



*Presidenza del Consiglio dei Ministri*

**REGIONE CALABRIA**

**Oggetto:** Approvazione “Piano Azione Regionale per la Salute Mentale 2022-2025”.

**Codice Proposta: 68537**

**N°. 18 DEL 24/01/2025**

**Dichiarazione di conformità della copia informatica**

Il presente documento, ai sensi dell’art. 23-bis del CAD e successive modificazioni è copia conforme informatica del provvedimento originale in formato elettronico, firmato digitalmente, conservato in banca dati della Regione Calabria.

I Dirigenti responsabili, previo controllo degli atti richiamati, attesta la regolarità amministrativa nonché la legittimità del decreto e la sua conformità alle disposizioni di legge e di regolamento comunitarie, nazionali e regionali

Sottoscritto dal settore 7 -assistenza territoriale – salute nelle  
carceri – sistema delle emergenze-urgenze  
Dott. LUCIA FRANCESCO  
(con firma digitale)

Sottoscritto dal Direttore di Dipartimento  
Dott CALABRÒ TOMMASO  
(con firma digitale)

## IL COMMISSARIO AD ACTA

**VISTO** l'articolo 120, comma 2, della Costituzione;

**VISTO** l'articolo 8, comma 1, della legge 5 giugno 2003, n.131;

**VISTO** l'Accordo sul Piano di rientro della Regione Calabria, perfezionato tra il Ministro della salute, quello dell'Economia e delle Finanze e il Presidente p.t. della Regione Calabria, in data 17 dicembre 2009 e poi recepito con DGR n. 97 del 12 febbraio 2010;

**VISTO** l'articolo 4, commi 1 e 2, del D.L. 1° ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 novembre 2007, n. 222;

**VISTA** la legge 23 dicembre 2009, n. 191 e, in particolare, l'articolo 2, commi 80, 88 e 88 bis;

**VISTA** la delibera del Consiglio dei Ministri del 4 novembre 2021, con la quale il Dott. Roberto Occhiuto è stato nominato quale Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e ss.mm.ii., confermando i contenuti del mandato commissariale affidato con deliberazione del 27 novembre 2020;

**VISTA** la delibera del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 23 dicembre 2021 con la quale si è integrato il mandato commissariale attribuito, con la deliberazione del 4 novembre 2021, che confermava il mandato commissariale del 27 novembre 2020;

**VISTA** la delibera del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 15 giugno 2022, con la quale il dott. Ernesto Esposito è stato nominato sub-commissario unico per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario della Regione Calabria, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale, ai sensi della deliberazione del Consiglio dei Ministri del 4 novembre 2021;

**VISTA** la delibera del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 18 settembre 2023, con la quale l'ing. Iole Fantozzi è stata nominata ulteriore sub-commissario per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario della Regione Calabria, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale ai sensi della deliberazione del Consiglio dei Ministri del 4 novembre 2021, suddividendo i compiti con quelli attribuiti al Sub – commissario dott. Ernesto Esposito già in precedenza nominato.

### VISTI

- l'art. 32 della Costituzione italiana;
- l'art. 118, comma 4 della Costituzione italiana;
- la legge 23 dicembre 1978, n. 833 e s.m.i., recante *“Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale”*;
- il D.lgs. n. 502/1992 e s.m.i, recante *“Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”*;
- la Legge n. 328/2000 avente ad oggetto la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, la quale definisce i principi generali del sistema integrato di interventi e servizi sociali, ponendo al centro i bisogni delle persone più fragili e prevedendo una presa in carico basata su progetti personalizzati;
- il DPCM del 14 febbraio 2001, il quale specifica che l'assistenza sociosanitaria è *“prestata alle persone che presentano bisogni di salute che richiedono prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale, anche di lungo periodo, sulla base di progetti personalizzati redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali”* (art. 2, c. 1), e stabilisce che tale assistenza venga erogata attraverso i Distretti Sanitari;
- L.R. 19 marzo 2004, n. 11 *“Piano Regionale per la Salute 2004/2006”* e s.m.i. che, individua, in coerenza con il piano sanitario nazionale, gli strumenti per assicurare lo sviluppo dei servizi di

prevenzione collettiva, dei servizi ospedalieri in rete, dei servizi sanitari territoriali e la loro integrazione con i servizi di assistenza sociale;

- il DPGR n. 31 del 7 Marzo 2013, avente oggetto “Linee di indirizzo per la Tutela della Salute Mentale”;
- l’Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità montane sul documento “*Piano di Azione Nazionale per la Salute Mentale (PANSM)*”, sancito nella seduta del 24 gennaio 2013 (Rep. Atti n. 4/CU) che individua le aree di bisogno prioritarie, i percorsi di cura e le azioni programmatiche di tutela della salute mentale;
- il DCA n. 138 del 31/12/21 avente ad oggetto “*Obiettivi PSN - Recepimento Accordo Stato Regioni del 4 agosto 2021 (Rep. Atti n. 150/CSR) - Intesa Stato/Regioni del 4 agosto 2021 (Rep. Atti n. 153/CSR). Assegnazione somme alle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere. Approvazione Linee progettuali anno 2021 e relazione anno 2020*”;
- il DCA n. 162 del 18/11/2022 avente ad oggetto “*Approvazione Programma Operativo 2022-2025 predisposto ai sensi dell’articolo 2 comma 88, della L. 23 dicembre 2009 n. 191 e s.m.i.*”;
- il DCA n. 91 del 22/03/2023, avente ad oggetto “*Istituzione del Coordinamento Regionale per la salute mentale in età evolutiva e adulta – Programma Operativo 2022-2025*”;
- il DCA n. 180 del 27/06/2023 avente ad oggetto: “Recepimento Intesa tra il Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano del 25 luglio 2019 (Rep. atti n. 70) "Linee di indirizzo sui disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell’infanzia e della adolescenza”.

**PREMESSO CHE** in conformità con quanto stabilito nel Programma Operativo 2022-2025, è stato affidato al “*Coordinamento Regionale per la Salute Mentale in età evolutiva e adulta*” il compito di elaborare il “*Piano d’Azione Regionale per la Salute Mentale*”, in linea con il principio di sussidiarietà orizzontale sancito dall’art. 118, quarto comma, della Costituzione;

#### **CONSIDERATO CHE**

- è necessario garantire il raggiungimento uniforme, su tutto il territorio nazionale, degli obiettivi previsti dal “*Piano di Azione Nazionale per la Salute Mentale (PANSM)*”;
- la tutela della salute mentale rappresenta una priorità strategica nella programmazione di interventi sanitari e socio-riabilitativi, soprattutto alla luce degli effetti della pandemia da COVID-19, che ha determinato un aumento di patologie mentali connesse a fattori come insicurezza finanziaria, disoccupazione, perdita di abitudini consolidate (momenti di socializzazione, esercizio fisico, accesso ai servizi sanitari).

**PRESO ATTO** che i componenti del Coordinamento Regionale per la salute mentale in età evolutiva e adulta, a seguito di numerosi incontri proposti dal Dirigente del Settore, in qualità di Coordinatore regionale, i cui verbali risultano in atti, hanno elaborato e definito il documento avente ad oggetto “*Piano Azione Regionale per la salute mentale 2022-2025*”.

**RITENUTO**, pertanto, di approvare il documento intitolato “*Piano Azione Regionale per la Salute Mentale 2022-2025*”, finalizzato a potenziare il sistema regionale della salute mentale attraverso la collaborazione tra istituzioni pubbliche, soggetti del privato accreditato e Enti del Terzo Settore, favorendo una governance più efficace, l’integrazione interdisciplinare tra i servizi di salute mentale e gli altri servizi sanitari territoriali, ospedalieri, universitari e socio-assistenziali, e mettendo in atto strategie orientate alla prevenzione e alla promozione della salute mentale, con particolare attenzione alle sfide e alle problematiche emergenti;

**VISTO** il supporto consulenziale reso dal Coordinatore dell'Avvocatura regionale, a mente del comma 5-bis, art. 10 della legge regionale 13 maggio 1996 n. 7;

Tutto ciò premesso da valere come parte integrante, sostanziale e motivazionale del presente decreto, il Commissario ad acta, dott. Roberto Occhiuto.

## **D E C R E T A**

**DI RITENERE** quanto riportato tra i considerata parte integrante, inscindibile, sostanziale e motivazionale del presente provvedimento;

**DI APPROVARE** il documento intitolato *“Piano Azione Regionale per la Salute Mentale 2022-2025*, finalizzato a potenziare il sistema regionale della salute mentale attraverso la collaborazione tra istituzioni pubbliche, soggetti del privato accreditato e Enti del Terzo Settore, favorendo una governance più efficace, l'integrazione interdisciplinare tra i servizi di salute mentale e gli altri servizi sanitari territoriali, ospedalieri, universitari e socio-assistenziali, e mettendo in atto strategie orientate alla prevenzione e alla promozione della salute mentale, con particolare attenzione alle sfide e alle problematiche emergenti, allegato al presente atto del quale costituisce parte integrante e sostanziale;

**DI DEMANDARE** al Dipartimento *“Salute e Welfare”* ed al competente Settore n. 7 *“Assistenza Territoriale – Salute nelle Carceri e Sistema delle Emergenze - Urgenze”* i conseguenti adempimenti;

**DI INVIARE** il presente decreto, ai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze, attraverso l'apposito sistema documentale *“Piani di Rientro”*;

**DI NOTIFICARE** a cura del Settore n. 7 *“Assistenza Territoriale - Salute nelle Carceri – Sistema delle Emergenze - Urgenze”*, il presente provvedimento ai soggetti interessati;

**DI DARE MANDATO** al Dirigente Generale del Dipartimento Regionale *“Salute e Welfare”* per la pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale Regione Calabria, ai sensi della legge Regionale 6 aprile 2011, n. 11 nonché sul sito istituzionale della Regione Calabria, ai sensi del D.lgs. 14 marzo 2013, n. 33.

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso al Tribunale Amministrativo Regionale da proporsi entro il termine di 60 giorni, ovvero ricorso straordinario al Presidente della Repubblica, da proporsi entro 120 giorni.

**Il Sub Commissario  
FANTOZZI IOLE**

(con firma digitale)  
(atto firmato digitalmente ai sensi dell'art. 24 del D.lgs 82/2005 e  
s.m.i.)

**Il Sub Commissario  
ESPOSITO ERNESTO**

(con firma digitale)  
(atto firmato digitalmente ai sensi dell'art. 24 del D.lgs 82/2005 e s.m.i.)

**Il Commissario  
ROBERTO OCCHIUTO**

(con firma digitale)  
(atto firmato digitalmente ai sensi dell'art. 24 del D.lgs 82/2005 e s.m.i.)

*DIPARTIMENTO SALUTE E WELFARE*  
*SETTORE 7 -ASSISTENZA TERRITORIALE – SALUTE NELLE CARCERI – SISTEMA DELLE*  
*EMERGENZE-URGENZE*

Il responsabile del procedimento.)

**MARIA CHIARA VINCELLI**

(con firma digitale)

(atto firmato digitalmente ai sensi dell'art. 24 del D.lgs 82/2005 e s.m.i)

*Il Dirigente del settore 7 -assistenza territoriale –*  
*salute nelle carceri – sistema delle emergenze-*  
*urgenze*

**LUCIA FRANCESCO**

(con firma digitale)

(atto firmato digitalmente ai sensi dell'art. 24 del D.lgs 82/2005 e s.m.i.)

Il Dirigente Generale

**CALABRÒ TOMMASO**

(con firma digitale)

(atto firmato digitalmente ai sensi dell'art. 24 del D.lgs 82/2005 e  
s.m.i.)



REGIONE CALABRIA  
DIPARTIMENTO SALUTE E WELFARE

**COORDINAMENTO REGIONALE PER LA SALUTE MENTALE IN ETÀ EVOLUTIVA E ADULTA**

## **PIANO AZIONE REGIONALE PER LA SALUTE MENTALE 2022-2025**

## INDICE

### Sommario

<b>1. VALORI ISPIRATORI DEL PIANO</b> .....	4
<b>2. LA SALUTE MENTALE NELLA REGIONE CALABRIA: SITUAZIONE ATTUALE E PROBLEMI</b> .....	6
<b>3. AZIONI PROGRAMMA OPERATIVO</b> .....	14
3.1. Prevenzione della Salute Mentale .....	14
3.2. Accessibilità .....	16
3.3. Cure primarie e salute mentale .....	17
3.4. Riabilitazione Psicosociale .....	19
3.5 La Rete dei servizi di salute mentale in età evolutiva .....	21
3.6 Assistenza ospedaliera di Neuropsichiatria Infantile .....	24
3.7. Disturbi del neurosviluppo e disabilità: Focus sui Disturbi dello Spettro Autistico .....	26
3.8. Transizione tra età evolutiva ed età adulta.....	27
3.9. Interventi precoci sugli esordi .....	29
3.10. Percorsi di cura per i Disturbi della Nutrizione e dell’Alimentazione .....	30
3.11. Rete dell’assistenza per l’età adulta .....	30
3.12. Emergenze in salute mentale .....	34
3.13. Prevenzione rischio suicidario e parasuicidario .....	35
3.14. Salute mentale e Dipendenze Patologiche .....	36
3.15. Salute mentale e Giustizia .....	39
3.16. Salute mentale e Povertà .....	45
3.17. Salute mentale e Migrazione .....	46
3.18. Sicurezza del personale sanitario nei servizi di salute mentale .....	47
3.19. Sostegno all’abitare ed al lavoro.....	48
3.20. Salute mentale e genere.....	55
<b>4. LA FORMAZIONE CONTINUA</b> .....	58
<b>5. GOVERNANCE, MONITORAGGIO ED INNOVAZIONE</b> .....	63
5.1. Rete dei servizi di salute mentale .....	63
5.2. Strumenti Di Governance, Monitoraggio e Innovazione Digitale.....	68
5.3. Processi partecipativi e collaborativi in salute mentale.....	69
Il ruolo delle Associazioni di familiari e utenti e del Terzo settore.....	70
5.4. Coordinamento Regionale per la Salute Mentale in Età Evolutiva e Adulta .....	71
5.5. Consulta Dipartimentale della salute mentale .....	73
<b>APPENDICE</b> .....	76

## 1. VALORI ISPIRATORI DEL PIANO

L'Organizzazione Mondiale della Sanità sottolinea che il sistema sanitario da solo non è in grado di rispondere alla enorme complessità dei bisogni di Salute Mentale e di prevenzione dei disturbi psichici, ma può farsi promotore di azioni appropriate e finalizzate.

Nel Piano d'Azione Mondiale per la Salute Mentale OMS 2013-2030, sono stati individuati quattro obiettivi principali:

- una leadership e una governance più efficaci per la salute mentale;
- l'erogazione di servizi di salute mentale e servizi sociali integrati e globali nell'ambito di contesti centrati sulla comunità;
- l'implementazione di strategie per la promozione della salute mentale e per la prevenzione;
- il potenziamento dei sistemi informativi, delle evidenze e della ricerca.

Questi obiettivi strategici si basano su 6 *pilastri valoriali*, universalmente validi, che rappresentano i principi ispiratori delle politiche per la salute mentale in tutti gli Stati membri:

- copertura sanitaria universale e garanzia di accesso alla stessa;
- salvaguardia dei diritti umani;
- interventi basati sulle evidenze scientifiche disponibili e consolidate;
- approccio orientato a tutte le fasi della vita e approccio multisettoriale;
- *empowerment* delle persone con disturbo mentale e con disabilità psicosociali.

In Italia il **Piano di Azione per la Salute Mentale** raccomanda un modello che garantisca accessibilità, continuità, integrazione e personalizzazione delle cure, attraverso percorsi di presa in carico e di cura esigibili e orientati alla *recovery* intesa come percorso verso il miglior stato di salute possibile.

La Regione Calabria aderisce pienamente a questi valori ed a questo modello, sottolineando il carattere universale, inclusivo e proporzionale ai bisogni, agli interventi di promozione della salute mentale ed alla necessità di attribuire particolare attenzione alla omogeneità di percorsi di cura su tutto il territorio regionale, con eguali risorse ed opportunità, in un sistema integrato, coeso, solidale e organizzato.

Per quanto attiene ai diritti umani, la Regione Calabria si propone come obiettivo la reale e concreta partecipazione degli utenti e dei loro familiari alla costruzione del progetto di cura ed alla stesura di un protocollo operativo che possa condurre nel medio termine anche al superamento del ricorso alle tecniche di contenimento meccanica negli SPDC e nelle REMS.

Obiettivo trasversale di questo piano è il **rafforzamento del sistema regionale per la salute mentale** con l'interazione di tutti i partecipanti istituzionali pubblici, del privato accreditato e degli Enti del Terzo Settore. Le persone con problematiche di salute mentale e dipendenze (lungo tutte le fasi della loro vita) dovranno essere curate il più possibile nel contesto in cui vivono, sia familiare, sia sociale; dovranno poter disporre di reali progetti terapeutici riabilitativi, individualizzati e basati sul **budget di salute**, che rappresenta un'importante innovazione tesa ad evitare la cronicizzazione della patologia psichica della persona e a favorire la sostenibilità per il Sistema Sanitario Regionale.

Complessivamente e coerentemente con la normativa nazionale e regionale e le raccomandazioni adottate a livello internazionale, il Piano intende perseguire una governance più efficace nell'ambito della salute mentale, l'integrazione interdisciplinare tra i servizi di salute mentale e gli altri servizi sanitari territoriali, ospedalieri e universitari, nonché con i servizi socio-assistenziali, inoltre, intende mettere in campo strategie di prevenzione e promozione della salute mentale riguardo alle tematiche emergenti.

A tale scopo, il Piano delineato realizza tale visione attraverso:

- l'umanizzazione delle cure: la persona deve essere al centro di ogni intervento sanitario e sociosanitario, deve essere accolta con i suoi bisogni assistenziali e deve vedere riconosciuti, protetti e promossi i propri diritti, deve poter partecipare alle decisioni che la riguardano e deve avere garantito un accesso a servizi di cura moderni, appropriati e di qualità, almeno dello stesso livello delle altre aree del nostro paese;
- l'integrazione con la comunità, implementando modelli innovativi per l'integrazione sociosanitaria;

- l'accessibilità ai servizi socioculturali ed educativi, all'abitare, al lavoro; ogni intervento sul singolo paziente deve prevedere il più ampio coinvolgimento del contesto familiare e/o di vita sociale anche con interventi formativi/informativi;
- i servizi di prossimità anche attraverso l'utilizzo degli strumenti della comunicazione a distanza e della medicina digitale;
- la comunicazione trasparente.

## 2. LA SALUTE MENTALE NELLA REGIONE CALABRIA: SITUAZIONE ATTUALE E PROBLEMI

Il Rapporto Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM), pubblicato il 2 ottobre 2023, costituisce la più ricca fonte di informazioni inerenti agli interventi sanitari e sociosanitari dell'assistenza rivolta a persone adulte con problemi psichiatrici e alle loro famiglie, a livello nazionale e regionale. I dati rilevati sono utili al monitoraggio dell'attività dei servizi, della quantità delle prestazioni erogate, nonché delle valutazioni sulle caratteristiche dell'utenza e sui pattern di trattamento dei dati rilevati per l'anno 2022. Inoltre, rappresenta un valido supporto alle attività gestionali dei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze (DSMD) per valutare il grado di efficienza e di utilizzo delle risorse.

Di seguito sono rappresentati gli indicatori, relativi ai dati della Regione Calabria, suddivisi in due gruppi: il primo descrive le componenti organizzative e strutturali dell'area salute mentale, l'altro gruppo rappresenta l'attività assistenziale erogata dai servizi. Per ogni indicatore viene rappresentato il valore che esso assume nella regione e il valore di riferimento nazionale.

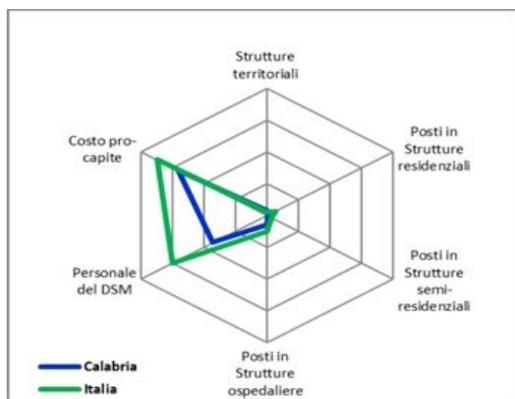


Figura 1 Componenti strutturali e organizzativi

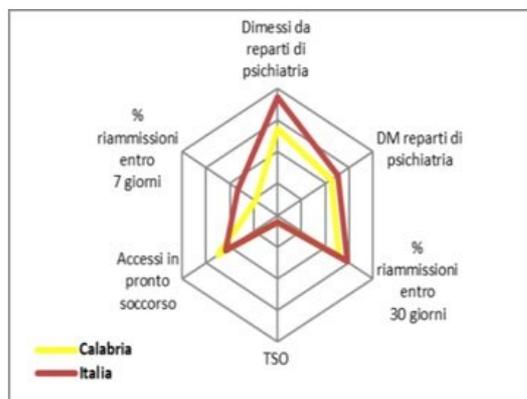


Figura 2 Attività ospedaliera e di urgenza

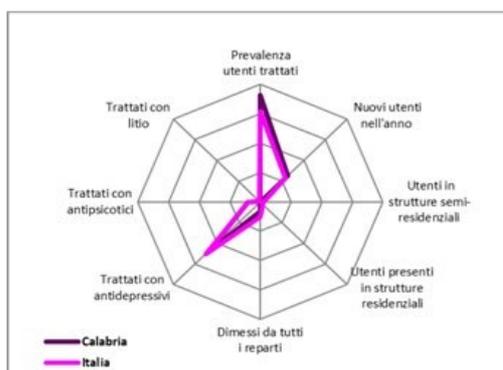


Figura 3 Utenti

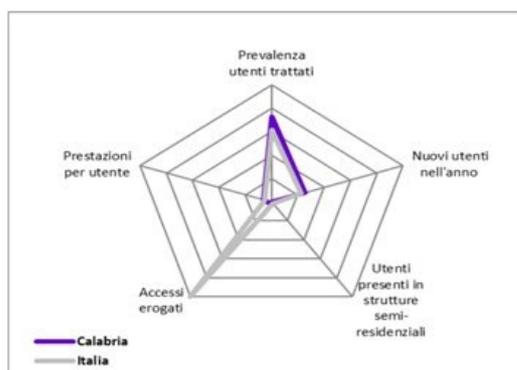


Figura 4 Attività territoriali

Indicatori	Calabria	Italia	Scostamento
Strutture psichiatriche territoriali per 100.000 abitanti	3,2	2,2	1,00
Posti in strutture psichiatriche residenziali per 10.000 abitanti	2,5	5,2	-2,70
Posti in strutture psichiatriche semiresidenziali per 10.000 abitanti	0,5	2,8	-2,30
Posti in Strutture ospedaliere psichiatriche attive pubbliche e private per 100.000 abitanti	5,8	9,9	-4,10
Personale del dipartimento di salute mentale per 100.000 abitanti	34,5	60,4	-25,90
Costo pro-capite (territoriale ed ospedaliera) per assistenza psichiatrica	56,5	69,8	-13,30
Dimessi da reparti di psichiatria per 10.000 abitanti (regime ordinario)	13,7	18,5	-4,80
Degenza media (DM) da reparti di psichiatria	11,2	12,7	-1,50
% riammissioni entro 30 giorni	12,7	14,6	-1,90
TSO-Trattamento Sanitario Obbligatorio per 10.000 abitanti	1,2	1	0,20
Accessi in pronto soccorso per 1.000 abitanti	12,6	11	1,60
% riammissioni entro 7 giorni	4,5	8,3	-3,80
Dimessi da tutti i reparti per 10.000 abitanti	16,3	25,4	-9,10
Prevalenza degli utenti trattati per 10.000 abitanti – tasso standardizzato	182,7	154,2	28,50
Nuovi utenti nell'anno per 10.000 abitanti – tasso standardizzato	63,5	56,6	6,90
Utenti presenti in strutture semi- residenziali per 10.000 abitanti	0,1	4,4	-4,30
Utenti presenti in strutture residenziali per 10.000 ab	0	5,7	-5,70
Numero trattati con antidepressivi per 1.000 abitanti - Convenzionata	128	132,4	-4,40
Numero trattati con antipsicotici per 1.000 abitanti - Convenzionata	16,9	21,7	-4,80
Numero trattati con litio per 1.000 abitanti - Convenzionata	1,5	1,8	-0,30
Accessi erogati in strutture semiresidenziali per 10.000 abitanti	4,1	248,7	-244,60
Prestazioni per utente in CSM	14,6	12,8	1,80

Nello specifico la tabella estratta dal Rapporto 2023, mette in evidenza una fragilità nel sistema di trasmissione dei dati al SISM che deve essere necessariamente sanata, risulterebbe infatti che su tutto il territorio regionale è attiva una sola struttura semiresidenziale, mentre nella realtà ne esistono un maggior numero.

Tabella 5.2 - Strutture psichiatriche attive pubbliche e private

REGIONE	ANAGRAFICA DSM	TERRITORIALE			RESIDENZIALE			SEMIRESIDENZIALE		
		N. DSM	N. Strutture		N. DSM	N. Strutture		N. DSM	N. Strutture	
			Valore assoluto	Per 100.000 abitanti		Valore assoluto	Per 100.000 abitanti		Valore assoluto	Per 100.000 abitanti
CALABRIA	5	5	50	3	-	-	-	1	1	0
ITALIA	140	130	1.090	2,2	131	1.769	3,5	127	743	1,5

Fonte: NSIS - Sistema informativo salute mentale (SISM) – anno 2022

Tabella 5.3 – Posti in strutture psichiatriche attive pubbliche e private

REGIONE	RESIDENZIALE			SEMIRESIDENZIALE		
	N. Strutture	Posti		N. Strutture	Posti	
		Valore assoluto	Per 10.000 abitanti		Valore assoluto	Per 10.000 abitanti
CALABRIA	21	392	2,5	8	85	0,5
ITALIA	1.954	25.964	5,2	789	13.820	2,8

Fonte: Modelli di rilevazione dei dati delle attività gestionali delle strutture sanitarie (DM 5/12/2016) – STS24 - anno 2022

Tabella 5.4 - Strutture ospedaliere psichiatriche pubbliche e private e relativi posti letto

REGIONE	STR. PUBBLICHE ED EQUIPARATE			CASE DI CURA PRIVATE ACCREDITATE			TOT POSTI LETTO DI DEGENZA ORD.	TOT POSTI LETTO DI DAY HOSPITAL	POSTI LETTO DI DEGENZA ORD. PER 100.000 AB.	POSTI LETTO DI DAY HOSPITAL PER	POSTI LETTO PER 100.000 AB.
	Numero reparti	Posti letto di degenza ordinaria	Posti letto di Day Hospital	Numero strutture	Posti letto di degenza ordinaria	Posti letto di Day Hospital					
CALABRIA	10	82	9				82	9	5,3	0,6	5,8
ITALIA	323	3.897	282	17	749	2	4.646	284	9,3	0,6	9,9

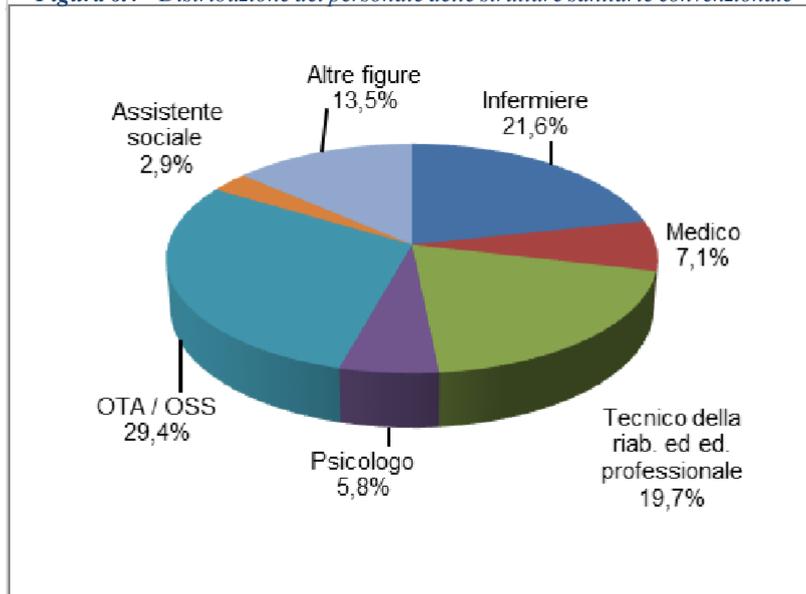
Fonte: Modelli di rilevazione dei dati delle attività gestionali delle strutture sanitarie (DM 5/12/2016) - HSP 12 e 13 - anno 2022

Il rapporto analizza anche i dati del personale in servizio, a livello nazionale e regionale, attraverso le due tabelle del Conto annuale di cui al titolo V del Testo Unico del Pubblico Impiego.

Nello specifico:

La tabella 1D del Conto Annuale rileva la consistenza del personale dipendente dalle Aziende Sanitarie, in servizio presso le strutture e del personale convenzionato.

