilità⁵⁸. L'integrazione sociale può essere quindi definita come processo attraverso il quale individui con disabilità sviluppano ed esercitano in modo crescente le loro capacità di costruzione e mantenimento delle relazioni sociali. Questa capacità, chiamata in letteratura con il termine di *connectedness*, è sostenuta dalle proprie competenze sociali, morali ed emotive. Oltre la *connectedness*, l'integrazione sociale deve comprendere anche la cittadinanza, intesa come i diritti ed i doveri di ogni cittadino appartenente ad una società democratica⁵⁹.

I servizi di salute mentale della Regione FVG hanno sviluppato negli anni strategie differenziate che mirano a processi abilitativi/riabilitativi che si ispirano ai presupposti trattati prima. I servizi si sono sempre avvalsi della collaborazione del privato sociale e dell'associazionismo. Le strategie sono state declinate in pratiche e programmi nel contesto comunitario, in un'ottica di multisettorialità e di *empowerment*, inteso come il processo di acquisizione di responsabilità basato sulle azioni che hanno l'intento e le potenzialità di sviluppare le capacità individuali⁶⁰.

Per quanto riguarda il privato sociale, la Regione si caratterizza per aver iniziato l'esperienza della cooperazione sociale già nel 1972, nell'ambito del percorso di deistituzionalizzazione promosso nell'ospedale psichiatrico di Trieste, come fondamentale strumento per l'inclusione socio-lavorativa delle persone con disturbo mentale, poi estesa ad altre forme di svantaggio sociale. Successivamente, le forme di cooperazione

⁵⁴ Bellanca N, Biggeri M, Marchetta F: *An extension of the capability approach: Towards a theory of dis-capability*. ALTER - European Journal of Disability Research / Revue Européenne de Recherche sur le Handicap 2011; 5(3): 158-176.

⁵⁵ Nussbaum M, *Frontiers of Justice: Disability, Nationality, Species Membership*, Cambridge, MA: Harvard University Press, 2006.

⁵⁶ Recovery- Nuovi Paradigmi per la salute mentale, a cura di A. Maone e B. D'Avanzo, Cortina, 2015.

⁵⁷ De Leonardis O, Mauri D, Rotelli F. *L'impresa sociale*, Anabasi, Milano, 1994.

⁵⁸ Davidson L, Rakfelt J, Strauss J: *The Roots of the Recovery Movement in Psychiatry: Lessons Learned*. Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell, 2010.

⁵⁹ Ware NC, Hopper K, Tugenberg T, Dickey, Fisher D: *Connectedness and citizenship: redefining social integration*. Psychiatric Services 2007; 58: 469-474.

⁶⁰ Mental Health action plan 2013-2020, World Health Organization, 2013.

sociale si sono differenziate in cooperazione di tipo A, che gestisce i servizi socio-sanitari ed educativi, e le cooperative di tipo B che prevedono l'inserimento lavorativo di soggetti svantaggiati socialmente. In generale, a livello dei servizi regionali, la cooperazione di tipo A ha dato un imprescindibile contributo alla residenzialità, mentre quella B ha sviluppato il tema della qualità, della differenziazione dei prodotti e della loro reale presenza sul mercato.

Nell'ambito della cooperazione di tipo B, l'evoluzione degli strumenti abilitativi ha reso possibile una maggiore integrazione tra pubblico e privato sociale in maniera dinamica, concertata e innovativa. Questo è stato ottenuto principalmente mediante la metodologia del budget di salute (BIS). Come già approfondito nel capitolo 4.2, tale strumento rappresenta la sintesi delle risorse economiche, professionali e umane necessarie per innescare un processo volto a ridare a una persona, nell'ambito del proprio progetto terapeutico riabilitativo individuale, un funzionamento sociale accettabile, alla cui produzione partecipano la persona stessa, la sua famiglia e la sua comunità^{61,62}. Si tratta in definitiva di una modalità di finanziamento innovativa nel mix pubblico/privato che lo scenario complesso della crisi del welfare e dell'integrazione socio-sanitaria ha generato e che sposta risorse economiche intorno alla persona, diventando anche una possibile modalità di coproduzione di servizi con i diversi *stakeholders*⁶³. In questo scenario, si stanno confrontando nuovi modelli di formazione e inserimento lavorativo con migliore rapporto costo-beneficio. Un esempio è il così detto *Individual Placement and Support (IPS)*⁶⁴, un tipo di inserimento lavorativo supportato con solide evidenze scientifiche, che prevede la presenza di personale specializzato nell'inserimento lavorativo in stretto contatto coi soggetti coinvolti. In una recente revisione della letteratura⁶⁵, l'IPS si è dimostrato superiore al classico lavoro supportato nelle persone con patologie mentali severe ed andrebbe quindi utilizzato nell'ottica di un miglioramento delle strategie abilitative.

Nell'ambito del percorso di abilitazione/riabilitazione un ruolo fondamentale è svolto dalla residenzialità. Le strutture residenziali in Italia sono uno dei nodi della rete dei servizi per la salute mentale, come definito dal PONSM 1998-2000 (DPR 274/99), con la funzione di garantire assistenza e trattamenti terapeutico riabilitativi sulle 24 ore e per periodi medio-lunghi, rivolti, in particolare, a persone con gravi compromissioni del funzionamento personale e sociale^{66,67,68}. Sebbene le strutture residenziali non possono rappresentare

⁶¹ Monteleone R: "La contrattualizzazione nelle politiche sociali: forme ed effetti", Roma, Officina edizioni, 2007.

⁶² Starace F: *Manuale pratico per l'integrazione sociosanitaria. Il modello del Budget di salute*. Milano: Carocci, 2011.

⁶³ Ridente P, Mezzina R: *From residential facilities to supported housing: The Personal Health Budget Model as a Form of Coproduction*, International Journal of Mental Health 2016; 45(1): 59-70.

⁶⁴ Rollins AL, Mueser KT, Bond GR, Becker DR: *Social relationships at work: does the employment model make a difference?* Psychiatr Rehabil J 2002;26(1):51-61.

⁶⁵ Charzyńska K, Kucharska K, Mortimer A: *Does employment promote the process of recovery from schizophrenia? A review of the existing evidence*. Int J Occup Med Environ Health 2015;28(3):407-18.

⁶⁶ de Girolamo G, Picardi A, Micciolo R, Falloon I, Fioritti A, Morosini P, PROGRES Group: *Residential care in Italy. National survey of non-hospital facilities*. Br J Psychiatry 2002;181:220-5.

⁶⁷ Preti A, Rucci P, Gigantesco A, Santone G, Picardi A, Miglio R, de Girolamo G; PROGRES-Acute Group: *Patterns of care in patients discharged from acute psychiatric inpatient facilities: a national survey in Italy*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2009;44(9):767-76.

l'unica o la principale componente dell'articolazione dei DSM, a livello italiano si è registrato nella seconda metà degli anni 90' un forte incremento dei posti letto in strutture psichiatriche residenziali a seguito della chiusura degli Ospedali Psichiatrici. Rimane, invece, tuttora carente una più chiara definizione della progettualità riferita ad una residenzialità capace di promuovere l'inclusione sociale.

Per quanto riguarda specificatamente la Regione FVG, grazie alla presenza di CSM operanti sulle 24 ore in stretta collaborazione con il privato sociale, si è determinato il progressivo passaggio dalle tradizionali strutture residenziali, ad una proiezione verso l'abitare inclusivo con gradi differenziati di supporto, in linea con la Convenzione delle Nazioni Unite sui Diritti delle Persone con Disabilità⁶⁹.

Tenuto conto dei documenti nazionali sopra citati, nonché della cultura e dello sviluppo delle buone pratiche implementate a livello regionale, appare necessario avviare un processo di accreditamento dei servizi per la salute mentale adeguato all'articolazione e funzionamento dell'attuale rete dei servizi regionali.

I percorsi di abilitazione e riabilitazione devono privilegiare una prospettiva di presa in carico della persona nel complesso dei suoi bisogni e sulla base di un processo partecipato. A tal fine è necessario prevedere l'integrazione dei percorsi di cura con i supporti offerti dai servizi sociali, dal terzo settore, dalla cooperazione sociale e dai programmi di formazione e inserimento lavorativo.

6.1.5 Le emergenze in salute mentale

6.1.5.1 Età adulta

Il Piano regionale dell'emergenza urgenza, di cui alla DGR 2039/2015, definisce che la rete regionale dell'emergenza urgenza ed i servizi presenti nel territorio realizzano un'integrazione funzionale per costruire un sistema integrato in grado di garantire al cittadino, in tutti i casi di necessità, la presa in carico con la necessaria efficienza. Tra le componenti sostanziali dell'assistenza primaria che devono realizzare tale integrazione funzionale è individuata la salute mentale, i DSM governano i percorsi della domanda che può evolvere in urgenza ed emergenza psichiatrica e le relative risposte, così come definito nel suddetto Piano. Nel Piano sono, altresì, individuate linee e modalità di intervento per quanto riguarda i Trattamenti sanitari obbligatori (TSO) e gli Accertamenti sanitari obbligatori (ASO), in coerenza con il documento della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, Rep. 09/038/CR/C7 emanato nel 2009 "*Raccomandazioni in merito all'applicazione di accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale - art. 33, 34, 35 legge 23 dicembre 1978, n. 833*". Il documento contiene indicazioni e raccomandazioni tese a facilitare l'applicazione, coerente e omogenea su tutto il territorio nazionale, delle procedure di ASO e TSO.

Si evidenzia che il documento fa specifico riferimento alla necessità di attuare sia protocolli che percorsi formativi interprofessionali tra servizi sanitari e Forze dell'Ordine, che rivestono, altresì, importanza

⁶⁸ Picardi A, Tarolla E, de Girolamo G, Gigantesco A, Neri G, Rossi E, Biondi M; Gruppo di Lavoro PRISM: *Evaluating the activity of the Italian Mental Health Services inpatient and residential facilities: the PRISM (Process Indicator System for Mental health) indicators*. Riv Psichiatr 2014;49(6):265-72.

⁶⁹ Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD), United Nations 2006

fondamentale nelle condizioni in cui si è chiamati ad operare con urgenza anche in mancanza di adempimento delle procedure legislative necessarie per TSO/ASO. Infatti il documento riporta che: *“quando il medico ha la convinzione che nella situazione con la quale è venuto a contatto ci sia un rischio di danno per la vita e l'integrità delle persone coinvolte, rischio legato non solo al comportamento del paziente ma anche alle caratteristiche dell'ambiente di vita, è bene che oltre ad attivare interventi sanitari, richieda anche l'intervento dell'autorità di pubblica sicurezza. Queste forme di collaborazione diventeranno efficaci se ci sarà una certa sintonia tra le diverse istituzioni; la collaborazione andrà programmata, regolamentata attraverso intese e protocolli, monitorata e periodicamente valutata”*.

Il documento si inquadra inoltre nel contesto europeo in maniera avanzata. Lo *European Council for Human Rights (ECHR)* definisce infatti condizioni simili che vanno rispettate negli interventi in emergenza in salute mentale:

- evidenza di uno stato psicopatologico;
- la condizione psicopatologica rappresenta un rischio per la salute propria e degli altri;
- il trattamento involontario implica un percorso terapeutico;
- non esistono altri tipi di misura restrittiva della libertà personale per garantire cure adeguate;
- l'opinione della persona soggetta al trattamento involontario è stata presa in considerazione.

La Regione FVG registra complessivamente uno dei tassi di TSO più bassi in Italia⁷⁰, con TSO spesso svolti non in condizioni di degenza ospedaliera nei SPDC, ma a livello territoriale nei CSM 24 ore. La situazione non appare però omogenea a livello regionale e permangono criticità nel rapporto dei DSM con le Forze dell'ordine. Risultano, inoltre, problematiche le relazioni tra i servizi dell'Emergenza generale ed i servizi psichiatrici e le procedure relative alle emergenze psichiatriche sviluppate a livello dei diversi territori risentono di una variabilità legata a situazioni, equilibri e prassi operative locali.

La gestione dell'emergenza e dell'urgenza richiede la definizione di protocolli appositi tra i DSM e i servizi di Emergenza Urgenza sanitaria, al fine di garantire un costante raccordo operativo, anche coinvolgendo attivamente la rete familiare e relazionale della persona, il MMG e gli altri servizi aziendali eventualmente necessari.

Al fine di dare omogeneità di comportamento anche a livello regionale è necessario che le Aziende tengano conto delle raccomandazioni contenute nel Piano regionale dell'emergenza urgenza (DGR 2039/2015) e nel documento nazionale di riferimento e che la Regione monitori l'applicazione di dette raccomandazioni, in particolare per quanto riguarda la stesura e l'applicazione di protocolli operativi locali inter-istituzionali.

