

Provvedimento 20 Marzo 2008, n. 43/CU
Gazzetta Ufficiale 2 Maggio 2008, n. 102, S. O.

**Accordo, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo
28 agosto 1997, n. 281, sul documento concernente
"Linee di indirizzo nazionali per la salute mentale"
(Repertorio atti n. 43/CU del 20 marzo 2008)**

LA CONFERENZA UNIFICATA

Nella odierna seduta del 20 marzo 2008:

Visto l'articolo 9, comma 2, lettera c) del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, in base al quale la Conferenza unificata promuove e sancisce accordi tra Governo, Regioni, Province, Comuni e Comunità montane, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere in collaborazione attività di interesse comune;

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 2006, con cui è stato approvato il Piano sanitario nazionale per il triennio 2006-2008, il quale individua, quali obiettivi prioritari per la tutela della salute mentale, l'implementazione della qualità dei servizi, il miglioramento dell'adesione alle cure, l'attivazione di programmi di individuazione precoce delle psicosi schizofreniche, l'appropriatezza di utilizzo delle strutture residenziali, la continuità di presa in carico fra servizi per l'età evolutiva e servizi per adulti, l'attivazione di interventi nelle carceri e negli ospedali psichiatrici giudiziari (Opg), l'implementazione di programmi di contrasto allo stigma nei confronti delle patologie mentali, la realizzazione del Sistema informativo nazionale per la salute mentale;

Vista la nota in data 26 febbraio, con la quale il Ministero della salute, in considerazione della necessità di perseguire i suddetti obiettivi, ha inviato il documento indicato in oggetto volto a definire nuovi indirizzi in materia di salute mentale;

Considerato che, nel corso della riunione tecnica del 7 marzo 2008, i rappresentanti delle Regioni e dell'Anci hanno espresso assenso tecnico sul predetto documento, formulando alcune richieste di modifica che sono state ritenute accoglibili dai rappresentanti dei Ministeri interessati;

Vista la nota in data 17 marzo 2008 con la quale il Ministero della salute ha inviato la nuova versione del predetto documento che recepisce le richieste emendative come sopra formulate;

Acquisito, nel corso dell'odierna seduta, l'assenso del Governo, dei Presidenti delle Regioni e delle Province Autonome, dell'Anci, dell'Upi e dell'Uncem;

SANCISCE

accordo tra il Governo, le Regioni, le Province autonome di Trento e Bolzano e le Autonomie locali sulle "Linee di indirizzo nazionali per la salute mentale" di cui all'Allegato 1, parte integrante del presente atto.

Linee di indirizzo nazionali per la salute mentale

PARTE PRIMA

Introduzione, analisi e visione strategica

A trent'anni dalla riforma introdotta dalla legge 180/1978, i cui contenuti sono stati ricompresi nella legge di riforma sanitaria 833/1978, dopo gli specifici provvedimenti di riforma del settore disabilità nell'infanzia, e le leggi 118/1971, 517/1977 e 104/1992 che indirizzavano l'istituzione scolastica al superamento delle classi differenziali e speciali e al consolidamento dei processi d'integrazione dei minori in situazioni di handicap, è viva l'esigenza di una puntualizzazione strategica che serva a rilanciare la cultura dei servizi e le pratiche di intervento in un'area sempre più cruciale per il benessere della popolazione. La salute mentale di una comunità è un fattore determinante della sua salute generale, delle sue capacità di sviluppo umano ed economico, del suo benessere individuale e collettivo.

“Non c'è salute senza salute mentale” è il messaggio consegnato alle nazioni europee della conferenza di Helsinki del 2005 nella quale i Ministri della salute degli Stati appartenenti alla Regione europea dell'Organizzazione mondiale della sanità si sono impegnati a promuovere le politiche di salute mentale improntate all'ottica di salute pubblica, all'attenzione a tutte le fasce di età, alla qualificazione di interventi, alla continuità degli interventi, al rispetto dei diritti umani e civili delle persone con disturbi mentali.

L'aspetto etico e politico dei diritti e della uguaglianza tra i cittadini ha spinto anche l'Unione europea ad esprimere un proprio atto di indirizzo agli Stati membri attraverso l'elaborazione del Libro verde (Green paper) sulla salute mentale che è stato approvato dal Parlamento europeo e costituisce oggi punto di riferimento per i governi nazionali. Le indicazioni principali in esso contenute riservano particolare enfasi alla prevenzione, alla promozione della salute mentale, alla inclusione sociale, a pratiche basate su servizi territoriali e sulla volontarietà dei trattamenti, a progressive riduzioni degli ambiti istituzionali tradizionali come gli ospedali psichiatrici. Esso costituisce un riconoscimento implicito della validità etica e dell'efficacia nella pratica della esperienza italiana sviluppata sul solco della riforma del 1978 e continuata tramite i due Progetti obiettivo salute mentale 1994-1996 e 1998-2000 e del Progetto obiettivo materno-infantile 1998-2000.

Malgrado ritardi e disomogeneità una grande epocale trasformazione si è conclusa nel nostro Paese e nulla potrà più essere come prima. Si è prodotto un cambiamento che ha chiuso i manicomi pubblici, ha riconosciuto il diritto di cittadinanza alle persone con disturbo mentale, ha mutato il vecchio rapporto tra psichiatria e giustizia, ha reso possibile e vicino il superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari, ha dato avvio alla formazione di un sistema di servizi ormai attivo su tutto il territorio nazionale, ha mutato il destino di migliaia di persone con l'esperienza del disturbo mentale e dei loro familiari, ha avviato un cambiamento di atteggiamento culturale nei confronti di ogni forma di diversità, evidenziandone l'illibertà, la disuguaglianza e l'esclusione sociale troppe volte a questa connessa. La Legge 180 ha prodotto un nuovo scenario che è in primo luogo uno scenario etico, che mantiene oggi tutta la sua validità, sulla base del quale in questi trent'anni si è sviluppata l'attività dei servizi di salute mentale lungo cinque assi principali:

1. la chiusura degli ospedali psichiatrici, degli istituti per minori e delle strutture speciali della scuola, che con disomogeneità e ritardi si è definitivamente completata alla fine degli anni '90. Oltre a costituire un'importantissima opera di riforma istituzionale in sé essa ha fondato la pratica su principi di volontarietà delle cure e sui diritti del cittadino ammalato, la stessa

ottica universalistica del diritto alla salute del Servizio sanitario nazionale. La chiusura degli Ospedali psichiatrici ha consentito l'elaborazione e il consolidamento di teorie e pratiche di deistituzionalizzazione che mantengono inalterato il loro valore e devono essere alla base anche dell'attività dei servizi del futuro;