Figura 6.4 - Distribuzione del personale delle strutture sanitarie convenzionate

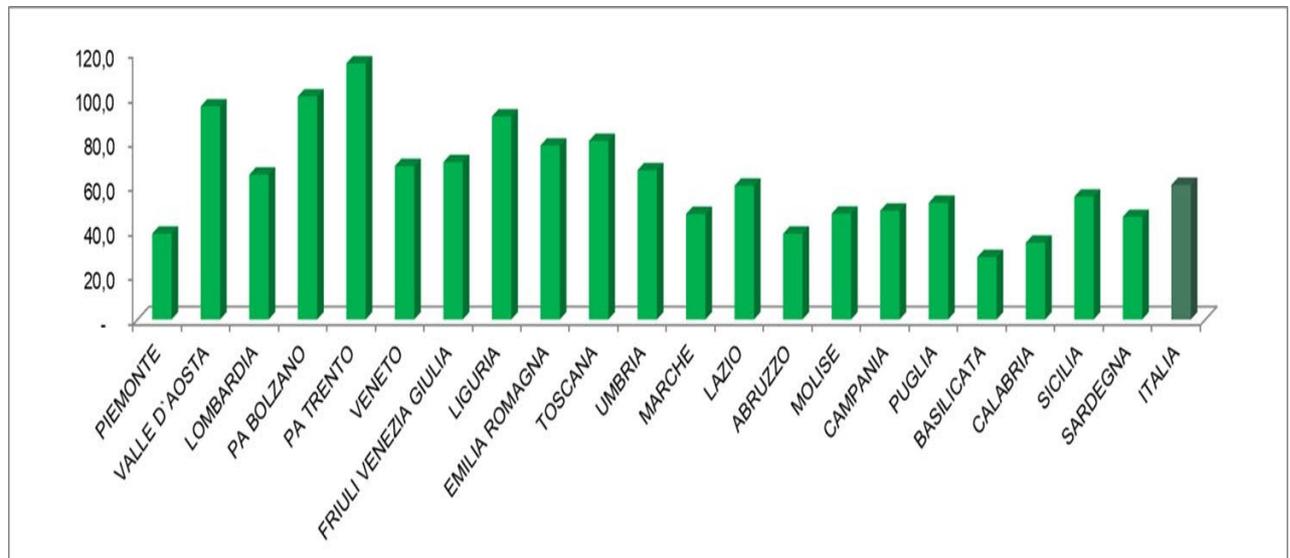


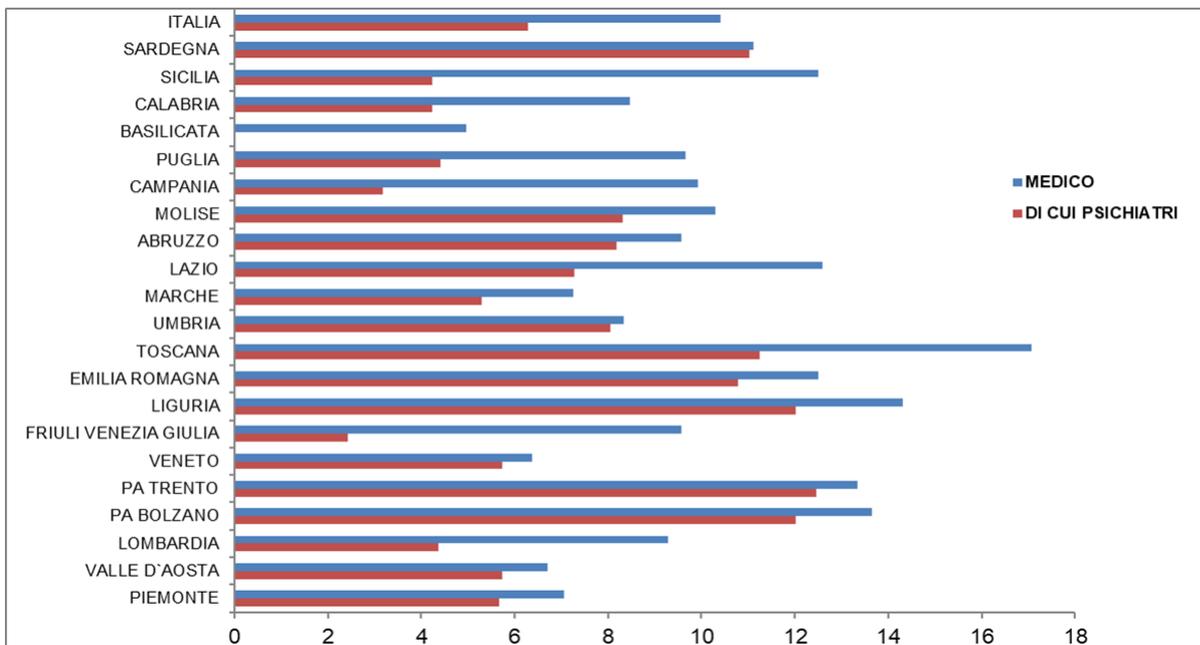
Fonte: Conto Annuale - Tabella 1Dbis al 31/12/2021

Tabella 6.2 - Personale del dipartimento di salute mentale per qualifica e tipo di rapporto di lavoro						
QUALIFICA	Numero dipendenti				NUMERO CONVENZIONATI	TOTALE
	TEMPO PIENO	PART-TIME		TOTALE		
		FINO AL 50%	OLTRE IL 50%			
MEDICO	4.807	11	98	4.916	271	5.187
DI CUI PSICHIATRI	2.892	7	58	2.957	171	3.128
PSICOLOGO	2.033	16	62	2.111	257	2.368
PERSONALE INFERMIERISTICO	11.777	135	684	12.596	109	12.705
TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA	492	5	23	520	95	615
EDUCATORE PROFESSIONALE	1.497	23	140	1.660	452	2.112
OTA/O.S.S.	2.867	33	166	3.066	619	3.685
ASSISTENTE SOCIALE	1.186	10	81	1.277	58	1.335
SOCIOLOGO	48	-	-	48	1	49
PERSONALE AMMINISTRATIVO	643	18	55	716	47	763
ALTRO	1.128	27	101	1.256	26	1.282
<b>ITALIA</b>	<b>26.478</b>	<b>278</b>	<b>1.410</b>	<b>28.166</b>	<b>1.935</b>	<b>30.101</b>

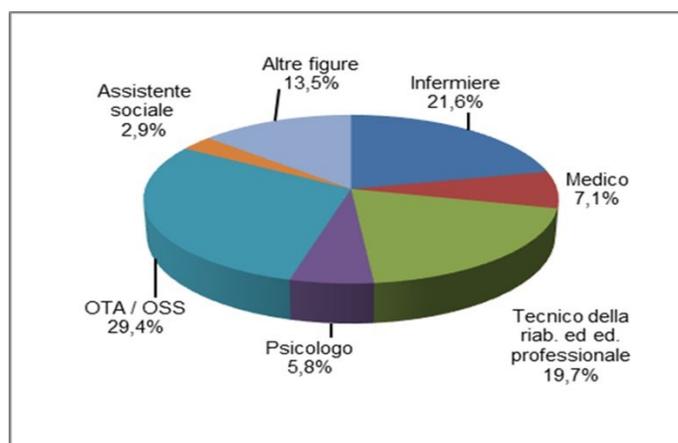
Fonte: Conto Annuale - Tabella 1D al 31/12/2021

Figura 6.2 - Personale del dipartimento di salute mentale (tassi \* 100.000 abitanti)





**Figura 6.4 - Distribuzione del personale delle strutture sanitarie convenzionate con il DSM**



Fonte: Conto Annuale - Tabella 1Dbis al 31/12/2021

Tabella 6.3 - Personale del dipartimento di salute mentale per qualifica (valori assoluti)

CALABRIA										
MEDICO	DI CUI PSICHIATRI	PSICOLOGO	PERSONALE INFERMIERISTICO	TECN. RIAB. PSICHIATRICA	EDUCATORE PROFESSIONALE	OTA/O.S.S.	ASSISTENTE SOCIALE	SOCIOLOGO	PERSONALE AMMINISTRATIVO	ALTRO
132	66	30	263	5	12	28	20	3	16	28

Fonte: Conto Annuale - Tabella 1D al 31/12/2021

## PREVALENZA ED INCIDENZA TRATTATA

La prevalenza trattata è riferita al numero dei pazienti con almeno un contatto con le strutture dei DSMD o con le Strutture Private accreditate. In questo contesto, gli utenti trattati nei servizi psichiatrici, nel corso del 2022, ammontano a 776.829 unità.

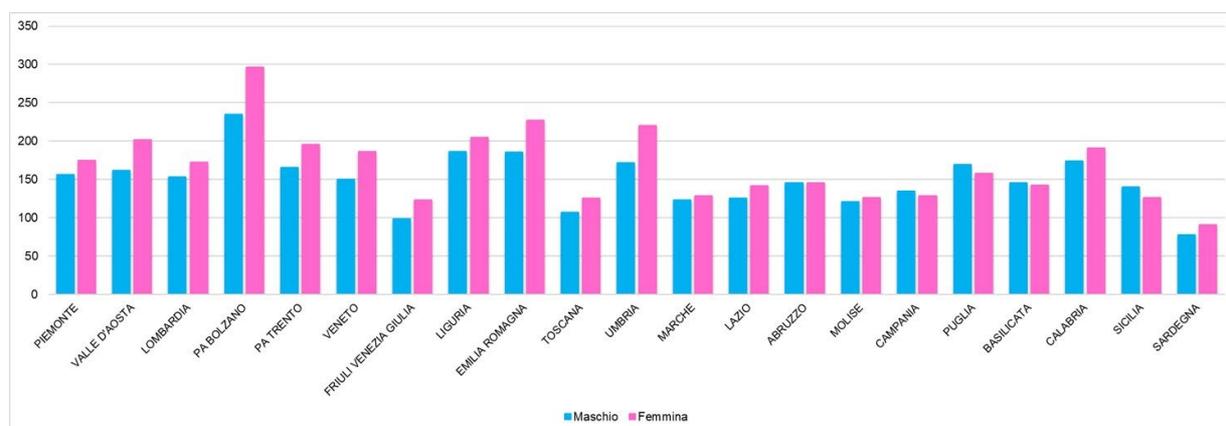
Per una corretta interpretazione del dato di prevalenza trattata, riportato nella tabella che segue, bisogna tuttavia tener conto del fatto che una quota di persone con disagio psichico si rivolge ai servizi di cure primarie o al privato.

Nella Tabella 7.1.1 e la sottostante figura, sono mostrati per ciascuna regione, i tassi standardizzati degli utenti trattati per 10.000 abitanti, di età maggiore di 17 anni è stata considerata come popolazione standard la popolazione italiana relativa all'anno 2022. Il tasso varia da 84,8 per 10.000 abitanti adulti della Sardegna, fino a 266,1 della P.A. di Bolzano (valore totale Italia 154,2). La Calabria con un valore di 182,7 supera significativamente il valore medio dell'Italia.

**Tabella 7.1.1 - Prevalenza degli utenti trattati - tasso standardizzato per 10.000 abitanti**

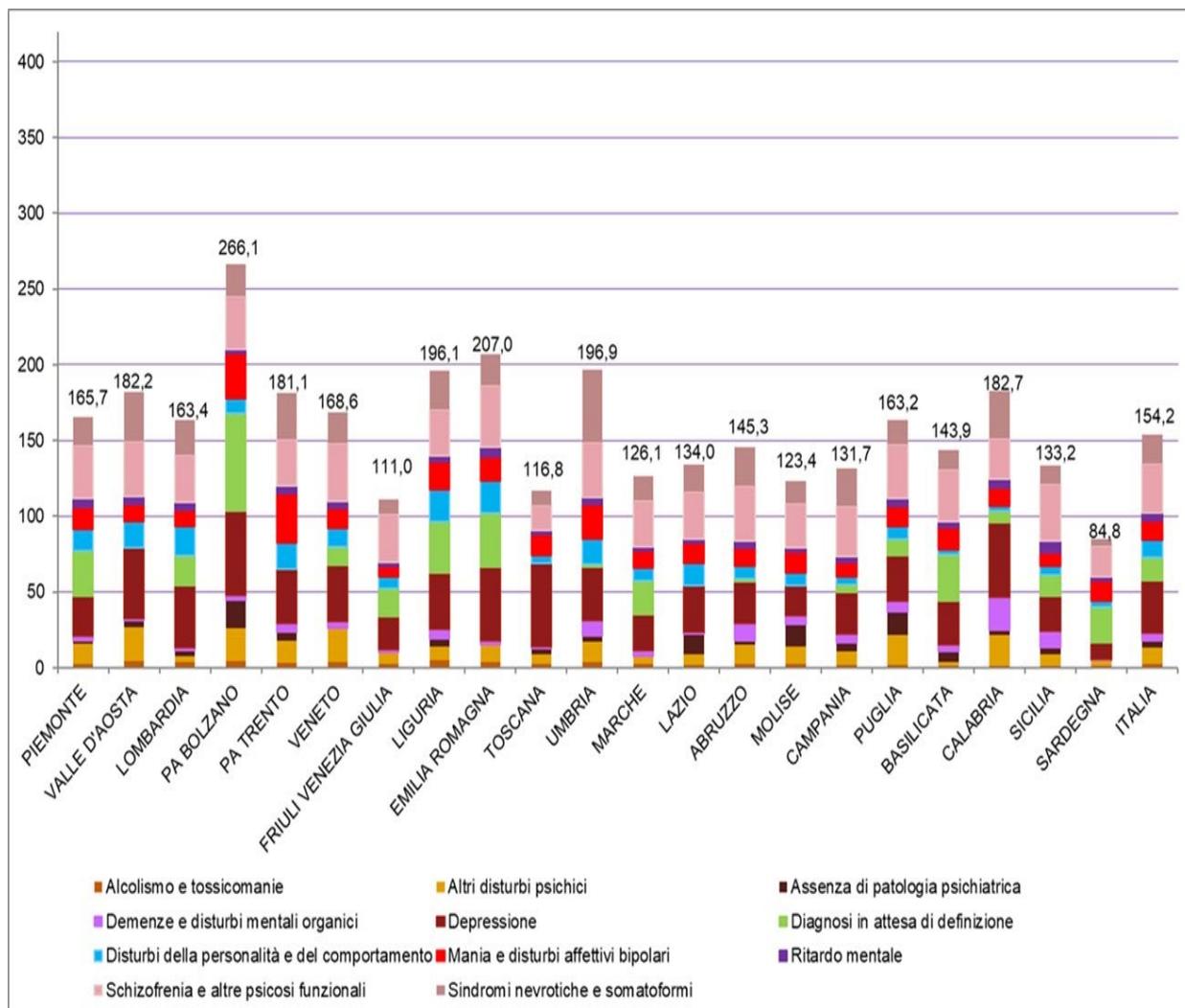
Regione	Maschio	Femmina	TOTALE
PIEMONTE	156,3	174,4	<b>165,7</b>
VALLE D'AOSTA	161,5	201,8	<b>182,2</b>
LOMBARDIA	153,4	172,9	<b>163,4</b>
PA BOLZANO	235,0	296,2	<b>266,1</b>
PA TRENTO	165,5	195,9	<b>181,1</b>
VENETO	150,1	186,2	<b>168,6</b>
FRIULI VENEZIA GIULIA	98,3	123,0	<b>111,0</b>
LIGURIA	186,3	205,0	<b>196,1</b>
EMILIA ROMAGNA	185,8	226,9	<b>207,0</b>
TOSCANA	106,9	125,9	<b>116,8</b>
UMBRIA	171,5	220,2	<b>196,9</b>
MARCHE	123,4	128,7	<b>126,1</b>
LAZIO	125,2	142,1	<b>134,0</b>
ABRUZZO	145,2	145,4	<b>145,3</b>
MOLISE	120,6	126,1	<b>123,4</b>
CAMPANIA	135,1	128,5	<b>131,7</b>
PUGLIA	169,2	157,7	<b>163,2</b>
BASILICATA	145,5	142,3	<b>143,9</b>
CALABRIA	173,8	191,1	<b>182,7</b>
SICILIA	140,2	126,7	<b>133,2</b>
SARDEGNA	78,1	91,1	<b>84,8</b>
<b>ITALIA</b>	<b>146,6</b>	<b>161,2</b>	<b>154,2</b>

Fonte: NSIS - Sistema informativo salute mentale (SISM) - anno 2022



I tassi degli utenti trattati per gruppo diagnostico evidenziano importanti differenze di genere. Dai tassi relativi ai disturbi schizofrenici, ai disturbi da abuso di sostanze e al ritardo mentale sono maggiori nel sesso

maschile rispetto a quello femminile, mentre l'opposto avviene per i disturbi affettivi, nevrotici e depressivi. In particolare per la depressione, il tasso degli utenti di sesso femminile è quasi doppio rispetto a quello del sesso maschile: 25,4 per 10.000 abitanti nei maschi e 43,2 per 10.000 abitanti nelle femmine (vedi tabella 7.1.5 e figura 7.1.2 del Rapporto Salute Mentale 2023).



Un dato particolarmente interessante è l'incidenza dei nuovi accessi alle strutture sanitarie psichiatriche. Questo dato rileva che in Calabria i nuovi utenti trattati nel 2022 sono superiori del 7,2% rispetto alla media nazionale. (V. Tabella 7.2.1) - Incidenza degli utenti trattati (nuovi utenti) per sesso e fasce di età.

**Tabella 7.2.1 - Incidenza degli utenti trattati (nuovi utenti) - tassi standardizzati per 10.000 abitanti**

Regione	Maschio	Femmina	TOTALE
PIEMONTE	46,1	52,1	49,2
VALLE D'AOSTA	91,1	110,6	101,1
LOMBARDIA	43,2	50,9	47,2
PROV. AUTON. BOLZANO	76,6	99,4	88,2
PROV. AUTON. TRENTO	54,5	73,7	64,3
VENETO	57,4	76,6	67,3
FRIULI VENEZIA GIULIA	20,5	28,7	24,7
LIGURIA	69,9	79,9	75,2
EMILIA ROMAGNA	60,4	80,3	70,6
TOSCANA	27,5	33,5	30,6
UMBRIA	41,0	56,4	49,0
MARCHE	25,8	31,4	28,7
LAZIO	69,5	82,6	76,3
ABRUZZO	77,5	82,2	79,9
MOLISE	32,3	31,9	32,1
CAMPANIA	57,0	60,2	58,7
PUGLIA	65,3	68,3	66,9
BASILICATA	34,3	39,1	36,8
CALABRIA	58,6	68,1	63,5
SICILIA	62,8	61,1	61,9
SARDEGNA	7,8	12,5	10,2
<b>ITALIA</b>	<b>52,1</b>	<b>60,7</b>	<b>56,6</b>

*Fonte: NSIS - Sistema informativo salute mentale (SISM) - anno 2022*

### L'attività psichiatrica ospedaliera

Le informazioni sui ricoveri ospedalieri presenti nel Rapporto, si riferiscono al flusso delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), disciplinato dal DM del 27 ottobre 2000 n.380 e successive modifiche. Tale flusso raccoglie le informazioni relative a tutti gli episodi di ricovero erogati nelle strutture ospedaliere pubbliche e private presenti sul territorio nazionale permettendo, attraverso la selezione dei reparti psichiatrici e delle diagnosi di disturbo mentale, l'analisi dell'assistenza psichiatrica in ambito ospedaliero.

Nel 2022 nella Regione Calabria si registrano complessivamente 2.537 dimissioni in regime ordinario dai reparti ospedalieri di cui 2.129 dai reparti di psichiatria, per un totale di 26.793 giornate di degenza e una degenza media per paziente pari a 10,6 giorni, rispetto alla media nazionale di 14,4 giorni.

**Tabella 12.1.1 - Distribuzione regionale delle dimissioni con diagnosi di disturbo mentale per unità di dimissione (strutture pubbliche e private)**

REGIONE	DA TUTTI I REPARTI*						DA REPARTI DI PSICHIATRIA**					
	Regime		Degenza media	Regime diurno			Regime ordinario			Regime diurno		
	Dimissioni	Giornate di degenza		Dimissioni	Accessi	Nr. medio accessi	Dimissioni	Giornate di degenza	Degenza media	Dimissioni	Accessi	Nr. medio accessi
CALABRIA	2.537	26.793	10,6	439	1.407	3,2	2.129	23.907	11,2	191	784	4,1
ITALIA	126.558	1.823.881	14,4	10.675	73.969	6,9	92.380	1.170.674	12,7	7.336	53.466	7,3

Tabella 12.1.1 - Distribuzione regionale delle dimissioni con diagnosi di disturbo mentale per unità di dimissione (strutture pubbliche e private)

### 3. AZIONI PROGRAMMA OPERATIVO

Il presente Piano prevede una serie di azioni da realizzare nel breve periodo per gestire la situazione emergenziale derivata anche da decenni di piano di rientro che ha pesato gravemente sulla condizione dei servizi per la salute mentale, ed azioni organizzative da realizzare nel medio e nel lungo periodo per la messa a regime di servizi, personale e processi operativi in modo da condurre alla riorganizzazione complessiva di tutto il complesso sistema regionale della salute mentale in Calabria.

Nello specifico le azioni riguarderanno:

1. Prevenzione
2. Accessibilità,
3. Cure primarie e salute mentale
4. Riabilitazione Psicosociale
5. Transizione tra età evolutiva ed età adulta
6. Disturbi del neurosviluppo e disabilità
7. Assistenza ospedaliera di neuropsichiatria infantile,
8. Interventi precoci sugli esordi:
9. Percorsi di cura per i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione
10. Rete dell'assistenza per l'età adulta
11. Assistenza semiresidenziale e residenziale
12. Emergenze in salute mentale
13. Prevenzione del rischio suicidario
14. Salute mentale e dipendenze patologiche
15. Salute mentale e giustizia
16. Salute mentale e povertà
17. Salute mentale e migrazione
18. Salute mentale e di Genere
19. Sicurezza del personale sanitario nei servizi di salute mentale
20. Sostegno all'abitare ed al lavoro

#### 3.1. **Prevenzione della Salute Mentale**

Secondo l'OMS circa 450 milioni di persone soffrono di disturbi mentali e comportamentali.

Una volta sviluppato il disturbo, gli individui con problemi di salute mentale, sono ad elevato rischio di incorrere in altri disturbi mentali, ma anche in altre patologie in generale, come le malattie neoplastiche, le malattie cardiovascolari, il diabete ed hanno un tasso di mortalità 2-3 volte superiore a quello della popolazione generale.

Il carico economico del disturbo mentale è enorme: il costo globale e l'impatto globale cumulativo dei disturbi mentali in termini di produzione economica persa, dovrebbe raggiungere 16,3 milioni tra il 2011 e il 2030. Malgrado questo, i Paesi occidentali dedicano meno del 5% del bilancio alla salute mentale, con una piccolissima frazione destinata alla prevenzione.

Sembra essere in aumento, tuttavia, la consapevolezza del fatto che l'unico modo affinché i Paesi possano affrontare l'enorme peso rappresentato dalla malattia mentale sia l'investimento nella prevenzione primaria.

Gli sforzi di prevenzione vanno nella direzione di programmi e interventi volti a ridurre i fattori di rischio per i disturbi mentali e a migliorare i fattori protettivi associati alla salute mentale.

Alcuni fattori di rischio (tutti i determinanti sociali di salute come ad esempio, la povertà, gli abusi, la disoccupazione, l'abbandono) sono associati ad una maggiore probabilità di insorgenza, maggiore gravità e durata del disturbo mentale, mentre alcuni fattori protettivi (quali l'acquisizione di abilità di gestione dello stress) sviluppano la capacità di fare fronte agli stress ambientali.

Attualmente i Paesi occidentali si ispirano al Piano d’Azione Globale per la Salute Mentale 2013-2030, che sottolinea il “ruolo essenziale della salute mentale nell’ottenere salute per tutti” e la necessità di strategie globali per la promozione di prevenzione e trattamento.

Nell’ambito del Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 il Macro Obiettivo 1 include tra le “malattie croniche non trasmissibili (MCNT)” i problemi di salute mentale, precisando che le MCNT restano le principali cause di morte a livello mondiale. Individuano nel consumo di tabacco, errate abitudini alimentari, insufficiente attività fisica, consumo rischioso e dannoso di alcool, nonché nelle caratteristiche dell’ambiente e del contesto sociale, economico e culturale, i principali fattori di rischio modificabili, **ai quali si può ricondurre il 60% del carico di malattia** (Burden of Disease).

Mentre il Macro Obiettivo 2 (MO2) concerne le dipendenze “senza sostanza” che riguardano comportamenti problematici come il disturbo da gioco d’azzardo, lo shopping compulsivo, la new technologies addiction (dipendenza da internet, social network, videogiochi, televisione, ecc.).

Una condizione di contesto impone la necessità di agire durante le fasi cruciali per lo sviluppo dell’individuo, età preadolescenziale e adolescenziale, considerato che queste fasi di vita costituiscono un momento chiave nel quale poter intervenire efficacemente con adeguate politiche di promozione della salute e interventi che indirizzino verso l’elaborazione di valori positivi e facilitino l’adozione di comportamenti orientati ad uno stile di vita sano.

Occorre avere sempre ben presente che la salute mentale è parte integrante della salute e del benessere e che i disturbi mentali si presentano spesso in comorbilità con altre malattie croniche e/o dipendenze.

**Nel contesto degli interventi volti a sviluppare e attuare politiche e programmi per la prevenzione è essenziale tener conto delle esigenze delle persone con disturbi mentali**, ma anche della necessità di proteggere e promuovere il benessere mentale di tutti i cittadini in tutte le fasi della vita, ponendo in essere strategie di prevenzione per l’età adulta, atteso che le evidenze scientifiche dimostrano che inattività fisica, fumo, diabete, ipertensione, obesità della mezza età, depressione e bassa scolarizzazione hanno mostrato una forte associazione con l’eziologia della demenza.

A tal fine occorre, così come peraltro previsto dall’obiettivo strategico MO5OS021 del Piano regionale prevenzione 2020-2025, ricercare strumenti e momenti di integrazione tra CoReSaM e Settore regionale Prevenzione e Sanità Pubblica per l’identificazione di strategie condivise.

#### **Obiettivi:**

- promuovere e definire modelli di integrazione per condividere le politiche e le strategie di prevenzione dei competenti servizi regionali;
- rafforzare gli individui e le famiglie e promuovere il benessere sociale, emozionale, relazionale, le competenze, etc.;
- rafforzare le comunità attraverso il supporto sociale, lo sviluppo del senso di collettività e inclusione, la partecipazione sociale, la cittadinanza attiva e la corresponsabilità individuale e collettiva;
- promuovere la salute mentale all'interno dei servizi sanitari come parte integrante dell'assistenza sanitaria di base;
- rimuovere le barriere strutturali e rafforzare i fattori protettivi per promuovere e tutelare il diritto al benessere mentale;
- migliorare i determinanti sociali della salute mentale in Calabria per la riduzione delle disuguaglianze e dei fattori di rischio;
- promuovere la salute mentale infantile e materna nei servizi di sviluppo della prima infanzia, compresa l'assistenza prenatale;
- diffondere il valore della salute e del benessere mentale dall’età evolutiva all’età adulta;
- contrastare lo stigma e il pregiudizio associati ad ogni forma di sofferenza mentale e fragilità psicologica.

#### **Azioni:**

---

<sup>1</sup> Piano Regionale Prevenzione- MOSOS02: *Promuovere e rafforzare strumenti per facilitare l’integrazione e la sinergia tra i servizi di prevenzione del SSN e le agenzie del SNPA nelle attività di promozione della salute, prevenzione, valutazione e gestione dei rischi per la salute da fattori ambientali, anche per la comunicazione del rischio in modo strutturato, sistematico e integrato.*

- iniziative per la promozione del benessere mentale, della prevenzione e di lotta contro lo stigma;
- promozione e supporto per la definizione di modelli per la valutazione e gestione dei rischi per la salute;
- campagne di comunicazione per la diffusione della conoscenza dei principali fattori di rischio per i disturbi mentali e per le dipendenze patologiche;
- supporto per la definizione di programmi di educazione scolastica, compresi i programmi di apprendimento sociale ed emotivo in età prescolare e scolare;
- supporto al sistema integrato di educazione e di istruzione per la promozione e il rafforzamento della responsabilità genitoriale e della famiglia, per promuovere il funzionamento emotivo e comportamentale dei bambini e dei loro genitori;
- definizione di linee guida per la prevenzione e la gestione dello stress lavoro correlato e dei rischi psicosociali nei luoghi di lavoro;
- iniziative per la corresponsabilizzazione della comunità nei processi di sviluppo del capitale sociale e di *ambienti* che promuovano la salute mentale e il benessere lungo il corso della vita;

**Attori coinvolti:**

Dipartimento regionale Salute e Welfare, DSMD, DMI, Università, MMG/PDLS, Agenzie formative, Associazione dei familiari e utenti, Enti del Terzo Settore.

**Risultati attesi:**

Riduzione epidemiologica dei maggiori indici relativi alla salute mentale (incidenza e prevalenza, mortalità, disabilità, costi diretti ed indiretti, stigma, uso di farmaci).

**Indicatori di risultato:**

- nr. di iniziative di comunicazione e informazioni
- nr. di modelli adottati per la valutazione e gestione dei rischi per la salute;
- nr. di iniziative educative presso le scuole, compresi i programmi di apprendimento sociale ed emotivo in età prescolare e scolare;
- nr. di alunni/studenti coinvolti;
- nr. di scuole coinvolte;
- nr. di famiglia coinvolte;
- adozione di linee guida per la prevenzione e la gestione dello stress lavoro correlato e dei rischi psicosociali nei luoghi di lavoro.

## 3.2. Accessibilità

L'accessibilità ai servizi sanitari e, nello specifico, ai servizi erogati dai DSMD, è costituita da:

- accessibilità fisica (presenza/assenza di barriere geografiche, architettoniche, culturali);
- disponibilità di servizi (risorse/prestazioni utilizzabili);
- modalità organizzative (orari di apertura, sistemi di orientamento, accoglienza, ecc.);
- costi a carico dei pazienti per arrivare ad accedere alle prestazioni gratuite.

Tra le modalità organizzative, ai fini dell'orientamento e dell'accoglienza, il web è indicato come strumento sempre più utilizzato anche per aspetti pratici, quali: prenotare visite, esami, comunicare tramite e-mail con il proprio medico, ecc. Più in generale chi accede ai servizi alla persona non sempre riesce a presentare i suoi diversi bisogni, che talvolta si sovrappongono, soprattutto per persone in condizioni di fragilità. Inoltre, i servizi alla persona, compresi quelli per la salute mentale, hanno spesso limiti negli orari di apertura.

Nel caso della salute mentale, l'informazione attualmente in rete sull'insieme dei servizi e operatori disponibili sul territorio della Regione Calabria, purtroppo, risulta frammentaria, disarticolata e, in molti casi, non affidabile. A conferma di quanto affermato è necessario provvedere al monitoraggio costante delle pagine web dedicate ai DSMD per tenere sotto controllo il livello di informazioni relative ai servizi offerti dagli stessi dipartimenti.

Un sistema di cure primarie ai cittadini fornite su un arco temporale più esteso (24h/7gg) e con varie professionalità e sistemi telematici avanzati oltre a migliorare il servizio, porterebbe benefici agli stessi

professionisti della sanità, favorendo ad esempio l'accesso alle informazioni cliniche sul paziente e una maggiore complementarità tra il lavoro dei medici di famiglia e degli infermieri di territorio. L'intervento più urgente da attuare è la costituzione di una rete di Case di Comunità sul tutto il territorio regionale e, contestualmente, l'integrazione progressiva dell'azione dei servizi sociali, di quelli per l'impiego, con i servizi sanitarie e le agenzie formative.

Il Piano d'Azione per la Salute Mentale persegue il miglioramento dell'accessibilità ai servizi avendo come riferimento la medicina di iniziativa che va incontro al paziente, in maniera proattiva e programmata, la recovery, la partecipazione di utenti e familiari.

**Obiettivi:**

- Innalzare il livello accessibilità ai servizi diretti dai dipartimenti di salute mentale e dipendenze su tutto il territorio regionale.

**Attori coinvolti:**

Dipartimento regionale Salute e Welfare, ASP, DSMD, Associazione dei familiari e utenti, Enti del Terzo Settore, Ambito Territoriale.