⁷⁰ Rapporto sull'attività di ricovero ospedaliero, dati 2014, Ministero della salute, *Direzione Generale della Programmazione sanitaria, Ufficio VI*, giugno 2015.

6.1.5.2 Età evolutiva

La gestione dell'emergenza e dell'urgenza richiede di fornire risposte pronte, secondo percorsi codificati a situazioni prettamente neurologiche che si possono presentare con i caratteri dell'urgenza o a problematiche psichiatrico-comportamentali che spesso costituiscono un'emergenza.

Le urgenze neurologiche che afferiscono al Pronto Soccorso vengono portate all'attenzione dell'equipe della NPIA ospedaliera, ove esistente, oppure dei pediatri ospedalieri e, nel caso, dei professionisti operanti presso i reparti di neurologia e neurochirurgia. Per i minori ricoverati presso presidi ospedalieri privi di NPIA ospedaliera, la consulenza del neuropsichiatra infantile viene garantita dalla NPIA aziendale, che collabora alla gestione dell'eventuale ricovero, alla definizione del progetto diagnostico e terapeutico e assicura la continuità assistenziale, secondo protocolli aziendali.

Le problematiche psico-comportamentali acute, presentano in età evolutiva una complessità clinica e gestionale elevata che richiede la definizione di un percorso di accoglienza strutturato. Fermo restando l'impegno di prevenire i ricoveri, specie di lunga durata, attraverso un'efficiente organizzazione della rete integrata dei servizi, si rileva che comunque permane una quota di pazienti che accede direttamente al Pronto Soccorso. Al fine di rispondere con un intervento tempestivo e integrato nei disturbi psichici gravi all'esordio e nelle acuzie psichiatriche in adolescenza, ogni Azienda predispone percorsi codificati e concordati tra le varie strutture coinvolte (Servizi NPIA, PS/Medicina d'Urgenza, reparti di Pediatria, DSM, servizi per le dipendenze, servizi di Emergenza Urgenza) con indicazione di:

- reparto di accoglienza (dove è individuata un'area preposta) in caso di urgenza psichiatrica in età evolutiva, qualora non si configuri la possibilità o l'opportunità (es. accoglienza per breve periodo per attivare la presa in carico, necessità di mantenere la vicinanza con la famiglia, continuità di presa in carico da parte degli operatori territoriali di riferimento, ecc.) di un ricovero presso la NPIA ospedaliera di riferimento regionale;
- modalità di coinvolgimento tempestivo dell'equipe della NPIA territoriale di riferimento, con cui definire il percorso diagnostico terapeutico e di continuità assistenziale;
- responsabilità di presa in carico;
- modalità di interazione tra DSM e NPIA nel caso di minori in età adolescenziale (vedi scheda obiettivo 7.3)

6.1.6 Il suicidio e la sua prevenzione

La prevenzione del suicidio è una tra le maggiori priorità, così come evidenziato dall'OMS nel Piano d'Azione per la salute mentale 2013-2020. Molte persone che tentano il suicidio appartengono a gruppi vulnerabili ed emarginati. I giovani e gli anziani fanno parte delle fasce d'età con la maggiore propensione verso l'ideazione suicidaria e gli atti autolesivi. Il suicidio, infatti, è la seconda causa di morte nel mondo nei giovani sotto i 20 anni e i tassi di suicidio diminuiscono nei giovani in maniera meno evidente rispetto alle altre classi di età⁷¹.

⁷¹ World Health Organization, Suicide, Fact Sheet, Updated August 2017.

Nel complesso, 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 e della loro criminalizzazione in alcuni paesi.

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.

Tale obiettivo è stato ribadito più recentemente ed estensivamente nel report OMS "*Preventing suicide: a global imperative*"⁷², dove si ricorda che il suicidio è un problema rilevante di salute pubblica, essendo la quindicesima causa di morte a livello mondiale. Viene sottolineato che è possibile prevenire i suicidi tramite interventi tempestivi e scientificamente fondati. Per essere efficaci, gli interventi devono essere basati su una strategia articolata e multisetoriale di prevenzione della suicidalità.

Nell'indicare i soggetti a rischio, il report sottolinea l'associazione tra il suicidio e i disturbi mentali (in particolare la depressione e i disturbi connessi con il consumo di alcol) nei paesi ad alto reddito. La suicidalità è più elevata nei gruppi vulnerabili che sono esposti a discriminazione, come i rifugiati e gli immigrati, le popolazioni indigene, le persone omosessuali, bisessuali, transessuali e intersessuali e i detenuti. Vi sono inoltre alcuni fattori specifici dell'età evolutiva legati in particolare al percorso di individuazione/separazione che caratterizza i compiti evolutivi della pre-adolescenza/adolescenza. Su questa delicata fase influiscono inoltre possibili difficoltà in ambito familiare, fattori educativi, il bullismo, il ruolo di internet e dei social media e, in misura maggiore rispetto agli adulti, le difficoltà legate all'orientamento sessuale e all'identità di genere (circa un quarto degli adolescenti transgender ha tentato il suicidio e circa un terzo indulge in comportamenti autolesivi)⁷³.

I soggetti in età evolutiva con comportamenti suicidari e autolesivi spesso non sono inquadrabili in una specifica categoria psicopatologica, ma in un aspetto più dimensionale in cui strategie di *coping* inefficaci e la disregolazione emotiva possono determinare comportamenti suicidari in presenza di fattori stressanti, come ad esempio l'insuccesso scolastico, il rifiuto da parte dei pari, il conflitto o la perdita dopo la rottura di un rapporto significativo.

In generale si evidenzia quanto segue:

- il fattore di rischio di gran lunga più significativo è un precedente tentativo di suicidio, sia negli adulti che in età evolutiva. I tentativi di suicidio sono circa tre volte più frequenti dei suicidi conclamati e hanno un altissimo impatto in termini sociali ed economici per le comunità, nonché un importante impatto individuale sia per l'atto in sé, che per la possibile disabilità che può conseguire. In particolare nei giovani vi sono evidenze che gli atti autolesivi, fra i possibili fattori di rischio per i

⁷² World Health Organization, *Preventing suicide: a global imperative*, WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2014.

⁷³ Peterson CM et al: *Suicidality, Self-Harm, and Body Dissatisfaction in Transgender Adolescents and Emerging Adults with Gender Dysphoria*. *Suicide Life Threat Behav* 2017;47(4):475-482.

suicidi, sono quelli associati con maggior forza statistica. E' stato documentato che nell'anno successivo ad un atto autolesivo, il rischio di suicidio è più alto di 30-50 volte rispetto alla popolazione generale⁷⁴;

- lo stigma che si manifesta soprattutto dinanzi al disturbo mentale e al suicidio induce molte persone che stanno valutando la possibilità di togliersi la vita o che hanno già tentato il suicidio a non chiedere aiuto. Ne consegue che queste persone non ricevono l'assistenza di cui necessitano;
- il suicidio nell'ambito della popolazione detenuta ha un impatto altissimo, essendo i tassi circa 10 volte più alti rispetto alla popolazione generale;
- l'incidenza di un comportamento suicidario aumenta quanto più diversi fattori di rischio interagiscono insieme. Questi fattori devono quindi essere riconosciuti ed identificati, così come le loro connessioni reciproche, sia rispetto alle variabili cliniche che a quelle ambientali. Tra essi sono ben noti alcuni determinanti sociali quali ad esempio la disoccupazione. I fattori di rischio e i fattori protettivi sono inoltre fondamentali e la loro conoscenza permette di individuare meglio le persone vulnerabili.

La messa in atto di strategie preventive di tipo primario e secondario vanno implementate a livello regionale mediante il coordinamento e la collaborazione tra le diverse componenti sanitarie e sociali, il terzo settore, la scuola, il lavoro e il contesto di vita della persona.

Negli adulti, le strategie, come le già sperimentate *crisis hotline* (con la costruzione di una rete di servizi interconnessi nel Programma Amalia-Telefono Speciale, già dal 1997, nato come progetto regionale e poi proseguito in ASUITS fino ad oggi con l'uso di supporti informatici), e altre come il *peer support*, il *gatekeeper training* e il *community follow up*, sono considerate promettenti sia dall'OMS che da alcune evidenze scientifiche. Il *peer support*, in particolare, e un'attenzione maggiore ai fattori di rischio suicidari, secondo la recente letteratura, avrebbero anche un effetto positivo sul fenomeno preoccupante dei comportamenti suicidari in ambito penitenziario.

Tali strategie devono accompagnarsi a programmi specifici di formazione rivolti agli operatori, sui comportamenti a rischio suicidario autolesivo e sull'individuazione e gestione delle situazioni a rischio.

Per quanto attiene all'età evolutiva, le strategie di prevenzione possono essere rivolte alla popolazione minore o a soggetti a rischio.

Programmi volti a migliorare la resilienza e le strategie di *coping* dei ragazzi (le cosiddette *life skills*) sono interventi che agiscono sulle circostanze in grado di determinare la comparsa di problemi psicologici e comportamentali che possono esitare in un'ideazione suicidaria. La scuola è uno dei luoghi in cui questi programmi dovrebbero essere implementati. Fra gli altri approcci segnalati come efficaci nella letteratura scientifica, si evidenziano specifici interventi formativi rivolti a persone a contatto con i ragazzi con funzioni educative, come ad esempio gli insegnanti (*gatekeeper training*), limitazione all'accesso a strumenti autolesivi

⁷⁴ Cooper J, Kapur N, Webb R, Lawlor M, Guthrie E, Mackway-Jones K, Appleby L: *Suicide after deliberate self-harm: a 4-year cohort study*. Am J Psychiatry 2005; 162:297-303.

o suicidari, modifica della rappresentazione che danno i media del comportamento suicidario, campagne pubbliche di sensibilizzazione e utilizzo delle risorse della rete e dei social network⁷⁵. Il ruolo del PLS/MMG può essere molto importante nell'individuare i soggetti a rischio, così come i numerosi soggetti "sommersi"⁷⁶. I programmi di prevenzione devono quindi prevedere una specifica formazione dedicata all'argomento per i PLS/MMG.

La presenza di atti autolesivi associati o meno ad ideazione suicidaria richiede un'immediata risposta sanitaria per organizzare una valutazione ed un presa in carico specialistica multidisciplinare, interventi che non devono essere commisurati alla gravità delle conseguenze fisiche del gesto messo in atto, ma al gesto in sé. Lo stesso tipo di atteggiamento deve guidare la risposta del sanitario, sia esso il PLS o il MMG che incontra l'adolescente in ambulatorio o al quale i genitori confidano fatti di cui sono venuti a conoscenza, oppure il medico di PS che accoglie il/la ragazzo/a in urgenza. I giovani che accedono ai PS, infatti, spesso non vengono adeguatamente riconosciuti ed inquadrati. Dai dati della letteratura internazionale emerge che a fronte di un incremento degli accessi presso i PS di soggetti in età evolutiva per problematiche di tipo psichiatrico, meno di un terzo riceve una formale valutazione neuropsichiatrica infantile⁷⁷. Risultati analoghi sono emersi da uno studio eseguito dalla NPIA dell'IRCCS Burlo Garofolo su tutti i PS della Regione FVG, da cui è emerso che una bassa percentuale di questi atti è riconosciuta come tale (42%) e che solo il 9% è stato inviato alla consulenza neuropsichiatrica⁷⁸. Programmi di formazione dedicati agli operatori del PS costituiscono quindi un ulteriore intervento finalizzato ad incrementare la percentuale di identificazione dei soggetti a rischio, come segnalato nella letteratura internazionale⁷⁹.

La risposta alla richiesta di aiuto va orientata all'apertura di uno spazio di ascolto che offra la possibilità di comprendere i possibili significati del gesto e che non necessariamente porti all'ospedalizzazione. L'immediatezza di tale risposta è fondamentale per poter aprire un dialogo con l'adolescente prima che subentrino prevedibili meccanismi di chiusura, sostenuti talvolta da un senso di vergogna rispetto al gesto compiuto, o da un desiderio di rimuovere, dimenticare, tanto da parte dell'adolescente che da parte dei genitori. La tempestiva presa in carico anche dei genitori e della famiglia diventa quindi un fondamentale e irrinunciabile aspetto del processo di cura.