2. l'ingresso della psichiatria e della neuropsichiatria infantile all'interno del Servizio sanitario nazionale con pari diritti e responsabilità rispetto a tutte le altre discipline. Ciò ha comportato il superamento del loro statuto speciale e l'integrazione all'interno dei modelli di interazione e negoziazione istituzionale della sanità in generale, la condivisione delle tappe fondamentali della storia del Ssn, come, ad esempio, il sistema di responsabilizzazione economica introdotto con l'aziendalizzazione e la regionalizzazione introdotta con la modifica del Titolo V della Costituzione;
3. lo sviluppo ex-novo dei servizi di salute mentale e di neuropsichiatria infantile all'interno delle Usl prima e delle Aziende poi, a partire dagli ambiti ambulatoriali-territoriali e dagli Spdc negli anni '80, per arrivare a sistemi dipartimentali più complessi, inclusivi di un settore residenziale e semiresidenziale. I Dipartimenti di salute mentale si sono inizialmente strutturati attorno alle unità operative di psichiatria adulti, ma nell'ultimo decennio si è registrato un interessante riavvicinamento e collegamento professionale ed organizzativo tra queste e le Uo di neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza che in diverse Regioni ha comportato la costituzione di dipartimenti integrati. Le esigenze di collegamento tra neuropsichiatria infantile e psichiatria dell'adulto sono oggi un punto strategico e vanno perseguite indipendentemente dalle forme organizzative che vengono adottate localmente, tenuto conto delle esigenze di tempestività dei trattamenti, continuità terapeutica e sinergia tecnico-professionale;
4. l'arricchimento progressivo degli ambiti e degli interventi nelle attività dei Dsm. A partire dall'obiettivo primario di realizzare la deistituzionalizzazione, la presa in carico delle persone con disturbi mentali gravi e persistenti, con il progredire delle pratiche territoriali, si è ampliata includendo, oltre alla cura dei disturbi ed alla riabilitazione dalle disabilità di base, la prevenzione ed il contrasto alle disabilità sociali, l'inclusione sociale effettiva, il pieno godimento dei diritti di cittadinanza (abitare, lavoro, relazioni, tempo libero), il supporto alle famiglie ed al contesto di vita delle persone con disturbi mentali gravi e persistenti. In quest'ambito va segnalato il ruolo di sempre maggior protagonismo esercitato dal volontariato delle associazioni di utenti e dei familiari, che hanno dato un inestimabile contributo alla definizione di pratiche e politiche di salute mentale su base nazionale e regionale. Va segnalato anche il particolare rilievo che nell'infanzia hanno assunto pratiche di prevenzione e promozione della salute, con particolare riferimento alle collaborazioni con i pediatri, il mondo della scuola e le famiglie;
5. dal punto di vista culturale nel corso di questi trent'anni si è assistito ad un'interessante integrazione tra gli strumenti propri dell'iniziale impostazione etico-politica, supportata da teorie e tecniche di derivazione fenomenologica e psicodinamica, e strumenti propri delle discipline biomediche, come diagnosi, ricerca empirica, prove di efficacia, valutazione degli interventi, linee guide, etc. Oggi più che in ogni altra nazione europea esiste un bilanciamento tra queste due impostazioni culturali che altrove vengono spesso considerate mutuamente escludenti e che invece devono continuare ad interagire ed arricchirsi reciprocamente. La cultura dei servizi deve continuare ad essere centrata sui bisogni della persona, intesa anche come soggetto in età infantile, sulla sua soggettività e sui suoi diritti, ed affrontare con gli strumenti teorici e pratici più idonei la complessità che l'intreccio tra elementi personali e sociali produce; in un'ottica di salute pubblica è altresì indispensabile sottoporre le tecniche e le pratiche a verifiche e innovazioni con la stessa accuratezza metodologica delle altre discipline sanitarie. La fecondità di questa combinazione di approcci è testimoniata dall'attenzione che all'esperienza italiana è riservata dalla comunità scientifica internazionale, ove è spesso citata come esempio di approccio universalistico di salute mentale e di approc-

cio alla disabilità in grado di assicurare, lontano da riduzionismi e tecnicismi, cura ed assistenza qualitative nella comunità con un alto grado di rispetto dei diritti di cittadinanza e delle libertà personali.

Queste linee di sviluppo hanno prodotto Dipartimenti che stanno operando sul territorio, cercando di intercettare e rispondere a bisogni e domande di salute mentale in rapida evoluzione, evidenziando nel contempo importanti segnali di difficoltà e criticità che rendono necessaria la formulazione di nuovi indirizzi strategici. In particolare:

- a) destano preoccupazione alcuni segnali di arretramento rispetto a livelli di deistituzionalizzazione raggiunti, con timori che possano innescarsi pratiche di reistituzionalizzazione attraverso il maggiore ricorso all'obbligatorietà dei trattamenti, a pratiche estese di privazione della libertà e di contenzione, ad inserimenti su vasta scala in strutture residenziali a tempo indeterminato. L'enfasi sulla volontarietà e sulla preservazione dei contesti abituali di vita deve continuare ad essere la linea di condotta principale dei servizi di salute mentale;
- b) nel rispetto delle autonomie organizzative che l'ordinamento costituzionale riconosce alle Regioni, non si può non rilevare come sussistano differenze tra indici di attività e di livelli di assistenza dei vari sistemi regionali, che configurano una reale disuguaglianza dei cittadini rispetto al diritto alla salute. Ci si riferisce ad esempio all'assetto del settore residenziale e semiresidenziale con tassi e modalità di utilizzo fortemente disomogenei, così come alle notevoli differenze nei tassi di trattamento sanitario obbligatorio, con variazioni fino a tre volte tra Regioni a bassa ed alta prevalenza;
- c) con il miglioramento delle cure fornite, affrancate sempre più dalla disabilitazione prodotta dal contesto istituzionale e sempre più accurate e tempestive sotto il profilo biomedico e riabilitativo, non sempre ed ovunque si è assistito ad una reale apertura dei processi di cura verso la dimensione sociale dei diritti di cittadinanza (come l'abitare, il lavoro, le relazioni, il contesto competente e supportativo). Esistono anche in questo caso rilevanti differenze tra Regioni e all'interno della stessa Regione, che possono configurarsi come vere e proprie disuguaglianze nei diritti fondamentali delle persone. È assolutamente necessario stabilire, o ristabilire ove non siano più attivi, punti di incontro e collaborazione tra servizi e collettività locali, in primo luogo con le espressioni politico-istituzionali delle autonomie locali;
- d) la domanda ed i bisogni di salute mentale si sono modificati in modo rilevantissimo e continuano a modificarsi in modo straordinariamente rapido, più rapido in genere della capacità di adattamento dei servizi.

Pur essendo impossibile identificare rapporti causali tra fenomeni sociali complessi e disagi individuali, non vi è dubbio che negli ultimi vent'anni le trasformazioni demografiche, economiche e sociali nel nostro Paese hanno mutato il volto delle nostre comunità e dei loro bisogni di salute. In questo periodo sono aumentate molto le differenze tra Nord e Sud, tra Regione e Regione, tra ambiti urbani e rurali e tra gli stessi individui, rendendo necessaria una programmazione locale accurata e condivisa. Da un punto di vista generale la popolazione italiana ha conosciuto un notevole sviluppo in termini di reddito medio, di istruzione, di aspettativa di vita alla nascita, di impiego ed emancipazione femminile, di consapevolezza e cura della salute.

Parallelamente i fenomeni di denatalità, di distanziamento tra le generazioni, invecchiamento della popolazione, sviluppo delle aree suburbane, migrazione, diffusione dell'uso di sostanze stupefacenti, hanno contribuito ad allentare ed in alcuni casi hanno lacerato le reti di supporto sociale informale (famiglia, vicinato, organizzazioni professionali) che costituivano la maggior quota del capitale sociale delle nostre popolazioni. Di fatto i cittadini italiani sono mediamente più ricchi, istruiti e sani, ma più diseguali tra loro e probabilmente più vulnerabili in condizioni di difficoltà, incluse malattie ed altre forme di disagio psichico.

È quindi naturale che il profilo epidemiologico che sostiene la domanda di salute mentale sia profondamente cambiato, principalmente sotto i seguenti aspetti:

1. nell'ambito dei disturbi che esordiscono nell'infanzia e nell'adolescenza, con il diminuire della natalità e con il miglioramento delle condizioni generali di salute delle gestanti e delle cure perinatali, si è ridotta la componente di grave disabilità neuromotoria e sensoriale, con un maggiore impatto relativo delle gravi patologie croniche neurodegenerative e dei problemi complessi legati alla prematurità. Nello stesso tempo è divenuta più evidente la quota rappresentata da persone con disturbi pervasivi o specifici dello sviluppo, non più segregate all'interno di istituzioni speciali, ma che vivono in famiglie sempre più consapevoli dei diritti alla cura ed all'assistenza. Le famiglie e le istituzioni scolastiche hanno percepito con sempre maggiore chiarezza l'importanza del disagio giovanile diffuso e della psicopatologia adolescenziale, soprattutto sotto forma di disturbi della condotta, che possono evolvere in disturbi della personalità e/o dipendenze patologiche. Inoltre si è evidenziato un calo progressivo dell'età d'inizio dell'uso ed abuso di sostanze e dei disturbi del comportamento alimentare. Infine si è evidenziata molto chiaramente la necessità di predisporre interventi tempestivi e coordinati tra servizi di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e Salute mentale per l'età adulta riguardo agli esordi psicotici e ai disturbi d'ansia ed affettivi insorti nell'adolescenza;
2. secondo alcuni studi internazionali ed europei il numero complessivo delle persone affette da disturbi emotivi comuni (ansia, depressione, sindromi subcliniche, somatizzazioni, reazioni, etc.) è in aumento da diversi decenni. Non sappiamo con certezza se questo sia vero anche in Italia, dove però è sicuramente in crescita la domanda di aiuto professionale per queste condizioni, verosimilmente sotto la spinta di vari fattori come una minore stigmatizzazione dei disturbi ed una generale tendenza alla sanitarizzazione di alcune problematiche psicosociali. A questo riguardo si rileva un aumento, per queste condizioni, del ricorso al medico di medicina generale o al pediatra di libera scelta e delle collaborazioni con i servizi specialistici, l'aumento dei consumi di ansiolitici ed antidepressivi, l'aumento delle consulenze e prese in carico presso i Dsm, lo sviluppo del settore privato delle psicoterapie a vario orientamento. Questa vasta domanda di salute per disturbi che possono essere disabilitanti, ma al tempo stesso con un alto potenziale di guarigione, deve poter incontrare una risposta qualificata e coordinata tra tutte le agenzie sanitarie e non. Come ci ricorda l'Oms è da questo tipo di patologia che proviene nei Paesi sviluppati il più alto carico di disabilità (misurata in *Disability-Adjusted Life Years*, Dalys) superiore anche alle malattie oncologiche e cardiovascolari. Anche l'emergere di nuove forme di disagio psichico o disturbo mentale come disturbi di personalità, sindromi polimpulsive e Dca richiedono una precisa puntualizzazione;
3. la diffusione dell'uso di sostanze è uno dei grandi problemi delle società sviluppate e di tutto il pianeta. In tutta Europa ed anche in Italia l'uso, l'abuso e la dipendenza sono stati in costante crescita negli ultimi trent'anni. Si tratta di un fenomeno sfaccettato e mutevole, soggetto a rapide trasformazioni legate al mercato dell'offerta legale ed illegale, a fenomeni sociali e culturali, al mutare dei contesti di consumo. È un fenomeno che presenta importanti interazioni con la salute mentale della popolazione per almeno quattro motivi:
 - a) è noto che la diffusione di sostanze ha un effetto disgregante sulle collettività ed il loro capitale sociale e che, con un circolo vizioso, attecchisce con maggiore vigore sui tessuti sociali degradati. Tutto questo produce una maggiore vulnerabilità generale nelle popolazioni e condizioni di compromissione del benessere e della salute mentale degli individui;
 - b) diversi studi dimostrano che oggi l'uso di sostanze d'abuso tra i giovani è il più forte fattore di rischio per sviluppare disturbi mentali di diversa gravità e durata, inclusi disturbi gravi e persistenti;

- c) l'uso, l'abuso e la dipendenza producono, in una quota significativa di persone, complicanze temporanee o permanenti di tipo psichiatrico che richiedono competenze e trattamenti specifici ed integrati;
 - d) le persone che soffrono di disturbi mentali comuni o gravi sono maggiormente vulnerabili rispetto allo sviluppo di abuso o dipendenza da sostanze lecite ed illecite e la compresenza nella stessa persona di disturbi mentali e dipendenze peggiora notevolmente il decorso clinico e psicosociale, richiedendo interventi coordinati e complessi con competenze specifiche. Per tutte queste ragioni una puntualizzazione strategica sui livelli di collaborazione e coordinamento tra interventi di salute mentale e per le dipendenze patologiche non è più rinviabile, partendo da esperienze regionali o locali che sul livello professionale ed organizzativo hanno già affrontato il problema. Inoltre il potenziale sviluppato dalla sinergia tra politiche ed interventi di salute mentale e di contrasto alle dipendenze patologiche è altissimo in aree come la promozione della salute, la prevenzione, l'intervento precoce sul disagio e sui disturbi mentali agli esordi, la comunicazione sociale, la formazione congiunta degli operatori dei due settori;
4. il carcere e l'Ospedale psichiatrico giudiziario sono diventati ambiti prioritari di intervento. Il primo ha visto nell'arco di vent'anni raddoppiare la propria popolazione ed accogliere categorie sanitarie complesse e difficili: è nota fra i detenuti l'alta prevalenza di disturbi mentali rilevanti sotto il profilo clinico, così come pure l'elevata diffusione di disturbi legati alle dipendenze patologiche. Inoltre, il potenziale dell'intervento ambientale, in termini di promozione della salute, in quel contesto è molto rilevante. L'Opg costituisce oggi un paradosso ed un anacronismo non più accettabile nel nostro Paese, dotato di un sistema di salute mentale territoriale e moderno e di un sistema di trattamento dei malati di mente autori di reato rimasto immutato da oltre ottant'anni. I recenti provvedimenti adottati con la Finanziaria 2008, ponendo finalmente in essere quanto già previsto con il Dlgs 230/99, dovranno segnare una svolta radicale in questo settore strategico per una politica di salute mentale nel nostro Paese;
5. il 6% della popolazione residente in Italia non è nata nel nostro Paese e tra le giovani generazioni questa percentuale supera il 10%. Stante la maggiore natalità presente presso la popolazione immigrata, già oggi il 15% dei minori vive in contesti familiari "migranti". Come diversi studi condotti in Europa dimostrano, è su questi giovani che si concentrano una serie di fattori stressanti specifici ed aspecifici che aumentano di molto le probabilità di sviluppare condizioni di disagio o di disturbo. L'intera popolazione migrante è poi a serio rischio di discriminazione e diseguaglianze nel diritto alla salute, con particolare riferimento all'accesso ed alla presa in carico a lungo termine. È necessario formalizzare linee di intervento specifiche per aumentare la sensibilità transculturale dei servizi e rimuovere tutte le barriere culturali ed organizzative che possano limitare l'accesso e le cure dei migranti in tema di salute mentale.

Quanto sopra esposto mette in luce una serie di bisogni "nuovi". Ciò non deve far pensare che non siano vivi anche bisogni afferenti alla utenza più tradizionale costituita da persone affette da disturbi mentali gravi e persistenti, per i quali è altrettanto necessario definire una strategia di miglioramento e consolidamento dei percorsi di presa in carico. A questo riguardo, va posta una enfasi particolare su:

- a) tempestività e qualificazione degli interventi all'esordio;
- b) comprensività sanitaria e sociale della presa in carico fin dalle prime fasi;
- c) sostegno alle famiglie ed al contesto;
- d) importanza del ruolo di cura ed assistenza dei servizi sanitari, aventi come missione la salute delle persone e la costruzione di contesti di vita positivi, ma mai titolari di un ruolo attivo e specifico di controllo comportamentale e sociale.

Sulla base di tutte queste considerazioni si ritiene quanto mai necessario definire una visione strategica della politica di salute mentale, articolata su due assi principali: promuovere servizi finalizzati ai percorsi di ripresa e promuovere la salute mentale nella comunità.

Promuovere servizi finalizzati ai percorsi di ripresa

È oggi sempre più evidente lo scarto tra i risultati positivi di trenta anni di deistituzionalizzazione e lavoro nel territorio e l'immagine dei servizi presso la pubblica opinione, che registra spesso l'insoddisfazione di molti utenti e loro familiari ed amplifica sporadici fatti di cronaca. Varie sono le ragioni di tale scarto, da possibili reali insufficienze tecniche e strutturali, alla scarsa visibilità dei servizi territoriali rispetto alla rassicurante presenza architettonica ed al centralismo tecnico dell'ospedale psichiatrico. Una parte di queste insoddisfazioni risiede anche paradossalmente nei successi della psichiatria territoriale che rende oggi attuali sfide più ambiziose ed obiettivi più alti. I servizi di salute mentale non possono più accontentarsi di avere come obiettivo la stabilizzazione e la gestione del disturbo mentale, per quanto all'esterno delle istituzioni manicomiali. È viva oggi l'esigenza di rilanciare gli obiettivi della presa in carico delle persone con disturbo mentale sulla base dei criteri di tempestività, promozione e sviluppo delle potenzialità di vita, continuità, *empowerment*. La tempestività dell'intervento deve improntare la filosofia d'azione dei servizi sin dall'inizio, consapevoli che modelli basati sull'attesa e sul rinvio rischiano di produrre pregiudizi nell'adesione successiva alla presa in carico, maggiore disabilità ed emarginazione sociale. Il livello di direttività e di protezione nei momenti di acuzie psicopatologica o di crisi delle relazioni deve essere sempre attentamente calibrato e contenuto nei livelli minimi necessari e per il più breve tempo possibile, per non atrofizzare le capacità della persona e per inserirle in un percorso di riappropriazione e di recupero delle opportunità di cittadinanza. Si tratta di una filosofia di azione attiva ed attivante, centrata sul cittadino e sul suo essere nel territorio, traduzione moderna delle teorie e delle pratiche della deistituzionalizzazione di trent'anni or sono; una filosofia basata sulla continuità sia all'interno dei servizi sanitari, non solo psichiatrici, sia tra servizi sanitari e sociali, tra servizi e territorio.