**Azioni:**

- definizione di un regolamento interdipartimentale per uniformare e tracciare la continuità delle cure nell'ambito dei DSMD;
- attivazione di percorsi organizzativi atti a garantire risposte adeguate all'urgenza psichiatrica sul territorio da parte dei Centri di Salute Mentale assicurando interventi ambulatoriali e/o domiciliari, almeno 12 ore al giorno, per 6 giorni alla settimana;
- definizione di un regolamento regionale per favorire l'accessibilità ai servizi per persone in condizioni di grave emarginazione (senza dimora, stranieri temporaneamente senza permesso di soggiorno, comunitari con tessera europea non iscrivibile, richiedenti asilo e rifugiati);
- riorganizzazione, implementazione e gestione delle pagine web sulla base delle specifiche regionali;
- miglioramento strutturale degli spazi utilizzati per i servizi, sia sotto il profilo funzionale, sia sotto quello estetico, tenendo conto che anche il confort e la bellezza degli ambienti costituiscono elementi di cura.

**Indicatori di risultato:**

- adozione di regolamento organizzativo "continuità delle cure";
- nr. di CSM attivi 12 ore al giorno, per 6 giorni alla settimana;
- adozione regolamento regionale per l'accessibilità ai servizi per persone in condizioni di grave emarginazione;
- nr. di implementazione/aggiornamento pagine web;
- nr. di interventi di adeguamento funzionale ed estetico degli ambienti di cura.

### **3.3. Cure primarie e salute mentale**

L'importanza strategica dell'integrazione tra cure primarie e salute mentale è stato molto attenzionata nell'ambito del Progetto Obiettivo "Tutela salute mentale, 1998-2000" (Decreto Presidente della Repubblica -DPR 10.11.1999), ponendo le basi sulla necessità/opportunità che i CSM locali sviluppassero una rete di integrazione con la medicina generale tramite servizi specifici di consultazione e collegamento.

La maggior parte degli studi epidemiologici hanno dimostrato che nella popolazione generale e in quella che affrisce al Medico di Medicina Generale (MMG), la percentuale di persone con disturbi psichici oscilla dal 25% al 35% mentre solo l'1/2% della popolazione accede a cure psichiatriche specialistiche. Vi è un grande numero di persone con disturbi psichici comuni (depressione e ansia) nella popolazione generale (in Italia 10%) e in quella che si rivolge al MMG (tra il 20-30%), a fronte di una inevitabilmente piccola parte che si rivolge ai servizi psichiatrici 1/2% -punta dell'iceberg della morbilità psichiatrica.

Il circuito distretto sociosanitario/cure primarie/dipartimento di salute mentale dovrà, quindi rappresentare, il percorso naturale nel quale condividere e sviluppare l'integrazione sia in ambito formativo che operativo

sul campo. Nell'organizzazione dei DSMD e del Dipartimento delle cure primarie, si devono individuare percorsi collaborativi che ovviamente andranno adattati sulla base delle esigenze locali di organizzazione e di obiettivi con lo scopo di costruire procedure condivise e strutturate di collaborazione con gli Enti Locali e con gli Enti del Terzo Settore.

L'attività di integrazione tra i servizi rappresenta il miglior strumento clinico per la cura di tali patologie in un'ottica di salute pubblica. La consulenza e il collegamento potrebbero rappresentare inoltre gli strumenti funzionali all'appropriatezza clinica ed organizzativa. La questione dell'integrazione/articolazione fra cure primarie e salute mentale diviene centrale all'interno delle politiche sanitarie e della loro programmazione, per ottenere una gestione più attenta dei bisogni di cura emergenti a livello territoriale.

A fronte di un aumento significativo dell'incidenza e della prevalenza di molti disturbi psichici nella popolazione adolescenziale e adulta, le risorse a disposizione sono assai modeste e probabilmente non utilizzate in modo appropriato. Di conseguenza, l'integrazione tra medicina generale e servizi psichiatrici territoriali si pone come un'esigenza ineludibile per il SSR nel suo complesso, che necessita di una cooperazione che comprenda il piano culturale, assistenziale e organizzativo, in un sistema maggiormente interconnesso e quindi più funzionale.

Sarebbe utile ricercare nuove modalità di presa in carico e di gestione dei disturbi mentali in una prospettiva di salute pubblica che sappia declinare le più recenti acquisizioni e prove di efficacia delle discipline psichiatrico psicologiche. In particolare, per i casi di dipendenze patologiche e comorbidità psichiatrica, vanno messi a punto protocolli operativi per la presa in carico in rete di tali pazienti; la rete dovrà prevedere i diversi attori coinvolti al fine di formulare in tempi stretti diagnosi e percorsi terapeutici adeguati.

L'area delle cure primarie e l'area della salute mentale devono muoversi verso una nuova possibile alleanza che consideri il paziente come una persona che si trova in un determinato contesto di vita, da cui non si può e non si deve prescindere per comprendere e curare la sua sofferenza (patrimonio culturale delle leggi di riforma 180 e 833). Laddove sia possibile vanno incentivate le attività di formazione congiunta tra psichiatri, neuropsichiatri infantili, psicologi e MMG/PLS, cercando sempre più nel lavoro dei nuclei delle Cure Primarie una collaborazione stabilizzata anche attraverso nuove forme di interazione (attività diretta degli psichiatri negli ambulatori e nei NCP, gestione congiunta di patologie psicotiche, etc.). Anche le collaborazioni per l'intercettazione precoce delle varie forme di dipendenza (da sostanze legali od illegali o senza sostanze) e per la gestione di pazienti stabilizzati dovranno far parte del Piano. Altre collaborazioni di rilevanza strategica sono quelle con i servizi per gli anziani (geriatria, centri demenze, psicogeriatria, servizi assistenziali domiciliari...), con i consultori familiari e gli **spazi giovani** (da istituire in modo che svolgano attività di assistenza psicologica, prevenzione ed educazione alla salute anche in contesti extra-sanitari), con i servizi per la disabilità adulti anche allo scopo di verificare l'opportunità di integrare le disabilità intellettive nell'area di azione dei DSMD (così come previsto nell'ambito del DCA 197 del 12.07.2023 avente ad oggetto: Programmazione della Rete territoriale in attuazione del D.M. n. 77 del 23 maggio 2022 e in sostituzione del DCA n. 65/2020). Inoltre, è fondamentale un'operazione culturale che coinvolga i pazienti e le nuove generazioni di MMG, in modo tale da promuovere un'adeguata conoscenza e sensibilità nei confronti della sofferenza psichica e del suo trattamento.

#### **Obiettivi:**

- Supportare la realizzazione delle Case di Comunità, elementi portanti per il rilancio dei servizi territoriali per la salute, capaci di assicurare l'operatività di équipe multidisciplinari, centrate sulla persona in risposta ai bisogni di benessere mentale del singolo e della comunità.
- Promuovere e sviluppare le risorse della comunità locale (scuola, mondo del lavoro e degli esercizi commerciali, associazioni, volontariato).
- Definire percorsi formativi volti a facilitare l'integrazione e la condivisione di linguaggi, modelli di riferimento e obiettivi tra professionisti con diversi ruoli e missioni.

#### **Azioni:**

- campagne di comunicazione e sensibilizzazione sul ruolo delle Case di Comunità;
- identificazione dei punti di forza e di debolezza del tessuto territoriale sul quale insiste la CdC e valorizzazione delle risorse locali in collaborazione con le organizzazioni pubbliche e private del territorio;
- attivazione di progetti per la prevenzione primaria.

**Attori coinvolti:**

Dipartimento regionale Salute e Welfare, DSMD, DMI, Università, MMG/PDLS, Agenzie formative, Associazione dei familiari e utenti, Enti del Terzo Settore, Ambiti Territoriali.

**Risultati attesi:**

- innalzamento della capacità di “filtro” dei medici di base in modo da evitare inutili accessi ai CSM;
- implementazione di un modello organizzativo che preveda un’integrazione funzionale tra CSM e MMG/PLS per la gestione dei pazienti con disturbi mentali comuni;
- coinvolgimento attivo degli Enti Locali.

**Indicatori:**

- nr. di accesso alle cure psichiatriche presso le UCP;
- nr. di accordi stipulati tra DSMD e CdC;
- nr. di MMG e PLS coinvolti;
- nr. di iniziative di comunicazione e informazione;
- nr. associazioni coinvolte;
- nr. di scolari/studenti coinvolti;
- nr. di docenti/familiari coinvolti,
- nr. di amministrazioni comunali coinvolti.

### **3.4. Riabilitazione Psicosociale**

Le Raccomandazioni di buone pratiche in Riabilitazione Psicosociale per adulti, (Semisa D. et al., 2022) prodotte consultando la letteratura scientifica più accreditata, rendono disponibili i migliori interventi evidence-based in riabilitazione psicosociale. Le raccomandazioni sono finalizzate a identificare i bisogni di cura dal primo episodio e iniziare un trattamento integrato prima possibile.

La Riabilitazione Psicosociale può essere definita come un corpus teorico/metodologico e una strategia di salute pubblica basati su valori ed esperienze di professionisti, utenti e familiari e sulle migliori evidenze scientifiche disponibili. La Riabilitazione Psicosociale si traduce in un insieme sistematico e integrato di interventi diretti alla persona, alla sua interazione con il contesto di vita e direttamente al contesto stesso, orientati alla ri/acquisizione di abilità, di status e ruoli sociali validi (in termini di cittadinanza attiva ovvero consapevole, partecipata e riconosciuta) e al recovery. (Raccomandazione 1.1)

La Riabilitazione Psicosociale è rivolta a tutte le persone che, a causa di un disturbo psichico, presentino una condizione di disabilità, ovvero una compromissione del funzionamento, una perdita di ruolo e una difficoltà ad accedere alle opportunità offerte dalla comunità e ad utilizzarle per realizzare un proprio progetto di vita. (Raccomandazione 1.2)

Non esistono luoghi esclusivi della riabilitazione. La Riabilitazione Psicosociale opera preferenzialmente nell’ambiente di vita della persona e transitoriamente in contesti istituzionali specifici, integrati nella rete territoriale dei servizi e accessibili. (Raccomandazione 1.4). La Riabilitazione Psicosociale va iniziata quanto più precocemente possibile con una intensità e complessità variabile a seconda dei bisogni, degli obiettivi della persona, dello stadio e tipologia del disturbo. Essa segue un approccio non lineare (analogamente al decorso della malattia), che può riguardare ogni fase della vita. (Raccomandazione 1.5).

La Riabilitazione Psicosociale è un processo che agisce su più livelli. Il primo è centrato sull’individuo e favorisce la ri/acquisizione di significati personali, abilità e capacità di interazione con l’ambiente. Il secondo è orientato allo sviluppo delle risorse ambientali e alla riduzione delle barriere che ne ostacolano l’accesso. La riabilitazione agisce aumentando i fattori psicosociali protettivi e riducendo i fattori di rischio implicati nell’insorgenza e nel mantenimento delle disabilità connesse ai disturbi psichici. (Raccomandazione 1.6)

Si avvale di un’ampia gamma di interventi tutti orientati sinergicamente al raggiungimento degli obiettivi di vita della persona. La Riabilitazione Psicosociale utilizza preferibilmente interventi evidence-based, la cui

individuazione, pianificazione, attuazione e valutazione in termini di esiti, vengono guidate e documentate attraverso l'elaborazione partecipata del progetto riabilitativo individualizzato e l'utilizzo sistematico di strumenti di valutazione scientificamente validati. (Raccomandazione 1.7) Il progetto riabilitativo è lo strumento di indirizzo e di governo del processo riabilitativo. Comporta la messa a punto di una mappa di criticità rilevate e risorse disponibili, che includa l'insieme dei fattori personali e ambientali in gioco e l'articolazione di un percorso strutturato in tappe per il conseguimento di obiettivi definiti. Il progetto riabilitativo va considerato uno strumento dinamico e flessibile, da aggiornare regolarmente. (Raccomandazione 1.8)

Il progetto riabilitativo assolve le seguenti funzioni: includere obiettivi individualizzati, definiti e realistici; evidenziare i punti di forza e descrivere le criticità nel funzionamento personale e sociale dell'utente; individuare le risorse personali ed ambientali disponibili e necessarie per il raggiungimento degli obiettivi, i desideri e le preferenze dell'utente; prevedere interventi sui contesti di vita della persona; mettere a punto programmi che si articolano in interventi possibilmente basati sull'evidenza; promuovere l'inclusione sociale attraverso azioni concrete. (Raccomandazione 1.9).

Le componenti essenziali della struttura del progetto riabilitativo includono:

L'individuazione di un obiettivo globale di vita attraverso il coinvolgimento e la motivazione dell'utente, della sua famiglia e della sua rete naturale;

La valutazione multidimensionale dei punti di forza e criticità in termini biopsicosociali, che comprenda il funzionamento cognitivo, l'esperienza soggettiva (qualità di vita, bisogni e desideri, soddisfazione per gli interventi ricevuti, personal recovery) e il carico familiare;

L'articolazione del progetto riabilitativo che comporta l'individuazione degli obiettivi specifici intermedi necessari per il raggiungimento dell'obiettivo globale, la stesura del programma riabilitativo con individuazione, pianificazione e tempistica degli interventi, la valutazione degli esiti e conseguente riadattamento del programma. (Raccomandazione 1.10).

Il progetto è elaborato e condiviso con l'utente, con i familiari ed eventuali altri soggetti significativi, istituzionali e informali; il progetto riabilitativo è redatto dall'équipe che ha in carico il percorso riabilitativo indipendentemente dai luoghi dove si svolge e si avvale di un operatore di riferimento/Case Manager, individuato all'interno dell'équipe terapeutico-riabilitativa. Il progetto, redatto nei modi indicati, costituisce documento da consultare/conservare in cartella clinica, cartacea e/o informatizzata. (Raccomandazione 1.11)

### **Obiettivi:**

- Migliorare il funzionamento personale e sociale;
- Incrementare il benessere soggettivo e la qualità di vita della persona;
- Favorire i processi di empowerment e recovery;
- Promuovere l'inclusione sociale attraverso la ri/acquisizione di abilità ruoli sociali validi, alla luce di aspirazioni, desideri, opinioni, volontà e diritti della persona stessa (Raccomandazione 1.3).
- Azioni:
  - Attività di prevenzione per i soggetti a rischio;
  - Interventi psicoeducativi rivolti alle famiglie e ai caregivers;
  - Inserimento lavorativo supportato e abitativo dei giovani pazienti.
  - Riduzione dell'isolamento sociale
  - Incremento della risocializzazione
- Attivazione del percorso riabilitativo quanto più precocemente possibile (Raccomandazione 1.5)

### **Principali Interventi Psicosociali:**

- Intervento precoce integrato;
- Rimedio Cognitivo;

- Social Cognition Training;
- Training Metacognitivo;
- Illness Self-Management;
- Social Skills Training;
- Psicoeducazione;
- Psicoeducazione familiare;
- Riabilitazione lavorativa (Supported employment);

L'attivazione di Progetti di "Riabilitazione al Lavoro" nell'ottica dell'evidence-based medicine rappresenta un obiettivo utile per favorire una reale inclusione sociale dei pazienti con rilevanti livelli di disabilità/fragilità. (Raccomandazione 4.8).

Si raccomanda di prendere attentamente in considerazione nella pratica clinica, alternativamente all'inserimento in strutture residenziali, l'inserimento in "alloggi assistiti/supportati, quale soluzione abitativa più appropriata per favorire il processo di autonomizzazione dei pazienti con rilevanti livelli di disabilità/fragilità. Promuovere iniziative di co-housing rappresenta un esito favorevole dell'abitare supportato ed un obiettivo strategico per gli utenti (Raccomandazione 4.9)

#### **Attori coinvolti:**

Requisito fondamentale per una riabilitazione efficace è che venga svolta da un'équipe multiprofessionale specificamente formata e integrata con tutti i soggetti (istituzionali e non), che possono costituire una risorsa. (Raccomandazione 1.7)

Il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica è l'operatore sanitario con competenze specialistiche nel campo della salute mentale, il cui compito, all'interno di un progetto terapeutico elaborato in équipe multidisciplinare, è quello di progettare e mettere in atto interventi riabilitativi ed educativi su soggetti che presentano disabilità psichiche.

#### **Risultati attesi:**

- Riduzione del rischio di ricaduta e riduzione dei ricoveri;
- Miglioramento dell'aderenza al trattamento terapeutico;
- Incremento dell'insight e della gestione della malattia;
- Promozione di trattamenti multidisciplinari;
- Attivazione di percorsi di empowerment e di recovery;
- Riduzione della disabilità funzionale e interpersonale;
- Miglioramento del funzionamento psicosociale;
- Incremento della performance lavorativa;
- Aumento del coinvolgimento dei familiari;
- Miglioramento quadro clinico globale;

#### **Indicatori:**

La valutazione (sia di esito che di processo) degli interventi riabilitativi, messi in atto secondo un approccio multidimensionale continuo e condiviso, dovrà integrare le tradizionali dimensioni degli aspetti clinici e di funzionamento personale e sociale con una specifica valutazione del funzionamento cognitivo. E' altresì auspicabile che la valutazione tenga conto di una serie di altre variabili che valorizzano le esperienze soggettive quale il recovery personale, la qualità della vita, i bisogni di cura, lo stigma auto percepito e il grado di soddisfazione per gli interventi ricevuti. (Raccomandazione 1.12)

### **3.5 La Rete dei servizi di salute mentale in età evolutiva**

Al tema della salute mentale in età evolutiva si affianca quello del neurosviluppo. Quest'ultimo concetto è stato declinato dalla comunità scientifica a partire dal rapidissimo incremento delle conoscenze nell'ambito

delle neuroscienze. Descrive il complesso percorso attraverso il quale il sistema nervoso centrale e le funzioni adattive (sensoriali, motorie, cognitive, comunicative, emotivo-relazionali...) giungono a maturazione a partire dal concepimento e fino alla prima età giovanile.

In tale percorso assumono un ruolo determinante le finestre evolutive, periodi nei quali è massimo l'impatto dei fattori ambientali sullo sviluppo di funzioni e competenze, nell'intreccio tra numerosi fattori di rischio e fattori protettivi. Fattori di rischio comuni e componenti genetiche, neurobiologiche ed ambientali, trasversali e ad età specifiche possono interferire con tale complesso processo determinando la comparsa di sintomi e segni d'allarme.

I Disturbi del neurosviluppo agiscono modificando lo sviluppo del cervello molto precocemente determinando la riorganizzazione delle reti neurali che sottendono all'apprendimento, alle emozioni e al comportamento. Tali modifiche, a loro volta, alterano la sensibilità e le risposte agli stimoli ambientali e i loro effetti possono essere evidenti fin dai primi anni di vita attraverso la fenomenologia sintomatologica, indirizzando le traiettorie evolutive dei quadri clinici nosografici, che conosciamo come Disturbi dello spettro dell'autismo, Disturbi di linguaggio e dell'apprendimento, Disturbo da Deficit di attenzione e Iperattività, Disabilità intellettiva in alcuni quadri clinici in comorbilità con l'epilessia. Disturbi evidenti già nella prima e nella seconda infanzia, oppure più tardivamente come disturbi psicotici ad esordio precoce, come schizofrenia e depressione.

Su queste basi scientifiche poggiano le "Linee di indirizzo sui disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell'infanzia e della adolescenza" elaborate dal Tavolo di lavoro sui disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza istituito presso il Ministero della salute, approvate con Intesa in sede di Conferenza unificata del 25 luglio 2019 e recepite dalla Regione Calabria con il DCA nr. 180 del 27/6/2023.

Con il citato decreto, nel recepire l'intesa Stato-Regioni, la Regione evidenzia gli elementi prioritari che devono orientare gli obiettivi e le strategie dell'azione politica, considerando che:

- i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza rappresentano un ambito pediatrico di particolare rilevanza per la salute pubblica, perché sono estremamente frequenti, spesso cronici, complessi e in aumento;
- richiedono interventi diagnostici, terapeutici e riabilitativi tempestivi e appropriati per modificare il decorso, richiedono competenze specialistiche mirate e in linea con le evidenze scientifiche in continuo cambiamento;
- nell'età evolutiva una diagnosi precoce ed un altrettanto precoce e tempestivo intervento può cambiare, in molti casi, la storia naturale della malattia e prevenire le numerose sequele, evitando un decorso ingravescente ed invalidante, diminuendo così in modo rilevante i costi emotivi, sociali ed economici sull'individuo, sulla famiglia e sul SSR;
- la fotografia, ancorché parziale, dello stato dei servizi che evidenzia una disomogeneità interregionale e le aree di maggiore carenza nelle risposte ambulatoriali, semiresidenziali, residenziali e di ricovero, è indispensabile per poter definire l'effettiva programmazione delle risposte.

Nelle diverse aree territoriali della Regione, dal punto di vista epidemiologico, si evidenzia un aumento allarmante del rischio di patologia del neurosviluppo e in maniera più drammatica nelle aree a minore presenza di fattori di protezione sociale e sanitaria. Ad oggi, dunque, si registra un incremento preoccupante dei bisogni assistenziali riconducibili ad un problema di salute mentale in età evolutiva.

E' pertanto prioritario attivare nei territori reti di assistenza sanitaria e socio-sanitaria a partire dall'aumento della presenza di servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (UO NPIA territoriali). Le NPIA, con un approccio olistico e multiprofessionale proprio della disciplina, sono chiamate ad effettuare una presa in carico globale in grado di:

- decodificare bisogni complessi,
- fornire una base informativa solida utile ad orientare le politiche socio-sanitarie-educative in chiave di promozione dei diritti,
- assicurare una corretta promozione della salute mentale,
- prevenire l'insorgenza di disturbi della sfera psichica della popolazione minorile in collaborazione con reti di sostegno alle multifragilità.

Torna utile ricordare che il tema della promozione della salute mentale in età evolutiva ha conquistato una considerevole rilevanza negli ultimi decenni accrescendo la consapevolezza che la tutela della salute mentale non è competenza esclusiva degli specialisti, ma è obiettivo di politiche generali che richiedono l'attivazione

di una rete complessa di interventi e di strategie integrate per promuovere il livello massimo di salute in tutte le fasi della vita.

Appare evidente che per assicurare una risposta adeguata all'ampio gruppo di disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell'infanzia e della adolescenza occorre:

- appropriatezza e specificità per età e per disturbo
- condivisione e personalizzazione
- globalità e integrazione
- multiprofessionalità e multidimensionalità
- continuità longitudinale e trasversale
- centralità della persona e della famiglia.

### ***Ruolo della famiglia, della scuola e contesto di vita per lo sviluppo neuropsichico***

Gli studi scientifici hanno ampiamente dimostrato che esiste una correlazione tra gli stati emozionali e affettivi di base e l'integrazione sociale confermando come la salute mentale influenzi lo stato di *benessere*.

In età evolutiva il concetto di salute è strettamente connesso al rapporto del bambino/a e dell'adolescente con il suo contesto ambientale, in relazione soprattutto alla qualità delle interazioni con gli adulti di riferimento.

Il coinvolgimento attivo e l'empowerment della famiglia è pertanto elemento fondamentale del percorso di cura, non solo nella fase della diagnosi, ma anche e soprattutto durante i differenti interventi che si rendono necessari. Se da un lato la famiglia è detentrica di preziose conoscenze e competenze sull'utente e sul contesto di riferimento, dall'altro necessita di essere sostenuta e accompagnata nel percorso, con interventi informativi, formativi, di training e/o di counseling psicologico e con informazioni chiare, precise, continuative nel tempo, per poter affrontare con consapevolezza ogni evento e scegliere, in dialogo continuo con gli operatori di riferimento, quali tra i trattamenti basati sulle evidenze scientifiche disponibili, meglio si adattano al proprio figlio nelle diverse fasi della vita. Inoltre il coinvolgimento della famiglia è fondamentale perché essa, insieme con gli altri contesti di riferimento, contribuisce significativamente agli interventi stessi e alla generalizzazione dei risultati ottenuti.

Per ottenere questo risultato è necessaria una programmazione degli interventi tesa soprattutto ad individuare precocemente i fattori di rischio e i fattori protettivi, al fine anche di aumentare la capacità di resilienza, cercando di promuovere e sviluppare le capacità di coping relazionale, le abilità neuropsicologiche e funzionali. Una grande importanza viene data infatti all'analisi e al riconoscimento precoce dei fattori di rischio, dei fattori protettivi, del loro equilibrio dinamico, attraverso il concetto di resilienza.

Utili possono essere anche interventi che promuovono l'attivazione di gruppi di mutuo-aiuto tra i familiari, che favoriscono lo scambio di esperienze, promuovono il problem solving e possono facilitare una comunità di prossimità più attenta e accogliente, in una logica di welfare generativo.

I disturbi neuropsichici dell'età evolutiva hanno un grande impatto sul sistema familiare con costi emotivi e implicazioni considerevoli, anche di carattere pratico. Il carico assistenziale sostenuto dalla famiglia deve essere sempre considerato sia per l'influenza che esso esercita sulle condizioni di salute dei suoi membri, sia per le conseguenze sul piano della compartecipazione al trattamento.

Promuovere la salute mentale e prevenire i disturbi mentali è responsabilità di ciascuno dei soggetti istituzionali e non, chiamati alla identificazione precoce di detti disturbi. Un intervento terapeutico maggiormente tempestivo e mirato, in una età in cui è massima la plasticità cerebrale, assicura una migliore prognosi e comunque la possibilità di ridurre la gravità dell'espressione sintomatologica e delle ricadute funzionali.

L'integrazione con l'area pediatrica, prevalentemente trasversale, riveste poi particolare importanza considerato che l'utente e la sua famiglia mantengono un riferimento pediatrico per tutto il percorso di cura fino all'età "adulta".

Inoltre, i PLS hanno un ruolo rilevante nell'individuazione dei primi segnali di problemi legati alla salute mentale, per il ruolo che può svolgere nell'individuazione precoce delle situazioni a rischio e per l'invio tempestivo ai servizi di NPIA, ruolo che per alcuni utenti è in parte condiviso con la neonatologia.

Diventa quindi urgente l'attuazione di quanto stabilito nel Programma Operativo 2022-2025 approvato a Novembre 2022 per il potenziamento della Rete territoriale che tra l'altro prevede: *la costituzione di una UOC o una UOSD di neuropsichiatria infantile per ciascuna ASP, secondo le dimensioni del bacino d'utenza le quali operino in stretto collegamento con le strutture ospedaliere (una UOC all'AO di Catanzaro e strutture o servizi alle AO di Cosenza e di Reggio Calabria), nonché la definizione puntuale del fabbisogno delle prestazioni residenziali, semiresidenziali e ambulatoriali per le 4 principali aree d'intervento (Disturbi neurologici, Disturbi neuropsichici che determinano disabilità complesse, Disturbi Specifici e Disturbi psichiatrici).*

Così come altrettanto urgente è la riorganizzazione della raccolta dati per la valutazione puntuale dei bisogni e l'adeguamento della rete che veda il momento territoriale e riabilitativo, quello ospedaliero, residenziale e semiresidenziale come ambiti funzionalmente integrati tra loro con altri servizi e con le stesse risorse territoriali.

### **3.6 Assistenza ospedaliera di Neuropsichiatria Infantile**

Il 18,64% dei ricoveri fuori Regione di pazienti minori sono prevalentemente a causa di malattie neuro-psichiatriche. Allo stato, nonostante quanto stabilito nel Programma Operativo 2022-2025 non risultano realizzate le strutture ospedaliere che dovrebbero operare in sinergia con le strutture territoriali di neuropsichiatria infantile.

Ciò determina un quadro generale anche più grave di quello nazionale caratterizzato da carenza di posti letto ospedalieri e di strutture socio-sanitarie (residenziali e non) dedicate all'accoglienza dell'emergenza/urgenza psichiatrica in pre-adolescenza e adolescenza, con conseguenti ricoveri impropri.

Solo un'adeguata riorganizzazione può assicurare la necessaria risposta a situazioni psicopatologiche importanti, garantendo forme di assistenza integrata, sanitaria e sociale, che prevenano il ricorso all'uso dell'ospedalizzazione del minore. Infatti un ricovero può determinare un percorso di cambiamento della situazione psicopatologica e di vita del minore, in quanto tappa dell'assunzione globale che garantisce erogazione di prestazioni appropriate.

Alcuni autori (Nardocci 2005), attraverso l'analisi delle SDO, hanno valutato il fenomeno dei ricoveri psichiatrici in adolescenza indicando un tasso di ospedalizzazione tra i 14 e i 17 anni stimato intorno al 1,5/1000, ( linee guida per l'emergenza -urgenza in età evolutiva Sinpia 2023) un dato da confrontare con quello emerso dal progetto "Progres Acuti" per le ospedalizzazioni psichiatriche di soggetti adulti (a livello nazionale del 2,7/1000), e vicino a quanto indicato negli USA con un tasso di ospedalizzazioni di adolescenti tra i 12 e i 17 anni del 2- 3/1000. Quindi un fenomeno per nulla trascurabile, a fronte del quale, significativo è il ricorso al ricovero in SPDC in mancanza di strutture adeguate per la cura in condizione di degenza ospedaliera.

Una recente ricerca epidemiologica (PRISMA) condotta su preadolescenti tra gli 11 e i 13 anni ha evidenziato come 8 ragazzi su 100 presentino segni clinici riferibili ad un disturbo psicopatologico con prevalenza di ansia e depressione. La stessa ricerca indica come solo il 14% degli adolescenti diagnosticati avesse consultato un centro specialistico. I dati PRISMA confermano le difficoltà ad intercettare la psicopatologia adolescenziale prima che si manifesti con segni clamorosi che conducono a situazioni di emergenza/urgenza (tentativi di suicidio, psicosi, disturbi d'ansia sociale).

Occorre inoltre tenere presente che un ruolo significativo del fenomeno del ricovero psichiatrico in adolescenza è svolto dalla commistione con episodi di abuso di sostanze che slatentizzano quadri psicopatologici e ancora scarsa attenzione viene data ai legami tra ADHD, abuso di sostanze ed esordi bipolari.

Il ricovero in SPDC di soggetti adolescenti nella fascia di età sotto i 16 anni è caratterizzato da notevoli difficoltà e criticità, sintetizzabili come segue:

- Ambiente non appropriato ad affrontare le problematiche dell'età,
- Aumento dello stato di angoscia al contatto con soggetti molto più adulti e con manifestazioni psicopatologiche gravi,
- Aumento del rischio di facilitare fenomeni di *revolving door*,

- Aumento del rischio di comparsa di "cronicità psichiatrica" e peggioramento della prognosi a medio-lungo termine,
- Aumento della stigmatizzazione e dell'isolamento sociale dai pari.