I fenomeni autolesivi e suicidari presentano molteplici aspetti e complessità e necessitano di analisi e interventi multidisciplinari e inter-istituzionali che considerino in maniera globale la persona sotto i vari aspetti intrapsichici, relazionali e di sviluppo, ma è altresì necessario che gli adulti (genitori, insegnanti, sanitari) coinvolti a vario titolo nel percorso di crescita dell'adolescente, conoscano e sappiano riconoscere

⁷⁵ Hawton K. et al: *Self-harm and suicide in adolescents*. Lancet 2012; 379: 2373–8

⁷⁶ Shain B and AAP Committee on adolescence. *Suicide and Suicide Attempts in Adolescents*. Pediatrics 2016;138(1):e20161420.

⁷⁷ Cutler GJ, et al: *Emergency Department Visits for Self-Inflicted Injuries in Adolescents*. Pediatrics 2015; 136:28-34.

⁷⁸ Zanus C, et al: *Adolescent Admissions to Emergency Departments for Self-Injurious Thoughts and Behaviors*. PLoS ONE 2017; 12(1): e0170979.

⁷⁹ Ballard ED, Cwik M, Van Eck K, Goldstein M, Alfes C, Wilson ME et al: *Identification of At-Risk Youth by Suicide Screening in a Pediatric Emergency Department*. Prev Sci 2017; 18 (2): 174-182.

tempestivamente la presenza di comportamenti che rappresentano una modalità frequente di espressione, più o meno diretta, di una urgente richiesta di aiuto.

Occorre infine rilevare che la Regione FVG ha un tasso medio di suicidio più alto rispetto all'Italia (8,5 suicidi su 100.000 abitanti nel 2015 a fronte di un tasso italiano attorno ai 5), sebbene in calo rispetto ai tassi precedenti al 2006, con una distribuzione eterogenea per sesso, età e territorio. Il picco più elevato si registra in AAS 3 nelle persone di sesso maschile con più di 60 anni (quasi 60 suicidi su 100.000 abitanti).

Il numero di suicidi nei minori registrato in FVG nel periodo 2005-2014 è di 9 casi che si concentrano nella fascia d'età 15-18 anni. Una recente indagine epidemiologica svolta nella Regione FVG dalla NPIA dell'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste negli anni 2010 e 2011, che ha coinvolto 1507 studenti nella fascia di età 11-18 anni individuati in un campione di 21 scuole, ha documentato che il 6,37% dei soggetti ha riferito ideazione suicidaria, ed il 21,6% ha riferito atti autolesivi e/o comportamenti suicidari⁸⁰.

6.1.7 Comorbidità tra disturbi psichici, utilizzo di sostanze psicotrope e la patologia da dipendenza

L'interazione tra assunzione di sostanze e malattia mentale è complessa e mutevole: un disturbo mentale può portare all'uso di sostanze e l'uso di sostanze può comportare quadri psichiatrici acuti o duraturi, ovvero le due condizioni inizialmente indipendenti interagiscono e vanno ad esacerbarsi reciprocamente⁸¹.

L'interpretazione del disagio e della sintomatologia nelle situazioni di comorbidità deve tenere conto delle complesse interazioni tra i due disturbi. L'approccio clinico-terapeutico integrato è quello più appropriato per assicurare una risposta di cura globale e non frammentaria.

L'associazione (certa dal punto di vista statistico, anche se meno chiara dal punto di vista del rapporto causa-effetto) tra dipendenza da sostanze e disturbi di personalità, tra esordi psicotici e abuso di psicotropi (cannabinoidi, anfetamine, allucinogeni, etc), le complicità acute (psichiche e comportamentali) dell'abuso di sostanze, in primis l'alcool, e quelle tardive (organiche, sociali), rendono evidente la necessità di una stretta ed organica collaborazione tra servizi per le dipendenze e di salute mentale.

Il quadro regionale appare molto differenziato in tema di sviluppo dei processi di integrazione tra i Servizi per le dipendenze e i Servizi per la salute mentale in età adulta e in età evolutiva; pur evidenziando la presenza di operatività volte ad una presa in carico integrata dei pazienti, emerge la carenza di percorsi più strutturati e formalizzati, idonei a superare l'informalità e a garantire risposte quali-quantitativamente omogenee in favore della popolazione. La condivisione e formalizzazione di culture, stili di lavoro, procedure e percorsi integrati di continuità di cura per le situazioni più complesse di comorbidità favorirebbe sia valutazioni diagnostiche tempestive e risposte terapeutico-riabilitative appropriate, sia un utilizzo più razionale delle risorse.

⁸⁰ Pubblicazione in corso di stampa

⁸¹ NICE guideline: *Coexisting severe mental illness and substance misuse (dual diagnosis): community health and social care services*, November 2016.

Alcune criticità nella collaborazione possono essere parzialmente attribuibili a vincoli normativi e di risorse, che condizionano le scelte organizzative dei Servizi. Gli orari di apertura delle attività dei Servizi regionali per le dipendenze sono limitati nella maggior parte dei casi alle giornate feriali nella fascia oraria 8.00-16.00; tale organizzazione riduce la possibilità di fornire consulenza e collaborazione alla rete dei servizi deputati alla gestione delle problematiche sanitarie critiche ed emergenziali.

Le evidenze epidemiologiche rendono sempre più impellente l'individuazione di percorsi di presa in carico congiunta degli adolescenti e dei giovani adulti con problematiche di tipo psichico e da uso di sostanze. Per evitare la frammentarietà dei percorsi, occorre individuare procedure condivise tra i Servizi di NPIA, i DSM, le aree materno infantili dei Distretti e i Servizi per le dipendenze. Alcuni quadri clinici (psicopatologici e comportamentali) che presentano gli adolescenti nelle situazioni di crisi sono oggi così complessi e gravi da rendere particolarmente difficile l'individuazione tempestiva di risposte integrate appropriate ed efficaci nella rete territoriale, anche di tipo residenziale. A questo proposito una formazione specifica dei professionisti della rete appare necessaria per garantire lo sviluppo nel tempo di un background culturale condiviso, di stili di intervento coerenti, di proposte co-progettate modulate sui nuovi bisogni e sulle risorse a disposizione.

Appare necessario definire i percorsi di cura relativi alla comorbidità, andando verso la costruzione di una "rete di patologia", nell'accezione prevista dalla LR 17/2014, che comprende:

- integrazione multiprofessionale e multidisciplinare tra i Servizi che erogano prestazioni per il malato;
- condivisione di protocolli diagnostico-terapeutici tra i professionisti;
- condivisione di dati clinici del paziente tra i professionisti di vari livelli di cura;
- utilizzo di infrastrutture tecnologiche per la comunicazione e la gestione delle rilevanzze cliniche dei pazienti.

In questo ambito, la valutazione multidimensionale e multiprofessionale deve assicurare sia la diagnosi che il riconoscimento dei bisogni e delle risorse della persona, al fine di consentire la condivisione di un progetto di cura personalizzato, corredato da obiettivi e risultati attesi.

E' necessario aggiornare le aree di comorbidità includendo le nuove droghe, i cannabinoidi ad alta concentrazione, gli abusi e i poliabusi oltre alle dipendenze in senso stretto, distinguendo disturbi del comportamento associati che non sono automaticamente di ordine psichiatrico.

Per garantire la migliore gestione delle situazioni critiche e di acuzie, è necessaria l'individuazione di procedure condivise di collaborazione con i servizi di Emergenza-Urgenza, con i reparti di Medicina d'Urgenza, Rianimazione e Terapia Intensiva.

Si rende necessaria, per le situazioni di poli-intossicazione, una migliore collaborazione, coordinata con i reparti di Rianimazione, PS e Terapia Intensiva. Particolare attenzione va data alla continuità e al lavoro terapeutico con i giovani in contatto con i servizi di salute mentale territoriali che molto frequentemente hanno condotte di abuso.

Si evidenzia, altresì, la necessità di proporre a livello locale gruppi di lavoro congiunti, formati dai referenti dei diversi servizi, per monitorare l'applicazione dei protocolli ed approfondire aspetti teorici ed operativi

particolari, al fine di implementare progetti/équipe integrati/e per la presa in carico dei minori e dei giovani adulti con problematiche di comorbidità (DSM, NPIA, aree materno infantili dei Distretti e Servizi per le dipendenze).

6.1.8 Sviluppo sistema informativo

La disponibilità di informazioni o di programmi di sorveglianza sanitaria consente di monitorare l'attuazione delle misure ed i progressi compiuti nella erogazione di servizi e, pertanto, sistemi informativi all'avanguardia, che raccolgono informazioni in maniera il più possibile univoca sono considerati un requisito fondamentale⁸².

A livello italiano, con il Decreto del Ministero della Salute 15 Ottobre 2010 "*Istituzione del sistema informativo per la salute mentale*", è stato approvato il Sistema Informativo per il Monitoraggio e Tutela della Salute Mentale (SISM). Questo sistema mira a rilevare le informazioni riguardanti le persone afferenti ai servizi di salute mentale attraverso la creazione di una base dati integrata. Il flusso SISM si applica agli interventi sanitari e socio-sanitari erogati da operatori afferenti al SSN, nell'ambito dell'assistenza rivolta a persone adulte con problemi di salute mentale e alle loro famiglie. È invece esclusa dalla rilevazione l'utenza afferente ai servizi per l'età evolutiva.

Sebbene il SISM abbia l'indiscutibile vantaggio di rendere confrontabili le diverse esperienze sul territorio nazionale, le modalità di raccolta dei dati non appaiono omogenee. A livello della Regione FVG sono state rilevate differenze importanti, anche a livello dei singoli servizi, nelle informazioni registrate. Inoltre la mancanza di interfaccia con altri sistemi rende complicata l'integrazione delle informazioni. La situazione rispetto ai servizi di NPIA è ancora più critica, mancando completamente un sistema informativo. Le informazioni sono quindi raccolte e organizzate ancora in maniera autonoma, a volte utilizzando strumenti informativi locali non reciprocamente interfacciabili. Quello che ne deriva è la mancanza di un'unica base dati e l'impossibilità di gestione integrata di tutte le informazioni utili ai fini clinici, programmatori e di ricerca.

Il presente Piano d'azione per la salute mentale ha, tra i suoi obiettivi strategici, l'elaborazione di un gestionale unico per i servizi di salute mentale, sia per l'adulto che per l'età evolutiva. I pre-requisiti di questo sistema informativo regionale sono i seguenti:

- essere basato sui processi⁸³ e sulla eventuale valutazione degli esiti, oltre a rispondere alle esigenze amministrative;
- configurarsi come un sistema aperto, cioè in grado di interfacciarsi con altri registri e basi dati regionali;
- per i DSM, rispondere a flussi ministeriali (flusso SISM) e quindi incorporare le funzioni del precedente portale SISR.

⁸² Mental Health action plan 2013-2020, World Health Organization 2013.

⁸³ Amaddeo F: *Quality of mental health care indicators to improve care*. *Epidemiology and psychiatric sciences* 2013; 22(1): 1-2.

Una base dati strutturata in maniera omogenea fornirà un importante strumento sul piano epidemiologico, garantendo un più attento monitoraggio dell'attività dei servizi, un supporto alle attività gestionali, al fine di valutare il grado di efficienza e di utilizzo delle risorse. Inoltre il nuovo gestionale è in grado di supportare i processi decisionali, anche relativamente alla ricerca e al miglioramento continuo della qualità.

Giova anche rilevare le ricadute sul piano scientifico, dove una maggiore fruibilità dei dati permette la valorizzazione di esperienze organizzative innovative e l'opportunità di disseminazione delle buone pratiche regionali a livello nazionale ed internazionale.

6.2 GLI ALTRI OBIETTIVI DI INTERVENTO

Il presente Piano prevede interventi rivolti a fasce di popolazione maggiormente vulnerabili, con disturbi mentali. In linea con gli obiettivi presentati nel PANSM, sono state identificate le seguenti aree di fragilità: popolazione migrante, popolazione anziana, soggetti autori di reato e persone con disabilità intellettiva e disturbi dello spettro autistico.