Ovviamente non vanno messe in discussione alcune caratteristiche positive e consolidate dell'intervento dei Dsm odierni: l'ottica di salute pubblica, comprendente tutte le forme di disturbo o disagio mentale in tutte le età della vita, la centralità del lavoro d'*équipe* e della cultura multiprofessionale, il collegamento con le aree e le istituzioni "di confine", il lavoro di prevenzione e promozione della salute nella comunità in collaborazione con tutte le agenzie sociali e sanitarie del territorio. Ed è proprio su questo terreno delle collaborazioni istituzionali che si gioca gran parte delle sfide per la salute mentale nel prossimo futuro.

Promuovere la salute mentale nella comunità

È nel territorio che si creeranno o si perderanno le opportunità di salute nel prossimo decennio e la salute mentale ha un ruolo fondamentale in questa partita. In una società che presenta una maggiore domanda di salute mentale, l'intera collettività è chiamata a rispondere integrando politiche per la salute, per l'istruzione, per il lavoro, per la tutela sociale, per le pari opportunità e per il contrasto alla povertà ed all'emarginazione. La costruzione di un nuovo *welfare* di comunità non può non comprendere una politica di salute mentale integrata con tutte le altre politiche sociali, e questo ad ogni livello istituzionale (nazionale, regionale, comunale, distrettuale). Ciò significa la creazione di uno scambio vivificante tra servizi e istituzioni locali, nel quale i primi si rendono disponibili e si corresponsabilizzano nell'affrontare, con gli strumenti teorici e pratici che sono loro propri, i problemi di salute ed inclusione della collettività e le seconde garantiscono realmente pari opportunità e diritti tra i cittadini, con una attenzione particolare a quelli in condizione di difficoltà.

Le difficoltà nel realizzare tutto questo dipendono soprattutto dalla quantità degli interlocutori istituzionali interessati e dalla natura negoziale di questo processo di integrazione socio-sanitaria. Tutti i livelli della pubblica amministrazione e del mondo professionale sono coinvolti: ministeri, Regioni, Autonomie locali, Aziende sanitarie, professionisti delle agenzie sanitarie e sociali del territorio, terzo settore, volontariato ed associazioni di utenti e familiari.

La legge 328/2000 resta il punto di riferimento fondamentale nelle politiche di integrazione socio-sanitaria. L'obiettivo che persegue è il raggiungimento di una situazione coordinata al punto tale che il cittadino non percepisca dissonanze, incoerenze o discontinuità tra le prestazioni ricevute in ambito sanitario e quelle ricevute in ambito sociale. Ciò implica una intensa attività di coordinamento e di integrazione a tutti i livelli tra gli enti preposti alla programmazione (Regione, Autonomie locali ed Aziende sanitarie) ed enti erogatori (servizi pubblici e privati di ambito sanitario, sociale e socio-sanitario). Il tutto in un ambito che garantisca la partecipazione e se possibile la coresponsabilizzazione del cittadino singolo o nelle forme associative.

Il sistema regionale nel suo complesso e le articolazioni locali nelle quali si declina devono essere in grado di garantire gli interventi di prevenzione e di promozione della salute mentale sul territorio, inclusive di tutti gli aspetti di informazione ed educazione sanitaria, di promozione di una immagine non distorta del disagio e della malattia mentale nella popolazione, di promozione dei valori di solidarietà ed inclusione sociale relativamente alla salute mentale, di lotta allo stigma, di diagnosi precoce e prevenzione della disabilità. Deve inoltre essere in grado di garantire un accesso equo e senza ostacoli al sistema integrato dei servizi, riducendo al minimo le barriere tra sanitario e sociale, tra erogatori pubblici e privati, tra assistenza e formazione, ampliando al massimo la possibilità di individualizzazione e di scelta, favorendo l'integrazione con attività sussidiarie orizzontali di automutuo aiuto e di collaborazione con il volontariato. Un ruolo fondamentale nella costruzione di questo sistema deve essere giocato dal coinvolgimento e dalla partecipazione dei cittadini, nonché dal protagonismo degli utenti.

Le Regioni e le Province autonome devono esplicitare come intendono realizzare gli obiettivi strategici richiesti dal presente piano nel triennio, attraverso un proprio Progetto obiettivo, dal quale risultino evidenti sia le forme organizzative istituzionali della programmazione e della assistenza (ad esempio: ruolo dei distretti, Piani di zona, Accordi di programma ed ogni altra forma organizzativa e strumento di cui le Regioni intenderanno dotarsi), sia il ruolo effettivo che le attività integrate di salute mentale dell'adulto e dell'infanzia hanno nei territori locali.

PARTE SECONDA

PRIORITÀ STRATEGICHE NELLO SVILUPPO DEI SERVIZI

1. Linee di sviluppo dei Dipartimenti di salute mentale

A. Situazione attuale e prospettive

I Dipartimenti di salute mentale delle Aziende Usl hanno costituito l'articolazione organizzativa e lo strumento operativo che ha consentito i processi di deistituzionalizzazione prima e lo sviluppo della rete territoriale poi. Tali cambiamenti sono avvenuti con ritmi, modalità e penetranze diverse sul territorio nazionale e rendono oggi difficile leggere in una chiave unitaria la realtà dei Dipartimenti di salute mentale in Italia. È importante sottolineare che quando si parla di Dsm ci si riferisce alla articolazione organizzativa che sovrintende a tutte le attività inerenti al campo specifico della salute mentale, le cui linee di indirizzo e la responsabilità delle quali attengono al potere e ai compiti delle Aziende sanitarie locali.

La composizione stessa dei Dsm è notevolmente eterogenea, comprendendo in tutte le Regioni i servizi di psichiatria, in 8 Regioni quelli di neuropsichiatria infantile, in altre i Sert e con modalità ancora più variegata, in alcune Regioni o aziende servizi di psicologia clinica, di prevenzione o per la disabilità. Qui si intendono affrontare i problemi e le linee di sviluppo dei Dipartimenti di salute mentale nella loro componente più costante, inerente l'assistenza psichiatrica agli adulti e la tutela della salute mentale nella infanzia e nella adolescenza. Indipendentemente dalle forme organizzative che verranno adottate, resta comunque un obiettivo strategico quello di un sempre maggiore coordinamento ed integrazione tra le aree suddette, con particolare riferimento alla collaborazione con i servizi per le dipendenze patologiche.

È fortemente avvertita l'esigenza di una accelerazione dei processi di confronto tra i servizi di salute mentale e per le dipendenze patologiche, di elaborazione di nuovi modelli di intervento e di coor-

dinamento di quelli esistenti. La corresponsabilizzazione dei servizi pubblici e privati dei due settori rispetto ai percorsi di presa in carico dei cittadini con problemi psichici ed abuso di sostanze è necessaria affinché essi non avvertano fratture, dissonanze o contraddizioni tra i singoli interventi o strutture. Gli strumenti teorici e pratici di derivazione biomedica, psicologica ed educativa non sono più visti oggi come antagonisti, così come il privato sociale ed imprenditoriale non riveste più un ruolo alternativo, ma integrativo della pubblica offerta. In questa ottica percorsi di formazione comune, condivisione di problematiche che mettono in difficoltà i singoli servizi presi isolatamente, contaminazioni tra codici relazionali dei due settori (più direttivo-paternalistico quello dei servizi di salute mentale, più fraterno-motivazionale quello dei servizi per le dipendenze patologiche) sono un passaggio necessario per la corretta evoluzione professionale dei due settori. Questa collaborazione potrà trovare forme diverse a seconda delle realtà locali, da protocolli congiunti, alla formazione di *équipe* miste, alla piena integrazione dipartimentale e sarà importante tenere traccia delle esperienze di successo maturate all'interno dei vari modelli adottati.