Particolarmente importante è quindi l'attività di sensibilizzazione e informazione che deve essere svolta dai pediatri nei confronti dei genitori, nonché l'attività di counselling e supporto, di cui ogni istituzione si deve far carico, nelle situazioni nelle quali sono presenti fattori di rischio, per evitare l'evoluzione verso un disturbo e promuovere la salute mentale.

#### **Obiettivi:**

- garantire su tutto il territorio regionale l'applicazione delle Linee di Indirizzo dei disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza recepite con DCA n 180 del 27/06/2023;
- superare la frammentazione degli interventi di prevenzione e promozione della salute mentale in età evolutiva;
- sviluppare e coordinare le reti primarie a supporto delle fragilità e le iniziative per la promozione della salute nell'infanzia e nell'adolescenza;
- promuovere attività di sensibilizzazione e informazione,
- attivare azioni di prevenzione per la diagnosi e presa in carico precoce;
- favorire il coinvolgimento attivo e l'empowerment delle famiglie;
- valorizzare e formare le risorse professionali per la realizzazione di iniziative didattiche, educative, sportive e culturali in collaborazione con la rete delle istituzioni scolastiche e formative;
- attivare le strutture residenziali a carattere socio-sanitario per interventi riabilitativi terapeutici per minori (anche per i minori autori di reato e sottoposti a misure cautelari da parte dell'A.G.) e giovani adulti con patologia psichiatrica.

#### **Azioni:**

- sviluppo dei percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) attraverso la redazione di specifiche linee attuative/operative regionali per la presa in carico globale, multidimensionale e multidisciplinare, dei singoli quadri diagnostici, classificati nei disturbi del neurosviluppo ed a maggiore impatto socio-sanitario;
- elaborazione di programmi di prevenzione;
- strutturazione di protocolli di collaborazione tra PLS e servizi di NPIA;
- rafforzamento delle Unità Operative di NPIA;
- attivazione dei reparti ospedalieri di neuropsichiatria infantile (DCA 180/2023);
- strutturazione della rete dell'emergenza/urgenza psichiatrica in età evolutiva coerentemente a quanto contenuto nelle Linee d'indirizzo per l'emergenza-urgenza psichiatrica in Età Evolutiva (SINPIA- 2023, Allegato 1);
- Attivazione di strutture residenziali e semiresidenziali dedicate alla gestione delle sub-acuzie.

#### **Indicatori di risultato:**

nr. PDTA redatti

nr. di strutture e servizi NPIA attivati

nr. PL attivati

nr. protocolli attivati per la gestione dell'emergenza/urgenza

nr. di PL attivati in strutture residenziali e semiresidenziali

nr. di percorsi formativi rivolti a professionisti sanitari

nr. di percorsi formativi rivolti ai docenti della scuola dell'infanzia e primaria di primo e secondo grado

nr. di interventi a supporto di genitori con figli adolescenti con disturbi neuropsichiatrici:

#### **Attori coinvolti:**

Dipartimento Cure Primarie, Dipartimento materno infantile, Dipartimento Prevenzione, DSMD, Dipartimento Regionale Salute e Welfare, EE.LL., ETS.

### **3.7. Disturbi del neurosviluppo e disabilità: Focus sui Disturbi dello Spettro Autistico**

Per la persona con disturbi dello spettro autistico vi è il diritto ad una diagnosi corretta e aggiornata anche in età adulta; quindi a una rivalutazione del funzionamento delle persone già note e seguite nelle UO NPIA ed ad una nuova valutazione diagnostica delle persone adulte non conosciute in età adulta.

La diagnosi deve essere condotta e strutturata in modo da essere utile per raccogliere e classificare la documentazione epidemiologica, consentire l'accertamento della condizione clinica e l'accesso ai benefici di legge (es.: invalidità civile) utile a definire obiettivi e pianificare interventi, sostegni, risorse in funzione della programmazione di esiti clinici funzionali e personali (Progetto di vita).

La diagnosi deve essere impostata e completata con metodologie e strumenti appropriati, validati e riveduta a seconda dei cambiamenti che intercorrono nella condizione clinica, funzionale e personale.

Inoltre, un profilo diagnostico-funzionale non è completo se non comprende anche la valutazione delle aspettative, dei desideri e delle preferenze della persona e della famiglia, del profilo dei bisogni espressi nonché l'assetto dei sostegni in funzione della qualità di vita.

La diagnosi costituisce tappa fondamentale del percorso di presa in carico caratterizzata dall'approfondimento eziopatogenetico clinico/strumentale dalla valutazione multidimensionale e multidisciplinare da condividere nel gruppo di lavoro e con il paziente e la sua famiglia per un programma d'intervento terapeutico con la definizione di obiettivi clinici, funzionali e personali che costituiscono il progetto individualizzato.

È necessario definire un percorso volto a programmare i singoli progetti individuali che si sviluppano nelle diverse fasi di vita di una persona affetta da disturbi dello spettro autistico, promuovendone il funzionamento adattivo, neuropsicologico, psicoeducativo, con focus sulle preferenze e sul progetto di vita generale, con il coinvolgimento del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta, in quanto componente fondamentale del gruppo di lavoro.

E' necessario assicurare alle persone affette da autismo una presa in carico globale che consideri i bisogni primari e le problematiche correlate alla patologia di base, garantendo continuità dei servizi integrati, per rispondere in maniera appropriata all'evoluzione dinamica e continua dei loro bisogni nelle diverse fasi di vita.

Gli interventi vengono definiti e articolati secondo un progetto individualizzato con l'obiettivo di raggiungere il massimo livello di autonomia.

Il progetto globale della persona deve esplicitare le diverse aree d'intervento su cui si deve articolare il progetto individuale. Tali interventi devono comprendere: trattamenti di gruppo ed individuali, formazione (scolastica e post scolastica), lavoro e/o tempo diurno, tempo libero e sport, vita familiare, affettività e sessualità, residenzialità ed autonomia personale; l'intero percorso deve prevedere l'individuazione di figure professionali specializzate e la definizione di percorsi di gestione dei comportamenti disadattivi.

I servizi sanitari per le persone con autismo sono garantiti lungo l'arco della vita dai nuovi livelli essenziali di assistenza (LEA). Il DPCM LEA inserisce l'autismo nelle "particolari categorie" con l'art. 60 che rimanda l'erogazione dei servizi alle "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nei Disturbi dello spettro autistico" di cui alla legge 134 /2015 "Disposizioni in materia di diagnosi, cura e abilitazione delle persone con disturbi dello spettro autistico e di assistenza alle famiglie".

Ai sensi dell'art 4, comma 2, della citata legge 134 del 2015, l'attuazione delle già menzionate "Linee di Indirizzo" costituisce adempimento ai fini della verifica del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA.

Nella Regione Calabria la programmazione della Rete Territoriale dei Servizi prevede 7 residenze da 12 p.l., 9 centri diurni da 20 prestazioni/die ed un numero di ambulatori sufficienti al fabbisogno in relazione ai dati epidemiologici regionali.

Le linee guida per l'età adulta emanate dall'ISS raccomandano soluzioni abitative flessibili a secondo delle traiettorie evolutive e perciò è necessario che la Regione Calabria, ai sensi del DCA 81/2016, provveda all'accreditamento di comunità alloggio che assicurino ai soggetti interessati residenzialità protetta (anche permanente), prestazioni ad integrazione sanitaria, supporto assistenziale e riabilitativo, programmi educativi individualizzati, coinvolgimento delle famiglie e apertura al territorio nella logica della massima integrazione.

**Obiettivi:**

- garantire alla persona con disturbi dello spettro autistico il diritto a una diagnosi corretta e aggiornata anche in età adulta,
- assicurare alle persone affette da autismo l'aggiornamento dei singoli Progetti Individuali in relazione all'evoluzione dinamica e continua dei loro bisogni nelle diverse fasi di vita,
- sostenere e orientare i familiari di bambini/e ed adulti/e con autismo.

**Azioni:**

- percorsi mirati all'aggiornamento del personale sanitario interessato,
- rafforzamento delle Unità di Valutazione Multiprofessionale,
- campagne di sensibilizzazione,
- definizione di protocolli operativi interdipartimentali e con le UO di Cure Primarie per la continuità delle cure.

**Attori coinvolti:**

DMI, DSMD, Dipartimento Cure primarie, CdC, Rappresentati dei familiari e degli utenti, Servizi sociali, ETS.

**Risultati attesi:**

- innalzamento della qualità dei progetti personalizzati,
- innalzamento della qualità della vita dei soggetti interessati e dei loro familiari,
- maggiore consapevolezza e sensibilizzazione della popolazione,
- aggiornamento e miglioramento nell'identificazione e delle tecniche utilizzate per effettuare la diagnosi.

**Indicatori:**

Garanzia negli adempimenti dei LEA

### **3.8. Transizione tra età evolutiva ed età adulta**

L'area della psichiatria di transizione è un tema toccato ancora solo marginalmente in Italia e scarsamente discusso a livello istituzionale, in quanto tante sono le criticità cliniche da affrontare, concettuali ed epistemologiche, che rappresentano un limite all'identificazione di una "Psichiatria di transizione".

Il termine "transizione" si è recentemente affermato per indicare la delicata fase di passaggio dalla psichiatria del bambino e dell'adolescente a quella dell'adulto, con i relativi problemi di coordinamento e continuità assistenziale.

La legislazione attuale impone, infatti, che al compimento dei 18 anni gli adolescenti perdano il diritto a usufruire delle prestazioni nell'ambito della Neuropsichiatria infantile, tra cui anche la frequentazione dei centri diurni per adolescenti. Lo scenario assume contorni ancor più drammatici nel caso di quei giovani che, alla fine del percorso scolastico, perdono anche le figure di supporto e sostegno all'interno della scuola.

Emi Bondi, presidente SIP, Società Italiana di Psichiatria, precisa che: è prioritario ripensare all'organizzazione dei servizi, soprattutto per quanto riguarda l'età della transizione, 14-24 anni, che appare essere la più scoperta in termini di presa in carico e continuità dei percorsi di cura, nonostante sia quella in cui esordiscono la maggior parte dei disturbi psichici. Appare inderogabile la creazione di servizi dedicati, che vedano la collaborazione della UO NPIA e della Psichiatria, alla costituzione di équipe multidisciplinari che si occupino degli esordi, fornendo loro un trattamento integrato, continuativo e peculiare alle esigenze dell'età oltre che della cura della patologia."

Difronte all'aumento esponenziale dei bisogni di cura di minori con disturbo psichiatrico, si ritiene urgente e necessario risolvere le criticità organizzative dell'intera filiera assistenziale di Neuropsichiatria Infantile che risulta carente e insufficiente. Sono urgenti e necessari interventi mirati e concreti perché il diritto alla salute dei più giovani sia accolto definitivamente da parte del sistema sanitario regionale.

Contestualmente, dobbiamo considerare che per le persone affette da patologia mentale il passaggio dall'età evolutiva all'età adulta è particolarmente impegnativo, poiché essi – a fronte di importanti sfide adattative e cambiamenti relazionali – hanno in media meno capacità relazionali e di coping.

In questo senso è necessario ottimizzare e strutturare l'assistenza adottando un sistema più umanizzante di offerta di servizi, processi che assicurino la continuità di cura, di modelli che favoriscano il mantenimento metodologico della presa in carico propria dei servizi di neuropsichiatria infantile e la creazione di nuclei operativi dedicati ai percorsi di transizione.

*"I nuclei della transizione"*, che accolgono il soggetto che sta transitando anagraficamente da un'età all'altra, devono saper cogliere le caratteristiche proprie del periodo adolescenziale nella fattispecie clinica considerata, non solo in riferimento alla sintomatologia espressa, e quindi alla categoria diagnostica, ma piuttosto rispetto all'intervento terapeutico, perché vanno presi in considerazione il grado di maturità e di sviluppo, la dipendenza da genitori, l'opportunità della relazione con i pari, la scuola e/o l'inserimento lavorativo, ovvero una serie di ambiti che non possono essere esclusi e devono essere direttamente coinvolti nel percorso terapeutico.

Le azioni da mettere in campo sono necessariamente dipendenti da programmi di formazione degli operatori, da individuare nelle figure degli specialisti, psichiatri e neuropsichiatri infantili, in tutte le figure che fanno parte del team di cura, psicologi/psicoterapeuti, educatori, assistenti sociali delle NPIA/CSM.

I nuclei dedicati al processo di transizione dovranno essere presenti nei territori e preparati ad interfacciarsi con tutte le risorse della comunità, allargata alle agenzie sociali presenti, welfare e terzo settore agendo in maniera integrata.

Sulla base di quanto contenuto nelle Linee guida, relativamente alle problematiche connesse alla transazione dall'età evolutiva all'età adulta, ciò che appare ampiamente condiviso dalla comunità scientifica, è la necessità di prevenire i *drop out* e di minimizzare qualsiasi possibile effetto negativo nella fase passaggio dai servizi per l'età evolutiva ai servizi per gli adulti, attraverso la strutturazione di momenti stabili di integrazione e raccordo tra NPIA e CSM, che consentano:

- di programmare la transizione con largo anticipo (a partire dai 16 anni), perché essa possa avvenire nel momento più adatto per la persona, prima o dopo il compimento dei 18 anni;
- di continuare il trattamento nelle NPIA oltre i 18 anni, se l'evoluzione clinica indica una possibile evoluzione positiva nel breve periodo, tale da evitare la necessità di ricorrere ad un servizio per adulti;
- di anticipare la presa in carico da parte della psichiatria degli adulti o del servizio per le dipendenze patologiche, affiancati dalla NPIA, ove si tratti di utenti di età superiore ai 17 anni, non noti ai servizi per l'età evolutiva e con disturbi per i quali è evidente fin da subito che vi sarà poi la necessità di una presa in carico da parte dei servizi per gli adulti al compimento della maggiore età.

La formalizzazione delle procedure di transazione devono garantire che i criteri di accesso ai servizi per adulti siano coerenti con i bisogni e le aspettative dei giovani precedentemente trattati nelle NPIA.

I diversi servizi coinvolti devono inoltre collaborare per identificare i punti di forza e le criticità di quanto definito e di introdurre interventi migliorativi, per rispondere meglio e più appropriatamente ai bisogni dei giovani in transizione.

**Obiettivi:**

- prevenire i drop out e minimizzare qualsiasi possibile effetto negativo nella fase di passaggio dai servizi per l'età evolutiva ai servizi per gli adulti
- garantire l'integrazione delle attività e delle prestazioni erogate dai DSMD e dai DMI nelle transizioni per età
- formalizzare le procedure di transazione
- monitorare e valutare gli esiti delle procedure

**Azioni:**

- costituzione dei nuclei di transazione
- definizione delle procedure
- monitoraggio e valutazione longitudinale degli esiti

**Attori coinvolti:**

DMI, DSMD, Dipartimento Cure primarie, CdC, Rappresentati dei familiari e degli utenti, ETS, Servizi sociali.

**Indicatori:**

- nr. dei nuclei di transazione costituiti
- nr. degli accordi interdipartimentali sottoscritti
- nr. dei report di monitoraggio e valutazione longitudinale degli esiti

### **3.9. Interventi precoci sugli esordi**

Gli esordi delle condizioni psicotiche sono uno dei problemi di maggiore complessità ed impatto sulla salute mentale delle future generazioni. Al tempo stesso però, gli esordi psicotici sono condizioni che si prestano ad azioni strutturate di prevenzione e di intervento precoce. Laddove queste azioni sono state intraprese, con decisione e organizzazione, esse hanno dato grandi frutti. In particolare, le esperienze di Australia e Nuova Zelanda, Canada ed Gran Bretagna suggeriscono che i programmi ben strutturati ottengono esiti clinici di grande rilievo e sono in grado di modificare le traiettorie di malattia per molti pazienti.

L'obiettivo principale del presente piano d'azione rispetto agli interventi sugli esordi è definire ed attuare specifici protocolli di intesa riguardanti le modalità operative sulla presa in carico degli esordi in tutte le fasce di età e in particolare nella fascia 16-25 anni.

Essi riguardano: la presa in carico nel passaggio dall'età evolutiva all'età adulta, lo scompenso psichico acuto, la presa in carico tempestiva degli esordi psichiatrici in qualsiasi fascia d'età in modo da prevenire la cronicizzazione, adottando approcci, metodi e strumenti specifici, anche di carattere innovativo e supportati dalle evidenze scientifiche.

I protocolli di intesa coinvolgono i Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze, i Dipartimenti Materno Infantile, i Dipartimenti Prevenzione, i Dipartimenti Emergenza Accettazione, i Distretti Sociosanitari, gli Enti gestori dei servizi socio-assistenziali, gli istituti scolastici, le agenzie lavorative e le Università tramite le Scuole di Specializzazione in Psichiatria.

I protocolli di intesa devono prevedere l'individuazione di spazi neutri non connotanti e il ricorso a interventi di carattere domiciliare. Per l'attuazione dei protocolli di intesa vengono costituiti gruppi di lavoro multidisciplinari adeguatamente formati.

**Obiettivi:**

- ridurre il numero di psicosi non trattate nella regione Calabria e la durata di malattia non trattata.

- fornire agli operatori della salute mentale gli strumenti per una definizione univoca di esordio psicotico e della sua gestione globale (terapeutica e riabilitativa precoce) secondo le più recenti classificazioni internazionali, attraverso programmi di formazione capillare nei servizi.
- costruire un PDTA per gli esordi che tenga conto delle peculiarità della Regione Calabria

**Azioni:**

- definizione di PDTA Regionale per la prevenzione degli esordi psicotici e per i disturbi schizofrenici, disturbi dell'umore e i disturbi gravi della personalità.
- formulazione di accordi e procedure operative con i CSM/Consultorifamiliari/SERD/MMG/PLS;
- formazione integrata rivolta ai gruppi operativi multiprofessionali orientata anche al lavoro con le famiglie e i caregivers;
- attivazione di progetti aziendali dedicati o di percorsi specifici integrati per gli interventi precoci che prevedano anche il supporto dei familiari.

**Attori coinvolti:**

Università, Servizi territoriali ASP, Distretti, MMG/PLS, servizi sociali, Consulta DSMD, Enti del Terzo Settore, volontariato, servizio civile.

**Risultati attesi:**

- riduzione del numero e della durata di psicosi non trattate
- ridefinizione all'interno del PDTA di un sistema di riconoscimento e trattamento precoce dei casi di soggetti ad alto rischio e/o con esordio psicotico
- aumento delle competenze dei professionisti sanitari nell'individuazione (inclusa l'importanza dei determinanti sociali di salute)
- promozione di trattamenti multidisciplinari, flessibili e personalizzati che includono la partecipazione della persona e della sua famiglia, del contesto sociale, riducendo pratiche coercitive e di ricovero ospedaliero
- riduzione dei tempi di presa in carico dall'esordio
- attivazione di percorsi verso la recovery
- aumento del coinvolgimento dei familiari ed empowerment.

**Indicatori:**

- riduzione del numero di ricoveri per primo episodio nei prossimi 5 anni nella regione Calabria
- numero di PDTA aziendali adottati formalmente
- aumento di inserimento nei programmi di riabilitazione precoce e di inserimento lavorativo supportato e abitativo dei giovani pazienti.

### **3.10. Percorsi di cura per i Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione**

I DNA sono persistenti disturbi del comportamento alimentare associati a una alterazione della percezione corporea e del controllo del proprio peso e delle forme corporee, che danneggiano la salute fisica o il funzionamento psicologico e che non sono secondari a nessuna condizione medica o psichiatrica conosciuta. Sono disturbi della sfera psichica ad eziopatogenesi multifattoriale, che richiedono una rete di interventi e la costruzione di percorsi di cura dedicati che offrano ai pazienti interventi precoci, multiprofessionali e complessi.

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

### **3.11. Rete dell'assistenza per l'età adulta**

Nel caso del paziente adulto, la presa in carico si rivolge ad un soggetto che è riconosciuto parte attiva di una relazione di cura e si fonda su un rapporto di alleanza e di fiducia con l'utente, i suoi familiari e le persone del suo ambiente di vita.

Compito del DSMD, che assume la titolarità di un percorso di presa in carico, in una prassi orientata alla continuità terapeutica, è garantire alcuni requisiti:

- supporto complessivo in tutto il percorso del paziente (interventi territoriali, ospedalieri, di emergenza/urgenza, residenziali e semiresidenziali);
- flessibilità e costante verifica delle potenzialità evolutive del paziente e il conseguente adattamento delle linee di intervento al bilancio di competenze dell'utente;
- coerenza, mediante l'impegno congiunto di tutta l'Unità Operativa territorialmente competente e dei DSMD, a concretizzare il principio della continuità terapeutica;
- attivazione di un sistema di documentazione dei casi gravi presi in carico (ammessi e dimessi) e attenzione volta a rilevare eventuali drop out (i cosiddetti "persi di vista").

Dal punto di vista organizzativo il percorso di presa in carico deve fondarsi su un Piano di Trattamento Individuale (PTRI), contenuto nella cartella clinica del CSM competente e regolarmente aggiornato in funzione dell'andamento clinico. Esso include le caratteristiche funzionali dell'utente e la sua partecipazione al progetto, le motivazioni e gli obiettivi del programma di cura e la tipologia delle prestazioni erogate dall'équipe e da altri attori coinvolti, con il coinvolgimento della famiglia e delle reti sociali informali (naturali) e formali (servizi / enti / associazioni / Enti del Terzo Settore), nell'ambito della presa in carico del paziente complesso e dell'integrazione dei trattamenti. Esso permette di passare da un intervento riabilitativo ad un intervento di integrazione e reinserimento nella vita di relazione, coinvolgendo la famiglia e il contesto di comunità come risorsa, realizzando l'effettiva "inclusione sociale" della persona.

## **I servizi per l'età adulta**

Vi è la fondamentale esigenza di una più funzionale organizzazione dell'integrazione tra i servizi di salute mentale e tra questi ed altri servizi sanitari e sociali cointeressati.

### **Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze**

Il DSMD è la struttura organizzativa interdisciplinare e l'organo di coordinamento e di governo atto a garantire unitarietà e integrazione ai servizi psichiatrici dell'età adulta, ma anche ai servizi neuropsichiatrici dell'infanzia e dell'adolescenza, delle dipendenze ed ai vari programmi dipartimentali. Il DSMD è dotato di autonomia tecnico-organizzativa, formalmente istituito in tutte le Aziende Sanitarie per coordinare sotto un'unica direzione le attività territoriali ed ospedaliere, pubbliche, private e convenzionate, dell'assistenza psichiatrica, finalizzate a garantire i livelli di assistenza.

Nella Regione Calabria sono attivi n.5 Dipartimenti di Salute Mentale. I modelli clinico-organizzativi atti a governare il processo assistenziale sono prioritariamente rivolti agli utenti con disturbi mentali gravi, e sono articolati secondo quanto definito dal PANSM (Piano Nazionale per la Salute Mentale):

- 1) la collaborazione/consulenza: una modalità di lavoro organizzata tra DSMD e medicina generale o tra servizi Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza (NPIA), Pediatri di Libera Scelta (PLS), servizi psicologici o sociali e scuola per gli utenti che non necessitano di cure specialistiche continuative;
- 2) l'assunzione in cura: percorso di trattamento per gli utenti che necessitano di trattamento specialistico ma non di interventi complessi e multiprofessionali;
- 3) la presa in carico: percorso di trattamento integrato per gli utenti che presentano bisogni complessi e necessitano di una valutazione multidimensionale e intervento di diversi profili professionali.

Il percorso clinico di "presa in carico" prevede la definizione di un Piano di Trattamento Individuale per il singolo utente e - a seconda dei bisogni individuati - richiede l'identificazione del "case manager", la ricerca e il recupero del rapporto con gli utenti "persi di vista", una maggiore attenzione alle famiglie, nell'ambito dei programmi di cura, lo sviluppo di programmi di prevenzione in collaborazione con gli Enti locali e con la scuola.

Il DSMD si articola in:

- servizi per l'assistenza diurna: i Centri di Salute Mentale (CSM);
- servizi semiresidenziali: i Centri Diurni (CD);
- servizi residenziali: strutture residenziali psichiatriche (SRP) distinte in:
  - ✓ residenze terapeutico-riabilitative a carattere intensivo (SRP1);
  - ✓ residenze terapeutico-riabilitative a carattere estensivo (SRP2);
  - ✓ strutture residenziali psichiatriche per interventi socio-riabilitativi (SRP3);
  - ✓ strutture per interventi di mantenimento e supporto sociale (gruppi appartamento, gruppi convivenza);
- servizi ospedalieri: i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) e i Day Hospital (DH);
- servizi per le Dipendenze.

**Il Centro Salute Mentale (CSM)** è la struttura territoriale ad accesso diretto che accoglie, valuta e risponde ai bisogni di salute mentale dei cittadini, in età maggiore dei 18 anni, residenti nel bacino di utenza. Il CSM garantisce la continuità del percorso di cura e di assistenza degli utenti presi in carico; effettua, attraverso interventi multidisciplinari prevalentemente strutturati in équipe, visite specialistiche, trattamenti psicoterapeutici, interventi infermieristici, interventi sociali e di rete, programmi riabilitativi, trattamenti farmacologici, interventi di ascolto e di supporto ai familiari; garantisce, inoltre il collegamento con gli altri servizi territoriali per il percorso di cura dell'utente. Le attività del CSM sono svolte nel presidio, a livello domiciliare e/o nel contesto di vita dell'utente.

### **L'assistenza domiciliare del CSM**

L'assistenza domiciliare rappresenta una modalità di attuazione del progetto terapeutico predisposto dal Centro di Salute Mentale di competenza territoriale che utilizza l'équipe che ha in carico ciascun caso per l'effettuazione degli interventi a domicilio.

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

Al fine di perseguire e sviluppare modelli omogenei si definiscono i seguenti obiettivi per l'elaborazione di modelli operativi innovativi.

### **Obiettivi CSM:**

- Consolidare la rete dei servizi qualificando le prestazioni sull'evoluzione delle domande e prevedendo l'implementazione di nuovi modelli di erogazione di intervento per le patologie emergenti;
- Potenziare la presa in carico assertiva e proattiva;
- Garantire il prioritario intervento sull'età giovanile stante il consistente incremento delle prese in carico e definire percorsi di cura integrati per la transizione dall'età evolutiva all'età adulta;
- Consolidare il rapporto con gli enti locali, l'associazionismo ed il volontariato;
- Implementare percorsi di telemedicina;
- Promuovere una forte integrazione, nei DSMD, tra i Servizi di Salute Mentale e i Servizi per le Dipendenze;
- Sviluppare la rete dei servizi di cura per pazienti psichiatrici autori di reato;
- Promuovere l'utilizzo della Evidence Based Medicine (EBM) e delle evidenze scientifiche dei trattamenti appropriati nelle varie patologie psichiatriche;
- Prevedere adeguati Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA): i PDTA consentono di definire standard assistenziali e di verificare l'appropriatezza dell'assistenza erogata, azione questa particolarmente significativa nell'area della salute mentale organizzata, secondo il modello dipartimentale transmurale, in setting ospedalieri e territoriali;
- Sviluppare la multi-professionalità e implementare la Formazione del Personale negli ambiti che si considerano prioritari ed emergenti (pazienti autori di reato; psichiatria delle migrazioni, psichiatria di genere, esordi e età di transizione, comorbidità e dipendenze, strategie di prevenzione, riabilitazione e inclusione sociale alla luce dei nuovi strumenti di sostegno al PTRI, come il Budget di Salute).

### **Azioni**

- Adozione PDTA integrati per gli esordi psicotici e per le patologie complesse ed emergenti e conseguente avvio programma di verifica dell'appropriatezza dell'assistenza erogata sia in setting ospedalieri che territoriali;
- Rafforzare l'integrazione dei vari setting assistenziali fondati sul Progetto Terapeutico Individualizzato; conseguente verifica dell'effettivo utilizzo del PTRI;
- Congrua allocazione delle risorse in risposta ai cambiamenti dei bisogni di cura e riabilitazione;
- Potenziare il raccordo della "rete formale" con la "rete informale" in un contesto operativo, a livello di ASP e Dipartimento, attuando gli strumenti della co-progettazione e co-programmazione (Dlgs n.117/2017) per favorire innovazione e concretezza di supporti al Progetto di Vita del paziente con disturbi mentali;
- Sviluppare la multi-professionalità nelle unità operative afferenti promuovendo in ogni UU.OO. anche la presenza di tecnici della riabilitazione psichiatrica, educatori professionali, assistenti sociali);
- Percorsi d'inclusione scolastica, di formazione professionale o pre-occupazionali e di preparazione ai percorsi d'inserimento lavorativo interagendo con le diverse agenzie interessate all'inclusione lavorativa (Individual Place Support e Sim);
- Implementare la psichiatria di base nelle istituende access di Comunità per favorire una più stretta collaborazione con MMG, mediante equipe multiprofessionali di primo livello con afferenza al Centro Salute Mentale - CSM, per garantire i seguenti interventi:
  - ✓ Intervento in loco delle patologie di minor gravità;
  - ✓ Prime visite per appropriatezza di invio al secondo livello (CSM) che si occupa specificatamente di assunzione in cura e presa in carico;
  - ✓ Intercettazione precoce del disagio vista la capillarità territoriale di presenza collegamento con le aree distrettuali, in particolare il Consultorio, NPIA, i servizi deputati al trattamento dei disturbi del neurosviluppo.

### **Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura e DH**

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

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

È in quest'ottica che si inserisce l'integrazione tra rete ospedaliera e rete territoriale, in una logica della presa in carico dell'utente nelle diverse dimensioni assistenziali. È auspicabile un PDTA di Percorso assistenziale per persone con patologia psichiatrica e/o con disturbi comportamentali per l'accesso e la gestione in Pronto Soccorso e il ricovero relativo al percorso assistenziale di persone con patologia psichiatrica e/o con disturbi comportamentali per l'accesso e la gestione in Pronto Soccorso e il ricovero, nonché una procedura organizzativa di gestione integrata con i CSM del paziente in dimissione dall'SPDC.

#### **Obiettivi:**

- Potenziamento delle risorse e delle procedure per Accoglienza, Multi professionalità, Umanizzazione delle cure, riduzione della contenzione fisica attraverso la formazione del personale (la contenzione fisica deve essere utilizzata solo nei casi di estrema necessità, cioè in presenza di situazioni di eccezionale gravità nelle quali sussista un pericolo grave e imminente di condotte autolesive e/o etero lesive non altrimenti evitabile e gestibile), l'implementazione di strategie alternative tramite PDTA e Protocolli per organizzare appropriate risposte alle urgenze in stretta integrazione con le altre UU.OO. Aziendali.
- Adeguamento strutturale dei locali secondo i più moderni canoni architettonici per i reparti di psichiatria.