6.2.1 Popolazione migrante

A livello mondiale si rileva il costante aumento della popolazione migrante, in particolare dei richiedenti asilo. Il numero dei migranti in Europa è aumentato del 47% , in particolare nel sud dell'Europa dove raggiunge il 95%. L'Italia è oggi il quinto paese al mondo per numero di richiedenti asilo ⁸⁴. Un tale aumento del numero dei migranti ha molteplici ricadute in termini di salute pubblica. La complessità già insita nei disturbi psichici, che spesso derivano da fattori molteplici relativi alle esperienze e ai vissuti delle singole persone, è resa ancora più complicata dalle esperienze pre-migratorie e migratorie, spesso traumatiche, nonché dalle esperienze post-migratorie, talvolta ancora più difficili da affrontare⁸⁵⁸⁶. Nell'ambito di queste ultime, assumono particolare rilevanza l'incertezza, spesso protratta nel tempo, rispetto alla decisione sulla concessione dell'asilo politico o del permesso di soggiorno, la disoccupazione e la perdita dello status sociale, la perdita delle relazioni familiari e dei propri supporti sociali, le preoccupazioni rispetto ai familiari rimasti nel paese di origine e alla possibilità di ricongiungimento, le difficoltà nell'apprendere la lingua e nell'adattarsi alla cultura del paese ospite. Tutto ciò rappresenta un ulteriore trauma che va a colpire soggetti già pluritraumatizzati e, pertanto, più fragili. I problemi psichici nei migranti, inoltre, presentano differenze rispetto alla popolazione autoctona, in quanto la malattia mentale è ampiamente influenzata da fattori etnici, culturali e sociali. A questo, si aggiunge la stigmatizzazione della malattia mentale che spesso rappresenta un deterrente nell'accesso delle cure specialistiche, che risulta più complicato rispetto alla popolazione generale. Un ruolo fondamentale, a riguardo, è quello dei mediatori culturali, che oltre ad aiutare a superare le barriere linguistiche, possono migliorare le conoscenze dell'operatore sanitario rispetto alla

⁸⁴ Asylum Trends 2014. Levels and Trends in Industrialized Countries: The UN refugee agency (UNHCR).

⁸⁵ Kirmayer LJ, Narasiah L, Munoz M, Rashid M, Ryder AG, Guzder J, et al: *Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care*. Canadian Medical Association Journal 2011;183:E959-E67.

⁸⁶ Robjant K, Hassan R, Katona C: *Mental health implications of detaining asylum seekers: systematic review*. British Journal of Psychiatry 2009;194:306-12.

cultura del paziente, contestualizzare la malattia mentale e meglio orientare gli interventi alle esigenze della persona⁸⁷.

Le difficoltà di accesso alle cure specialistiche nella popolazione migrante con disturbo mentale si somma alla difficoltà più generale di fruire del diritto di accesso a tutti i servizi sanitari, spesso ostacolato da barriere burocratico/amministrative⁸⁸. Uno studio italiano⁸⁹ ha anche dimostrato che la qualità delle cure psichiatriche nella popolazione migrante è meno adeguata in termini di numero di interventi e durata della presa in carico rispetto alla popolazione generale. Le evidenze in letteratura indicano che, la consapevolezza del diritto all'accesso ai servizi sanitari del paese ospitante, una volta soddisfatti i bisogni primari, costituisce un fattore protettivo sulla salute della persona e favorisce la diagnosi precoce di eventuali disagi psichici⁹⁰. Si osserva che, generalmente, l'accesso ai servizi di salute mentale nei migranti avviene attraverso il coinvolgimento di servizi sociali e associazionismo⁹¹.

Sono, pertanto, auspicabili maggiori sinergie tra operatori deputati all'accoglienza, operatori dei servizi sanitari, operatori di Questure e Prefetture e mediatori culturali. La risposta ai bisogni di salute mentale di questa popolazione dovrebbe seguire il percorso di presa in carico da parte dei servizi distrettuali, di norma, attraverso il coinvolgimento del MMG, qualora attribuito, e comunque delle cure primarie, al fine di un corretto inquadramento delle condizioni di salute complessive del soggetto. Attualmente detti bisogni tendono a cercare una risposta impropria con il ricorso, in prima battuta, al SPDC, in condizioni di urgenza o di presunta urgenza. In questo modo viene a mancare il necessario e articolato approfondimento del caso, la decodifica, partecipata tra utente e servizi sociali e sanitari, delle motivazioni e delle cause o concause sottostanti il disturbo mentale.

Particolare attenzione va posta alla "presa in cura" di minori non accompagnati con disturbi psichici, in particolare di adattamento o post-traumatici da stress, che vanno accompagnati nel percorso di accoglienza, anche con il supporto dei servizi territoriali di NPPIA.

6.2.2 Popolazione anziana con disturbi mentali

Nei Paesi avanzati, la popolazione anziana sta rapidamente aumentando, riflettendo un significativo miglioramento delle condizioni sanitarie e sociali. In tarda età sono frequenti polipatologie di carattere somatico, problemi di natura sociale e disturbi mentali che richiedono una particolare gestione assistenziale e un approccio specialistico multidisciplinare. Di rilievo sono le patologie mentali che comportano un'elevata quota di stress, sia a carico dei pazienti che dei *caregivers*. L'inquadramento, la gestione e il monitoraggio

⁸⁷ Kirmayer LJ, et al. Cit.

⁸⁸ Bhugra D, Still R, Furnham A, Bochner S. *Migration and mental health*. Acta Psychiatr Scand 2004;109:243-58.

⁸⁹ Rucci P, et al: *Disparities in mental health care provision to immigrants with severe mental illness in Italy*. Epidemiology and Psychiatric Sciences 2015;24:342-52.

⁹⁰ Aragona M et al: *Traumatic events, post-migration living difficulties and post-traumatic symptoms in first generation immigrants: a primary care study*. Ann Ist Super Sanita 2013;49:169-75.

⁹¹ Tarricone I, et al: *Migrant pathways to community mental health centres in Italy*. International Journal of Social Psychiatry 2012;58:505-11.

della persona anziana con disturbi mentali richiedono un approccio integrato con la sinergia di interventi e risorse in ambito sanitario, sociale e del contesto di vita.

Dal punto di vista epidemiologico, le patologie mentali di più frequente riscontro nell'anziano sono la depressione e le demenze.

La prevalenza di sindrome depressiva è pari a circa il 12% nelle persone con più di 65 anni in Europa, con livelli più alti nelle donne e nei Paesi mediterranei. In Italia colpisce circa il 30% degli uomini e il 50% delle donne⁹². I livelli di gravità dei sintomi depressivi sono significativamente associati a un incremento della mortalità (pari a circa il 40%), con un rischio sostanzialmente raddoppiato negli anziani con sintomi depressivi gravi. Da non sottovalutare, inoltre, il maggiore rischio di condotte suicidarie in questa fascia di popolazione, evidente anche in FVG⁹³. Ciò nonostante, la sintomatologia depressiva nell'anziano non è una condizione irreversibile ed è caratterizzata da un andamento fluttuante. Un potenziamento delle misure preventive, diagnostiche e terapeutiche potrebbero quindi portare a un significativo miglioramento di una condizione diffusa tra gli anziani, ma spesso sottovalutata.

Per quanto riguarda la demenza, essa interessa dall'1 al 5% della popolazione sopra i 65 anni. Si stima che la demenza sia una delle più importanti sfide di salute pubblica di questo secolo: circa 50 milioni di persone al mondo, infatti, hanno un problema di demenza e il numero è destinato a triplicare nel 2050⁹⁴. Gravi disturbi del comportamento sono frequentemente associati alla demenza. Questo aspetto scompensa l'intero ambiente di vita della persona, comporta notevoli carichi familiari, impedendo e complicando le normali attività familiari e determina, altresì, una forte domanda di istituzionalizzazione. Si è visto, d'altra parte, che una presa in carico precoce, una forte personalizzazione e una costante revisione del piano di intervento possono consentire il contenimento del disturbo comportamentale, favorire l'assistenza alla persona, consentendogli di rimanere nel proprio ambiente, con un supporto di servizi assistenziali commisurato al suo grado di disabilità, attività psico-educative e interventi di sostegno rivolti ai *caregiver*.

Le recenti linee di indirizzo nazionali sui percorsi diagnostico terapeutici assistenziali per le demenze⁹⁵, in linea con il "*Piano nazionale demenze, strategie per la promozione ed il miglioramento dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze*" (GU n. 9 del 01/2015), sottolineano l'importanza dell'integrazione dei servizi, come approccio più indicato per il miglioramento dell'assistenza.

I DSM concorrono al soddisfacimento dei bisogni di salute mentale dell'anziano, interagendo con gli altri attori sanitari, sociali, del terzo settore e con le risorse del contesto di vita della persona, al fine della

⁹² Lo stato di salute mentale degli anziani in un mondo che invecchia, Emanuele Scafato e Lucia Galluzzo - reparto Salute della popolazione e suoi determinanti, Cnesps- Iss, Epicentro, 2012

⁹³ Castelpietra G, Morsanutto A, Pascolo-Fabrizi E, Isacson G: *Antidepressant use and suicide prevention: a prescription database study in the region Friuli Venezia Giulia, Italy*. Acta Psychiatr Scand 2008; 118(5):382–388.

⁹⁴ Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, et al: *Dementia prevention, intervention, and care*. The Lancet, 2017, 2017; 390(10113):2673–2734.

⁹⁵ Linee di indirizzo nazionali sui percorsi diagnostico terapeutici assistenziali per le demenze, tavolo per il monitoraggio del recepimento ed implementazione del Piano nazionale demenze, 2017

realizzazione del percorso di cura e assistenza. Il ruolo di regia è, di norma, svolto dal Distretto, in raccordo con i Servizi Sociali dei Comuni.

6.2.3 Popolazione detenuta e salute mentale

L'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari del FVG è transitata, a partire dal 1 gennaio 2014, dal Ministero di Giustizia alla Regione. Le Aziende per l'assistenza sanitaria e le Aziende sanitarie universitarie integrate (di seguito Aziende) sono titolari delle funzioni di gestione di tutte le attività sanitarie rivolte alle persone detenute. In tutti gli istituti penitenziari della Regione è garantita la presa in carico dei detenuti tossicodipendenti e alcolodipendenti, attraverso l'attività del personale dei servizi per le dipendenze aziendali e particolare attenzione viene garantita alle persone con disturbi mentali attraverso appropriati interventi e tutte le possibilità di cura e di promozione della salute mentale ⁹⁶. In particolare i DSM attivano sul territorio equipe multiprofessionali per la presa in carico dei detenuti e degli internati in una logica di continuità terapeutica e di prevenzione fondata sulla pertinenza territoriale.

La continuità della presenza dei servizi di salute mentale negli istituti penitenziari (IP) e l'intensità degli interventi e del supporto offerto vanno comunque verificati e monitorati nelle diverse situazioni regionali, in riferimento alle caratteristiche sia degli IP che all'organizzazione dei DSM e alle risorse disponibili.

In questo ambito sono di particolare rilevanza gli interventi rivolti alla prevenzione del suicidio e del rischio autolesivo in carcere. Nel corso del 2017 è stato costituito un gruppo di lavoro a livello regionale con referenti delle Aziende, dell'amministrazione penitenziaria e della Magistratura di sorveglianza, cui è seguita l'approvazione del Piano regionale per la prevenzione del rischio suicidario e autolesivo in carcere (DGR 2145/2017).

Il passaggio delle funzioni di sanità penitenziaria alla Regione ha, altresì, previsto la presa in carico dei minori/giovani adulti con problemi psichici e di tossicodipendenza, in particolare per quanto riguarda il percorso di inserimento nelle comunità. A tal proposito nel 2017 è stato sottoscritto un Protocollo inter-istituzionale tra Regione FVG e Centro Giustizia Minorile. Il protocollo prevede che l'inserimento in comunità sia da considerarsi solo uno degli aspetti che riguardano un più complessivo piano di interventi appropriati alle relative esigenze assistenziali, su cui i servizi sanitari regionali competenti sono tenuti a raccordarsi con gli uffici della giustizia minorile, tenendo conto delle previsioni dei vincoli posti dall'Autorità giudiziaria minorile e coerentemente con quanto sancito dagli Accordi di Conferenza Unificata in materia (20.11.2008, 26.11.2009). L'attuazione delle indicazioni del Protocollo prevede l'operatività delle Aziende attraverso l'individuazione di referenti, al fine di permettere fattive collaborazioni e sinergie tra servizi sanitari e della giustizia minorile per garantire un appropriato percorso di presa in carico.