Tornando alla componente principalmente oggetto delle presenti linee di indirizzo, notevole è la differente disponibilità tra i Dsm in termini di strutture, di risorse impegnate, di percorsi possibili, di qualità delle risposte. Le differenze sono evidenti quando si consideri la disponibilità di strutture attive nel territorio, i tempi di apertura, i percorsi abilitativi, formativi, di inserimento lavorativo e le risorse impegnate, la quantità e qualità dei posti residenziali, le differenze, molto marcate, di risposta all'emergenza ed alla crisi. Non è disponibile un dato nazionale sulla quota percentuale di finanziamento per la salute mentale, per quanto sia noto che esistono aziende che destinano al Dsm un finanziamento pari a quasi il 5% della spesa sanitaria complessiva mentre per altri Dsm è nota l'esiguità delle risorse a disposizione.

I Centri di salute mentale sono presenti in numero adeguato in tutto il territorio nazionale, tuttavia sono diversamente accessibili quanto ad orari di apertura e presentano modalità operative e finalità spesso radicalmente differenti. Laddove il Csm non riesca a realizzare una presa in carico globale, limitandosi a svolgere una funzione puramente ambulatoriale, il ricovero in Spdc o presso le case di cura convenzionate può assumere il senso di una delega di parti significative del percorso terapeutico. In alcune realtà i Csm sono concepiti come luogo di gestione dell'intero percorso clinico-assistenziale, comprendendo anche la risoluzione delle crisi e delle acuzie, con minime escursioni presso strutture a maggiore protezione. Gli Spdc svolgono funzioni qualitativamente diverse in rapporto allo sviluppo ed alla maturità operativa dei servizi territoriali e spesso risentono ancora di gravi carenze strutturali e logistiche. In particolare nel Sud ed in alcune Regioni del centro Italia la forte presenza del privato convenzionato fa sì che vi sia un'ampia variabilità nella distribuzione di posti letto nelle Regioni italiane, con forti differenze rispetto al parametro fissato dal Progetto obiettivo del 1999 di 1 posto letto ogni 10.000 abitanti che mantiene tutta la sua validità. Un aspetto di particolare rilevanza relativamente all'area ospedaliera riguarda la variabilità nel tasso di Tso che varia anche di tre volte da Regione a Regione e che richiede un forte impegno relativamente alle azioni preventive volte a ridurre l'incidenza.

Gli istituti universitari ancora non trovano una adeguata integrazione all'interno dei Dsm ed è necessario procedere ad una sempre maggiore condivisione di progetti e stili operativi. L'università, all'interno di forme coerenti di collaborazione con i Dsm, dovrà contribuire a programmi di formazione, assistenza e ricerca mirati alla crescita delle culture e delle pratiche di salute mentale comunitaria.

I posti letto (pl) nelle strutture residenziali in Italia raggiungono il valore di 3,1 pl su 10.000 abitanti a fronte dei 2 pl indicati dal Progetto obiettivo tutela salute mentale 1999-2000. Frequentemente il rapporto con i servizi territoriali è carente ed i percorsi di "dimissione" sono difficoltosi, tanto da alimentare il rischio di marginalizzazione o di deriva sociale. Anche la qualità degli ambiti e dei programmi riabilitativi non è sempre adeguata e favorisce l'emergere di sorpassate culture istituzionali.

La cooperazione sociale, sia per la gestione dei programmi clinico-assistenziali (tipo A) che di formazione ed inserimento in attività lavorative produttive (tipo B), si è sviluppata con successo fin dai

primi anni '80, anticipando tempi e modi delle possibili collaborazioni tra pubblico e privato. Rappresenta pertanto un significativo potenziale per la costruzione efficace di percorsi di abilitazione, di inserimento lavorativo e di sostegno abitativo.

Come tradurre in indicazioni pratiche quanto contenuto nella Parte prima in termini di analisi e visione strategica? E come contrastare l'indebolimento dei servizi psichiatrici territoriali? Appare necessario ridisegnare le coordinate di sviluppo dei nuovi Dsm. Un Dsm più capace di intercettare e rispondere alle nuove domande deve essere:

1. basato non solo sull'assetto organizzativo ma soprattutto orientato alla progettualità;
2. capace di sviluppare connessioni;
3. integrato nelle risorse, pubbliche e degli erogatori accreditati;
4. flessibile nella capacità di erogazione ed anche di coordinamento con gli altri servizi socio-sanitari, dentro e fuori del settore sanitario;
5. centrato più sull'utente, sulla sua domanda e sui suoi bisogni, che non sull'offerta;
6. in equilibrio tra territorializzazione e specializzazione (area geografica, percorsi di cura per patologie, libera scelta).

Il sistema di servizi di salute mentale, che aveva anticipato culturalmente e sperimentato istituzionalmente alcune grandi intuizioni della medicina e della ricerca in sanità - la centralità delle storie, la continuità dei percorsi, la presa in carico della cronicità, il riconoscimento dell'intreccio della clinica con la vita - è a rischio alto di marginalizzazione, al tempo stesso culturale, metodologica, scientifica ed organizzativo-gestionale. A fronte di questo rischio, si tratta di operare per riconnettere i principi ispiratori della psichiatria di comunità alle pratiche dei servizi, lungo un percorso che individua le seguenti priorità:

- a) centralità dei diritti sociali e di cittadinanza, in particolare quelli relativi alla cura delle persone affette da disturbi psichiatrici, in primo luogo da quelli più invalidanti, a sostegno di un approccio clinico non violento e non intrusivo, nella sfera della mente e del corpo, ma altamente responsabile sotto il profilo tecnico ed etico;
- b) sviluppare sistemi di monitoraggio dei processi e degli esiti, all'interno di una cultura della trasparenza, come effettivo superamento dell'autoreferenzialità, attraverso la diffusione di conoscenze e strumenti già in uso in altri campi dell'intervento sanitario (appropriatezza, accreditamento professionale, audit clinico, revisione tra pari), anche ai fini del miglioramento continuo e dimostrabile della qualità delle cure, sviluppando anche programmi di valutazione da parte dei cittadini;
- c) definire in modo più preciso i contenuti dei livelli essenziali di assistenza (Lea) in merito alla salute mentale, in modo da rendere i percorsi di cura effettivamente esigibili. Si tratta di superare la discrezionalità giustificata dalle risorse, ma anche alcuni alibi rispetto alla difficoltà di assumersi le responsabilità sulle priorità di intervento;
- d) porre una nuova attenzione al lavoro di *équipe*, oggi in crisi per vari motivi (crescita di identità ed autonomie professionali, problemi organizzativi e di assetto dei servizi, problemi generazionali e di scarso turnover, limiti nella condivisione dei processi decisionali e nella democrazia interna dei servizi), riconoscendone il valore strategico nei processi di presa in carico di pazienti complessi, nella specializzazione dei trattamenti, nella gestione di bisogni multifattoriali e nella loro sintesi possibile, ma anche rilanciando la soluzione di problemi multidimensionali attraverso una maggiore integrazione con tutte le risorse rilevanti, istituzionali e non, presenti nel territorio;
- e) sviluppare percorsi di formazione, ricerca ed intervento che sappiano utilizzare al meglio le conoscenze prodotte dalla ricerca scientifica, ma che siano anche effettivamente indipendenti sul piano della valutazione e del loro utilizzo nella pratica clinica, avendo ben presente il rischio di conflitto di interessi di varia natura.

Il Dipartimento di salute mentale (Dsm), cogliendo la crescente capacità degli utenti, dei loro familiari, delle loro associazioni, ad affermare autonomamente l'area dei propri bisogni e delle risposte da loro attese, deve operare affinché nella quotidianità delle loro scelte strategiche, siano favoriti livelli partecipativi che esprimano il raggiungimento di obiettivi come:

1. la costruzione di un progetto terapeutico individuale, personalizzato e condiviso;
2. la scelta di un'organizzazione dipartimentale al servizio del territorio, aperta alla partecipazione della popolazione interessata;
3. la promozione di politiche condivise nell'ambito della progettualità congiunta con gli enti locali.

La dimensione psicoterapica dei Servizi di salute mentale assume, in questa direzione, alcune specificità e, fra i suoi compiti prioritari, riconosce quello di contribuire ad una lettura dei fenomeni di sofferenza, tale da ispirare rinnovate forme di risposta. Nella dimensione terapeutica la parola e l'azione assumono pari dignità se calate in una dimensione relazionale che, pensata e orientata a raggiungere obiettivi di cambiamento, valorizzi preliminarmente gli aspetti squisitamente umani di rispetto e interesse per l'altro, come di ascolto e di attenzione a ciò che l'altro esprime e può accettare.