#### **Azioni:**

- Prevedere la dotazione di almeno 1 psicologo-psicoterapeuta full time in ogni SPDC;
- Sviluppare strategie alternative alla contenzione nella garanzia della tutela della salute della persona;
- Formazione del personale nella "gestione della relazione e dell'aggressività" e "utilizzo di tecniche di deescalation";

- Implementare procedura di monitoraggio utilizzo corretto ed efficace delle terapie farmacologiche più adeguate;
- Protocolli in collaborazione con gli altri servizi, in particolare quelli di emergenza e urgenza, finalizzati a garantire la prevenzione ed il trattamento più adeguati dei disturbi della condotta non correlati a patologia psichiatrica acuta;
- Monitoraggio annuale della contenzione utilizzando specifici indicatori in funzione degli aggiornamenti normativi in merito, nell'ottica di massima riduzione e per la progressiva abolizione.

### **Azienda Ospedaliera Universitaria**

Le Aziende Ospedaliere-Universitarie e i Reparti di Psichiatria Universitaria assolvono contestualmente specifiche funzioni didattiche, cliniche e di ricerca. Le Aziende Ospedaliere Universitarie in cui è presente la Scuola di Specializzazione in Psichiatria svolgono attività didattica volta alla formazione degli specializzandi presso le proprie sedi e presso i Servizi territoriali ASP tramite tirocini professionalizzanti ed attività di ricerca, prevalentemente, clinica ed epidemiologica. Ulteriori attività assistenziali svolte all'interno delle Aziende Ospedaliere Universitarie vengono svolte attraverso i propri servizi ambulatoriali, di DH e di degenza ordinaria.

Il pieno coinvolgimento delle Università è fondamentale per l'attuazione del piano di azione per la salute mentale, in quanto il raggiungimento degli obiettivi comuni necessita di politiche formative innovative riguardanti le diverse professionalità interessate. Risulta evidente la necessità di integrare il sistema formativo universitario e quello assistenziale (DSMD) per il tramite di appositi accordi di collaborazione e della definizione di percorsi assistenziali condivisi, volti a garantire una presa in carico innovativa e globale dell'utente.

#### **Obiettivi:**

- Implementate, nell'ambito della programmazione regionale le modalità di collaborazione con gli istituti universitari di psichiatria in relazione alle specifiche funzioni assistenziali complementari alle funzioni di formazione e ricerca, nel rispetto delle reciproche autonomie su specifiche aree operative da definirsi congiuntamente.
- Orientare i percorsi formativi (universitari, di alta formazione, di perfezionamento e aggiornamento) su tematiche significative che favoriscano l'acquisizione di ulteriori competenze tecniche, specialistiche, sanitarie e sociali che risultino deficitari nel territorio regionale.

## **3.12. Emergenze in salute mentale**

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

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

Il percorso deve sempre prevedere la diagnosi, codificata secondo i criteri previsti dalle classificazioni diagnostiche internazionali e descrivere la gravità e complessità del quadro clinico, la compromissione del funzionamento personale e sociale del paziente in ambito familiare, scolastico e del gruppo dei pari sulla base di strumenti di valutazione standardizzati, le risorse e le potenzialità esistenti, le necessità terapeutiche, riabilitative ed assistenziali, la stabilità clinica nonché punti di forza e criticità della famiglia e del contesto di riferimento.

Nei casi in cui si renda necessario un ricovero ospedaliero, questo deve porsi come obiettivo finale una adeguata presa in carico da parte del servizio territoriale, mirata anche alla prevenzione di ulteriori accessi in Dipartimento di Emergenza Accettazione (DEA) e orientata al miglioramento della salute mentale della

persona, della sua qualità di vita e di quella della sua famiglia. Il ricovero non può rappresentare una semplice soluzione di emergenza, ma costituisce il momento in cui diviene possibile attivare tutta la filiera dei Servizi.

Il Percorso Territoriale per l'emergenza psichiatrica in adolescenza e per la gestione dei casi ad elevata complessità deve prevedere un modello organizzativo dei Servizi con attività coordinate di prevenzione, presa in carico, interventi sulla crisi psichiatrica, continuità assistenziale Territorio-Ospedale-Territorio, integrazione delle reti sanitarie e sociali.

Per consentire la realizzazione di un tale modello assistenziale è necessario che vengano tenuti presenti i PDTA regionali specifici per i pazienti in questa fascia d'età, condivisi da tutti i servizi sanitari territoriali e ospedalieri di riferimento coinvolti nella gestione della emergenza-urgenza psichiatrica in adolescenza ed età adulta. In appendice, l'allegato 2, sono contenute le regole di ingaggio per i TSO ed ASO in modo che lo stesso trattamento venga effettuata in tutte le ASP della Calabria secondo le medesime procedure.

### **3.13. Prevenzione rischio suicidario e parasuicidario**

Il suicidio è un fenomeno complesso che costituisce un grave problema di salute pubblica.

Nel mondo, il suicidio è tra le prime cinque cause di mortalità nella fascia di età tra i 15 e i 19 anni e, secondo l'ISTAT in Italia si sono registrati 3730 morti per suicidio nel 2018, 3680 nel 2019 e 3686 nel 2020. Di queste, rispettivamente 80 (2,1%), 92 (2,5%) e 73 (2,0%) sono avvenute in Calabria. Qualsiasi piano di salute pubblica deve perciò considerare tra i suoi interventi la prevenzione del suicidio e dei comportamenti parasuicidari.

Il maggiore fattore di rischio per suicidio è costituito dalla presenza di Disturbi Psichiatrici (in particolare Disturbi Affettivi, Abuso di alcool e sostanze, Schizofrenia e Disturbi di personalità). Tuttavia ascrivere tutti gli atti suicidari alle sole patologie mentali è fuorviante e insufficiente (valga per tutti l'alto numero di suicidi nelle carceri, anche calabresi).

Gli studi dimostrano come molteplici fattori possano concorrere ad aumentare il rischio di un evento suicidario, fra questi anche:

- ✓ Fattori biologici e genetici: polimorfismi del gene per il trasportatore della serotonina e per i recettori 5-HT-1B e 5-HT-2A; storia familiare di suicidio;
- ✓ Fattori sociali: lutto, perdita del lavoro, problemi economici, malattia;
- ✓ Fattori psicologici: abusi e violenze;
- ✓ Fattori culturali e sociodemografici: immigrazione, difficoltà linguistiche, conflitti di valori;
- ✓ Fattori ambientali: disponibilità di mezzi per il suicidio (armi da fuoco, veleni, farmaci, viadotti incustoditi).

Il fenomeno è quindi multifattoriale e spesso imprevedibile ecco perché ogni struttura/organizzazione sociale, in particolar modo quelle che si occupano di Salute Pubblica, dovrebbero focalizzare il proprio impegno programmatico nell'elaborazione di un piano di gestione del rischio suicidario in ambito ospedaliero e territoriale, come parte integrante del Piano-programma Aziendale di gestione del rischio, con la finalità di ridurre il numero di eventi e situazioni potenzialmente letali.

Tale programma deve prevedere di:

1. assegnare le responsabilità e le risorse per l'esecuzione degli interventi di prevenzione;
2. sensibilizzare il personale mediante programmi di formazione e informazione;
3. prevedere un percorso aziendale per il monitoraggio degli episodi autolesionistici e suicidari e l'esplicitazione dei soggetti interessati (cd. referenti);
4. standardizzare la valutazione del rischio mediante strumenti oggettivi (Scale di Valutazione; Applicazione di algoritmi diagnostici)
5. sensibilizzare la popolazione, in particolare le fasce a rischio;
6. fornire strumenti per la gestione del rischio extra ospedaliero;
7. individuare gli strumenti per monitorare il livello di implementazione delle raccomandazioni, gli effetti sull'organizzazione e gli esiti per i pazienti

#### **Obiettivi:**

- favorire lo sviluppo delle competenze del personale interessato attraverso percorsi di formazione/informazione e la dotazione di strumenti adeguati
- Migliorare i sistemi di monitoraggio degli episodi autolesionistici e suicidari
- Accrescere il livello di consapevolezza dei fattori rischio (Campagne pubblicitarie, comunicazione digitale, progetti scolastici, ecc.)

**Azioni:**

- formazione specifica del personale ospedaliero e dei servizi volta a fornire strumenti conoscitivi<sup>2</sup> per identificare precocemente le situazioni a rischio; adottare le idonee misure di prevenzione, specie in caso di rischio accertato e realizzare un costante presidio della sicurezza ambientale;
- adeguamento delle strutture organizzative e istituzione della figura del supervisore referente per i casi accertati
- interventi di sensibilizzazione;
- istituzione di un numero verde
- Redazione dei report annuali sia quantitativi (riduzione del numero di eventi, sia qualitativi (tipologia e dissezione psicopatologica).

**Attori coinvolti:**

Dipartimento regionale Salute e Welfare, DSMD, Dip. prevenzione, Università, MMG/PDLS, Agenzie formative, Associazione dei familiari e utenti, Enti del Terzo Settore, Ambiti Territoriali.

**Risultati attesi:**

- Riduzione del numero di suicidi e tentativi di suicidio nei prossimi 5 anni
- Numero di eventi formativi dedicati al tema
- Report annuale

### **3.14. Salute mentale e Dipendenze Patologiche**

In Calabria il consumo delle sostanze d'abuso lecite e illecite, nonché il problema delle dipendenze comportamentali, rientra nel quadro di riferimento nazionale; esiste un aumento dell'età media degli utenti che si rivolgono ai servizi, in cui sono presenti rilevanti forme di cronicizzazione, doppia diagnosi e fallimenti nei trattamenti terapeutico-riabilitativi. Si conferma, contestualmente, un inizio precoce nell'uso delle sostanze d'abuso, in particolare di cannabis, cocaina e alcool. La rete dei servizi sociosanitari attualmente esistente in Calabria non risulta sufficiente, come del resto in generale in Italia, a colmare la domanda crescente negli ultimi 20 anni. In Calabria esistono servizi pubblici privati accreditati, nati con il DPR 309/90, orientati prevalentemente a pazienti cronicizzati con una dipendenza da eroina.

Riguardo alle dipendenze patologiche, anche in Calabria il periodo pandemico ha determinato un aumento preoccupante sia delle dipendenze comportamentali che delle dipendenze da sostanze; per ciò che concerne queste ultime, si è verificato un cambiamento nelle modalità di approvvigionamento, aprendo spazi rilevanti al mercato on line. Terminate le fasi di lockdown, il dark web si è quindi affiancato alle classiche piazze di spaccio, aumentando considerevolmente l'accessibilità ai mercati illegali.

Altro allarme rilevato in fase pandemica, ma senz'altro già presente in precedenza, è il continuo aumento, soprattutto tra le donne e sempre più giovani, di consumo di psicofarmaci senza prescrizione.

Infine, sempre in termini di sostanze, desta preoccupazione anche in Calabria il sempre più probabile ingresso sul mercato del fentanyl, inizialmente quale sostanza "di taglio", ed in prospettiva quale surrogato delle altre sostanze classiche, nella duplice forma di "persiano bianco" e di "trip di carta".

---

<sup>2</sup> Utilizzo di scale validate: a) Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS); b) Multi-Attitude Suicide Tendency scale (MAST); c) Physical and Psychological Pain Scale (PPPS); d) Orbach & Mikulincher Mental Pain Questionnaire (OMMP); e) Beck Depression Inventory-2 (BDI-2); Interviste strutturate e semi-strutturate; IS PATH WARM

Allo stato attuale solo una piccola percentuale dei pazienti che hanno necessità di una “presa in carico” sanitaria e sociale afferiscono al sistema ufficiale dei servizi, mentre i 4/5 non ricevono risposte strutturate dai servizi specializzati.

Si deve considerare la assoluta mancanza, su tutto il territorio regionale, di posti letto accreditati per la cura e la riabilitazione di pazienti in condizioni di dipendenza patologica con comorbidità psichiatrica, situazione questa cui occorre urgentemente dare risposte adeguate.

Per questi servizi specialistici occorre prevedere una retta giornaliera sulla base dei requisiti organizzativi, strutturali e di personale per come previsti dal Regolamento attuativo della L. R. n. 24/2007, DCA 81/2016. Sul punto occorre anche rivedere gli aspetti programmatici, autorizzando diversi moduli specialistici nelle singole strutture già operanti. Ciò al fine di evitare una sorta di “ghettizzazione” dei portatori di tali patologie, oltre che rendere sostenibili i servizi stessi.

Inoltre, con il venire meno del fondo nazionale previsto dal DPR 309/90, confluito nel Fondo Nazionale Politiche Sociali, la prevenzione ha subito un fortissimo ridimensionamento, considerando anche che nonostante fosse prevista nel Piano Regionale sulla prevenzione, la specifica tematica delle dipendenze non trova concretamente spazio nelle azioni territoriali delle singole ASP calabresi.

Bisogna agire nel breve e medio periodo per mettere in atto politiche sociosanitarie in grado di attuare iniziative volte alla prevenzione nei confronti della fascia giovanile 11/18 anni, con una progettazione mirata per questa fascia d’età, dando piena attuazione alla programmazione regionale del settore delle dipendenze come già previsto dal DCA n. 65/2020 e confermato dal DCA 197/2023.

Occorre altresì considerare l’impatto, sempre più rilevante, delle dipendenze cosiddette “comportamentali”, senza sostanza, e tra queste senz’altro il gioco d’azzardo che interessa una popolazione sempre più numerosa e sempre più giovane. Comportamenti spesso legati anche all’abuso di sostanze legali e illegali.

Appare pertanto necessario e urgente, oltre che provvedere all’aggiornamento delle figure professionali coinvolte, compresi i MMG e i PLS, istituire setting idonei e strutturati, all’interno dei quali sia possibile integrare le diverse figure professionali (CSM, SerD, SPDC, Comunità terapeutiche e servizi per le dipendenze) e risolvere il problema di governance che rende impossibile la presa in carico integrata da parte dei diversi servizi interessati dei pazienti con addictions.

Sullo specifico del gioco d’azzardo la Calabria ha già completato due annualità di Piano Regionale di intervento specifico sul GAP e si appresta ad avviare la terza in continuità.

L’approccio scelto per tali percorsi, sulla base delle linee guida dettate dall’Osservatorio Nazionale sul Gioco d’Azzardo, è di sistema, e vede la stretta collaborazione, sin dalla fase di programmazione, delle aziende sanitarie e del privato sociale accreditato, in particolare per la cura e la riabilitazione, allargando all’intero territorio per le attività di prevenzione.

Percorsi che è necessario integrare con le azioni del presente piano, al fine di consentire un’adeguata risposta ai bisogni sempre più complessi e multidimensionali dell’area delle dipendenze patologiche.

### **Obiettivi:**

- rispondere ai bisogni emergenti nell’ambito delle dipendenze, dalla prevenzione al trattamento e all’assistenza, traendo ispirazione dai principi ispirati dal Piano di Azione Nazionale Dipendenze 2022-2025 e favorendo la partecipazione e il coinvolgimento della società civile, sulla base di un approccio integrato e multidisciplinare attraverso:
  - il rafforzamento strutturale e organizzativo delle U.O. per le dipendenze,
  - la copertura totale della previsione di fabbisogno formulata dalla Regione Calabria con il DCA 197/2023, che risulta essere addirittura sotto il 50% dei PL attualmente accreditati, attraverso di uno standard di acquisto di almeno il 90% dei posti letto in tutte la ASP,
  - la realizzazione di Comunità terapeutiche per Doppia Diagnosi,
  - l’implementazione dei servizi specialistici per la comorbidità psichiatrica e l’alcolismo;
- promuovere progetti di prevenzione da addictions di concerto con le scuole secondarie di primo e secondo grado;

- elaborare il Piano Regionale sulle Dipendenze 2024/2026; un documento di programmazione delle politiche e delle azioni da realizzarsi nel settore nel prossimo triennio: con azioni, progetti, indicatori di risultato in grado di valutare gli impatti sociali e le ricadute del piano stesso nella regione;
- integrare il presente Piano con il Piano Regionale sulle Dipendenze e con il Piano Regionale sul GAP, implementando l'attività del tavolo permanente di monitoraggio già istituito con il Decreto Dirigenziale n.3534 del 13/03/2023 "Gruppo Tecnico di Consultazione per le attività correlate alle dipendenze patologiche".

#### **Azioni:**

- integrazione e utilizzo dei fondi per la realizzazione di progetti a valenza regionale (Fondo residuo lotta alla droga ex Legge n. 45/99 per realizzare progetti a valenza regionale; fondi del Piano di Prevenzione 2020 - 2025 dedicati agli interventi sulle Dipendenze patologiche per le singole le ASP provinciali);
- attivazione di progetti di prevenzione delle addictions di concerto con le scuole secondarie di primo e secondo grado;
- sperimentazione di percorsi "flessibili", ambulatoriali e diurni, che consentano di rispondere ai bisogni complessi con prese in carico territoriali innovativi;
- attivazione di moduli specifici per la comorbilità psichiatrica;
- realizzazione di servizi sociosanitari sperimentali per la diagnosi e la presa in carico precoce dei giovani consumatori;
- convocazione della Prima Conferenza Regionale delle Dipendenze. Tutti gli attori del sistema dipendenze hanno necessità di incontrarsi, parlarsi, programmare il futuro dei servizi socio-sanitari. Una conferenza regionale, mai svolta in Calabria, preparata per tempo, darebbe modo al sistema dei servizi e agli altri attori istituzionali di ampliare l'orizzonte verso cui muovere le scelte politiche e di programmazione del settore;
- riattivazione dell'Osservatorio Regionale sulle dipendenze (con o senza sostanza) al fine di garantire non solo il flusso dati ma anche analisi adeguate alla lettura di un fenomeno in continua evoluzione

#### **Attori coinvolti:**

Dipartimento regionale Salute e Welfare, Aziende Sanitarie Provinciali, Ser.D., Privato sociale accreditato, Enti di Terzo Settore, Uffici Scolastici regionali, Scuole secondarie, Università.

#### **Risultati attesi:**

- pianificazione integrata dei diversi interventi regionali in ambito dipendenze e delle relative risorse;
- ridefinizione compiti e ruoli del Gruppo Tecnico di Consultazione per le dipendenze;
- implementazione delle attività di prevenzione nei territori delle 5 Aziende Sanitarie in collaborazione con le scuole secondarie di primo e secondo grado e con gli uffici scolastici provinciali;
- definizione di un modello di intervento in ambito terapeutico specificamente rivolto ai giovani consumatori ed avvio della sperimentazione di percorsi specifici;
- avvio di almeno un modulo in servizi diurni e residenziali per ogni ASP, specifici per persone in comorbilità psichiatrica e con problemi di alcolismo previa definizione della tariffa giornaliera in ragione dei requisiti previsti dalla vigente normativa regionale;
- realizzazione della prima Conferenza Regionale delle Dipendenze attraverso un percorso partecipato da tutti gli operatori dei servizi del pubblico e del privato sociale accreditato;
- ri-avvio delle attività dell'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze con implementazione alle dipendenze comportamentali prevedendo ausilio delle Università calabresi.

#### **Indicatori:**

- realizzazione di n.1 Piano Integrato per Dipendenze da sostanze legali e illegali, comportamentali e per comorbilità psichiatrica e per la prevenzione dei fattori di rischio;
- integrazione del D.D. n.3534 del 13/03/2023 implementando le competenze del Gruppo Tecnico di Consultazione;
- pubblicazione linee guida per interventi specifici con giovani consumatori;

- n.5 moduli (uno per ogni ASP) per la presa in carico di persone con comorbidità psichiatrica e problemi di alcolismo;
- realizzazione di n.1 Conferenza Regionale sulle Dipendenze;
- riattivazione attività Osservatorio e realizzazione di almeno un report annuale sullo stato dei servizi e del fenomeno delle dipendenze in Calabria.

#### **Attori coinvolti:**

Dipartimento regionale Salute e Welfare, Aziende Sanitarie Provinciali, Ser.D., Privato sociale accreditato, Enti di Terzo Settore, Uffici Scolastici regionali, Scuole secondarie, Università.

### **3.15. Salute mentale e Giustizia**

#### **Area adulti**

La tutela della salute psichica e fisica della persona è principio cardine della difesa dei diritti fondamentali dell'individuo. In quest'ottica appare evidente come, in considerazione della complessità insite nella posizione del paziente psichiatrico autore di reato, nel rispetto delle condizioni di sicurezza, sia quantomai necessario definire virtuosi processi di presa in carico onde garantire tali diritti.

Pur se è indubbio che la malattia mentale grave sia associata a caratteristiche psicopatologiche quali disregolazione, rabbia, aggressività, disordini comportamentali e che tali caratteristiche possano indurre ad agiti configuranti reato, la relazione tra psicopatologia e criminalità ha visto diverse e talvolta contrastanti interpretazioni, passando da un nesso causale ad un'assenza di forte correlazione. Ne sono esempi alcuni studi tra i quali quello di Giovannoni e Gurel (1967) secondo cui i pazienti psichiatrici dimessi dall'ospedale hanno tassi di arresti per crimini gravi significativamente più alti della popolazione generale e quello successivo di Afner e Boker (1973) da cui si rileva come solo il 3% del numero totale dei crimini violenti sia ascrivibile a pazienti psichiatrici.

In tali alterne valutazioni, secondo quanto si legge in *Criminologia Clinica* (Greco O., e Maniglio R. in *Rassegna italiana di criminologia* anno 1, n.1, 2007) è possibile evidenziare, sulla base di dati più recenti, con ragionevole certezza alcuni punti:

- l'incidenza di comportamenti violenti è più alta, sebbene di poco, tra i soggetti affetti da un disturbo mentale grave rispetto alla popolazione generale e, ancor di più, tra i soggetti con disturbi psichiatrici che abusano di sostanze;
- la schizofrenia è l'unica forma di psicopatologia per cui è legittimo sostenere una maggiore incidenza di comportamenti violenti;
- la stragrande maggioranza dei soggetti con disturbi mentali non commette reati.

Su tali premesse non si può che ribadire il ruolo cruciale che riveste la prevenzione e l'importanza del riconoscimento precoce degli esordi, di cui si è trattato al precedente p. 3.1.

#### **Riferimenti normativi**

Con la Legge 354/1975 ("Ordinamento Penitenziario") sono state introdotte specifiche norme in tema di organizzazione dei servizi sanitari negli istituti penitenziari. In particolare, in ottemperanza al mandato Costituzionale, è stato stabilito che detti servizi debbano necessariamente corrispondere alle effettive esigenze sanitarie della popolazione detenuta. Quadro normativo che è stato ampliato e completato dal successivo DPR 431 del 1976 ("Regolamento di esecuzione della Legge 26 luglio 1975, n. 354, Ordinamento Penitenziario"), ulteriormente modificato con il DPR 230/2000.

Il cambio di paradigma sulla gestione della cura del paziente con bisogni sanitari trova la sua massima espressione con la chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e alla presa in carico sanitaria delle persone ospitate nelle Residenze per l'Esecuzione della Misura di Sicurezza detentiva (REMS – Legge n. 9/2012 e Legge n. 81/2014).

Appare evidente che l'intento normativo è quello di assicurare i Livelli Essenziali di Assistenza ai cittadini privati della libertà al pari dei cittadini liberi.

## Contesto regionale

Nella Regione Calabria tale tutela è garantita da un complesso sistema di presa in carico in grado di coprire l'esigenza di cura in tutte le fasi dell'esecuzione della pena e quindi dalla detenzione carceraria, alle misure detentive e semidetentive presso la stessa dimora dell'autore di reato.

Nel caso di paziente psichiatrico ristretto, la rete regionale di sanità penitenziaria è supportata dall'Articolazione per la Tutela della Salute Mentale (ATSM), allo stato attuale attiva esclusivamente presso la Casa Circondariale "Ugo Caridi" di Siano. Laddove il paziente sia raggiunto da una misura di sicurezza detentiva essa viene eseguita presso le residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS), cioè presso le strutture sanitarie adibite all'accoglienza di autori di reato ritenuti infermi o seminfermi di mente nonché socialmente pericolosi alla luce dei criteri delineati dall'art. 133 c.p.

La Calabria oggi conta 2 REMS una a Girifalco e una a Santa Sofia D'Epiro in capo rispettivamente alle ASP CZ e ASP CS e presso cui le misure di sicurezza detentive provvisorie o definitive, compreso il ricovero nelle REMS, non può superare la durata massima della pena detentiva prevista per il reato commesso, stabilita dall'art. 278 del Codice di Procedura Penale.

Laddove la misura di sicurezza sia di tipo non detentivo ma comunque con la prescrizione di cura presso una struttura residenziale psichiatrica di tipo terapeutico-riabilitativo (SRP), i percorsi di cura si concretizzano, tenuto conto del livello di intensità assistenziale,<sup>3</sup> secondo quanto previsto dall'accordo approvato in sede di Conferenza Unificata del 17 ottobre 2013.

Nel territorio regionale oltre alle due REMS presso l'ASP di Catanzaro è stata attivata una residenza Post REMS. Tale Struttura Residenziale Psichiatrica di tipo SPR3.3., destinata a interventi socioriabilitativi di soggetti autori di reato, ha come mission quello di fornire percorsi di riabilitazione e reinserimento sociale del paziente in un contesto de-istituzionalizzato finalizzato al recupero dell'autonomia economica attraverso lo sviluppo di percorsi di formazione e inserimento lavorativo.

Ulteriore alternativa è la domiciliazione presso la propria dimora in condizione di libertà vigilata con presa in carico da parte del CSM ed eventuale inserimento presso il Centro diurno competente ovvero l'attivazione di altri servizi specialistici (SerD).

In ogni caso, qualunque sia la modalità prescritta per l'esecuzione della misura, sarà cura del CSM competente redigere il Progetto Terapeutico Riabilitativo Individuale (PTRI) a cui segue il Programma Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRP) a cura della struttura ove eventualmente è ospitato il paziente ovvero del Centro Diurno.

Non vi è dubbio che il processo di trasformazione della presa in carico del paziente psichiatrico autore di reato basato sul principio ispiratore della pari dignità delle cure e della centralità della persona, presenta nell'applicazione diverse criticità che si possono sintetizzare nei termini che seguono:

- ✚ carenza di posti letto tanto per l'esecuzione delle misure detentive che non detentive con conseguente aumento delle liste di attesa e ricoveri inappropriati;
- ✚ difficoltà di comunicazione interistituzionale tra settore clinico, amministrativo e giudiziario;
- ✚ definizione di precisi ambiti di competenza per la presa in carico efficace della storia del paziente.

Verso il superamento di alcune delle maggiori criticità la Regione Calabria ha già avviato un progetto sperimentale, denominato POST REMS. Tale progetto è stato attivato attraverso l'utilizzo di fondi dedicati al rafforzamento dei DSMD e all'ASP CZ, in qualità di soggetto capofila, è stato affidato il compito di sviluppare e realizzare gli obiettivi operativi.

### **Obiettivi:**

---

<sup>3</sup> Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo (SRP1); Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo (SRP2; SRP.3 Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socio riabilitativi.; SRP.3.1 - Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socio riabilitativi con personale sulle 24 h giornaliere.; SRP.3.2 - Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socio riabilitativi con personale nelle 12 h giornaliere. SRP.3.3 - Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socioriabilitativi con personale per Fasce Orarie.

- potenziare la capacità d'accoglienza residenziale e semiresidenziale dei pazienti psichiatrici autore di reato;
- rilevare necessità e bisogni della popolazione target;
- favorire la creazione di un modello di comunicazione e di cooperazione interistituzionale;
- sviluppare un modello operativo condiviso;
- favorire l'inserimento sociale e lavorativo dei pazienti;
- favorire una migliore gestione degli effetti collaterali dei farmaci.

### **Azioni**

- aggiornamento/rafforzamento della rete territoriale assistenziale della Salute Mentale finalizzati all'aumento del numero dei posti autorizzati e contrattualizzati dedicati;
- costituzione dell'Osservatorio permanente (Regione Calabria, Magistratura, UIEPE, DAP, Sanità e Territorio) per la raccolta e analisi dei dati relativi alla popolazione target utili alla formulazione di indicazioni idonee alla redazione di linee guida e alla programmazione regionale;
- progettazione di percorsi di formazione congiunta (Magistratura, UIEPE, DAP, Sanità e Territorio);
- elaborazione di protocolli e PDTA dedicati;
- costituzione di Unità funzionale di valutazione e trattamento dedicate;
- formalizzazione della rete di collaborazione interistituzionale (Sanità, Terzo settore e Associazione di categoria);
- progettazione di interventi individualizzati sul modello budget di salute;
- attivazione di percorsi di psicomotricità e di attività fisica con personale qualificato afferente all'area sanitaria e non.

### **Risultati attesi:**

- miglioramento della qualità di vita del paziente psichiatrico autore di reato;
- riduzione/abbattimento delle liste d'attesa;
- innalzamento del livello di capacitazione del paziente;
- rafforzamento dell'efficacia e dell'efficienza comunicativa e collaborativa tra le istituzioni coinvolte
- diminuzione delle recidive.

### **Attori coinvolti:**

Regione Calabria, Autorità Giudiziaria, DSMD, Ufficio di Esecuzione Penale Esterna, Dipartimento Amministrazione Penitenziaria, Terzo Settore, Ambiti Territoriali Sociali, Associazioni di Categoria.

### **Indicatori di risultato:**

- nr. di PI dedicati
- sottoscrizione protocollo interistituzionale
- nr. di percorsi formativi
- nr. di ore formative
- nr. di partecipanti ai percorsi formativi
- costituzione dell'Osservatorio permanente
- nr. di progetti individualizzati sul modello budget di salute
- costituzione di Unità funzionale di valutazione e trattamento dedicate;
- nr. di soggetti e istituzioni della rete
- nr. di ore di psicomotricità e di attività fisica
- nr di partecipanti alle attività fisiche
- nr. di recidive.

### **Area minori**

Capitolo a sé, ma di altrettanta rilevanza, sono le considerazioni necessarie per gli interventi sui minori autori di reato affetti da problematiche psicopatologiche.