Dal 1 aprile 2015 la Regione si prende carico delle persone con misure di internamento, all'interno del Programma regionale di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari (DGR 744/2014, DGR 622/2015,

⁹⁶ Accordo approvato in Conferenza Unificata in data 22 gennaio 2015 sul documento recante "Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari per adulti, implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali" e recepimento con DGR 820/2016

DGR 444/2015) che ha previsto l'individuazione di tre strutture sanitarie regionali per l'accoglienza di persone con misure di sicurezza detentiva del ricovero in OPG/REMS, per un fabbisogno complessivo di 10 posti letto. Detto scenario organizzativo individua la possibilità di curare e riabilitare le persone accolte in una logica di pertinenza territoriale, contribuendo concretamente alla costruzione di PTRI, attraverso il concorso di tutti i servizi territoriali al percorso di cura e riabilitazione e alla successiva possibilità di inclusione sociale delle persone. Il programma non riguarda solamente l'operatività delle strutture su indicate, ma il più ampio contesto di prevenzione e di fronteggiamento delle situazioni di rischio di internamento in REMS. Le strutture sanitarie in questione fanno parte della rete regionale dei servizi per la salute mentale e il personale preposto e appositamente acquisito, in assenza di utenti cui è disposta la misura dell'internamento in OPG/REMS per garantire la funzionalità delle strutture, viene impiegato in attività terapeutico riabilitative finalizzate a prevenire il rischio di internamento e a favorire misure alternative, nonché in attività di tutela della salute mentale nel settore della sanità penitenziaria.

6.2.4 Disabilità intellettiva e disturbi dello spettro autistico

In ogni Paese approssimativamente l'1% della popolazione è affetta da disabilità intellettiva. Le persone con ritardo mentale sono a maggior rischio (fino al 20-40% secondo la letteratura scientifica) di sviluppare disturbi mentali dovuti alla complessa interazione di fattori biologici, psicologici, sociali e familiari. L'insorgere di un disturbo mentale in persone con disabilità intellettiva dipende dal livello delle funzioni cognitive, comunicative e fisiche, dall'usuale repertorio comportamentale, insieme alle influenze passate, presenti, interpersonali, ambientali, culturali. Si evidenzia, inoltre, che nelle persone con ritardo mentale grave, la psicosi in comorbidità è spesso difficile da diagnosticare a causa della difficoltà di verbalizzazione, da parte di queste persone, di esperienze complesse ⁹⁷.

I disturbi dello spettro autistico, stimati in letteratura, di una persona su 160, hanno un significativo impatto in termini di anni persi per disabilità. La particolare pervasività della sindrome è associata ad un andamento cronico del quadro patologico che determinano condizioni di disabilità, con gravi limitazioni nelle autonomie e nella vita sociale sia nell'età evolutiva che nell'età adulta ⁹⁸. Per l'età evolutiva si fa riferimento alla DGR 434/2017 recante "*Linee di indirizzo regionali per il percorso assistenziale dei disturbi dello spettro autistico in età evolutiva*".

In entrambe le aree di intervento va sottolineata l'importanza di elevati livelli di integrazione tra i soggetti istituzionali coinvolti (Servizi sociali dei Comuni, Distretti, DSM e NPIA, soggetti convenzionati, terzo settore) e la necessità di definire i percorsi di cura integrati e le risorse ad essi destinate.

Ciò premesso, la presa in carico delle persone con disabilità intellettiva e le persone con disturbi dello spettro autistico prevede un approccio multidisciplinare all'interno di una rete integrata di servizi sanitari, sociali e del

⁹⁷ Bouras N, Holt G, Day K and Dosen A: *Mental Health in Mental Retardation. The ABC for mental health, primary care and other professionals*, World Psychiatric Association, 1999 Edizione italiana a cura di G.P. La Malfa, A. Castellani, M. Bertelli.

⁹⁸ World Health Organization, Autism spectrum disorders, Fact sheet, Updated April 2017.

terzo settore, con il coinvolgimento e il supporto attivo delle famiglie e del contesto di vita. I servizi concorrono a questa rete per il soddisfacimento dei bisogni di salute mentale.

6.3 LE RISORSE DEDICATE ALLA SALUTE MENTALE IN ETÀ EVOLUTIVA E IN ETÀ ADULTA

I livelli essenziali di assistenza per la salute mentale individuano una serie di interventi territoriali, semiresidenziali e residenziali che si caratterizzano per complessità e variabilità, legate a differenze sociodemografiche, epidemiologiche e di dotazione della rete di offerta. Appare evidente come sia poco agibile la determinazione di costi medi per le attività di salute mentale.

Un'analisi effettuata nel corso del 2016 si è limitata a estrapolare la quota del budget destinato al DSM per la conduzione delle attività di cura e riabilitazione nell'ambito della salute mentale. Sono stati presi in considerazione i costi che maggiormente pesano nel budget aziendale al fine di garantire la cura e i percorsi di presa in carico delle persone. I dati contabili possono essere rappresentati solo per la salute mentale adulti, in quanto l'organizzazione dipartimentale ha reso più agibile l'acquisizione degli stessi, mentre per l'età evolutiva, per l'assenza di un sistema informativo non è possibile ottenere dati confrontabili.

Tabella 30: Voci di costo salute mentale adulti per Azienda (Fonte: censimento 2015)

Voci di costo	ASUITS	AAS2	AAS3	ASUIUD	AAS5	Totale FVG
PERSONALE	10.342.066	7.427.525	5.332.052	8.233.023	9.079.185	40.413.851
CONVENZIONI SANITARIE (strutture, comunità...)	92.646	219.759	1.202.242	303.267	818.953	2.636.868
ESTERNALIZZAZIONI (appalti per attività core, BIS, sussidi, tirocini inclusivi...)	4.202.074	4.393.114	1.478.544	3.412.299	2.474.356	15.960.387
BENI SANITARI (farmaci, beni sanitari e altri prodotti)	364.788	595.321	1.256.900	977.061	1.234.730	4.428.800
TOTALE	15.001.574	12.635.719	9.269.738	12.925.650	13.607.225	63.439.905
Costo su 1000 persone residenti (euro)	73.537	58.886	63.931	60.220	52.144	61.049
Costo procapite popolazione residente ≥18 anni (euro)	74	59	64	60	52	61
Costo procapite utenti DSM (euro)	3.402	3.139	2.699	3.559	2.847	3.128

Per dare attuazione agli obiettivi previsti nel presente Piano, le Aziende individuano le risorse nell'ambito dell'elaborazione dei budget aziendali.

7 AREE STRATEGICHE DI INTERVENTO - SCHEDE OBIETTIVO

- 7.1. La rete integrata di servizi per la salute mentale in età adulta:
 - 7.1.1. Qualità di cura nei CSM 24 ore
 - 7.1.2. Integrazione tra cure primarie e Dipartimenti di Salute Mentale
- 7.2. La rete integrata di servizi per i disturbi neuropsichici in età evolutiva
- 7.3. I percorsi di transizione delle cure dai servizi per l'età evolutiva a quelli per l'età adulta e i percorsi di presa in carico congiunta dell'adolescente/giovane adulto con esordio psicotico
- 7.4. L'organizzazione dei servizi e i programmi di abilitazione, riabilitazione, formazione ed integrazione sociale (definire cos'è abitare assistito, definire non soggezione ad accreditamento sotto un certo numero di pl)
- 7.5. Le emergenze in salute mentale
- 7.6. Il suicidio e la sua prevenzione
- 7.7. Comorbidità tra disturbi psichici, utilizzo di sostanze psicotrope e la patologia da dipendenza
- 7.8. Sviluppo sistema informativo

7.1 LA RETE INTEGRATA DI SERVIZI PER LA SALUTE MENTALE IN ETÀ ADULTA

7.1.1 Qualità di cura nei CSM 24 ore

Obiettivo	Migliorare la qualità di cura nei CSM 24 ore e renderla omogenea a livello regionale		
Razionale	<p>I CSM aperti sulle 24 ore sono indicati a livello regionale quali strutture cardine preposte all'accoglimento e alla presa in carico delle persone con problemi di salute mentale. Il CSM esercita attività preventive, curative, riabilitative nel territorio di competenza. La DGR n. 929/2015 che definisce, tra l'altro, gli standard di riferimento delle strutture complesse della rete dei servizi di prevenzione e di assistenza primaria, individua per la salute mentale la strutturazione di un CSM aperto sulle 24 ore per un bacino di utenza che va dai 50.000 agli 80.000 abitanti, al fine di garantire responsabilità diretta e presa in carico delle persone sul territorio di competenza. Da tenere presente la situazione dei CSM strutturati su bacini di utenza minori, che però rispondono ai bisogni di un territorio molto vasto a bassa densità demografica e talvolta disagiato dal punto di vista geografico.</p> <p>Allo stato attuale in FVG i CSM, presenti in tutte le Aziende, sono complessivamente 22, Il numero appare adeguato a costituire una rete territoriale di servizi di prossimità con l'utenza e la comunità di pertinenza. Di questi 22 CSM attualmente 17 sono aperti sulle 24 ore, mentre gli altri 5 sono operativi in orario diurno.</p> <p>Al fine di garantire continuità del modello di lavoro del CSM 24 ore, omogeneità di intervento a livello regionale ed equità di risposte ai bisogni dell'utenza, è necessario definire requisiti organizzativi e di funzionamento.</p>		
Azioni	<ol style="list-style-type: none"> Definizione del modello organizzativo e di funzionamento del CSM 24 ore con implementazione delle funzioni cardine e delle risorse umane : <ul style="list-style-type: none"> accoglienza ed orientamento alla domanda; risposta alla crisi ed ospitalità diurna e notturna; continuità terapeutica, lavoro territoriale e di rete con integrazione distrettuale e intersettoriale. Analisi e valutazione delle attività dei CSM 24 ore, considerando i seguenti indicatori(vedi anche obiettivo 7.8): <ul style="list-style-type: none"> casi incidenti e prevalenti; tasso di ospedalizzazione, di TSO e Trattamento sanitario volontario; n. interventi a domicilio e in sedi altre da CSM; n. casi gestiti con altri enti e servizi socio-sanitari; n. valutazioni e interventi di coordinamento. Individuazione indicatori di esito per valutare l'appropriatezza del modello operativo CSM 24 ore. 		
Risultati attesi	<ol style="list-style-type: none"> Approvazione documento relativo al modello di CSM 24 ore, cui si terrà presente per la definizione dei requisiti di autorizzazione/accreditamento. Reportistica annuale Evidenza del miglioramento sulla base degli indicatori di esito. 		
Cronoprogramma	2018	2019	2020
Azione 1	X		
Azione 2		X	
Azione 3			X

7.1.2 Integrazione tra Cure primarie e Dipartimenti di salute mentale

Obiettivo generale	Migliorare l'integrazione tra cure primarie e specialistiche e i percorsi di cura, con particolare riferimento alla presa in carico dei disturbi mentali "comuni"
Razionale	La diffusione e la gravità dei disturbi mentali è in costante aumento in tutto il mondo e le proiezioni dell'OMS stimano che la depressione, che è annoverata tra quelli più comuni, è la prima causa di disabilità e compete, in maniera significativa, all'impatto totale di tutte le patologie a livello mondiale. È nota l'alta prevalenza di disturbi psichici, di ogni livello di gravità, tra i pazienti che afferiscono agli ambulatori dei MMG, dei quali poi solo una minima parte giunge alla consultazione da parte dello psichiatra. Dalla letteratura si desume che qualora messe in condizioni idonee, le cure primarie per la salute mentale dimostrano di poter essere efficaci, accessibili, convenienti sotto il profilo costo-beneficio.
Obiettivo 1	Definire le linee di indirizzo e gli strumenti di lavoro per una comune collaborazione, anche tenuto conto dei nuovi dispositivi organizzativi delle Cure primarie (AFT, nMGI, CAP) introdotti con la LR 17/2014, in modo da costruire relazioni stabili e diffuse tra gli operatori dei CSM e i MMG.
Obiettivo 2	Migliorare l'efficacia della gestione dei disturbi mentali nell'assistenza primaria (competenze relazionali, capacità e tempestività di riconoscimento dei disturbi e dei bisogni, scelta delle strategie terapeutiche, appropriatezza prescrittiva). Implementare percorsi di cura integrati tra cure primarie e specialistiche, con particolare riferimento ai disturbi mentali comuni, per livelli di complessità assistenziale ed omogenei sul territorio regionale
Obiettivo 3	Migliorare le modalità di scambio di informazioni sui pazienti trattati congiuntamente dai DSM e dalle Cure primarie (<i>referral/back-referral</i>)
Obiettivo 4	Migliorare la cura somatica dei pazienti in carico ai DSM
Obiettivo 5	Valutare la soddisfazione dell'utenza
Azioni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Attivare un coordinamento tecnico regionale per l'integrazione tra le Cure primarie ed i Servizi di salute mentale con il compito di redigere linee di indirizzo e individuare strumenti di lavoro per la comune collaborazione. Il coordinamento tecnico si attiverà, altresì, per la raccolta di buone pratiche, analisi di flussi dati e promozione di attività di formazione congiunta, anche con riferimento all'uso delle linee guida dell'OMS (mhGAP -IG). 2. Individuare modalità condivise per l'accesso, la valutazione e l'eventuale presa in carico di persone che presentano problemi di salute mentale tra cure primarie e specialistiche (<i>stepped care, consultation-liaison, care manager/collaborative care, visite mediche congiunte, modalità di comunicazione e di raccordo tra i livelli</i>), in particolare nell'ambito dei disturbi comuni e dei disturbi in età giovanile. 3. Condurre uno studio sull'utenza seguita in collaborazione tra MMG e DSM e sull'utenza con disturbi mentali comuni in carico agli MMG 4. Verificare l'appropriatezza dei percorsi di cura anche relativamente alla salute generale dell'utenza dei DSM; 5. Valutare la soddisfazione dell'utenza (campionamento significativo, strumenti validati e modalità di somministrazione scientifiche)