Nel rispetto e nella valorizzazione di tutte le teorie e pratiche tese allo sviluppo di condizioni di benessere dell'individuo, i servizi di salute mentale favoriscono una cultura e una pratica comune a tutti gli operatori della salute mentale, orientata verso forme di intervento che privilegino la relazione terapeutica e lo sviluppo di un ruolo attivo delle persone (individualmente e collettivamente) nel fronteggiare disagi e sofferenze proprie e del proprio contesto familiare e sociale.

B. Percorsi di cura e nuovi Livelli essenziali di assistenza (Lea) per la salute mentale

I Lea per la salute mentale devono valorizzare la presa in carico del paziente con disturbi mentali, vale a dire la garanzia dell'accesso, la continuità delle cure e la personalizzazione del progetto. Occorre cioè superare una logica prestazionale, fondata su strutture separate per funzione, e andare verso una logica primariamente fondata sull'integrazione e su programmi e servizi offerti al cittadino, vale a dire sul processo di cura e sul percorso di salute del singolo che si rivolge ai servizi di salute mentale.

Appare innanzitutto opportuna la definizione di standard basati sul principio etico della presa in carico che garantiscano l'accessibilità alle cure qualunque sia la modalità di presentazione del disturbo, e che prevedano la presenza di servizi a bassa soglia diffusi nel territorio, capaci di muoversi verso la persona, nei suoi luoghi di vita, che garantiscano livelli progressivi di trattamento in rapporto alla gravità della malattia, alla complessità delle relazioni, alla rilevanza dei bisogni. Non più e non solo, dunque, standard riferiti a strutture e offerte (posti letto, rette, Drg) ma un approccio centrato sulle persone e sui processi che si costruiscono, prestando attenzione alle potenzialità di ripresa e al desiderio di guarigione che ognuno porta con sé, secondo programmi terapeutico-riabilitativi individuali che vanno di volta in volta costruiti e sostenuti con risorse adeguate.

Questi standard, che poggiano sulla integrazione di risorse e competenze localizzate in molte articolazioni sanitarie e socio-sanitarie, dovranno essere garantiti dalla Asl nel suo complesso, pur sottolineando il ruolo del Dsm come coordinatore anche degli interventi prestatati al suo esterno. Tali standard dovranno definire le priorità degli interventi e dei servizi offerti, nonché l'appropriatezza degli stessi interventi e servizi.

Occorre inoltre integrare l'impostazione per percorsi esigibili individualmente con quella dei percorsi comunitari rivolti alla popolazione, basati sulla prevenzione/promozione e quindi da attivare prescindendo dalla formulazione di una domanda esplicita.

Tutti i suddetti percorsi (individuali e comunitari), andranno garantiti su tutto il territorio nazionale, da parte dei Dsm, a prescindere dal grado di sviluppo dei servizi e dai modelli organizzativi impiegati.

C. Indirizzi operativi per le aziende sanitarie

A fronte della complessità della realtà comunitaria compete alle Aziende sanitarie ed a tutti i soggetti pubblici che fanno parte del Servizio sanitario nazionale (Asl, Ao, Aou, Policlinici universitari, Irccs, ecc.), nell'ambito delle politiche aziendali ed attraverso i servizi sanitari preposti (il Dipartimento di salute mentale, ma anche, per le parti di rispettiva competenza, i servizi di Neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza, i Servizi per le disabilità, i Sert, i Servizi per gli anziani, i Distretti sanitari e socio-sanitari, ecc.) costruire rapporti organici con altri servizi sanitari, con i servizi sociali, interni o esterni alle organizzazioni sanitarie, con le associazioni di familiari e utenti, con i cittadini che, a vario titolo, sono coinvolti nelle pratiche della salute mentale finalizzate a sviluppare azioni e programmi specifici e rivolti a:

1. riaffermare i diritti di cittadinanza relativi all'abitare, al lavorare, al vivere sociale, alla salute ed al benessere generale di chi soffre di gravi problemi psichici;
2. contrastare fenomeni di emarginazione e stigmatizzazione;
3. contrastare fenomeni di abbandono e dimenticanza nei confronti di persone gravemente sofferenti e non collaboranti;
4. garantire pari diritti di cura per persone di origine extra-comunitaria;
5. promuovere la salute mentale per fasce di popolazione a rischio (adolescenza e anziani in particolar modo);
6. promuovere l'attivazione dell'amministratore di sostegno, quando necessario, per garantire la responsabilità di curarsi, il diritto alla cura e l'accesso all'esercizio di cittadinanza;
7. garantire l'uso appropriato dei farmaci ed il monitoraggio continuativo degli effetti indesiderati.

Riconoscendo l'organizzazione dipartimentale come perno delle politiche di salute mentale è importante sottolineare le funzioni e le azioni che ne definiscono la sua forza.

L'organizzazione dipartimentale deve:

- integrare le discipline che si occupano della salute mentale della popolazione (psichiatria, neuropsichiatria infantile, farmacologia clinica, tossicologia, psicologia clinica e altre): il Dipartimento si deve porre come il garante del governo clinico della salute mentale di un determinato territorio;
- gestire e coordinare le azioni dei servizi pubblici e privati (privato sociale e privato imprenditoriale) presenti nel territorio di competenza secondo comuni scopi ed obiettivi;
- garantire risposte a tutta la cittadinanza, attivando specifici programmi per aree critiche della popolazione, per età (adolescenza e anziani), per marginalità sociale (carceri, senza fissa dimora, minoranze etniche), per problematicità psicopatologica (internati in Opg, non collaboranti, rischio suicidario);
- operare valorizzando la professionalità di tutti gli operatori, favorendo processi diffusi di responsabilizzazione (*case management*);
- ricercare il miglior livello di appropriatezza delle risposte fornite;
- partecipare ad azioni integrate tra Servizi socio-sanitari ed Enti locali all'interno dei Piani di zona e dei Piani per la salute;
- coordinare le attività e i progetti rivolti alla salute mentale delle agenzie che a vario titolo, formale e informale, sono protagoniste locali della salute mentale: Asl, ente locale, cooperazione sociale, associazioni degli utenti e dei familiari, mondo sindacale e imprenditoriale, associazioni culturali e ricreative;
- riconoscere come proprie risorse, non solo quelle assegnate dal Servizio sanitario, ma anche quelle derivanti dall'attivo coinvolgimento dei cittadini nei percorsi di cura attraverso processi di responsabilizzazione e decentramento (*empowerment*);
- consapevole della centralità, nei percorsi terapeutici, dei processi di inserimento lavorativo, esercitare un'opera di promozione affinché tutte le agenzie locali competenti operino per dare concreta realizzazione al diritto al lavoro per tutti i fruitori dei propri Servizi. A tal fine è

necessario costruire percorsi di formazione, di ricerca di opportunità lavorative, di sostegno nei percorsi di inserimento, per tendere a forme sempre più accentuate di autonomia.

Criteria di valutazione

L'attività dei Dsm può essere valutata attraverso l'impiego rivolto alla/o:

1. costruzione di percorsi facilitanti l'accesso, con particolare attenzione al carattere di continuità nell'arco delle 24 ore;
2. costruzione di rapporti con istituzioni e rappresentanze della comunità;
3. sviluppo di progetti specifici rivolti ai temi dell'abitare, del lavoro, della vita sociale;
4. sviluppo di attività territoriali specifiche, con particolare riguardo alla natura ed alla dimensione dell'attività domiciliare, alla collaborazione ed integrazione con altri servizi sanitari (medici di medicina generale e pediatri di libera scelta) e sociali.

L'attività dei Dsm può essere valutata inoltre attraverso la codifica di progetti specifici relativi a:

1. pazienti gravi non collaboranti;
2. persone di origine extracomunitaria;
3. persone senza fissa dimora;
4. fascia adolescenziale;
5. popolazione anziana.

L'attività dei Dsm può essere ulteriormente valutata attraverso alcuni parametri quali:

- la documentazione del livello di partecipazione ai progetti terapeutici;
- la documentazione relativa alla qualità percepita;
- la partecipazione a momenti istituzionali di programmazione e valutazione dei servizi prestati;
- le iniziative di informazione e formazione rivolte ad utenti e familiari;
- le iniziative di supporto per l'avvio di forme di auto-mutuo-aiuto.