Come si legge dal sito del Ministero della Giustizia *Il processo penale a carico di imputati minorenni è disciplinato dal D.P.R. 22 settembre 1988 n. 448, intitolato "Disposizioni sul processo penale a carico di imputati minorenni", si ispira ad alcuni principi fondamentali, richiamati anche nelle convenzioni internazionali in materia, ed è costruito, pertanto, "a misura di minore".*

Tra i principi ispiratori assumono rilievo:

1. Il principio di adeguatezza
2. Il principio di minima offensività
3. Il principio di destigmatizzazione

La gestione del minore autore di reato è in capo al Dipartimento per la Giustizia Minorile (DGM) le cui strutture territoriali sono:

- I Centri per la Giustizia Minorile (CGM) che sono organi del decentramento amministrativo che possono avere competenza sul territorio di più regioni. Esercitano funzioni di programmazione tecnica ed economica, controllo e verifica nei confronti dei Servizi minorili da essi dipendenti quali gli Uffici di Servizio Sociale per i Minorenni, gli Istituti penali per i minorenni, i Centri di Prima Accoglienza, le Comunità..
- Gli Istituti penali per i minorenni (IPM) assicurano l'esecuzione dei provvedimenti dell'Autorità giudiziaria quali la custodia cautelare o l'espiazione di pena nei confronti di minorenni autori di reato. In tale ambito vengono garantiti i diritti soggettivi dei minori, tra cui il diritto alla salute e alla crescita armonica sia fisica che psicologica, il diritto alla non interruzione dei processi educativi in atto e a mantenere i legami con le figure significative per la loro crescita. Il Magistrato di Sorveglianza, che siede presso il Tribunale per i minorenni competente per territorio, ha il compito di vigilare sullo svolgimento dei vari servizi dell'Istituto e sul trattamento dei detenuti ai sensi dell'art.5 del D.P.R. 230/00. Al fine di attivare processi di responsabilizzazione e maturazione dei minorenni vengono organizzate attività scolastiche, di formazione professionale, di animazione culturale, sportiva, ricreativa e teatrale.
- Gli Uffici di Servizio Sociale per i Minorenni (USSM) forniscono assistenza ai minorenni autori di reato in ogni stato e grado del procedimento penale. Raccolgono e forniscono elementi conoscitivi concernenti il minorenne soggetto a procedimento penale e concrete ipotesi progettuali concorrendo alle decisioni dell'Autorità giudiziaria minorile. Gli USSM svolgono attività di sostegno e controllo nella fase di attuazione del provvedimento di custodia cautelare e di sostegno e controllo nella fase di attuazione del provvedimento dell'Autorità giudiziaria a favore dei minori sottoposti a misure cautelari non detentive in accordo con gli altri Servizi Minorili della Giustizia e degli Enti locali.
- I Centri di Prima Accoglienza (CPA) ospitano i minorenni in stato di arresto, fermo o accompagnamento fino all'udienza di convalida che deve aver luogo entro 96 ore dall'arresto fermo o accompagnamento, assicurando la custodia dei minorenni pur non essendo strutture di tipo carcerario. L'équipe del Servizio predispone una prima relazione informativa sulla situazione psicologica e sociale del minorenne e sulle risorse disponibili sul territorio per quel caso con l'obiettivo di fornire all'Autorità giudiziaria competente, tutti gli elementi utili ad individuare, in caso di applicazione di misura cautelare, quella più idonea alla personalità del minorenne.
- Nelle Comunità si assicura l'esecuzione dei provvedimenti dell'Autorità giudiziaria nei confronti di minorenni autori di reato, ai sensi degli artt. 18, 18-bis, 22, 36 e 37 del D.P.R. 448/88. A tale scopo viene predisposto un programma educativo individualizzato, con l'adesione del minore, tenuto conto delle risorse personali e familiari dello stesso e delle opportunità offerte dal territorio. In questo modo si avvia il processo detto di responsabilizzazione.

Dall'analisi dell'attuale letteratura clinica e giurisprudenziale emerge che vi è una maggiore incidenza di problematiche psicopatologiche per i minori che:

1. Vivono in un contesto familiare ad alta conflittualità

2. Vivono in un contesto territoriale a elevato tasso di criminalità
3. Vivono in un contesto socioeconomico disagiato, fattore che correla con una carriera deviante
4. Vivono in una condizione di degrado culturale
5. Vivono in una condizione di abbondo emotivo
6. Facile accesso alle sostanze stupefacenti

Dallo studio qualiquantitativo in “Problematiche psicopatologiche dei minori transitati per i servizi penali minorili”<sup>4</sup>, una delle criticità che sembra rilevarsi è che nel 70% dei casi la **diagnosi** del disturbo psichico viene effettuata in IPM. Ciò potrebbe ascriversi senza dubbio al fatto che il contesto detentivo sia particolarmente elicitante di tutte quelle condizioni di personalità che caratterizzano la tendenza ad infrangere le norme. Ciò nondimeno bisogna considerare tutte le criticità che a più ampio spettro coinvolgono la presa in carico in età evolutiva e quindi:

- a) Carenza di personale con particolare riferimento alle NPIA territoriali
- b) Attività diagnostiche non in linea con i tempi della Giustizia
- c) Carenza di modelli di prevenzione precoce
- d) Carenza di modelli organizzativi interistituzionali
- e) Carenza di strutture terapeutiche
- f) Formazione specifica
- g) Indisponibilità della famiglia.

Ciò premesso appare indispensabile che la Regione Calabria attui specifiche azioni di tutela e presa in carico del minore che impatta con il circuito della Giustizia.

#### **Obiettivi:**

- Potenziare la capacità di presa in carico clinica del minore;
- potenziare la capacità d'accoglienza residenziale e semiresidenziale dei pazienti psichiatrici autore di reato;
- rilevare necessità e bisogni della popolazione target;
- favorire la creazione di un modello di comunicazione e di cooperazione interistituzionale;
- sviluppare un modello operativo condiviso;

favorire l'inserimento sociale e scolastico/formativo dei pazienti. Ciò premesso appare indispensabile che la Regione Calabria attui specifiche azioni di tutela e presa in carico del minore che impatta con il circuito della Giustizia.

#### **Azioni:**

- aggiornamento/rafforzamento della rete territoriale assistenziale dedicata ai minori;
- potenziamento delle NPIA e dei Consultori;
- riorganizzazione delle NPIA come Servizi interdipartimentali con personale dedicato alla fascia di età 12-18;
- elaborazione di protocolli e PDTA dedicati;
- formalizzazione della rete di collaborazione interistituzionale (Sanità, Terzo settore, Ambiti territoriali e sociali);
- progettazione di interventi individualizzati sul modello Progetto di vita.

#### **Risultati attesi:**

- miglioramento della qualità di vita del minore autore di reato affetto da psicopatologia;
- riduzione/abbattimento delle liste d'attesa per tutte le attività di valutazione precoce e presa in carico specialistica;
- riduzione ricoveri presso strutture fuori regione a valenza sanitaria e sociosanitaria;
- rafforzamento dell'efficacia e dell'efficienza comunicativa e collaborativa tra le istituzioni coinvolte,

---

<sup>4</sup> Ministero della Giustizia – Dipartimento Giustizia Minorile a cura di dott.ssa Isabella Mastropasqua dott. Fabrizio Brauzzi

- diminuzione delle recidive.

***Attori coinvolti:***

Regione Calabria, Autorità Giudiziaria, Dipartimento Giustizia Minorile, Terzo Settore, Ambiti Territoriali Sociali.

***Indicatori di risultato:***

- nr. di PI dedicati
- sottoscrizione protocollo interistituzionale
- nr. di percorsi formativi
- nr. di ore formative
- nr. di partecipanti ai percorsi formativi
- nr. di progetti individualizzati sul modello Progetto di vita
- nr. di soggetti e istituzioni della rete
- nr. di recidive.



REGIONE CALABRIA  
DIPARTIMENTO SALUTE E WELFARE

**COORDINAMENTO REGIONALE PER LA SALUTE MENTALE IN ETÀ EVOLUTIVA E ADULTA**

### **3.16. Salute mentale e Povertà**

Per la Salute mentale, povertà e disagio rappresentano condizioni ad elevato rischio. La povertà e i problemi di salute mentale spesso si alimentano reciprocamente, creando un circuito pericoloso. Le persone con disturbo mentale hanno difficoltà a trovare e mantenere un lavoro stabile, questa condizione li espone maggiormente ad una situazione di povertà. D'altra parte, la povertà può aumentare lo stress e l'ansia, e costituisce un fattore di rischio per i disturbi mentali. È importante adottare politiche che affrontino entrambi gli aspetti contemporaneamente. L'accesso alle cure adeguate è fondamentale anche per il benessere delle persone con disturbo mentale. Le disuguaglianze nell'accesso all'assistenza sanitaria possono intensificare ulteriormente i problemi. È necessario un impegno per ridurre queste disuguaglianze attraverso politiche che rendano l'assistenza sanitaria per le persone con disturbo mentale più accessibile e raggiungibile. In Calabria la spesa per servizi sociali è di circa 26 euro per abitante, ossia inferiore più di 5 volte alla media nazionale. Questa situazione ha impoverito maggiormente la risposta ai bisogni di cura ed ha portato ripercussioni importanti sul diritto alla salute, costringendo spesso le persone a ricorrere alle cure private o in mancanza di risorse economiche a rinunciare alla cura.

Investire nella prevenzione e nell'intervento precoce è essenziale per ridurre il peso dei disturbi mentali sulla società. Ciò può aiutare a prevenire la caduta in povertà a causa di problemi di salute mentale e migliorare la qualità della vita complessiva delle persone. Le disuguaglianze sociali sono una fonte significativa di stress e possono contribuire ai disturbi mentali. La discriminazione sul lavoro e l'emarginazione sociale possono peggiorare i problemi di salute mentale. La sensibilizzazione e l'educazione sulla salute mentale possono contribuire a ridurre lo stigma associato ai disturbi mentali.

In sintesi, la relazione tra povertà e salute mentale è complessa e multidirezionale. Affrontare questa sfida richiede un approccio globale che comprenda politiche sociali, economiche e sanitarie per ridurre le disuguaglianze e migliorare la salute mentale di tutte le persone attraverso soluzioni a breve, medio e lungo termine, e questo può avvenire solo attraverso una forte sinergia tra il sanitario e il sociale. La collaborazione attiva tra i due Enti competenti e con il sostegno delle organizzazioni di Enti del Terzo Settore è possibile riprendere le sorti dell'attuale situazione e lanciare nuove prospettive, finalizzate a migliorare la qualità della vita, delle persone calabresi che hanno la necessità di ricevere cure appropriate e risposte sociali adeguate per affrontare la loro sofferente salute mentale.

#### **Azioni**

Sostegno finanziario: Fornire sostegno finanziario a breve termine attraverso programmi di assistenza sociale, anche utilizzando le misure contro la povertà proposte dal Governo e gestite dai comuni, ad esempio: l'assegno di inclusione che ha sostituito il reddito di cittadinanza, sussidi al reddito, ect. Queste comunque sono misure che possono aiutare a coprire le necessità immediate.



REGIONE CALABRIA  
DIPARTIMENTO SALUTE E WELFARE

## COORDINAMENTO REGIONALE PER LA SALUTE MENTALE IN ETÀ EVOLUTIVA E ADULTA

*Accesso a cure mediche e servizi di salute mentale:* Ampliare la rete dei servizi territoriale di cura per la salute mentale, servizi adeguati e gratuiti, onde evitare viaggi costosi per curarsi fuori regione o peggio ancora rinunciare alla cura.

*Collaborazione tra settori e organizzazioni:* Coinvolgere attivamente i coordinamenti di associazioni per la tutela dei diritti delle persone con problemi di salute mentale, le organizzazioni non profit, le istituzioni governative e comunità locali nella progettazione e nell'implementazione di soluzioni integrate, ad esempio: la realizzazione di servizi diurni, in cui la persona può essere seguita e accompagnata in un suo progetto personale; promuovere soluzioni abitative residenziali periodiche in semi-gestione o nei migliori dei casi in autogestione, ed anche non periodiche se ci sono le condizioni. La residenza non può accogliere più di sei persone.

*Programmi di prevenzione:* Investire in programmi di prevenzione delle malattie mentali e del disagio emotivo, che possono includere interventi a scuola, supporto familiare e campagne di sensibilizzazione.

*Formazione e sensibilizzazione:* Fornire formazione su salute mentale a operatori sanitari, insegnanti, assistenti sociali e altri professionisti che sono in contatto con le persone a rischio.

*Sostegno sociale e comunitario:* Creare reti di supporto all'interno delle comunità, che possono fornire aiuto pratico, sostegno emotivo e connessioni sociali.

*Formazione e opportunità di lavoro:* Offrire programmi di formazione e accesso a opportunità di lavoro può aiutare le persone a superare la povertà.

*Monitoraggio e supporto a lungo termine:* Implementare programmi di follow-up e monitoraggio per assicurarsi che le persone in situazioni di povertà e con problemi di salute mentale ricevano un supporto continuo.

### 3.17. Salute mentale e Migrazione

Fattori di rischio che possono facilitare l'insorgere di problemi di salute mentale nei migranti, richiedenti asilo o rifugiati appartengono sia al contesto di origine sia a tutte le fasi della migrazione e dell'emigrazione, comprese le condizioni di accoglienza e le esperienze che si creano nel Paese di destinazione della migrazione.

Le condizioni di vita nel paese di origine (fase prima della partenza) possono aver esposto la persona ad eventi della vita estremamente drammatici quali guerre, persecuzioni, grandi difficoltà economiche o esistenza in contesti sociali degradati. Tutte queste condizioni possono aver condotto la persona ad un processo di marginalizzazione o stigmatizzazione, o vittimizzazione, ed è in questa fase prima della partenza che si possono rintracciare le ragioni traumatiche che stanno all'origine della necessità di lasciare il paese natio.



REGIONE CALABRIA  
DIPARTIMENTO SALUTE E WELFARE

## COORDINAMENTO REGIONALE PER LA SALUTE MENTALE IN ETÀ EVOLUTIVA E ADULTA

In seconda battuta, soprattutto per coloro che intendono chiedere asilo politico in Europa, viaggiare ed attraversare più paesi per arrivare ad un posto sicuro è un fattore di rischio aggiuntivo estremamente significativo (eventi potenzialmente letali o essere vittima della tratta di esseri umani). Anche le fasi di arrivo e successivo inserimento (con le dinamiche spesso definite di acculturazione e integrazione) possono rappresentare periodi di difficoltà ed elementi di vulnerabilità, con conseguente aggravamento del quadro psicopatologico (condizioni di vita incerte, isolamento sociale e disoccupazione, problemi sociali, problematiche relative all'iter della richiesta di asilo e all'inserimento nel mondo dell'accoglienza).

La mancata integrazione sociale e la disoccupazione sono associati ad un incremento d'insorgenza di disturbi mentali tra rifugiati e migranti. Sebbene l'esclusione sociale sia anche un fattore di rischio per i disturbi mentali, rifugiati e migranti hanno un ruolo complesso nel processo di integrazione in un nuovo paese ed in una nuova cultura. Inoltre, possono essere vittime di atteggiamenti negativi, pregiudizi o addirittura discriminazione, che potrebbero minare e ostacolare la loro integrazione. L'esclusione sociale può essere affrontata attraverso opportuni interventi preventivi. L'accesso dei migranti ai servizi sociosanitari pubblici ed alle cure adeguate sono elementi rilevanti per l'integrazione. Lo stato di salute mentale delle persone accolte sul nostro territorio è senza dubbio il risultato di una combinazione di più fattori determinanti.

### **Obiettivi/Azioni:**

- rivedere i servizi socio-sanitari e assistenziali in chiave interculturale, transculturale e orientata alla comprensione della diversità dei mondi.
- prevedere all'interno di ogni DSMD la creazione di un servizio di psichiatria transculturale e delle migrazioni con adeguata dotazione di personale qualificato.
- raggiungimento di accuratezza ed efficacia sia sul piano diagnostico che terapeutico, riconoscendo profondamente nell'Altro (proveniente da un altro ambito geografico e culturale) il senso del suo appartenere e del suo essere situato.

### **3.18. Sicurezza del personale sanitario nei servizi di salute mentale**

Le aggressioni agli operatori della salute mentale continuano ad aumentare.

Gli episodi denunciati all'INAIL, nel triennio 2019 -2021 (con una media di circa 1600 all'anno) sono stati 4821, soprattutto si sono verificati nelle seguenti aree:

- Servizi di Emergenza–Urgenza
- Luoghi di Attesa
- Strutture del DSMD
- Servizi di Continuità Assistenziale (*guardia medica, operatori del 118*)



REGIONE CALABRIA  
DIPARTIMENTO SALUTE E WELFARE

## COORDINAMENTO REGIONALE PER LA SALUTE MENTALE IN ETÀ EVOLUTIVA E ADULTA

Diventa, quindi, necessario garantire la sicurezza negli ambienti di lavoro e attivare alcune strategie essenziali per “curare la violenza”, puntando sui modelli culturali, sintonizzando le pratiche di cura della malattia con la riscoperta dell’antica alleanza tra medico e paziente nella lotta alla malattia ed il ripristino della salute.

### **Azioni**

- Formazione del Personale mirata al potenziamento delle competenze degli operatori stessi, nel riconoscimento di comportamenti a rischio, ponendo in atto metodiche adeguate anche nella comunicazione volte a stemperare l’aggressività (*deescalation*);
- Completamento della pianta organica relativa a tutte le figure previste. Lasciare i Servizi sguarniti di personale viene considerata una delle principali cause di disservizio in Sanità, oltre a essere fonte dei possibili conseguenti episodi di aggressione, rendendo, peraltro, il personale “facile bersaglio”;
- Presenza delle Forze dell’Ordine nei Pronto Soccorso degli ospedali e maggiore collaborazione con esse, costruendo degli opportuni protocolli di intesa;
- Istituzione di una stanza di *Deescalation* nei Pronto Soccorso;
- Attivazione di una campagna di Informazione rivolta alla cittadinanza sia per testimoniare le condizioni in cui operano gli operatori sanitari, sia per far conoscere le conseguenze degli atti violenti ma anche per diminuire la stigma che accompagna, spesso, gli operatori psichiatrici.

### **3.19. Sostegno all’abitare ed al lavoro**

La Regione Calabria ha recepito le *Linee Programmatiche: progettare il Budget di salute con la persona-proposta degli elementi qualificanti nazionali*, con il DCA n.158 del 14/11/2022. Nel Programma Operativo del 2022-2025 n°162 del 18/11/22 si precisa che il Budget di salute avrà il ruolo di implementare e potenziare modalità organizzative e pratiche di integrazione socio-sanitaria. Nel programma operativo tra le azioni per l’implementazione e riorganizzazione della rete territoriale, è previsto sia un documento per la realizzazione di progetti con la metodologia del Budget di salute, sia la verifica e il monitoraggio dei progetti realizzati con questa metodologia.

Il Budget della salute è un modello innovativo che favorisce l’integrazione tra il sistema di cura ed il sistema di comunità. Esso è costituito dall’insieme delle risorse economiche, professionali, umane e relazionali, necessarie a promuovere contesti relazionali, familiari e sociali idonei a favorire una migliore inclusione sociale della persona.

Con questo modello si intende mettere in atto progetti e attività capaci di garantire alle persone i loro diritti di accesso all’abitazione, alla socialità, alla formazione-lavoro, migliorando la loro qualità di vita individuale e la piena partecipazione alle relazioni sociali della comunità, superando ogni discriminazione.

Il Budget di salute rientra tra i dispositivi orientati ad abilitare le persone alla vita attiva e alla propria autodeterminazione, all’espansione della giustizia sociale e alla lotta alla povertà. Molte persone vivono in condizioni tali in cui non è permesso loro di sviluppare ed esercitare le proprie capacità.



REGIONE CALABRIA  
DIPARTIMENTO SALUTE E WELFARE

## **COORDINAMENTO REGIONALE PER LA SALUTE MENTALE IN ETÀ EVOLUTIVA E ADULTA**

---

Sempre più vi è la necessità di approntare dispositivi e strumenti tesi ad abilitare alla vita attiva dentro contesti relazionali di partecipazione e di inclusione sociale. Si incentivano così le forme dell'abitare diffuso (appartamenti, case, condomini solidali, comunità leggere, housing sociale), le forme di inserimento socio-lavorativo, le reti sociali e affettive dentro le comunità territoriali che permettano di personalizzare il progetto di vita di tutti coloro che presentano problemi di salute mentale o altre fragilità. Essenzialmente si propone la cura della vita nella sua quotidianità, elaborando progettualità che non vadano a cristallizzare le opportunità di vita, ma siano volti a promuovere percorsi sperimentali di inclusione, ricercando forme di soluzioni integrate nel territorio.

Il Budget di salute risponde, con un approccio integrato e personalizzato, ai bisogni della persona. Con questo strumento si costruiscono percorsi abilitativi individuali nelle aree che rappresentano i principali determinanti sociali della salute (casa-habitat sociale, formazione-lavoro, socialità-affettività).

Si tratta di una proposta concreta di sperimentazione per integrare il sociale con il sanitario. Il Distretto dell'Azienda Sanitaria e l'Ufficio di Piano del Comune o del Comune capofila di ambito (per come previsto dai piani sociali di zona) dovrebbero cooperare al meglio per rendere applicabile questo strumento, a partire dai bisogni di salute delle persone che richiedono risposte integrate. Costruire così un livello di governance territoriale che possa assicurare l'integrazione gestionale e professionale tra dipartimenti e unità funzionali dell'azienda sanitaria e dei servizi sociali afferenti al Piano di zona distrettuale. Si costituirà così un organismo unico, in grado di attivare un sistema di valutazione integrata capace di utilizzare strumenti valutativi concernenti l'area sociale e sanitaria.

### *L'Unità di valutazione integrata multidimensionale e multidisciplinare*

La costituzione dell'Unità di Valutazione Multidisciplinare e Multidimensionale (UVMM), una per ogni ASP calabrese, deve abbracciare sia la componente sociale, sia quella sanitaria e assicurare il coinvolgimento delle persone interessate, delle loro famiglie o caregiver e di altri soggetti importanti o ritenuti necessari per una valutazione integrata. L'UVMM deve garantire saperi professionali in grado di valutare i bisogni della persona nella sua globalità. Essa può essere attivata, di volta in volta, da operatori sociali o sanitari che assumono la responsabilità del caso e dovrà coinvolgere altri soggetti capaci e significativi per la costruzione e realizzazione del progetto terapeutico riabilitativo individualizzato.

### *Il Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato (PTRI)*

Il PTRI è l'insieme degli obiettivi e interventi integrati finalizzati all'inclusione sociale della persona interessata. Esso viene elaborato dall'UVMM, dopo aver sviluppato una valutazione multidisciplinare e multidimensionale dei suoi bisogni sociali e sanitari, della sua condizione di salute, delle abilità residue e delle sue esigenze connesse all'abitare, alla formazione-lavoro e alla socialità. La valutazione delle abilità e dei funzionamenti sociali potrà essere valutata con strumenti idonei basati sulla



REGIONE CALABRIA  
DIPARTIMENTO SALUTE E WELFARE

## **COORDINAMENTO REGIONALE PER LA SALUTE MENTALE IN ETÀ EVOLUTIVA E ADULTA**

classificazione internazionale (ICF)<sup>5</sup>. Le aree sono integrate, tuttavia possono prevedere tre diversi livelli di intervento (alto, medio, basso) a seconda dei bisogni della persona e delle sue effettive necessità. In base ai diversi livelli di intervento si potranno identificare modalità di risposte orientate maggiormente su una o sull'altra area. Si determinano anche gli investimenti da fare e le risorse da mettere in gioco. Difatti il Budget di salute si realizza a sostegno di un preciso progetto individualizzato integrato nelle varie aree e non di diverse prestazioni messe insieme.

### *La governance territoriale per una co-progettazione personalizzata*

Il Budget di salute richiede la cooperazione di più soggetti per rendere applicabile questo strumento a partire dai bisogni di salute delle persone che richiedono risposte integrate. Bisogna operare affinché si costruisca una governance territoriale che possa assicurare l'integrazione gestionale e professionale tra dipartimenti e unità funzionali dell'azienda sanitaria e dei servizi sociali degli enti locali. Si costituisce un organismo unico in grado di attivare un sistema di valutazione integrata capace di utilizzare strumenti valutativi concernenti l'area sociale e sanitaria. Accanto agli operatori pubblici dei servizi sociali e sanitari vi sono gli operatori del privato sociale, appartenenti a Enti del Terzo Settore. Questi hanno un ruolo sia nei processi di co-progettazione che di co-realizzazione.<sup>6</sup> Nella gestione del Budget di salute, agli Enti del Terzo Settore viene richiesta l'attivazione di interventi indispensabili per la messa in atto del progetto terapeutico riabilitativo individuale, con il coinvolgimento dei diversi soggetti che abitano una comunità territoriale.

Il Budget di salute si basa sulla centralità della persona ed è questa che deve orientare il progetto individuale e gli obiettivi a esso connessi. È fondamentale la diretta partecipazione della persona interessata e, se necessario, della sua famiglia, proprio perché al centro della progettazione deve esserci la persona soggetto e non oggetto di intervento. È un processo di riconoscimento alla persona, del proprio empowerment e delle sue capacità ancora inespresse, valorizzandone le risorse, seppur residue.

Si tratta di uno strumento organizzativo gestionale per contribuire alla realizzazione di Programmi di Cura nell'ambito di Progetti di Vita personalizzati, in grado di garantire l'esigibilità del diritto alla salute attraverso l'attivazione di interventi sociosanitari integrati, caratterizzato da un'elevata flessibilità. Il protagonismo dei cittadini/utenti si realizza nella co-costruzione dei singoli progetti personalizzati e si struttura nella definizione di un contratto. Tale dispositivo, se viene puntualmente impiegato per sostenere i piani terapeutico-riabilitativi individualizzati, permette di migliorare la qualità della vita delle persone interessate e di conseguire obiettivi di reale deistituzionalizzazione e

---

<sup>5</sup> ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health, classificazione internazionale del funzionamento della disabilità e della salute) è un sistema di classificazione della disabilità sviluppato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

<sup>6</sup> In base anche all'art. 55 del Codice del Terzo Settore (Decreto Legislativo 3 luglio 2017, n. 117) e delle Linee guida sul Rapporto tra Pubbliche Amministrazioni ed Enti del Terzo Settore (Decreto Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali 31 marzo 2021) che definiscono le modalità collaborative e la concreta applicazione alle norme del Codice dedicate al coinvolgimento degli Enti del Terzo Settore.



REGIONE CALABRIA  
DIPARTIMENTO SALUTE E WELFARE

## COORDINAMENTO REGIONALE PER LA SALUTE MENTALE IN ETÀ EVOLUTIVA E ADULTA

di inclusione sociale delle persone con problemi di salute mentale e altre forme di fragilità.

### ***Sperimentazione del Budget di salute in Calabria***

Si ritiene necessario avviare una sperimentazione di progetti di Budget di salute in Calabria. La scelta di proporre l'utilizzo dei Budget di Salute implica la consapevolezza che sia necessario promuovere modalità differenti alla gestione di servizi tradizionali.

La sperimentazione farà riferimento alle linee guida che contengono come punti cardine:

1. la co-programmazione (art. 55 D.lgs. 117/2017) e co-progettazione;
2. l'istituzione di elenchi di soggetti qualificati per la realizzazione di progetti budget di salute;
3. la valutazione multidisciplinare e multidimensionale;
4. la definizione di PTRI;
5. il coinvolgimento attivo degli utenti e familiari esperti;
6. la ricomposizione delle risorse.

Proprio per quanto attiene la ricomposizione delle risorse occorre precisare che il Programma Nazionale Equità nella Salute 2021-2027, per l'Area Salute Mentale, assegna alla Regione Calabria, per l'adeguamento strutturale degli spazi dei DSMD, per il potenziamento tecnologico, per l'acquisizione di personale sanitario e socio sanitario e per l'adattamento e sperimentazione di Progetti Terapeutico- Riabilitativi Personalizzati sul modello budget di salute, l'ammontare complessivo di 19.430.060,00 euro.

A partire da un sistema di indicatori, la sperimentazione dovrà essere accompagnata da una valutazione utile anche per il successivo modello regionale.

### ***Azioni:***

- istituzione di un tavolo tecnico *Budget di Salute* per la programmazione e sperimentazione delle azioni previste nel Programma Operativo 2022-2025;
- elaborazione di un documento sul Budget di Salute per l'implementazione del modello in Calabria;
- progettazione e realizzazione di una sperimentazione di almeno 24 mesi;
- verifica e monitoraggio della sperimentazione del modello;
- valutazione e validazione del modello sperimentato.

### ***Attori coinvolti***

Regione Calabria, DSMD, Rappresentante dell'Università della Calabria del Dipartimento Scienze Politiche e Sociali, Ambiti territoriali, ETS.

### ***Risultati attesi***

- linee di indirizzo per la sperimentazione del Budget di salute in Calabria;
- una sperimentazione del Budget di salute caratterizzata per il territorio calabrese;
- validazione di un modello del Budget di salute per la regione Calabria;
- recepimento e messa a sistema del Budget di salute in tutte le Asp della Calabria.



REGIONE CALABRIA  
DIPARTIMENTO SALUTE E WELFARE

## COORDINAMENTO REGIONALE PER LA SALUTE MENTALE IN ETÀ EVOLUTIVA E ADULTA

---

### Indicatori

- produzione di un modello di Budget di salute partecipato dai diversi soggetti coinvolti;
- numero di Distretti sociosanitari che partecipano alla sperimentazione;
- completamento e validazione della sperimentazione;
- atti della Regione Calabria che disciplinano l'applicazione del modello di Budget di salute.

Nei progetti individualizzati basati sul Budget di salute sono rilevanti i percorsi di supporto all'abitare e al lavoro.

### *Supporto all'abitare*

Per le persone con grave disagio psichico, l'abitare in autonomia rappresenta un fattore essenziale per poter gestire la quotidianità, migliorare il benessere psico-fisico e la qualità della vita. Il supporto all'abitare dunque, non solo rappresenta una strategia assistenziale fondamentale per i progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati, ma è proprio attraverso essi e grazie alle metodologie messe in atto, che la persona in stato di bisogno acquisisce una maggiore autonomia. Gli interventi che vengono messi in campo, oltretutto, non sono esclusivamente domiciliari, ma si realizzano anche al di fuori delle mura domestiche, consentendo alle persone di entrare in contatto con l'ambiente circostante e sviluppare relazioni nuove. Il supporto all'abitare è una forma di assistenza che può essere rivolta al singolo come a piccoli gruppi, quali soggetti di programmi di convivenza, o anche di altre forme come condomini solidali o di housing sociale. Queste ultime, rappresentano forme di supporto all'abitare che, soprattutto negli ultimi anni, stanno prendendo piede sempre più su tutto il territorio nazionale.

Questi interventi hanno lo scopo di mantenere, rafforzare e sviluppare le autonomie presenti, come per esempio, il prendersi cura di sé (igiene personale, abbigliamento), a cui si aggiunge la gestione della quotidianità in un contesto abitativo diverso da quello familiare (cura e igiene della casa, acquisto alimenti, preparazione dei pasti). Affinché tale condizione di autonomia si realizzi in modo efficace, è importante in questi casi realizzare un sistema integrato di interventi al fine di supportare e sostenere le persone in questo percorso. È essenziale infatti prevedere delle azioni dirette, non solo con le persone portatrici di disagio psichico, ma anche con il coinvolgimento attivo delle famiglie e di altri soggetti presenti sul territorio, dal vicinato, agli enti pubblici e associazioni, parrocchie, cooperative, aziende, ecc. La rete creata intorno alla persona, infatti, non fa altro così che sostenerla e accompagnarla in questo percorso. Altresì, vanno considerati percorsi che possano favorire le dimissioni dalle strutture residenziali, promuovendo interventi di prossimità.