Risultati attesi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evidenza di un coordinamento tecnico regionale per l'integrazione tra le Cure primarie e i Servizi di salute mentale 2. Evidenza di percorsi codificati di cura integrati tra l'area delle cure primarie e l'area della salute mentale, con particolare riferimento ai disturbi mentali comuni e procedure formalizzate per il miglioramento della comunicazione tra professionisti 3. Aumento dei casi seguiti in collaborazione (2018-2020) 4. Identificazione di indicatori a livello regionale e aziendale per il monitoraggio dell'adeguatezza dei percorsi 5. Evidenza documentale di una valutazione <i>customer satisfaction</i> 			
	Cronoprogramma	2018	2019	2020
	Azione 1	X		
	Azione 2		X	
	Azione 3	X	X	X
	Azione 4		X	
Azione 5			X	

7.2 RETE INTEGRATA PER I DISTURBI NEUROPSICHICI IN INFANZIA E ADOLESCENZA

Obiettivo	Implementazione della rete integrata per la risposta ai bisogni assistenziali dei minori con disturbi neuropsichici e del neurosviluppo		
Razionale	<p>Il PANSM prevede come obiettivo prioritario in tema di salute mentale in infanzia e adolescenza, l'esistenza di una rete regionale integrata, omogenea e diffusa, di servizi per l'età evolutiva in grado di garantire percorsi specifici integrati e coordinati, per i disturbi neurologici, neuropsichici e psichiatrici dell'infanzia e dell'adolescenza.</p> <p>La LR 17/2014 individua le premesse per l'assetto organizzativo dei servizi per la salute mentale in età evolutiva, I successivi provvedimenti attuativi, DGR 1437/2015 recante "LR 17/2014 art 9, Principi e criteri per l'adozione degli atti aziendali" e DGR 929/2015 "Individuazione delle strutture complesse sanitarie della prevenzione, distrettuali e ospedaliere, nonché dei criteri standard per l'individuazione delle strutture semplici" hanno delineato il quadro delle strutture complesse di NPIA a livello regionale. In particolare la DGR 1437/2015 prevede che le funzioni territoriali di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza siano uniche a livello aziendale e assicurino l'attività per tutti i Distretti dell'Azienda,</p> <p>La rete dei servizi di NPIA assicura al minore l'individuazione precoce, la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato differenziato per intensità, complessità e durata con impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, garantendo la continuità di cura nei diversi setting (ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale, residenziale e ospedaliero) in sinergia con PLS e i MMG, l'area materno infantile dei Distretti con i Consultori familiari, la NPIA ospedaliera, i reparti ospedalieri di Pediatria, i DSM, le aree per la disabilità adulti, gli enti accreditati convenzionati e le comunità residenziali per minori, l'area sociale, educativa e giudiziaria.</p>		
Azioni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Implementazione assetto organizzativo previsto dagli atti regionali nelle diverse Aziende per quanto attiene alla NPIA 2. Attivazione Centri diurni differenziati per moduli di intervento e individuazione delle equipe funzionali, multiprofessionali adeguatamente formate 3. Coerente revisione dell'organizzazione degli interventi residenziali e semiresidenziali a livello regionale sulla base di una valutazione dei bisogni della popolazione minore e dell'offerta esistente 4. Definizione dei requisiti di autorizzazione e accreditamento della rete per i disturbi neuropsichici del bambino e dell'adolescente e successiva applicazione dei relativi procedimenti 5. Promozione di buone pratiche di collaborazione e integrazione tra strutture residenziali e semiresidenziali e servizi NPIA territoriali e ospedalieri 		
Risultati attesi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Attivazione delle NPIA aziendali in coerenza con i provvedimenti regionali 2. Attivazione Centri diurni 3. Censimento delle strutture presenti sul territorio e tipologia di assistenza erogata 4. Provvedimento che indica i requisiti di accreditamento della rete per i disturbi neuropsichici del bambino e dell'adolescente e relativa attuazione 5. Presenza di percorsi formalizzati di collaborazione e integrazione tra strutture residenziali e semiresidenziali e servizi NPIA territoriali e ospedalieri 		
Cronoprogramma	2018	2019	2020
Azione 1	X		
Azione 2	X		
Azione 3	X		
Azione 4		X	
Azione 5		X	X

7.3 I PERCORSI DI TRANSIZIONE DELLE CURE DAI SERVIZI PER L'ETÀ EVOLUTIVA A QUELLI PER L'ETÀ ADULTA E PERCORSI DI PRESA IN CARICO INTEGRATA DELL'ADOLESCENTE/GIOVANE ADULTO CON ESORDIO PSICOTICO

Obiettivo generale	Definizione dei percorsi di transizione delle cure dai servizi per l'età evolutiva a quelli per l'età adulta e percorsi di presa in carico integrata dell'adolescente/giovane adulto con esordio psicotico		
Razionale	<p>La fase di transizione da un servizio che eroga cure orientate all'età evolutiva verso un servizio che eroga cure orientate all'adulto non va considerato come un semplice "trasferimento" del soggetto una volta raggiunta la maggiore età, ma deve essere inteso come un passaggio dinamico che garantisca continuità, coordinamento, flessibilità, sensibilità in una dimensione multidisciplinare rivolta ad affrontare non solo le necessità cliniche, ma anche le esigenze psicosociali, educative e professionali dell'adolescente.</p> <p>Numerose evidenze scientifiche individuano in questa età di passaggio all'età adulta il rischio di sviluppare un disturbo mentale,. L'evoluzione e gli esiti della malattia psicotica sono in gran parte condizionati dalla tempestività e dalla qualità dell'intervento. Il ritardo del trattamento o interventi inappropriati possono infatti accrescere il rischio di cronicizzazione del disturbo ed essere responsabili di esiti invalidanti, Per quanto riguarda la risposta a situazioni di acuzie psichiatrica nell'adolescente/giovane adulto, in alcune Aziende sono state adottate soluzioni gestionali innovative, con applicazione di protocolli specifici e individuazione di equipe funzionali miste tra i servizi NPIA e i DSM.</p>		
Obiettivo 1	Migliorare l'organizzazione dei percorsi di transizione delle cure e le modalità di comunicazione e collaborazione tra NPIA, DSM, MMG		
Obiettivo 2	Migliorare l'identificazione precoce e la presa in carico integrata dell'adolescente/giovane adulto con esordio psicotico		
Azioni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formalizzazione di un percorso aziendale congiunto (NPIA, DSM, MMG) per la definizione della fase di transizione delle cure, che specifichi, altresì, le modalità di interazione e trasmissione dei dati e delle informazioni 2. Definizione del percorso di cura e presa in carico dei disturbi psichiatrici gravi all'esordio e nelle acuzie psichiatriche in adolescenti/giovani adulti (<i>rif. anche art. 39 LR 17/2014</i>) 3. Promozione di programmi aziendali di formazione rivolti a PLS, MMG, insegnanti per ottimizzare il sistema di identificazione precoce dei casi di soggetti ad alto rischio e/o con esordio psicotico (<i>rif. anche a Piano prevenzione</i>) e di sensibilizzazione rivolti a gruppi <i>target</i> 4. Realizzazione di modelli innovativi di intervento integrato dedicati agli adolescenti e ai giovani adulti 		
Risultati attesi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evidenza dei percorsi aziendali integrati per la fase di transizione delle cure 2. Formalizzazione del percorso a livello aziendale per la cura e la presa in carico dei disturbi psichiatrici gravi all'esordio e nelle acuzie psichiatriche in adolescenti/giovani adulti 3. Numero eventi e operatori formati 4. Evidenza di modelli innovativi sperimentati a livello aziendale 		
Cronoprogramma	2018	2019	2020
Azione 1	X		
Azione 2		X	
Azione 3	X	X	X
Azione 4			X

7.4 L'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI E I PROGRAMMI DI ABILITAZIONE, RIABILITAZIONE, FORMAZIONE ED INTEGRAZIONE SOCIALE

Obiettivo generale	Definizione dell'organizzazione dei servizi di salute mentale per livelli di intensità riabilitativa e assistenziale e di una metodologia comune per l'attuazione di programmi articolati di abilitazione, riabilitazione, formazione ed integrazione sociale		
Razionale	<p>In FVG sono state implementate diverse strategie abilitative/riabilitative orientate a favorire l'autonomia della persona, in modo che gestisca lo spazio della relazione terapeutica, non come fruitore passivo di situazioni costruite da chi "sa cosa va bene per lui", ma come soggetto attivo che vive, conosce il suo stato e rispetto a questo stato è in grado di ridefinirsi, anche entrando contrattualmente e dialetticamente nell'operatività del processo abilitativo. In quest'ottica nell'ambito della residenzialità si è determinato, qualora possibile, il progressivo passaggio verso l'abitare inclusivo con gradi differenziati di supporto alla persona. Ciò ha comportato il mantenimento della continuità terapeutica, della regia e della supervisione da parte dell'equipe del CSM di riferimento territoriale. Nell'ambito dell'organizzazione e del funzionamento dei servizi è intendimento avviare un processo di autorizzazione e accreditamento dei servizi per la salute mentale, adeguato alla cultura e allo sviluppo delle buone pratiche implementate a livello regionale, nonché all'articolazione e funzionamento dell'attuale rete dei servizi regionali.</p> <p>Nell'ambito dello sviluppo della metodologia BIS per il finanziamento dei PTRI, nell'ottica del supporto e ripristino delle funzioni sociali delle persone e, più in generale, dello sviluppo di sinergie per migliorare la coesione sociale e la qualità dei contesti di vita, si evidenzia il ruolo del partenariato con il privato sociale nell'ambito della progettazione di interventi di abilitazione e riabilitazione in particolare nell'ambito degli inserimenti lavorativi, l'abitare inclusivo e più in generale per tutte quelle attività di intervento sul contesto di vita delle persone e a livello di comunità.</p> <p>Lo strumento dei BIS, attualmente utilizzato nell'ambito della riabilitazione/abilitazione in età adulta, va favorevolmente esteso anche ai percorsi rivolti ai minori.</p>		
Obiettivo 1	Definizione dei requisiti di autorizzazione e accreditamento della rete di offerta dei servizi riabilitativi e assistenziali, in coerenza con le indicazioni nazionali ed internazionali, differenziata per livelli di intensità riabilitativa e assistenziale su base quanto più individualizzata.		
Obiettivo 2	Definizione di linee di indirizzo regionali per le progettualità di abitare inclusivo.		
Obiettivo 3	Definizione delle metodologie di valutazione dei soggetti beneficiari dei programmi di abilitazione, riabilitazione, formazione ed integrazione sociale, in collaborazione con gli enti partner.		
Azioni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definire requisiti di autorizzazione e accreditamento della rete di offerta dei servizi per la salute mentale, tenendo conto della specificità regionale e dei principi di <i>recovery-oriented care</i> 2. Definire linee di indirizzo sulle progettualità di abitare inclusivo 3. Gruppo tecnico per l'accompagnamento delle procedure BIS Valutazione standardizzata della metodologia dei BIS in relazione alle risorse impiegate. Previsione dei BIS anche per l'età evolutiva 		
Risultati attesi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Requisiti di autorizzazione e accreditamento della rete di offerta dei servizi per la salute mentale 2. Linee di indirizzo regionali su abitare inclusivo 3. Documento di valutazione sulla metodologia dei BIS, con particolare riferimento alle risorse impiegate. BIS previsti anche per l'età evolutiva 		
Cronoprogramma	2018	2019	2020
Azione 1	X	X	
Azione 2	X		
Azione 3	X		