A tal fine il Dsm deve:

- dotarsi di sistemi di rilevazione ed analisi della propria attività, in grado di assolvere a debiti informativi nei confronti degli organismi istituzionali e della collettività;
- offrire ai cittadini non solo prestazioni o servizi, ma anche elementi utili per un'analisi dei processi sociali che si accompagnano ai fenomeni patologici oggetto degli interventi;
- garantire costanti processi formativi ed una costante revisione della propria organizzazione in funzione degli scopi definiti. Riconoscendo come finalità di qualsivoglia progetto di cura la riacquisizione, per il paziente, della capacità di esercizio autonomo dei propri diritti, rimane fondamentale valutare l'esito dei percorsi adottati, privilegiando l'analisi dei temi dell'abitare, del lavoro e delle relazioni sociali secondo criteri condivisi in grado di essere generalizzati.

D. Sostegno abitativo: residenzialità e domiciliarità

Il superamento dell'ospedale psichiatrico ha permesso e favorito la nascita di una serie di esperienze di residenzialità o meno protette e con caratteristiche disomogenee sull'intero territorio nazionale.

Nel riaffermare i principi espressi dal Progetto obiettivo 1998-2000, le strutture residenziali devono essere differenziate in base all'intensità dell'assistenza socio-sanitaria (24 ore, 12 ore, a fasce orarie).

Deve essere centrale il progetto personalizzato incentivando, promuovendo il sostegno abitativo domiciliare e case di piccole dimensioni. Devono essere evitate forme di ricovero improprie in strutture non deputate alla cura del disagio psichico e modelli di accorpamento di strutture. Va precisato che per strutture residenziali ci si riferisce a quelle strutture intermedie che hanno la funzione di sostenere e accompagnare le persone che esprimono un disagio e una sofferenza psichica nella

riappropriazione della propria dignità e della propria autonomia e che non possono essere concepite come una soluzione abitativa permanente.

Appare oltremodo necessario avviare una riflessione critica sul fenomeno della residenzialità, sulla sua funzione e finalità sul reperimento e sulla allocazione delle risorse finanziarie.

Obiettivi

La dimensione delle case, la loro struttura organizzativa e il grado di protezione non possono essere definiti in modo rigido, devono essere invece elastici e ricchi di determinate opzioni che vadano incontro alle preferenze degli utenti e ai loro bisogni specifici. In questo senso vanno privilegiate strutture di civile abitazione. Gli obiettivi di salute a tal fine devono:

1. rendere fortemente integrate le residenze con il sistema dei Servizi sanitari e sociali;
2. ubicare le residenze nel cuore degli insediamenti abitativi e favorire una politica di integrazione con la comunità locale;
3. incentivare e promuovere le residenze di piccole dimensioni, in modo da favorire un clima che valorizzi relazioni personalizzate, emotivamente investite da pazienti e operatori;
4. attivare nella comunità terapeutica procedure validate e condivise, che prevedano l'individuazione di percorsi di uscita e la definizione, per ogni persona, di un progetto personalizzato in cui venga chiaramente definito tempo e modalità delle dimissioni;
5. incentivare esperienze fortemente orientate all'inclusione sociale e al sostegno abitativo di tipo domiciliare.

La dimissione dalla residenza e la costruzione di una rete relazionale in cui l'utente è inserito come protagonista attivo della propria storia devono essere considerati gli obiettivi più importanti da perseguire.

Indirizzi operativi

1. Va riconosciuto come strategico il ricorso al sostegno di tipo domiciliare, con personale specializzato, negli abituali contesti abitativi dell'utente, al fine di prevenire e ridurre il ricorso frequente alla residenzialità e favorire le dimissioni di quei pazienti che hanno riacquisito le capacità relazionali e di autonomia personale necessarie a vivere nella comunità locale;
2. il Dipartimento di salute mentale deve promuovere diverse forme di sostegno abitativo in integrazione con i Piani di zona, in raccordo con gli Enti locali, l'impresa sociale, le reti associative;
3. vanno riconosciute, valorizzate e promosse tutte quelle esperienze che si possono indicare come sostegno abitativo, ovvero gruppi-appartamento e case famiglia (prevedendo la presenza di personale per fasce orarie) che rispondono ai bisogni di inclusione sociale con una attenzione al reinserimento lavorativo;
4. vanno valorizzate le risorse (anche relazionali) messe a disposizione dall'utente nella convivenza (da tre a cinque componenti), tese a riguadagnare la propria autonomia e la propria autodeterminazione;
5. va privilegiata la presenza di operatori qualificati a fascia oraria, flessibile e finalizzata ai bisogni individuali degli utenti. La compartecipazione alla spesa per i trattamenti residenziali è regolata dalla normativa di riferimento.

Criteria di valutazione

La valutazione del tempo di permanenza degli ospiti nelle residenze e gli obiettivi da raggiungere devono essere parte integrante e imprescindibile del progetto di cura personalizzato.

1. Valutare lo stile di lavoro degli operatori che deve essere centrato sulla valorizzazione della quotidianità dell'utente, sulla promozione della partecipazione relazionale e interattiva in cui l'utente è inserito e sulla promozione dell'accesso ai diritti di cittadinanza dello stesso;
2. va valutata la progettualità del percorso personalizzato di cura concertato tra l'utente e le figure istituzionali (Dipartimento di salute mentale, impresa sociale, associazioni, volontariato, familiari ed Enti locali).

E. Inclusione sociale e lavorativa

Riconoscendo e sottolineando con forza il diritto di cittadinanza e definendo co-partecipativo il processo che porta alla costruzione di un progetto di vita, si afferma la centralità svolta dai processi di inclusione sociale e lavorativa dell'utente, attraverso i quali si può favorire una reale occasione di cambiamento della condizione dello stesso.

È necessario superare le forme di assistenza finanziaria ed economica finora erogate alle persone in carico ai servizi di Salute mentale. L'inclusione sociale prevede l'implementazione di un progetto terapeutico personalizzato, co-progettato e co-finanziato anche dall'Ente locale. In linea con i Piani di zona svolgono un ruolo strategico, in tale prospettiva, i programmi di addestramento professionale.

I Patti territoriali devono essere intesi, dunque, come programmi politici di sviluppo della comunità locale, in termini di politica sociale ed economica volta verso la tutela dei soggetti deboli. In questo ambito, rispetto all'inserimento lavorativo, appare opportuno definire, da parte delle amministrazioni pubbliche, quote di servizi da affidare alle Coop sociali B e, analogamente, attraverso accordi con le organizzazioni imprenditoriali, creare ambiti di collaborazione tra imprese profit e cooperative. L'esperienza della cooperazione sociale può essere sostenuta attraverso la diffusione delle pratiche di affidamento facilitato permesse dalla legislazione nazionale (legge 381/1991, legge 68/1999 e decreto legislativo 163/2006) e da quelle regionali.

L'utente in carico ai Servizi di salute mentale ha bisogno, per potersi inserire nel mondo del lavoro, di costruire una reale autonomia personale; non devono essere tralasciate in questa direzione le reti relazionali alle quali l'utente partecipa. Le soggettività presenti nelle reti relazionali degli utenti vanno accompagnate, attraverso un lavoro di monitoraggio e formazione, a riconoscere il cambiamento dell'utente e l'evoluzione del suo percorso terapeutico. Diversamente, tali reti relazionali, poiché impreparate, corrono il rischio di rimandare all'utente una immagine di sé che non lo aiuta a consolidare gli obiettivi faticosamente raggiunti.

Obiettivi

Gli obiettivi principali da raggiungere sono:

1. l'inclusione del tema lavoro nell'ambito dei processi terapeutici co-costruiti, anche attraverso il sostegno alla ricerca ed al mantenimento del lavoro;
2. lo sviluppo di progetti integrati fra Dsm, cooperative sociali e imprese;
3. l'alleanza con le istituzioni della realtà locale per la promozione e lo sviluppo delle cooperative sociali;
4. realizzare accordi di programma e convenzioni con le Amministrazioni provinciali per la gestione della Legge 68/1999.