### *Obiettivi:*

- facilitare processi di integrazione dei servizi sociosanitari, attraverso un rafforzamento della collaborazione interistituzionale e tra pubblico e privato sociale;
- sperimentare soluzioni sociosanitarie integrate che intervengano anche sulla marginalità (e/o la



REGIONE CALABRIA  
DIPARTIMENTO SALUTE E WELFARE

## COORDINAMENTO REGIONALE PER LA SALUTE MENTALE IN ETÀ EVOLUTIVA E ADULTA

prevalgano) e diano soluzioni per mitigare sia i ricoveri (molto costosi e poco efficaci) e una eventuale migrazione sanitaria, anche grazie a risparmi di spesa pubblica sanitaria;

- facilitare la costruzione di interventi di prossimità laddove le persone con disturbi mentali vivono (famiglie, strada etc.);

### **Azioni:**

- potenziamento e/o vera propria messa a sistema di servizi per l'assistenza domiciliare (visite domiciliari, colloqui, monitoraggio delle autonomie personali, interventi di sostegno, ecc.);
- messa a disposizione di alloggi pubblici e privati (edilizia residenziale, beni confiscati ristrutturati, immobili di proprietà degli enti locali, ecc.) per persone con problemi di sofferenza mentale, individualmente o in gruppo, qualora le persone non siano dotate di una casa propria;
- contributi per il sostegno al reddito (affitto, utenze, ecc.);
- accompagnamento a forme di convivenza in piccoli gruppi e attività di mediazione sociale tra i conviventi;
- accesso a comunità alloggio, servizi *Dopo di noi* ecc., qualora le persone siano meno autonome e richiedano una maggiore intensità assistenziale.

### **Attori coinvolti:**

Assessorati e Dipartimenti di riferimento (edilizia, sanità, politiche sociali); DSMD; Enti locali; ATERP (Azienda Territoriale per l'Edilizia Residenziale Pubblica della Calabria); Distretti sanitari; Responsabili degli Uffici di Piano degli Ambiti territoriali sociali; Servizi sociali dei Comuni; Enti del Terzo Settore.

### **Risultati attesi**

- predisposizione/attivazione di servizi domiciliari in ogni distretto sanitario e ambito territoriale sociale in grado di erogare specifici supporti alle persone con sofferenza mentale nel loro domicilio o nelle varie forme di convivenza abitativa;
- presenza di alloggi abitativi (per individui e piccoli gruppi di convivenze) destinati a persone con sofferenza mentale in ciascun ambito territoriale sociale;
- programmi regionali destinati ai Comuni capofila degli ambiti territoriali sociali per l'erogazione dei contributi per il sostegno al reddito di persone con sofferenza mentale;
- servizi di accompagnamento e mediazione sociale alle convivenze composte da operatori sociali e sanitari pubblici e del privato sociale per l'accompagnamento e mediazione sociale nelle convivenze;
- presenza di almeno una struttura (*Dopo di noi*, comunità alloggio, ecc.) per ciascun ambito territoriale.

### **Indicatori:**

- aumento / percentuale di servizi domiciliari erogati;
- numero di alloggi pubblici e privati messi a disposizione in ciascun ambito sociale territoriale;
- numero di programmi attivati per l'erogazione di contributi al reddito;
- almeno un servizio di accompagnamento per ogni distretto sanitario;



REGIONE CALABRIA  
DIPARTIMENTO SALUTE E WELFARE

## COORDINAMENTO REGIONALE PER LA SALUTE MENTALE IN ETÀ EVOLUTIVA E ADULTA

---

- una struttura (Dopo di noi, comunità alloggio, ecc.) almeno per ogni ambito sociale territoriale.

### **Supporto al lavoro**

Uno dei problemi maggiori che si evidenzia quando si parla di persone con disagio psichico, è la mancanza di opportunità lavorative, soprattutto per i pazienti più gravi. La percentuale del tasso di disoccupazione, infatti, è maggiore rispetto al dato generale.

Diversi sono i fattori che determinano questa situazione, sia individuali che contestuali. Vi sono difficoltà legate alle patologie, soprattutto per i casi più gravi; paura di perdere sussidi economici; discriminazioni; stigma sociale; basse aspettative; poca conoscenza e sensibilità del fenomeno. A questo si aggiunge, soprattutto in Calabria, la mancanza di integrazione tra i servizi sociosanitari e socio-assistenziali, la cui carenza non facilita l'avvio di percorsi riabilitativi personalizzati, quale strumento utile per sviluppare percorsi lavorativi e integrati sul territorio. Occorre considerare, inoltre, che la Legge 68/99 "Norme per il diritto al lavoro per i disabili" non ha avuto in Calabria nessun impatto positivo.

Assumere un ruolo lavorativo impatta, innanzitutto, sulla riappropriazione della dignità umana, sulla possibilità di avere un proprio reddito, sul fare le proprie scelte, sull'essere conosciuto e riconosciuto come persona, sull'essere incluso nel proprio contesto sociale e di vita. Il lavoro, dunque, diviene strumento fondamentale per costruire una propria progettualità futura.

È importante sensibilizzare al meglio il territorio, persone e imprese presenti in esso, e diffondere una cultura dell'inclusione socio-lavorativa. Un aspetto imprescindibile nei percorsi di inserimento lavorativo, è che la rete dei servizi sanitari e sociali funzioni, poiché gli stessi devono co-programmare e co-progettare con gli altri soggetti del territorio (aziende, imprese sociali, organizzazioni degli Enti del Terzo Settore, ecc.) realizzando progetti mirati e fornendo gli accompagnamenti necessari.

### **Azioni:**

- promuovere una cultura dell'inserimento lavorativo sensibilizzando gli operatori sociali e sanitari e, a seguire, la comunità locale, con percorsi formativi, eventi focus, coinvolgendo le imprese e altri soggetti del territorio;
- potenziare i collegamenti tra Centri per l'Impiego, Centri di formazione professionale, enti pubblici e privati, aziende, ASP, Comune, ecc., al fine di istituire un sistema di relazioni e collaborazioni stabili in grado di facilitare la crescita di competenze e l'inserimento lavorativo delle persone con sofferenza mentale;
- prevedere agenzie per l'inserimento lavorativo che possano realizzare i bilanci di competenze delle persone, la ricerca di aziende adeguate alle specifiche persone con sofferenza mentale, azioni di mediazione tra esigenze dell'azienda e quelle della persona inserita; incontro domanda e offerta;
- promuovere percorsi formativi per acquisizione di competenze lavorative connesse con all'effettiva richiesta del mercato del lavoro;



REGIONE CALABRIA  
DIPARTIMENTO SALUTE E WELFARE

### **COORDINAMENTO REGIONALE PER LA SALUTE MENTALE IN ETÀ EVOLUTIVA E ADULTA**

- attivare programmi di stage e di work-experience in contesti lavorativi;
- incentivare forme di lavoro autonomo o collettivo (cooperative, imprese sociali, ecc.) che coinvolgano persone con sofferenza mentale;
- sostenere le aziende che favoriscono l'inserimento nel mondo del lavoro con sistemi di decontribuzione e defiscalizzazione.

#### **Attori coinvolti:**

Assessorati e Dipartimenti di riferimento (lavoro e formazione, sanità, politiche sociali); Enti locali; Centri per l'impiego; Distretti sanitari; Imprese, Associazioni datoriali, Centri di Salute Mentale - CSM; Servizi sociali dei Comuni; Enti del Terzo Settore.

#### **Risultati attesi**

- crescita di sensibilizzazione della cultura dell'inclusione lavorativa nel mondo del lavoro;
- costruzione di reti locali tra i soggetti che operano nei servizi di salute mentale, nei servizi sociali, nei centri di formazione professionale, nei centri per l'impiego per facilitare l'inserimento lavorativo di persone con sofferenza mentale;
- presenza di una Agenzia di inserimento lavorativo per fasce svantaggiate in ogni Asp;
- programmi regionali di formazione professionale, stage e work-experience, incentivi all'avvio di forme di lavoro autonomo o collettivo;
- introduzione da parte della Regione Calabria di sistemi di decontribuzione e defiscalizzazione per le aziende che assumono persone con sofferenza mentale;

#### **Indicatori:**

- numero di eventi realizzati promossi dai Distretti sanitari e dagli Enti locali;
- livello di operatività delle reti locali;
- numero di agenzie promosse;
- numero programmi realizzati;
- sistemi di decontribuzione e defiscalizzazione introdotti;
- numero di pazienti inseriti in percorsi di formazione lavorativa;
- numero di pazienti inseriti in percorsi di avviamento al lavoro.

### **3.20. Salute mentale e genere**

È noto ormai che il sesso, l'identità di genere e le esperienze di genere, determinano differenze di espressione delle malattie. La genetica e l'epigenetica sono il nuovo substrato sul quale la ricerca sta contribuendo a comprendere i meccanismi di specificità delle malattie neurodegenerative e psichiatriche.



REGIONE CALABRIA  
DIPARTIMENTO SALUTE E WELFARE

**COORDINAMENTO REGIONALE PER LA SALUTE MENTALE IN ETÀ EVOLUTIVA E ADULTA**

---

Anche le condizioni legate alla salute spesso differiscono qualitativamente o quantitativamente tra individui di sesso e identità di genere diversi assegnati alla nascita e/o con esperienze di genere diverse, richiedendo cure su misura.

E' ormai necessario considerare il sesso e il genere nel contesto dell'epidemiologia, dei fenotipi comportamentali, della neurobiologia, della genetica, dell'endocrinologia e delle discipline vicine.

Le prove disponibili supportano l'idea che il sesso e il genere contribuiscono in modo importante alla variabilità biologica e comportamentale nelle condizioni dello sviluppo cerebrale.

Avvertenze metodologiche come la frequente fusione di costrutti di sesso e genere, la misurazione inappropriata di questi costrutti e la sotto rappresentazione di specifici gruppi demografici (ad esempio, individui appartenenti a minoranze femminili e di genere e persone con disabilità intellettiva) limitano finora il potenziale traslazionale della ricerca e di conseguenza della cura.

La diversità del genere è stata anche associata ad alcune condizioni dello sviluppo cerebrale sia morfologico che di connessioni.

Inoltre, le espressioni comportamentali delle condizioni dello sviluppo cerebrale sono modulate dal sesso e dal genere in modi clinicamente importanti.

La ricerca ha prodotto risultati contrastanti sugli effetti moderati del sesso/genere sui processi genetici e sui sistemi endocrini, neurologici e su altri sistemi corporei, negli individui neuro divergenti. Molteplici fattori legati al sesso e al genere guidano la variabilità biologica e comportamentale nelle condizioni dello sviluppo cerebrale.

I disturbi del comportamento alimentare, la depressione, le psicosi e i disturbi dello spettro autistico devono essere rivalutati in ottica di genere, prevedendo approcci specifici per i diversi generi, raccogliendo dati che potranno essere utilizzati per la ricerca epidemiologica.

È necessario quindi nel nostro Piano inserire la variabile di genere per potere essere all'avanguardia nei processi di cura e di prevenzione in accordo con la Legge 3 art.3 e relativo piano applicativo del 11/01/2018 che indica la sua attuazione in ogni ambito.

**Obiettivi:**

- comprendere i meccanismi attraverso i quali il sesso/genere influenza la presentazione clinica, la biologia, il percorso di sviluppo e la risposta al trattamento è importante per la valutazione diagnostica, la pianificazione dell'intervento e l'equità sociale di genere e sesso. Le condizioni dello sviluppo cerebrale definite dal Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, (DSMDD-5-TR) e dalla classificazione internazionale delle malattie (ICD-11) differiscono nella prevalenza di sesso/genere nelle diagnosi, i bambini maschi hanno una probabilità fino a quattro



REGIONE CALABRIA  
DIPARTIMENTO SALUTE E WELFARE

**COORDINAMENTO REGIONALE PER LA SALUTE MENTALE IN ETÀ EVOLUTIVA E ADULTA**

---

volte maggiore di essere diagnosticati rispetto alle femmine, una differenza che, cosa interessante, sembra attenuarsi nell'età adulta;

- raccogliere dati utili per la ricerca epidemiologica
- diffondere la cultura della centralità del paziente e della personalizzazione delle terapie nella prassi medica multidisciplinare, negli ambiti della prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione
- consolidare la rete regionale in Medicina di Genere collegandola alla rete nazionale e internazionale per contrastare le disuguaglianze provocate dal disconoscimento dell'impatto sulla salute dei determinanti genere-specifici.

**Azioni:**

- è necessario che l'interno di ciascun DSMDDD venga predisposto almeno un percorso dedicato per la formazione degli operatori e la gestione dei casi. Tale percorso necessariamente multidisciplinare potrebbe trovare una naturale ambientazione quando saranno concretamente avviate le Case della Comunità. La progettualità riguardo ai servizi e alle azioni che si metteranno in campo dovrà tenere conto di prevedere il genere come indicatore di specificità sia per la ricerca epidemiologica che osservazionale sia relativa alle differenze socioculturali degli utenti di sesso diverso compresi i transgender. Coordinare le azioni di sensibilizzazione, formazione e aggiornamento degli operatori sanitari allo scopo di diffondere, in modo capillare nel territorio regionale, politiche sulla salute di genere che tengano conto delle variabili biologiche, ambientali, culturali, psicologiche e socio-economiche determinate dal genere in considerazione del loro impatto sulla fisiologia, sulla patologia, sulle caratteristiche cliniche delle malattie
- Formazione per le famiglie caregiver, per indirizzarle su come affrontare la malattia mentale e supporto per la terapia con domiciliazione in caso di difficoltà
- Raccolta epidemiologica per emersione dato complessivo della malattia mentale con supporto con acquisto ed utilizzo di motorhome e strumenti tecnologici adeguati
- Realizzazione di PDTA congiunti ospedale territorio regionali sulle procedure di assistenza.



REGIONE CALABRIA  
DIPARTIMENTO SALUTE E WELFARE

**COORDINAMENTO REGIONALE PER LA SALUTE MENTALE IN ETÀ EVOLUTIVA E ADULTA**

#### 4. LA FORMAZIONE CONTINUA

##### **Analisi del contesto di riferimento**

Gli aggiornamenti del Piano d'Azione Globale per la Salute Mentale (2013-2030) approvati dall'Assemblea Mondiale della Salute con relativi indicatori di monitoraggio, raccomandano agli Stati membri, al Segretariato dell'OMS e ai partner internazionali di attivare azioni che siano capaci di promuovere e garantire salute mentale e benessere, prevenire l'insorgenza di disturbi mentali nelle popolazioni a rischio e raggiungere una copertura universale per i servizi di salute mentale.

Tra queste azioni assume particolare rilievo la nr. 59 "Sviluppo delle risorse umane", attraverso la quale si chiede agli Stati Membri di *"fornire agli operatori della salute (generalisti e specializzati) le basi di saperi e competenze per offrire servizi di salute mentale e di supporto sociale evidence-based, culturalmente adeguati e orientati ai diritti umani, anche per bambini e adolescenti, includendo la salute mentale nei piani di studio di primo e secondo livello, formando e guidando sul campo gli operatori sanitari, in particolare in contesti non specialistici, allo scopo di riconoscere le persone con disturbo mentale, a offrire loro un trattamento ed un supporto adeguati e a indirizzarli, se necessario, ad altri livelli di cura"*.

La 2° Conferenza Nazionale per la Salute Mentale "Per una Salute Mentale di Comunità", promossa dal Ministero della Salute il 25 e 26 giugno 2021, in coerenza con quanto delineato a livello globale, ha prodotto un'analisi partecipata e trasparente del reale funzionamento dei sistemi locali per la salute mentale, dei modelli organizzativi adottati, delle risorse umane ed economiche effettivamente impiegate, del grado di raggiungimento degli obiettivi dei Piani Regionali e Nazionali, oltre che dei livelli di efficacia ed inclusione sociale conseguiti.

In tutti le sessioni, in tutti i tavoli è chiaramente emerso come, in un sistema di salute mentale di Comunità, rivesta importanza strategica la formazione per l'implementazione di processi di miglioramento continuo della qualità dei servizi e per il raggiungimento/mantenimento di elevati standard clinico-assistenziali. La formazione continua diventa, quindi, leva organizzativa di importanza primaria, attraverso la quale promuovere l'eccellenza professionale e il sapere collettivo, incrementando i processi di apprendimento organizzativo e la condivisione dei saperi scientifici, tecnici e pratici. Una "Formazione" che sia inoltre capace di accompagnare e sostenere non solo il miglioramento continuo dei processi lavorativi ma anche il benessere degli stessi lavoratori.

I percorsi di aggiornamento professionale vanno quindi intesi non solo come mero obbligo normativo del professionista sanitario ma anche come funzione strategica della Direzione del Distretto, alla quale compete la definizione dei "Piani di formazione" del personale formalmente assegnato (v. DCA 197/2023 "Programmazione della Rete territoriale in attuazione del D.M. n. 77 del 23 maggio 2022 e in sostituzione del DCA n. 65/2020).

In questo scenario è evidente la complessa funzione del Direttore del Distretto, chiamato ad assicurare lo sviluppo delle conoscenze, competenze e abilità del personale sanitario, tecnico ed



REGIONE CALABRIA  
DIPARTIMENTO SALUTE E WELFARE

**COORDINAMENTO REGIONALE PER LA SALUTE MENTALE IN ETÀ EVOLUTIVA E ADULTA**

---

amministrativo (dipendente e convenzionato) del SSR, al fine di promuovere e sostenere processi di sviluppo organizzativo in grado di rispondere alla gestione complessiva dei bisogni di salute del cittadino.

Occorre, cioè, programmare percorsi formativi che consentano al personale interessato un continuo adattamento alle evoluzioni scientifiche, normative e tecnologiche che investono il campo della salute mentale, in modo da garantire alle persone affette da disturbi mentali i trattamenti più aggiornati e appropriati.

Così come è evidente che nel definire i Piani formativi per la “salute mentale” è necessario non solo mirare allo sviluppo professionale individuale degli operatori sanitari, ma anche facilitare l’integrazione e la condivisione di linguaggi, modelli di riferimento e obiettivi tra professionisti con diversi ruoli e mission, al fine di rispondere appropriatamente a bisogni complessi che richiedano una regia di servizi, anche di natura sociale, con un intenso e costante coinvolgimento degli Enti locali (percorsi per l’autonomia, lavoro e abitare).

La redazione dei piani formativi destinati agli operatori della salute mentale non può prescindere dalle raccomandazioni del Tavolo Tecnico Salute Mentale, nominato dal Ministero della Salute. Detto Tavolo ha evidenziato tra l’altro che meno del 50% degli operatori del comparto sono stati interessati dall’acquisizione di nuove competenze e ha rilevato criticità nelle relazioni interpersonali, nel lavoro d’équipe e nel lavoro integrato con le politiche sociali degli EE.LL.-

Dai lavori del Tavolo emerge in maniera chiara che la formazione degli operatori della salute mentale territoriale non può prescindere dal modello di integrazione multidisciplinare della presa in carico della persona. Per garantire il lavoro in rete e la cura della comunità locale diventa, quindi, necessaria una visione complessiva che valorizzi l’apporto di ciascuna delle diverse professionalità e di ciascuno dei diversi servizi coinvolti, ognuno portatore di un sapere “differentemente esperto” indispensabile a garantire sia la specificità degli interventi sia il potenziamento e il buon funzionamento delle reti interistituzionali.

Basti ad esempio considerare i servizi per le dipendenze, vecchie e nuove, e quelli psichiatrici che si differenziano per storia, formazione, filosofia, ideologia, modalità e stili terapeutici. Diversità che si riscontrano all’interno degli stessi DSMD e che solo una formazione mirata può portare al superamento delle problematiche connesse alla presa in carico dei pazienti delle c.d. aree di confine, come più genericamente vengono chiamate le persone con doppia diagnosi.

Ciò comporta non solo la formazione delle specifiche équipe, ma anche la costruzione e il rafforzamento delle reti locali costituite da soggetti diversi, corresponsabili della programmazione, progettazione e gestione di interventi finalizzati a garantire offerte diversificate e adeguate ai bisogni dell’utenza.

E’ necessario uno stretto raccordo con le Università del territorio per definire congiuntamente percorsi formativi adeguati alle esigenze di una Salute Mentale di Comunità. Le Aziende Ospedaliere-Universitarie e, nello specifico, i loro reparti, sono realtà uniche che assolvono contestualmente funzioni didattiche, cliniche e di ricerca. Appare evidente che il pieno coinvolgimento delle Università



REGIONE CALABRIA  
DIPARTIMENTO SALUTE E WELFARE

**COORDINAMENTO REGIONALE PER LA SALUTE MENTALE IN ETÀ EVOLUTIVA E ADULTA**

---

è fondamentale per l'attuazione e il raggiungimento degli obiettivi in ambito di salute mentale, in quanto tali obiettivi necessitano di politiche formative innovative riguardanti le varie professionalità interessate.

Occorre inoltre puntare sullo sviluppo di aree di ricerca per studiare i decorsi e gli esiti della malattie connesse alla sfera mentale e neurologica in relazione agli interventi specifici, nonché per rilevare i livelli di efficacia degli interventi volti alla riabilitazione, all'inclusione sociale e all'alleggerimento del carico familiare.

In quest'ottica è indispensabile procedere all'integrazione tra il sistema formativo universitario e quello socio-sanitario (AOU, DSMD, NPIA e Piani di Zona) tramite la creazione di servizi integrati, ovvero la definizione e l'attuazione di percorsi assistenziali condivisi, volti a garantire una presa in carico innovativa e globale dell'utente.

È di fondamentale importanza attuare:

- a. la "formazione obbligatoria" da parte delle Aziende sanitarie all'atto di assunzione o inizio collaborazione per chi lavora in salute mentale;
- b. la "formazione congiunta" tra operatori delle Aziende sanitarie e delle Politiche Sociali degli EE.LL. per favorire le sinergie tra competenze sanitarie e sociali a partire dalla pratica;
- c. l'implementazione di una sezione del portale regionale dedicata specificamente alla salute mentale, nella quale pubblicare documenti scientifici, linee guida e di indirizzo, buone pratiche, raccomandazioni, sviluppati in ambito regionale, nazionale o all'estero.
- d. la riorganizzazione delle attività mediante il task-shifting, ossia il trasferimento razionale di compiti normalmente svolti da professionisti sanitari con qualifiche e competenze più elevate ad altri operatori, sanitari o non, con una formazione più breve e diversamente qualificata.
- e. Il pieno e convinto coinvolgimento della famiglia come preziosa risorsa nella terapia, nella riabilitazione e nella prevenzione di condizioni e di comportamenti a rischio. Infatti il supporto di una famiglia adeguatamente formata e consapevole può sensibilmente migliorare la compliance terapeutica e sostenere il percorso di recovery.
- f. così come è importante che la formazione renda fruibile il sapere esperienziale degli "esperti in supporto tra pari" (ESP) il cui impiego, laddove è stato attuato, ha dimostrato di favorire le relazioni tra i servizi e l'utenza e i familiari, l'innalzamento dei livelli di efficacia dei percorsi terapeutici e riabilitativi, della recovery, nonché della crescita personale, sociale e culturale dello stesso ESP.

È appena il caso di evidenziare che nella pianificazione di percorsi di formazione continua è necessario incidere positivamente anche sullo sviluppo della motivazione e dell'espressione massima del potenziale di ciascuno degli operatori, attraverso interventi che includono:

- lo sviluppo delle capacità di gestione dello stress, dell'auto-cura e del benessere personale al fine di prevenire il burnout e mantenere un equilibrio tra vita lavorativa e vita privata;
- la conoscenza di metodi di monitoraggio e verifica dell'efficacia dei trattamenti, al fine di mettere il personale in condizione di adattare le strategie di intervento sulla base delle risposte dei pazienti, ottimizzando così i risultati terapeutici.



REGIONE CALABRIA  
DIPARTIMENTO SALUTE E WELFARE

## **COORDINAMENTO REGIONALE PER LA SALUTE MENTALE IN ETÀ EVOLUTIVA E ADULTA**

È importante, ancora, ribadire che l'assenza o l'insufficiente funzionamento di anche uno solo dei nodi essenziali della "rete di salute mentale", mette a rischio il funzionamento complessivo del sistema territoriale. In questa ottica necessitano interventi educativi e socio-sanitari dedicati ai bambini, ai ragazzi e alle famiglie. Da qui l'importanza di realizzare servizi e interventi di prossimità, grazie ad operatori e professionisti - istituzionali e non - qualificati, specificamente formati, costantemente aggiornati e soprattutto capaci di dialogare in rete tra loro e di creare relazioni empatiche con le famiglie e con le persone di minore età, così come peraltro specificato nei "Patti socio-educativi di comunità" del V "Piano Infanzia e adolescenza".

Ciò al fine di garantire cure di alta qualità, assicurando l'aggiornamento di tutti i soggetti coinvolti anche attraverso percorsi formativi/informativi di contenuti trasversali relativi alla metodologia del lavoro in Team e agli strumenti utilizzati nei processi di alta integrazione tra i quali:

- A. I percorsi di trattamento dei DCA
- B. I percorsi per gli esordi e per le persone con disturbi mentali nella età 14/25
- C. I percorsi per le persone con disturbi psichiatrici in comorbidità con abuso o dipendenza da sostanze e con problemi di addiction.
- D. L'integrazione sociosanitaria e Progetti Terapeutico Riabilitativi Personalizzati sostenuti da Budget di Salute
- E. I percorsi integrati per la Disabilità Intellettiva e l'Autismo
- F. Il monitoraggio e appropriatezza dei trattamenti farmacologici
- G. La corretta applicazione dell'istituto dell'Amministrazione di Sostegno.

### **Obiettivi**

- Rafforzare le competenze mirate allo sviluppo professionale e alla gestione delle relazioni, dei cambiamenti e dei conflitti, volte ad assicurare la realizzazione della Salute mentale di comunità.
- Sviluppare le capacità di gestione dello stress, dell'auto-cura e del benessere personale al fine di prevenire il burnout e mantenere un equilibrio tra vita lavorativa e vita privata;
- Rafforzare le competenze per svolgere attività di monitoraggio e verifica dell'efficacia dei trattamenti, al fine di mettere il personale in condizione di adattare le strategie di intervento sulla base delle risposte dei pazienti, ottimizzando così i risultati terapeutici.
- Sviluppare competenze specifiche per la gestione degli strumenti innovativi

### **Azioni**

- Identificazione e analisi dei bisogni formativi attraverso una attività di ricerca finalizzata all'acquisizione di dati e informazioni utili per sviluppare percorsi formativi.
- Elaborazione di nuovi modelli d'intervento formativo sulle patologie di confine per la corresponsabilizzazione e formazione di equipe interdipartimentali e interistituzionali.
- Identificazione dei rappresentanti istituzionali, nei territori di competenza;



REGIONE CALABRIA  
DIPARTIMENTO SALUTE E WELFARE

**COORDINAMENTO REGIONALE PER LA SALUTE MENTALE IN ETÀ EVOLUTIVA E ADULTA**

---

- Pianificazione dei percorsi formativi finalizzati alla realizzazione di una Salute mentale di Comunità;
- Predisposizione di modelli di protocolli applicativi per l'attivazione di programmi di formazione interprofessionale per la condivisione delle competenze necessarie all'applicazione delle procedure di intervento sanitario obbligatorio.
- Monitoraggio e Valutazione dei percorsi formativi.

***Attori coinvolti:***

Regione Calabria, ASP, DSMD, Università, Terzo settore, Rete Emergenza-Urgenza, DMI, MMG/PDLS, Amministrazione giudiziaria.

***Indicatori di risultato***

- Livello di soddisfazione del percorso formativo, misurato attraverso un questionario che rileva la qualità della docenza;
- Aumento delle competenze misurate per ciascun modulo formativo attraverso questionari di uscita, messi a confronto con i test di ingresso per valutare il gap formativo;
- Andamento dell'azione formativa rilevato attraverso questionari redatti dai docenti.
- Grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi.
- Percorsi di aggiornamento attivati
- Ore formative erogate
- Ore formative fruitive
- Soggetti istituzionali coinvolti
- Soggetti partecipanti
- Famiglie coinvolte
- Utenti coinvolti (ESP)
- Accordi/protocolli sottoscritti
- Risorse impiegate



## 5. GOVERNANCE, MONITORAGGIO ED INNOVAZIONE

### 5.1. Rete dei servizi di salute mentale

La Regione Calabria con DCA 167 del 12 luglio 2023 ha approvato il documento " Riorganizzazione della Rete territoriale", mediante il quale è stato disegnato il nuovo assetto dell'assistenza territoriale regionale. In coerenza con gli obiettivi definiti nell'ambito del D.M. n. 77/2022, la Regione Calabria ha riformato l'Assistenza Territoriale, definendo al suo interno un nuovo modello organizzativo per la rete di assistenza primaria, in grado di individuare standard strutturali, tecnologici e organizzativi uniformi su tutto il territorio regionale, al fine di garantire a cittadini e operatori il rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Tra gli elementi di rilievo del DCA 167/2023 si riscontra la ricognizione dello stato dell'arte attuale della Rete territoriale e la rilevazione dei bisogni di salute della popolazione.

Per quanto attiene il complesso dei dati di interesse, nel DCA 167/2023, viene definito il totale del fabbisogno di assistenza residenziale psichiatrica - che in Calabria è erogata in tre diverse tipologie di strutture: SRP1 "Residenza ad alto trattamento ed elevata intensità assistenziale", SRP2 "Residenza sociosanitaria ad elevata integrazione sanitaria", SRP3 "Residenza Psichiatrica sociosanitaria ad elevata integrazione sociale - Gruppo di Convivenza" - e il fabbisogno totale dei Centri diurni, così come riportato nelle tabelle che seguono.