7.5 LE EMERGENZE IN SALUTE MENTALE

Obiettivo	Definizione e aggiornamento delle procedure condivise con le agenzie dell'emergenza (età adulta ed età evolutiva)		
Razionale	<p>Il Piano regionale dell'emergenza urgenza, di cui alla DGR 2039/2015, definisce che tra le componenti sostanziali dell'assistenza primaria che devono realizzare integrazione funzionale con i servizi dell'Emergenza Urgenza, è individuata la salute mentale. I DSM governano i percorsi della domanda che può evolvere in urgenza ed emergenza psichiatrica e le relative risposte, così come definito nel suddetto Piano. Nel Piano sono, altresì, individuate linee e modalità di intervento per quanto riguarda i TSO e gli ASO, in coerenza con il documento della Conferenza delle regioni e delle province autonome, Rep. 09/038/CR/C7 emanato nel 2009 "Raccomandazioni in merito all'applicazione di accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale - art. 33, 34, 35 legge 23 dicembre 1978, n. 833".</p> <p>Al fine di dare omogeneità di comportamento è necessario che le Aziende tengano conto delle raccomandazioni contenute nel Piano regionale di cui alla DGR 2039/2015 e nel documento nazionale suddetto e che la Regione monitori l'applicazione di dette raccomandazioni, in particolare per quanto riguarda la stesura e l'applicazione di protocolli operative locali inter-istituzionali.</p> <p>La gestione dell'Emergenza Urgenza in età evolutiva richiede di fornire risposte pronte, secondo percorsi codificati a situazioni che si possono presentare con i caratteri dell'urgenza o a problematiche psichiatrico-comportamentali che spesso costituiscono un'emergenza.</p> <p>Nell'area della risposta alla crisi e della prevenzione del ricovero ospedaliero, possono essere sperimentate soluzioni innovative di trattamento e supporto domiciliare.</p>		
Azioni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Proposta di costituzione di un tavolo inter-istituzionale regionale per la gestione delle emergenze psichiatriche e dei TSO, e indicazioni per le procedure operative locali. 2. Formazione degli operatori coinvolti nelle emergenze 3. Sperimentazione di modelli innovativi di collaborazione in risposta a situazioni di crisi e loro valutazione 4. Per l'età evolutiva, ogni Azienda predispose un percorso concordato e formalizzato tra le varie strutture coinvolte (Servizi NPIA, PS/Medicina d'urgenza, reparti di Pediatria, DSM, Servizi per le Dipendenze, servizi di Emergenza Urgenza) 		
Risultati attesi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Operatività del tavolo inter-istituzionale regionale 2. N. corsi e n. operatori formati 3. Evidenza di sperimentazioni e relativa valutazione 4. Evidenza a livello aziendale dei percorsi formalizzati 		
Cronoprogramma	2018	2019	2020
Azione 1/2		X	
Azione 3		X	
Azione 4	X		

7.6 IL SUICIDIO E LA SUA PREVENZIONE

Obiettivo generale	Prevenzione del suicidio e del tentato suicidio		
Razionale	<p>Il suicidio è un problema rilevante di salute pubblica, essendo la quindicesima causa di morte a livello mondiale e la seconda in Europa nei giovani sotto i 20 anni. Si sottolinea l'opportunità di prevenire i suicidi tramite interventi tempestivi e scientificamente fondati.</p> <p>La Regione FVG ha un tasso medio di suicidio più alto rispetto all'Italia (8,5 suicidi su 100.000 abitanti nel 2015 a fronte di un tasso italiano attorno ai 5), sebbene in calo rispetto ai tassi precedenti al 2006. Il numero di suicidi nei minori registrato in FVG nel periodo 2005-2014 è di 9 casi che si concentrano nella fascia d'età 15-18 anni.</p> <p>La messa in atto di strategie preventive di tipo primario e secondario vanno implementate a livello regionale mediante il coordinamento e la collaborazione tra le diverse componenti sanitarie e sociali, il terzo settore, la scuola, il lavoro e il contesto di vita della persona.</p> <p>Tali strategie devono accompagnarsi a programmi specifici di formazione rivolti agli operatori, sui comportamenti a rischio suicidario autolesivo e sulla individuazione e gestione delle situazioni a rischio.</p>		
Obiettivo 1	Mappatura dei tassi di suicidio standardizzati per sesso ed età a livello delle varie aree del territorio regionale.		
Obiettivo 2	Miglioramento delle strategie di prevenzione del suicidio nella popolazione generale (prevenzione primaria) e nelle persone ad alto rischio di suicidio (prevenzione secondaria), con particolare attenzione ai minori, alle persone con dipendenza da alcol e sostanze legali e con vulnerabilità sociale.		
Obiettivo 3	Miglioramento della prevenzione del suicidio nelle persone detenute.		
Azioni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaborazione di dati epidemiologici sui tassi di suicidio conclamato, e di tentato suicidio, standardizzati per sesso ed età e studio dei determinati sociali che maggiormente impattano sul fenomeno del suicidio. 2. Ricognizione di procedure già messe in atto a livello delle diverse Aziende per la prevenzione dei comportamenti suicidari e implementazione di procedure di prevenzione innovative, in particolare nei minori, nelle popolazioni più vulnerabili e nelle aree individuate come più critiche. 3. Elaborazione di un programma operativo di prevenzione del rischio autolesivo e suicidario in carcere (vedi Accordo Conferenza Unificata, Rep. N. 5/cu del 19/01/2012) e sua implementazione. 4. Formazione degli operatori sanitari e penitenziari secondo modelli già sperimentati 		
Risultati attesi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aggiornamento mappatura tassi di suicidio conclamato e tentato suicidio, standardizzata per sesso ed età e mappatura fattori sociali di rischio. 2. Evidenza documentale delle procedure aziendali e della riduzione dei suicidi e dei tentati suicidi nella popolazione generale 3. Evidenza del programma locale di prevenzione del suicidio in carcere e attuazione e verifica della riduzione dei tassi di suicidio e tentato suicidio a livello della popolazione carceraria 4. Numero eventi formativi e numero operatori formati 		
Cronoprogramma	2018	2019	2020
Azione 1	X		
Azione 2			X
Azione 3		X	X
Azione 4	X	X	

7.7 COMORBIDITÀ TRA DISTURBI PSICHICI, UTILIZZO DI SOSTANZE PSICOTROPE E PATOLOGIA DA DIPENDENZA

Obiettivo generale	Miglioramento del trattamento dei disturbi psichici in comorbidità con l'uso di sostanze psicotrope e la patologia da dipendenza
Razionale	<p>A livello regionale lo sviluppo dei processi di integrazione tra i Servizi per le dipendenze, i Servizi per la salute mentale in età adulta e quelli per l'età evolutiva appare molto differenziato ed emerge la carenza di percorsi più strutturati e formalizzati, idonei a superare l'informalità e a garantire risposte quali-quantitativamente omogenee in favore della popolazione. Appare particolarmente importante l'individuazione di percorsi di presa in carico congiunta degli adolescenti e dei giovani adulti con problematiche di tipo psichico e da uso di sostanze, dove occorre individuare procedure condivise tra i Servizi di NPIA, i DSM, le aree materno infantili dei Distretti e i Servizi per le dipendenze. A questo proposito dovrebbero essere attivati a livello locale gruppi di lavoro congiunti, formati dai referenti dei diversi servizi, per monitorare l'applicazione dei protocolli ed approfondire aspetti teorici ed operativi particolari, al fine di implementare progetti/équipe integrati/e per la presa in carico.</p> <p>Appare necessario definire i percorsi di cura relativi alla comorbidità, andando verso la costruzione di una "rete di patologia" (LR 17/2014), che preveda una valutazione multidimensionale e multiprofessionale, al fine di consentire la condivisione di un progetto di cura personalizzato. Appare necessario aggiornare anche le aree di comorbidità includendo le nuove droghe, i cannabinoidi ad alta concentrazione, gli abusi e i poliabusi oltre alle dipendenze in senso stretto. Inoltre è necessaria l'individuazione di procedure condivise di collaborazione con i servizi di Emergenza Urgenza, con i reparti di Medicina d'Urgenza, Rianimazione e Terapia Intensiva per le situazioni di acuzie.</p>
Obiettivo 1	Definizione della rete di patologia in tema "comorbidità tra disturbi psichiatrici e dipendenze" (art. 39 LR 17/2014), con attenzione particolare alla situazione emergente della comorbidità con poliabusi di sostanze.
Obiettivo 2	Miglioramento della collaborazione tra Servizi per le dipendenze, DSM e NPIA nella gestione della crisi (nelle urgenze, Servizio di Emergenza Urgenza e SPDC)
Obiettivo 3	Sperimentazione di progetti/equipe funzionali integrati per la presa in carico dei minori e dei giovani adulti con problematiche di comorbidità (Servizi per le Dipendenze, NPIA, DSM e aree materno-infantili dei Distretti).

Azioni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaborazione di un documento di rete di patologia da parte di un gruppo tecnico di lavoro integrato, La metodologia di lavoro prenderà in considerazione la popolazione target, l'analisi dei bisogni, i protocolli in essere, le criticità, Il documento di rete deve prevedere: <ul style="list-style-type: none"> - modalità di trattamento appropriato EBM; - continuità assistenziale; - strumenti informativi, flussi, valutazione processi ed esiti; - formazione. 2. Studio dei dati epidemiologici relativi agli accessi in PS e in SPDC per problematiche correlate al consumo di sostanze, per fasce orarie e valutazione delle procedure di collaborazione in atto nelle diverse Aziende per la gestione delle situazioni critiche; 3. Analisi di fattibilità delle soluzioni organizzative da adottare nella gestione della crisi e elaborazione di uno schema di protocollo regionale per la gestione congiunta delle crisi 4. Messa in atto delle sperimentazioni di progetti/equipe funzionali integrati per la presa in carico dei minori e dei giovani adulti con problematiche di comorbidità, in ciascuna Azienda, secondo modalità adeguate al contesto territoriale ed alla cornice organizzativa, e loro valutazione di esito. 5. Formazione congiunta degli operatori delle dipendenze, della salute mentale età adulta ed età evolutiva, dell'ospedale e dell'area Cure primarie, sulle comorbidità in questione, con particolare riguardo agli adolescenti e ai giovani adulti. 		
Risultati attesi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Approvazione documento Rete di patologia 2. Evidenze dello studio (dati epidemiologici e procedure di collaborazione in atto) con riferimento alle gestioni delle crisi 3. Evidenza dello schema di protocollo regionale per la gestione congiunta delle situazioni critiche 4. Evidenza sperimentazioni in ogni Azienda 5. Formazione congiunta realizzato in tutte le Aziende 		
Cronoprogramma	2018	2019	2020
Azione 1		X	
Azione 2	X		
Azione 3		X	
Azione 4		X	X
Azione 5		X	

7.8 SVILUPPO SISTEMA INFORMATIVO

Obiettivo generale	Implementazione di un sistema informativo unico regionale per la salute mentale /età evolutiva, età adulta che fornisca elementi utili ai fini clinici, programmatori e di ricerca		
Razionale	<p>Attualmente nell'ambito della salute mentale non si dispone di un sistema informativo unico per NPIA e DSM, Inoltre l'attuale sistema informativo per la salute mentale adulti presenta diversi limiti che riguardano l'omogeneità delle informazioni imputate e la mancanza di interfaccia con altri sistemi. I servizi territoriali preposti alla salute mentale in età evolutiva provvede in maniera autonoma alla raccolta e organizzazione dei dati, a volte utilizzando strumenti informativi locali non reciprocamente interfacciabili. Ne deriva la mancanza di un'unica base dati e l'impossibilità di gestione integrata di tutte le informazioni utili ai fini clinici, programmatori e di ricerca.</p> <p>Si evidenzia come la disponibilità di informazioni o di programmi di sorveglianza sanitaria consente di monitorare l'attuazione delle misure ed i progressi compiuti nella erogazione di servizi. A tal fine si individuano i seguenti requisiti per un sistema informativo regionale per la salute mentale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sistema informativo unico per NPIA e DSM; - capacità di rispondere ai flussi ministeriali obbligatori per legge; - sistema in grado di rispondere non solo alle esigenze amministrative, ma anche di dare elementi utili per la valutazione dei processi e degli esiti - sistema aperto, ovvero capace di interfacciarsi con altri gestionali già in utilizzo. 		
Azioni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Attivazione gruppo tecnico per la definizione dei requisiti tecnici per stesura Capitolato di gara e condivisione con i referenti dei DSM e delle NPIA 2. Acquisizione del gestionale che risponde ai requisiti individuati 3. Implementazione del sistema informativo regionale unico per la salute mentale a livello di ogni Azienda 4. Formazione degli operatori all'utilizzo del nuovo gestionale 5. Condivisione indicatori di esito e strumenti di valutazione e di testistica e integrazione nel sistema informativo 6. Sviluppo di collaborazioni tra Università e Servizi di salute mentale per la produzione di progetti che valorizzino le esperienze innovative della Regione nel campo della salute mentale. 		
Risultati attesi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evidenza dei requisiti tecnici nel Capitolato di gara condivisi nell'ambito del gruppo tecnico 2. Gestionale acquisito e disponibile presso le Aziende 3. Sistema informativo unico implementato 4. Corsi effettuati in ogni Azienda 5. Evidenza degli indicatori di esito e degli strumenti di valutazione e di testistica 6. Evidenza di progetti di collaborazione 		
Cronoprogramma	2018	2019	2020
Azione 1	X		
Azione 2	X		
Azione 3		X	
Azione 4		X	
Azione 5			X
Azione 6			X

8 GLI ALTRI OBIETTIVI DI INTERVENTO SU POPOLAZIONE VULNERABILE – SCHEDE OBIETTIVO

- 8.1. Definizione di percorsi per la presa in carico dei problemi di salute mentale nella popolazione migrante (adulti e minori)
- 8.2. Miglioramento dei percorsi distrettuali integrati per la popolazione anziana con disturbi mentali
- 8.3. Miglioramento dell'assistenza penitenziaria in salute mentale per pazienti autori di reato
- 8.4. Definizione di percorsi integrati di cura per la presa in carico nell'area della disabilità in una strategia di sistema

8.1 DEFINIZIONE DI PERCORSI PER LA PRESA IN CARICO DEI PROBLEMI DI SALUTE MENTALE NELLA POPOLAZIONE MIGRANTE (ADULTI E MINORI)

Obiettivo generale	Definizione di percorsi per la presa in carico dei problemi di salute mentale nella popolazione migrante (adulti e minori)		
Razionale	<p>L'Italia è il quinto paese al mondo per numero di richiedenti asilo. Nell'ambito della popolazione migrante, uno dei gruppi maggiormente a rischio e su cui è più difficile intervenire sono proprio le persone richiedenti protezione internazionale con problemi di salute mentale. La complessità già insita nei disturbi psichici, è resa ancora più complicata dalle esperienze pre-migratorie e migratorie, spesso traumatiche, e dalle esperienze post-migratorie, talvolta ancora più difficili da affrontare. I problemi psichici nei migranti presentano differenze rispetto alla popolazione autoctona, in quanto la malattia mentale è ampiamente influenzata da fattori etnici, culturali e sociali, La stigmatizzazione della malattia mentale spesso rappresenta, inoltre, un deterrente nell'accesso alle cure per queste patologie, L'accesso alle cure specialistiche, infatti, risulta spesso più complicato che per la popolazione generale.</p> <p>Attualmente l'accesso ai servizi di salute mentale nei migranti avviene attraverso il coinvolgimento di servizi sociali e associazionismo e il ricorso inappropriato, in prima battuta, al SPDC, La risposta ai bisogni di salute mentale di questa popolazione dovrebbe seguire il percorso di presa in carico da parte dei servizi distrettuali, di norma, attraverso il coinvolgimento delle cure primarie, al fine di un corretto inquadramento delle condizioni di salute complessive del soggetto.</p>		
Obiettivo	Migliorare la presa in carico precoce dei migranti con problemi di salute mentale da parte dei servizi attraverso una maggiore sensibilizzazione degli operatori dell'accoglienza (operatori sanitari / enti di accoglienza)		
Azioni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ricognizione dei migranti in età adulta e in età evolutiva in carico ai Servizi per la salute mentale 2. Promuovere programmi di formazione per operatori dell'accoglienza sui segnali imputabili a sospetti disturbi mentali e per i mediatori culturali in tema di comunicazione con persone con sospetto disturbo mentale 3. Favorire sinergie tra operatori delle cure primarie, servizi psichiatrici, enti di accoglienza, con focus sulla popolazione migrante (adulti e minori) con problemi di salute mentale, con attenzione ai minori non accompagnati con disturbi psichici di adattamento post traumatico da stress 		
Risultati attesi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evidenza di un report 2. Numero corsi di formazione e numero operatori formati 3. Evidenza documentale di percorsi di collaborazione a livello aziendale tra gli attori coinvolti e i servizi 		
Cronoprogramma	2018	2019	2020
Azione 1	X		
Azione 2		X	
Azione 3			X

8.2 MIGLIORAMENTO DEI PERCORSI DISTRETTUALI INTEGRATI PER LA POPOLAZIONE ANZIANA CON DISTURBI MENTALI

Obiettivo generale	Miglioramento dei percorsi distrettuali integrati per la popolazione anziana con disturbi mentali		
Razionale	<p>Nei Paesi avanzati la popolazione anziana sta rapidamente aumentando, riflettendo un significativo miglioramento delle condizioni sanitarie e sociali, In tarda età sono frequenti poli-patologie di carattere somatico, problemi di natura sociale e disturbi mentali, tra cui la demenza, che richiedono una particolare gestione assistenziale e un approccio ai problemi sia di natura specialistica che con modalità multidisciplinare. Di rilievo sono quelle patologie mentali che comportano una elevata quota di stress, sia a carico dei pazienti che dei <i>caregivers</i>. In ogni caso, l'inquadramento, la gestione e il monitoraggio del singolo caso richiedono una collaborazione integrata, che comprende organizzazione sanitaria, sociale e familiare, essendo l'anziano affetto da disturbi mentali spesso portatore di numerosi problemi sia di ordine psicologico che fisico.</p> <p>Dal punto di vista epidemiologico, le patologie mentali più frequenti nell'anziano sono la depressione e le demenze, su cui gli obiettivi sono più focalizzati.</p>		
Obiettivo 1	Miglioramento dell'interazione tra i Servizi per la presa in carico della popolazione anziana con disturbi mentali (MMG, Distretto, DSM)		
Obiettivo 2	Miglioramento dell'interazione tra i Servizi (Cure primarie, Distretto, DSM) per le persone anziane affette da quadri di demenza, con particolare attenzione al supporto ai <i>caregivers</i>		
Azioni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ricognizione dei programmi e delle procedure in corso nelle Aziende dedicate alle persone anziane affette da disturbi mentali e/o da quadri di demenza 2. Implementazione di linee di indirizzo regionali per i percorsi integrati rivolti alla popolazione anziana con disturbi mentali e/o quadri di demenza 3. Iniziative di formazione/informazione e di supporto ai <i>caregivers</i> 		
Risultati attesi	<ol style="list-style-type: none"> 1.2. Evidenza linee di indirizzo regionali per i percorsi integrati rivolti alla popolazione anziana con disturbi mentali e/o quadri di demenza 3. Corsi effettuati in ogni Azienda 		
Cronoprogramma	2018	2019	2020
Azione 1		X	
Azione 2			X
Azione 3			X

8.3 MIGLIORAMENTO DELL'ASSISTENZA PENITENZIARIA IN SALUTE MENTALE PER PAZIENTI AUTORI DI REATO

Obiettivo generale	Miglioramento dell'assistenza penitenziaria per quanto riguarda la salute mentale dei soggetti autori di reato		
Razionale	<p>Le Aziende per l'assistenza sanitaria e le Aziende sanitarie universitarie integrate sono titolari delle funzioni di gestione di tutte le attività sanitarie rivolte alle persone detenute.</p> <p>Nel corso del 2017 le Aziende, attraverso propri referenti hanno lavorato a livello regionale, congiuntamente all'amministrazione penitenziaria e alla Magistratura di sorveglianza, per la predisposizione di un piano regionale per la prevenzione del rischio suicidario e autolesivo in carcere e la declinazione dello stesso a livello locale.</p> <p>Per quanto riguarda i minori/giovani adulti con problemi psichici e di tossicodipendenza, nel 2017 è stato sottoscritto un protocollo interistituzionale tra Regione e Centro Giustizia Minorile finalizzato alla presa in carico e al percorso di inserimento in comunità. Il Programma regionale di superamento degli OPG prevede l'individuazione di tre strutture sanitarie regionali per l'accoglienza di persone con misure di sicurezza detentiva del ricovero in OPG/REMS, per un fabbisogno complessivo di 10 posti. Il programma non riguarda solamente l'operatività delle strutture su indicate, ma il più ampio contesto di prevenzione e di fronteggiamento delle situazioni di rischio di internamento in REMS, in coerenza con le normative nazionali in materia.</p>		
Azioni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Attuazione del modello organizzativo di assistenza negli Istituti di pena e monitoraggio dei servizi implementati nell'ambito della salute mentale 2. Definizione, attuazione e monitoraggio dei Piani locali di prevenzione del rischio suicidario ed autolesivo negli istituti penitenziari 3. Formazione specifica ed integrata, rivolta al personale della sanità e della giustizia 4. Attuazione del Protocollo interistituzionale tra Regione e Centro giustizia minorile per la presa in carico e l'inserimento in comunità di minori/giovani adulti con problemi psichici e di dipendenza 5. Monitoraggio dei pazienti accolti in REMS (strumenti di riabilitazione e tempi di dimissione) 		
Risultati attesi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evidenza di presa in carico di detenuti con problemi di salute mentale 2. Evidenza dei Piani locali di prevenzione del rischio suicidario e autolesivo e monitoraggio 3. Attivazione percorsi di formazione specifica 4. Definizione dei referenti aziendali per la presa in carico e l'inserimento in comunità di minori con problemi psichici e/o di dipendenza e attività di monitoraggio sulla casistica dei minori inseriti in comunità 5. Report di monitoraggio sull'attività delle REMS che comprende: n. nuovi ingressi, n. giornate di assistenza in struttura, n. ingressi/anno in struttura, % proroghe delle misure di sicurezza, n. interventi attivati per persone con misure di sicurezza. 		
Cronoprogramma	2018	2019	2020
Azione 1	X		
Azione 2	X		
Azione 3	X	X	
Azione 4	X		
Azione 5	X	X	X

8.4 DEFINIZIONE DI PERCORSI INTEGRATI DI CURA PER LA PRESA IN CARICO NELL'AREA DELLA DISABILITÀ PSICHICA IN UNA STRATEGIA DI SISTEMA

Obiettivo generale	Definizione di percorsi integrati di cura per la presa in carico nell'area della disabilità in una strategia di sistema: disabilità intellettiva e disturbi dello spettro autistico		
Razionale	<p>La maggior parte degli studi ha dimostrato che il 20-40% delle persone con disabilità intellettiva ha qualche forma di disturbo psichiatrico. Dalla letteratura emerge che nelle persone con disabilità intellettiva grave sono comuni disturbi del comportamento e autismo e che le psicosi, in questi casi, sono spesso difficili da diagnosticare in quanto gli individui non sono capaci di verbalizzare esperienze complesse.</p> <p>Dai dati recenti di letteratura, la prevalenza dei disturbi dello spettro autistico è di una persona su 160, con un enorme impatto in termini di anni persi per disabilità. La particolare pervasività della sindrome è associata ad un andamento cronico del quadro patologico che determinano condizioni di disabilità, con gravi limitazioni nelle autonomie e nella vita sociale sia nell'età evolutiva che nell'età adulta.</p> <p>Ciò premesso, la presa in carico delle persone con disabilità intellettiva e le persone con disturbi dello spettro autistico prevede un approccio multidisciplinare all'interno di una rete integrata di servizi sanitari, sociali e del terzo settore, con il coinvolgimento e il supporto attivo delle famiglie e del contesto di vita, I servizi concorrono a questa rete per il soddisfacimento dei bisogni di salute mentale.</p>		
Azioni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Censimento delle persone con disabilità in carico ai DSM e alle NPIA per categoria diagnostica (disabilità intellettiva e disturbi dello spettro autistico) 2. Censimento e analisi dei percorsi già in essere a livello aziendale nell'ambito della disabilità psichica 3. Elaborazione di strategie integrate tra Distretti, MMG, PLS, Servizi Sociali dei Comuni, DSM e NPIA per migliorare la presa in carico delle persone con disabilità psichica <p>Definizione di linee di indirizzo regionali per i disturbi dello spettro autistico in età adulta.</p>		
Risultati attesi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Report dati relativi all'utenza con disabilità in carico o assunti in cura dai DSM e NPIA 2, 3. Evidenza documentale di attivazione di strategie integrate tra Distretti, MMG, PLS, Servizi sociali dei Comuni, DSM e NPIA, per la presa in carico delle persone con disabilità psichica. <p>Approvazione linee di indirizzo regionali per i disturbi dello spettro autistico in età adulta</p>		
Cronoprogramma	2018	2019	2020
Azione 1		X	
Azione 2,3	X	X	X

IL SEGRETARIO GENERALE

L'ASSESSORE ANZIANO