*Totale fabbisogno residenzialità salute mentale per ASP*

ASP	Abitanti ≥18	Fabbisogno SRP1	Fabbisogno SRP2	Fabbisogno SRP3	Totale Fabbisogno Programmato *
Cosenza	571.247	103	91	34	228
Catanzaro	290.304	52	46	17	116
Crotone	134.672	24	22	8	54
Vibo Valentia	127.373	23	20	8	51
Reggio di Calabria	435.066	78	70	26	174
<b>TOTALE</b>	<b>1.558.662</b>	<b>281</b>	<b>249</b>	<b>94</b>	<b>623</b>

*\*fabbisogno pari a 4 pl per 10000 abitanti ≥= 18 anni*

*\*45% SRP1 - 40% SRP2 - 15% SRP3*



REGIONE CALABRIA  
DIPARTIMENTO SALUTE E WELFARE

**COORDINAMENTO REGIONALE PER LA SALUTE MENTALE IN ETÀ EVOLUTIVA E ADULTA**

*Totale dei centri diurni per ASP*

ASP	Abitanti $\geq 18$	Totale Fabbisogno Programmato *
Cosenza	571.247	10
Catanzaro	290.304	5
Crotone	134.672	2
Vibo Valentia	127.373	2
Reggio di Calabria	435.066	7
<b>TOTALE</b>	<b>1.558.662</b>	<b>26</b>

*\* fabbisogno pari a 1 centro diurno x 100.000 abitanti (popolazione over 18)*

Per quanto concerne i bisogni delle persone con disturbi dello spettro autistico, occorre tenere conto delle caratteristiche intrinseche, nonché della coesistenza di co-morbilità neurologiche, psichiatriche e mediche. Tali condizioni rendono necessaria la massima attenzione nell'ambito delle strategie di prevenzione e controllo, come di continuità della presa in carico e dell'accesso ai servizi educativi, sociali e sanitari. Inoltre, è prevista una programmazione che contempla strutture residenziali e semiresidenziali in grado di assicurare la continuità del percorso assistenziale, in base alla situazione clinica e all'intensità del supporto necessario.

Vengono pertanto individuati i bisogni di tipo ambulatoriale, sulla base del Rapporto ISTISAN 17/16 che rileva la prevalenza di 4,5 ogni 1000 (mille) abitanti nella fascia di età 2- 17. Inoltre, sono state previste 3 prestazioni a settimana per ogni minore (vedi seguente tabella).

*Prestazioni Ambulatoriali Autismo*

ASP	Abitanti 2 - 17	Incidenza sulla popolazione di	Prestazioni ambulatoriali settimanali	Totale Fabbisogno Programmato
Cosenza	93.908	423	1.268	1.268
Catanzaro	48.465	218	654	654
Crotone	26.251	118	354	354
Vibo Valentia	21.957	99	296	296
Reggio Calabria	79.120	356	1.068	1.068
<b>TOTALE</b>	<b>269.701</b>	<b>1.214</b>	<b>3.641</b>	<b>3.641</b>



REGIONE CALABRIA  
DIPARTIMENTO SALUTE E WELFARE

**COORDINAMENTO REGIONALE PER LA SALUTE MENTALE IN ETÀ EVOLUTIVA E ADULTA**

*\* fabbisogno pari a 3 prestazioni/settimana per caso*

Per quanto attiene l'offerta dei servizi residenziali e semiresidenziali per soggetti con dipendenza patologica, attualmente totalmente erogata da strutture private accreditate, la nuova Programmazione Regionale si pone l'obiettivo di rispondere all'incremento di domanda, rafforzando l'offerta pubblica che tiene conto del numero di strutture accreditate per questo setting assistenziale che si avvale di due tipologie di servizi residenziali e semiresidenziali:

- Servizio Pedagogico riabilitativo (Regime residenziale e semiresidenziale);
- Servizio Terapeutico riabilitativo (Regime residenziale e semiresidenziale).

*Residenzialità terapeutica-pedagogica per dipendenze patologiche*

ASP	Popolazione attuale (al 01/01/2022)	Totale Fabbisogno Programmato *
Cosenza	674.543	169
Catanzaro	343.673	86
Crotone	163.553	41
Vibo Valentia	151.558	38
Reggio di Calabria	522.127	131
<b>TOTALE</b>	<b>1.855.454</b>	<b>464</b>

*\*0,25 PI x 1000 abitanti*

*Semiresidenzialità terapeutica-pedagogica per dipendenze patologiche*

ASP	Popolazione attuale (al 01/01/2022)	Totale Fabbisogno Programmato *
Cosenza	674.543	40
Catanzaro	343.673	21
Crotone	163.553	10
Vibo Valentia	151.558	9
Reggio di Calabria	522.127	31
<b>TOTALE</b>	<b>1.855.454</b>	<b>111</b>

*\* 0,06 PI x 1000 abitanti*

Si evidenzia la assoluta mancanza di posti letto destinati a pazienti affetti da dipendenze patologiche con comorbilità psichiatrica.



REGIONE CALABRIA  
DIPARTIMENTO SALUTE E WELFARE

### COORDINAMENTO REGIONALE PER LA SALUTE MENTALE IN ETÀ EVOLUTIVA E ADULTA

---

Per quanto attiene i disturbi dell'alimentazione, in considerazione della complessità di trattamento e dell'urgenza di interventi precoci, è stata valutata l'opportunità di programmare, in via sperimentale, un fabbisogno di:

- N. 55 p.l. di Residenzialità;
- N. 58 p.l. di Semiresidenzialità;
- N. 728 Prestazioni ambulatoriali.

Con la riorganizzazione territoriale, viene sottolineato che *“il modello organizzativo per la gestione delle attività connesse all'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza per l'area salute mentale è rappresentato dal Dipartimento Salute Mentale il quale rappresenta il garante clinico-organizzativo per tutti gli interventi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione in ambito salute mentale. Tale modello trae fondamento dalla definizione di una rete di trattamento, ospedaliera e territoriale integrata, secondo una logica di psichiatria di comunità”*<sup>7</sup>. Inoltre, viene specificato che i principi che devono orientare l'assetto dei servizi di salute mentale devono tener conto dei seguenti criteri:

- centralità del paziente, intesa come coinvolgimento dello stesso nel processo di cura;
- valorizzazione dell'esperienze di coinvolgimento delle famiglie;
- integrazione nelle ASP dei servizi di salute mentale con gli altri servizi sanitari e con i servizi sociali;
- multidisciplinarietà dell'équipe;
- garanzia della tutela e cura della salute mentale anche all'interno degli istituti penitenziari del territorio;
- adozione di strumenti del Governo Clinico nell'ottica di erogare prestazioni dotate di efficacia, efficienza ed economicità.

Alla luce di quanto sopra appare evidente che gli **standard organizzativi** devono essere assicurati attraverso servizi specialistici di quattro livelli:

- 1) **livello di consultazione e assistenza primaria:** la funzione viene garantita all'interno delle costituente Case di Comunità che opereranno in stretta collaborazione con CSM, MMG e PLS, nonché con tutti quegli operatori che garantiranno le attività di individuazione precoce e di primo intervento, secondo le modalità organizzative individuate dal DM 77/2022; l'assistenza primaria comprende, inoltre, valutazioni specialistiche in loco con possibilità di diagnosi ed intervento precoce, garantendo appropriatezza di invio ai livelli superiori di trattamento;
- 2) **livello di presa in carico per episodio di cura o per progetti terapeutico-riabilitativi individualizzati a lungo termine,** assicurati dai CSM e dalle strutture residenziali e semiresidenziali;
- 3) **livello di assistenza specialistica** in ambito ospedaliero o residenziale, garantito dagli SPDC, dalle UU.OO. di Psichiatria delle Aziende Ospedaliere Universitarie, dalle strutture residenziali terapeutiche specifiche, dai presidi nelle case circondariali;

---

<sup>7</sup> Regione Calabria - Programmazione Rete Territoriale 2022, pag. 84.



REGIONE CALABRIA  
DIPARTIMENTO SALUTE E WELFARE

**COORDINAMENTO REGIONALE PER LA SALUTE MENTALE IN ETÀ EVOLUTIVA E ADULTA**

---

- 4) **livello delle reti specialistiche di Area Vasta**, regionali o interregionali, comprendente servizi sovra zonali per i Disturbi dell'alimentazione e della Nutrizione, le REMS o da strutture alternative alle stesse.

Il rapporto tra DSMD e Assistenza primaria, strettamente connesso a una compiuta realizzazione delle Case di Comunità, deve garantire efficienti procedure di consultazione tra i professionisti sanitari dei DSMD e i MMG/PLS, al fine di garantire sia un percorso di diagnosi precoce dei disturbi più gravi che preveda l'avvio dei trattamenti in un contesto certamente meno stigmatizzante, sia l'eventuale invio ai livelli superiori per interventi più articolati e complessi.

**Obiettivi:**

- adeguare la rete dei servizi per la salute mentale e delle Unità Operative afferenti l'AOU agli standard organizzativi, tecnologici e strutturali stabiliti dal DCA 167 del 12 luglio 2023;
- adeguare il Sistema di autorizzazione e accreditamento ai sensi della normativa vigente;
- favorire percorsi di integrazione tra servizi sociali, reti socioassistenziali del territorio di riferimento (associazioni, volontariato, ecc.), i MMG, i PLS e altri professionisti;
- supportare modelli di raccordo organizzativo tra le articolazioni del distretto (Dipartimento di Prevenzione, DSMD, Dipartimento Materno infantile).

**Azioni:**

- definizione delle procedure per una governance innovativa volta a garantire la responsabilità degli operatori nell'erogazione di trattamenti rispettosi, sicuri ed efficaci;
- definizione di modelli e regole per l'erogazione integrata dei servizi;

**Risultati attesi**

- adeguamento della rete dei servizi per la salute mentale e delle Unità Operative afferenti l'AOU agli standard organizzativi, tecnologici e strutturali stabiliti dal DCA 167 del 12 luglio 2023;
- adeguamento del Sistema di autorizzazione e accreditamento ai sensi DCA 65/2020 e dei regolamenti attuativi previsti dalla LR 24/2008;
- integrazione dei servizi sociosanitari assistenziali.

**Attori coinvolti:**

DSMD, Dipartimento di Prevenzione (DP), Dipartimento Materno infantile, MMG, PLS, CdC, AUO-UO Psichiatria, Magistratura.

**Indicatori di risultato:**

- raggiungimento dei LEA e dei LEPS



REGIONE CALABRIA  
DIPARTIMENTO SALUTE E WELFARE

**COORDINAMENTO REGIONALE PER LA SALUTE MENTALE IN ETÀ EVOLUTIVA E ADULTA**

## **5.2. Strumenti Di Governance, Monitoraggio e Innovazione Digitale**

L'Obiettivo 7 del Piano di azione salute mentale 2013-2030 dell'OMS, sottolinea l'importanza della attendibilità delle informazioni e delle conoscenze al fine di implementare strategie efficaci ed efficienti per la governance della salute mentale e per l'erogazione dei relativi servizi.

Ne consegue che il sistema informativo (inclusivo delle risorse tecnologiche - hardware, software, dati, documenti elettronici, reti telematiche - e delle risorse umane dedicate alla loro amministrazione) costituisce uno strumento di primaria importanza per il conseguimento degli obiettivi strategici e operativi affinché qualsiasi componente del sistema possa essere in grado di:

1. valutare la salute mentale della popolazione e l'effetto degli interventi di sanità pubblica;
2. garantire la qualità, l'efficacia e l'efficienza dei servizi di salute mentale;
3. monitorare il numero di addetti, la distribuzione e i trasferimenti del personale;
4. valutare i vantaggi apportati dall'innovazione.

In questo contesto anche la nuova Programmazione della Rete territoriale in attuazione del D.M. n. 77 del 23 maggio 2022, focalizza l'attenzione sull'innovazione tecnologica e sulla telemedicina per i percorsi di riorganizzazione aziendale e l'erogazione di servizi.

Le innovazioni tecnologiche massimizzano le capacità di:

- divulgazione, educazione e prevenzione;
- ricerca e di governance clinica;
- raccolta avanzata dei dati clinici;
- gestione dei dati clinici e fenotipizzazione digitale (Digital Biomarker).

Ciò che appare molto promettente sono anche Le Terapie Digitali (Digital Therapeutics) ovvero tutte quelle terapie effettuate tramite software di alta qualità, supportati da evidenze scientifiche e cliniche. L'azione terapeutica erogata dalle DTx è riconducibile ad approcci di tipo cognitivo-comportamentale e psico-educativo. Questi programmi web-based vengono utilizzati per trattare, gestire o prevenire disturbi anche di tipo mentale. Le DTx possono essere usate sia anche in combinazione con altre terapie (la Telepsichiatria, l'utilizzo della Realtà Virtuale, etc.).

Gli interventi digitali per la salute mentale sono un mezzo in più per avvicinare i pazienti alle terapie (Lattie et al., 2022) e permettono di seguire i pazienti lungo tutte le fasi dell'assistenza psicologica: dalla promozione di comportamenti salutari alla prevenzione, educazione, valutazione e trattamento.

Importanza di rilievo è data all'utilizzazione della realtà virtuale (virtual reality, VR) e della realtà aumentata (augmented reality, AR) impiegate soprattutto nel trattamento di fobie, training cognitivo, disturbi alimentari e regolazione emotiva (Baños et al., 2022).



REGIONE CALABRIA  
DIPARTIMENTO SALUTE E WELFARE

### **COORDINAMENTO REGIONALE PER LA SALUTE MENTALE IN ETÀ EVOLUTIVA E ADULTA**

Le attività di governance, monitoraggio e innovazione, quindi, costituiscono le fondamenta su cui sviluppare tutte le azioni per il raggiungimento degli obiettivi del presente Piano.

#### **Obiettivi:**

- implementare il sistema informativo regionale sulla salute mentale con coinvolgimento attivo dei diversi attori della rete;
- identificare il responsabile regionale per l'innovazione digitale della salute mentale;
- rafforzare il ruolo del monitoraggio ed estendere e rafforzare l'uso della valutazione della qualità dei servizi e degli esiti con un approccio HTA (Health Technology Assessment) al fine di rilevare le informazioni sulle questioni cliniche, economiche, sociali ed etiche in modo sistematico, trasparente, imparziale e solido;
- sperimentare buone prassi di Psichiatria Digitale.

#### **Attori coinvolti:**

Dipartimento regionale Salute e Welfare, Azienda Zero, DSDM, AUO-UO Psichiatria, ETS.

#### **Azioni:**

- istituzione dell'Osservatorio regionale per la salute mentale;
- reingegnerizzazione dei processi, con il coinvolgimento degli stakeholder, per la definizione dei flussi informativi - redazione e approvazione del disciplinare tecnico;
- redazione e approvazione del disciplinare tecnico del sistema di monitoraggio e valutazione dei percorsi di cura;
- sperimentazione di progetti di cura e riabilitazione con l'utilizzo di strumenti di Psichiatria digitale.

#### **Risultati attesi:**

- riduzione delle barriere di accesso,
- puntuale monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza,
- integrazione dei servizi,
- riduzione della latenza fra diagnosi e trattamento,
- rafforzamento della continuità e personalizzazione terapeutica,
- introduzione di strumenti e procedure di Psichiatria digitale,
- efficientamento dei flussi SISM,
- efficientamento dell'utilizzo del FSE,
- aumento della capacità dei servizi di erogazione di percorsi di cura e riabilitazione personalizzati con l'utilizzo di strumenti digitali.

### **5.3. Processi partecipativi e collaborativi in salute mentale.**



REGIONE CALABRIA  
DIPARTIMENTO SALUTE E WELFARE

**COORDINAMENTO REGIONALE PER LA SALUTE MENTALE IN ETÀ EVOLUTIVA E ADULTA**

## ***Il ruolo delle Associazioni di familiari e utenti e del Terzo settore***

La partecipazione delle Associazioni di familiari e di pazienti, delle organizzazioni di Volontariato e del Terzo settore si è da sempre rivelata un supporto prezioso a sostegno dello sviluppo delle politiche in materia di salute mentale.

Particolarmente significative risultano gli interventi posti in essere in modalità partecipata e collaborativa, finalizzati a fare emergere la specificità dei bisogni di inclusione sociale, lavorativa e abitativa, nonché di lotta allo stigma e al pregiudizio e di supporto per la realizzazione di progetti di presa in carico integrata dei pazienti.

Nell'ambito della tutela della salute mentale e dipendenze, in età evolutiva e adulta, il lavoro di rete rappresenta oggi la strategia più efficace e sostenibile per i percorsi clinico-assistenziali complessi.

Le associazioni dei familiari e degli utenti, delle OdV e degli ETS rappresentano, quindi, uno strumento da valorizzare in quanto capaci di promuovere il protagonismo della comunità e una diversa cultura sulla salute mentale.

Per tali ragioni, occorre sostenere i percorsi di mutuo-aiuto e, sulla scia dei modelli già ampiamente sperimentati con successo, introdurre la figura degli utenti e *familiari esperti* nei percorsi di recovery, anche nella nostra realtà regionale.

L'Esperto in Supporto tra Pari (ESP), che è un utente dei Servizi di salute mentale, trae dalla propria esperienza di malattia un punto di forza in grado di fornire una diversa prospettiva per affrontare il percorso terapeutico. In quest'ottica, è evidente, che gli ESP non si sostituiscono agli operatori previsti dai Servizi, ma si affiancano agli stessi mettendo a disposizione una relazione empatica alla pari capace di influire positivamente su molti percorsi di cura.

Attraverso l'informazione, i percorsi formativi, l'attività di ascolto, il confronto e la condivisione in specifici ambiti di salute mentale, le associazioni dei familiari, i pazienti e i volontari hanno maturato conoscenza e consapevolezza e spesso rappresentano un vero e proprio riferimento per le persone che si confrontano con la sofferenza psichica e per i loro familiari, costituendo un anello fondamentale della rete, capace di collaborare per l'attivazione di buone pratiche e di mediazione tra servizi, pazienti e i contesti di vita familiari, sociali, di studio e lavorativi.

### ***Obiettivi:***

- rafforzare il coinvolgimento attivo delle Associazioni, dei volontari e degli Enti del Terzo Settore nelle funzioni di programmazione, progettazione e cogestioni degli interventi, anche innovativi come il Budget di progetto, di abilitazione e riabilitazione per la salute mentale, con particolare riguardo all'integrazione scolastica, agli inserimenti lavorativi, agli interventi di sviluppo delle abilità e delle autonomie, all'abitare inclusivo e, più in generale, per quegli interventi che possono incidere sul contesto di vita delle persone a livello di comunità;
- introdurre il riconoscimento istituzionale degli esperti per esperienza o Esperti alla Pari (ESP);



REGIONE CALABRIA  
DIPARTIMENTO SALUTE E WELFARE

### **COORDINAMENTO REGIONALE PER LA SALUTE MENTALE IN ETÀ EVOLUTIVA E ADULTA**

- definire percorsi formativi per valorizzare le competenze di utenti e familiari esperti rendendoli figure volontarie capaci di sostenere le persone con fragilità e le famiglie;
- mappare i bisogni e delle risorse del territorio, in collaborazione con le OdV e degli ETS;
- costituire l'albo delle Associazioni e delle reti associative in grado di contribuire al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate dal sistema dei servizi per la salute mentale e dipendenze;
- definire linee guide finalizzate a disegnare i processi di co-programmazione, d'individuazione di co-gestori e partner, attraverso processi innovativi di co-progettazione, per l'elaborazione del Progetto di vita delle persone con disagio mentale, con la fattiva collaborazione degli Enti del Terzo Settore.

#### **Attori coinvolti:**

- Dipartimento regionale Salute e Welfare, DSDM, OdV, Comunità terapeutiche ed educative, Associazioni di familiari e di utenti.

#### **Azioni:**

- manifestazione di interesse per l'istituzione degli albi provinciali delle OdV, degli ETS e delle Fattorie sociali impegnati nella tutela e promozione del benessere mentale;
- attivazione di percorsi formativo-amministrativi per il riconoscimento e la formazione dell'Esperto in Supporto tra Pari;
- identificazione e analisi dei bisogni del territorio in collaborazione con le organizzazioni associative su scala provinciale;
- definizione di linee guida e modelli di partecipazione attiva.

#### **Indicatori:**

- nr. delle OdV-ETS coinvolti
- nr. di familiari e utenti impegnati nei percorsi di formazione
- nr. di progetti attivati

### **5.4. Coordinamento Regionale per la Salute Mentale in Età Evolutiva e Adulta**

In conformità a quanto previsto nell'ambito del Programma Operativo 2022-25, con DCA n. 91 del 22/03/2023, è stato istituito, presso il Dipartimento Tutela della Salute e servizi socio-sanitari, il "Coordinamento Regionale per la salute mentale in età evolutiva e adulta" cui viene demandato, tra l'altro, il compito di elaborare il "Piano d'azione regionale per la salute mentale", nel rispetto del principio di sussidiarietà orizzontale di cui all'art. 118, quarto comma della Costituzione.

#### **Obiettivi:**

- identificare e definire gli obiettivi e le azioni strategiche necessarie per potenziare, qualificare e ridefinire la rete socio-sanitaria-assistenziale posta a sostegno dei soggetti con disturbi mentali e delle loro famiglie;



REGIONE CALABRIA  
DIPARTIMENTO SALUTE E WELFARE

### **COORDINAMENTO REGIONALE PER LA SALUTE MENTALE IN ETÀ EVOLUTIVA E ADULTA**

- favorire la continuità delle cure, soprattutto nella fase di transizione dall'età pediatrica a quella adulta, con particolare attenzione alla capacità di presa in carico globale, all'efficacia riabilitativa dei modelli operativi e organizzativi dei servizi interessati;
- analizzare e valutare l'impatto e i risultati delle politiche regionali in materia di salute mentale e benessere psicologico, in stretto raccordo con le Consulte dipartimentali;
- aggiornare con cadenza biennale il PARSM (Piano di azione regionale per la salute mentale in età evolutiva e adulta);
- individuare le strategie necessarie per garantire l'inclusione sociale/scolastica/lavorativa dei soggetti con patologie mentali e dipendenze patologiche.

#### **Azioni:**

Il CoReSAM organizza, con cadenza annuale, a supporto della funzione di coordinamento in materia di medicina territoriale dell'Azienda per il governo della sanità della Regione Calabria - Azienda Zero, la Conferenza Regionale per la salute mentale per definire le priorità operative di tutta la rete dei servizi socio-sanitari-assistenziali per la salute mentale. Alla Conferenza sono chiamati a partecipare:

1. tutti i rappresentanti della rete dei servizi territoriali, ospedalieri e universitari operanti nel settore della salute mentale adulta e dell'età evolutiva;
2. i rappresentanti del settore delle cure primarie, dei consultori familiari, del settore dipendenze patologiche;
3. i referenti dell'area delle politiche sociali, degli ETS e delle Associazioni dei familiari e degli utenti presenti nelle Consulte dei DSMD.

Gli eventuali costi organizzativi della Conferenza Regionale sono a carico di Azienda Zero.

Tenuto anche conto degli esiti della Conferenza, al CoReSAM compete identificare i fattori di criticità da affrontare e le opportunità da valorizzare al fine di aggiornare, almeno ogni due anni, la visione strategica del "Piano d'azione regionale per la salute mentale".

Al CoReSAM, inoltre, compete:

- a) l'elaborazione di un regolamento di funzionamento da approvare con DCA;
- b) la produzione di strumenti di accompagnamento (documentazione, ricerca, formazione e trasferibilità di buone prassi, etc.) per sostenere le azioni di programmazione e valutazione in materia di salute mentale e quelle a supporto delle funzioni di coordinamento in materia di medicina territoriale;
- c) la redazione del rapporto annuale di monitoraggio e verifica del raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano Regionale, valutandone l'impatto territoriale, in collaborazione con l'Osservatorio regionale per la salute mentale;
- d) lo sviluppo di progetti innovativi a valenza regionale;
- e) la progettazione di interventi per promuovere e favorire la massima accessibilità alle cure e trasparenza amministrativa.

#### **Risultati attesi:**



REGIONE CALABRIA  
DIPARTIMENTO SALUTE E WELFARE

### **COORDINAMENTO REGIONALE PER LA SALUTE MENTALE IN ETÀ EVOLUTIVA E ADULTA**

- *innalzamento della capacità di analisi, monitoraggio e valutazione delle politiche e degli interventi in materia di salute mentale;*
- *uniformità di accesso ai percorsi di cura e di riabilitazione su tutto il territorio regionale.*

#### **Attori coinvolti:**

Dipartimento regionale Salute e Welfare, Azienda Zero, DSMD, DMI, Università, MMG/PDLS, Agenzie scolastiche, Rappresentanti di Associazioni familiari e utenti, ETS.

#### **Indicatori:**

- livello di integrazione tra DSMD, Unità operative dell'area ospedaliera, PLS, MMG e altri servizi territoriali;
- nr. dei piani formazione continua;
- nr. degli interventi e dei progetti di recovery supportati da strumenti innovativi (es. Budget di progetto);
- nr. dei percorsi attivati in una logica di sistema e di offerta integrata dei servizi socio-sanitari-assistenziali, con il coinvolgimento attivo della comunità territoriale (associazioni di familiari e utenti, organizzazioni pubbliche e/o private);
- nr. degli interventi per la diffusione delle buone pratiche presenti sul territorio;
- nr. degli interventi di prevenzione primaria e secondaria, mediante il riconoscimento delle situazioni di rischio e la gestione delle emergenze (prevenzione del suicidio, disturbi alimentari, dipendenze, etc.);
- nr. degli interventi per la trasparenza amministrativa (pubblicazione di dati, informazioni, atti della Conferenza, report annuale, etc.);
- livello di completezza dei flussi del sistema informativo regionale e nazionale per salute mentale (NSIS-SISM).

### **5.5. Consulta Dipartimentale della salute mentale**

In attuazione:

- dei principi sanciti dal Dlgs 502/92, recepiti con L.R. 19 marzo 2004, n. 11 "Piano Regionale per la Salute 2004/2006" e s.m.i.,
- del modello di governance definito con la DPGR n. 31 del 7 marzo 2013, avente ad oggetto "Linee di indirizzo per la Tutela della Salute Mentale",
- delle disposizioni contenute nel DPGR n. 8/2014 "Recepimento Piano di azione Nazionale",
- del principio costituzionale di sussidiarietà orizzontale,

presso ciascun DSMD deve essere costituita la CONSULTA DIPARTIMENTALE DELLA SALUTE MENTALE.

La Consulta Dipartimentale è composta da tutti i responsabili (o loro delegati) delle UOC e UOS



REGIONE CALABRIA  
DIPARTIMENTO SALUTE E WELFARE

## **COORDINAMENTO REGIONALE PER LA SALUTE MENTALE IN ETÀ EVOLUTIVA E ADULTA**

afferenti al DSMD, dal rappresentante dei servizi sociali del Comune capo Ambito Territoriale, dal rappresentante del Forum Territoriale TS, dalle Associazioni familiari e utenti del territorio di interesse. Inoltre, in relazione ai bisogni specifici degli utenti in carico e dei bisogni del territorio, possono essere chiamati a partecipare alla Consulta i rappresentanti di ulteriori organismi istituzionali e associativi utili a contribuire positivamente alla realizzazione della psichiatria di Comunità.

I membri esterni della Consulta vengono nominati con atto monocratico dipartimentale attraverso una manifestazione di interesse volta ad assicurare la più ampia e qualificata partecipazione degli ETS presenti sul territorio di interesse.

L'operatività della struttura, quale organismo dipartimentale, è assicurata dal regolamento di funzionamento condiviso e approvato nella prima seduta utile.

### **Obiettivi**

La Consulta, a cui è demandato il compito della programmazione annuale, della definizione degli obiettivi del Dipartimento e della verifica dei risultati attesi è impegnata a:

- identificare azioni specifiche volte a dare risposte adeguate ai reali bisogni territoriali;
- elaborare progetti tesi al miglioramento della qualità dei servizi del DSMD, anche attraverso la partecipazione degli organismi associativi e la messa a disposizione della loro capacità organizzativa e delle loro risorse umane e materiali;
- incentivare la più ampia e reale partecipazione delle istituzioni e della comunità territoriale sui temi della salute mentale e del benessere psicologico;
- valorizzare la rappresentanza degli organismi istituzionali e associativi che operano, a vari livelli e a vario titolo, nel campo della prevenzione e della recovery per la promozione della salute mentale, per il contrasto ai disturbi comportamentali correlati a sostanze e da addiction, per l'inclusione sociale e lavorativa e per l'autonomia abitativa delle persone prese in carico dai servizi territoriali.

### **Azioni**

I membri della Consulta, in un'ottica di co-programmazione, co-progettazione e co-gestione, partecipano a:

- l'approvazione del regolamento di funzionamento, definito sulla base di linee guida regionali da emanare nei trenta giorni successivi all'adozione del presente PARSM;
- l'attivazione di azioni specifiche volte a dare risposte adeguate ai reali bisogni territoriali, attraverso l'identificazione di iniziative tese al miglioramento dell'assistenza, all'analisi dei bisogni di salute mentale dei cittadini, alla valutazione dei livelli di prestazioni garantiti, al superamento dello stigma e del pregiudizio, in ordine ai disturbi del comportamento, alla sofferenza psichiatrica e alle dipendenze patologiche;
- l'elaborazione di modelli operativi finalizzati a semplificare l'accesso attraverso il miglioramento dell'efficacia dei punti informativi (punti fisici e sportelli virtuali);
- l'elaborazione di protocolli di intesa interdipartimentali e interistituzionali, finalizzati a garantire



REGIONE CALABRIA  
DIPARTIMENTO SALUTE E WELFARE

**COORDINAMENTO REGIONALE PER LA SALUTE MENTALE IN ETÀ EVOLUTIVA E ADULTA**

---

continuità terapeutica e integrazione delle prestazioni, in una logica di interazione con gli altri Servizi Sanitari, territoriali e ospedalieri, e con altri Enti istituzionali, soggetti pubblici e/o privati (privato sociale e imprenditoriale), Associazioni di familiari e utenti, altri organismi di volontariato.

***Attori coinvolti:***

Responsabili U.O. DSDM, Rappresentanti di associazioni di familiari-utenti e ETS, Servizi sociali.

***Indicatori:***

- nr. di riunioni annuali;
- nr. di report di monitoraggio;
- livello di soddisfazione dell'utenza;
- nr. di iniziative per il potenziamento della partecipazione;
- nr. di iniziative per il potenziamento della trasparenza;
- nr. di sportelli di ascolto attivati in collaborazione con gli ETS e le organizzazioni di familiari e utenti;
- nr. di interventi per il miglioramento della qualità dell'informazione nei confronti dei cittadini, per un orientamento più efficace degli stessi, all'interno del servizio sanitario pubblico;
- nr. di progetti per la promozione della salute mentale per l'intero ciclo di vita (interventi di prevenzione, informazione ed educazione socio-sanitaria);
- nr. di iniziative per la promozione e la valorizzazione dell'informazione, della tutela dei diritti, delle iniziative delle Associazioni dei familiari e degli utenti (sostegno dei gruppi di auto mutuo aiuto);
- nr. di iniziative volte a sviluppare processi emancipativi capaci di ricostruire i tessuti affettivi, familiari, relazionali e sociali;
- aggiornamento Carta dei servizi.



REGIONE CALABRIA  
DIPARTIMENTO SALUTE E WELFARE

**COORDINAMENTO REGIONALE PER LA SALUTE MENTALE IN ETÀ EVOLUTIVA E ADULTA**

---

## APPENDICE

Allegato 1 - Linee di indirizzo sui disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell'infanzia e della adolescenza

Allegato 2 - Accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori salute mentale