Indirizzi operativi

Il Dsm, consapevole della sua centralità, deve operare perché il diritto al lavoro trovi concreta realizzazione per tutti i fruitori dei propri Servizi. In tal senso si impegna costruttivamente a:

1. attivare percorsi di formazione, di ricerca di opportunità lavorative e di sostegno nei percorsi di inserimento, allo scopo di promuovere una reale autonomia degli utenti;
2. riconoscere il valore espresso dalle cooperative sociali attive nella comunità locale;
3. contribuire alla realizzazione di vere e proprie imprese sociali che, attente al valore delle persone e alla fondamentale importanza, per la loro identità, di essere attivi protagonisti della propria vita, costruiscono progetti lavorativi che coniugano il diritto al lavoro con i principi di mutualità, solidarietà, sviluppo dell'individuo e del contesto sociale;
4. attivare gruppi di auto-promozione delle capacità imprenditoriali e cooperativistiche degli utenti attraverso il ricorso alla metodologia e alla progettazione di esperienze di microcredito.

Criteri di valutazione

La valutazione dei percorsi di inclusione sociale deve avvenire:

1. attraverso l'attivazione di tavoli di concertazione fra i Ministeri della Salute, della Solidarietà Sociale e del Lavoro;
2. a livello regionale e locale mettendo in evidenza gli interventi più adeguati e meglio precisati in quel determinato contesto locale;
3. attraverso la messa in rete di tutte le risorse disponibili;
4. attraverso programmi adeguatamente definiti e corrispondenti alle necessità locali.

F. Concertazione locale e partecipazione

Dall'analisi fin qui svolta dei nuovi problemi che ci troviamo di fronte e degli obiettivi e delle politiche che è necessario realizzare, deriva la necessità di riorganizzare in modo significativo i rapporti tra Asl, servizi del territorio e comunità di riferimento. È necessario considerare il territorio non più solo come uno spazio delimitato, cioè come un contenitore di problemi, ma come una comunità, quindi un soggetto insieme al quale ricercare soluzioni, agire possibilità e organizzare decisioni. Con particolare riferimento alle nozioni di promozione e di prevenzione, dobbiamo riconsiderare il ruolo dei servizi della stessa comunità e quindi la sua responsabilizzazione anche nel quadro delle possibilità proprie al principio di sussidiarietà, avendo la consapevolezza di quali sono le istituzioni in gioco (Comuni, Municipi, Province, Assessorati, Aziende sanitarie e Servizi). È necessario costruire dei sistemi uniformativi senza i quali qualsiasi concertazione sociale sarebbe difficile. Tali sistemi debbono consentire il monitoraggio dei processi in atto, delle dinamiche epidemiologiche, dell'andamento della domanda, degli esiti degli interventi e della funzionalità dei servizi ai fini di conoscere in tempo reale le situazioni di marginalità sociale e i rischi di marginalità che costantemente corrono i servizi di salute mentale. Questo dovrà essere oggetto di una specifica attività di ricerca e di sperimentazione.

Possiamo dunque definire i seguenti principi di riferimento:

- non si può dare nessun territorio senza una comunità che lo rappresenti;
- è solo attraverso relazioni organizzate che si assicura la partecipazione;
- senza relazioni organizzate non può essere dato nessun sistema informativo e viceversa;
- si devono definire le questioni che rientrano in un negoziato sociale;
- ripensare il modo di concepire la partecipazione significa ripensare il modo di essere delle istituzioni dei servizi a partire dall'azienda.

Ogni Dipartimento deve promuovere l'attivazione di un tavolo di concertazione locale per l'attuazione delle politiche di salute mentale di cui è competente. Il tavolo individuerà gli obiettivi prioritari di salute e le conseguenti scelte, nell'ambito delle politiche di integrazione socio-sanitaria e della *governance* clinica dei progetti terapeutici individualizzati. L'Azienda sanitaria, essendo responsabile del miglioramento continuo della qualità dell'assistenza, deve promuovere e progettare, in

seno al tavolo, la formazione specifica degli operatori interessati e delle figure coinvolte nell'ambito delle altre agenzie sociali.

In tale ottica è necessario che l'Azienda sanitaria si doti di un proprio Piano di azione locale per la salute mentale elaborato attraverso pratiche di concertazione con tutte le agenzie del proprio territorio (distretto, Enti locali, impresa sociale e imprenditoriale, associazioni dei familiari e degli utenti, organizzazioni del mondo del lavoro e sindacali, volontariato e organizzazioni culturali e ricreative, del mondo della formazione). Pur valorizzando le specificità locali, le azioni di tale piano dovranno riflettere le indicazioni strategiche espresse nel presente documento di Linee di indirizzo nazionali, concertate fra il Ministero della salute e le Regioni, e rese attuative attraverso il Por. Nell'individuare gli obiettivi dovrà indicare anche le priorità a breve e medio termine compatibili e adeguate con le dotazioni finanziarie disponibili, e dovrà integrarsi con i Piani di zona e con i Piani strategici delle città.

Laddove l'informazione sia riconosciuta come una risorsa per la salute, è possibile costruire strumenti informativi che consentano ai cittadini e alle loro rappresentanze di organizzarsi sulla base delle informazioni sistematicamente ricevute. In tal senso, la partecipazione può essere intesa come un sistema informativo ad hoc. Sono pertanto da considerarsi strumenti essenziali i report sulle caratteristiche della domanda (rivolti alle istituzioni pubbliche - aziende, servizi...), le relazioni sullo stato di salute mentale della popolazione del territorio di competenza del Dsm, e un set di indicatori che monitorizzi dimensioni quali lo stato di salute della popolazione, il grado di efficienza dei servizi, il livello di deistituzionalizzazione, gli sbocchi occupazionali, i diritti di cittadinanza, gli inserimenti sociali. Tali indicatori, da utilizzarsi anche per la stesura dei report, sono orientati alla realizzazione di una relazione di scambio informazionale fra comunità e servizi (e viceversa).

G. Sistema informativo nazionale per la salute mentale

Un'attenzione particolare va data allo sviluppo e al potenziamento dei sistemi di raccolta delle informazioni, sia a livello centrale che locale, finalizzati tanto a garantire il monitoraggio delle strategie e delle politiche di intervento, quanto a promuovere il miglioramento della qualità dell'assistenza.

Il Sistema informativo nazionale per la salute mentale (Sism), nel rispetto della privacy dei cittadini-utenti, è stato concepito per costituire una base di dati integrata, incentrata sul paziente, che permetta una valutazione di efficacia, efficienza ed appropriatezza delle organizzazioni sanitarie e dei trattamenti dalle stesse attivati, in risposta ai bisogni di salute dell'utenza.

Inserito nel più generale Sistema informativo sanitario (Nsis), e già condiviso nella sua architettura e nei suoi contenuti con le Regioni, il Sism deve ora essere implementato per svolgere le sue funzioni principali di:

- monitoraggio dell'attività dei servizi, con analisi del volume di prestazioni e valutazioni epidemiologiche sulle caratteristiche dell'utenza e sui pattern di trattamento;
- supporto alle attività gestionali del Dsm, per valutare il grado di efficienza e di utilizzo delle risorse;
- supporto alla costruzione di indicatori di struttura, processo ed esito sia a livello regionale che nazionale;
- supporto ai sistemi di finanziamento;
- supporto alla ricerca e al miglioramento continuo di qualità.

L'utilizzo di linguaggi e metodologie comuni per rispondere alle esigenze informative di livello nazionale, rappresenta anche un forte stimolo per il potenziamento e la messa a regime dei Sistemi Informativi regionali, aziendali e dipartimentali, tutti strumenti indispensabili per la programmazione, l'organizzazione e la verifica di qualità delle attività dei servizi.

2. Infanzia e adolescenza

Gli attuali servizi regionali per le problematiche dell'infanzia e dell'adolescenza risentono della difformità nei modelli e nei tempi che sono stati perseguiti dalle singole Regioni nella loro programmazione e costituzione.

Le programmazioni regionali sembrano essersi mosse in questi ultimi decenni, nell'affrontare le tematiche delle patologie neurologiche, psichiatriche e neuropsicologiche in infanzia e in adolescenza, fondamentalmente seguendo due percorsi: in alcune Regioni i servizi sono stati indirizzati verso l'ambito della salute "materno-infantile", in altre verso i servizi psichiatrici per gli adulti e quindi verso i Dipartimenti di salute mentale. Altre Regioni non hanno ancora definito in modo preciso organizzazione e inquadramento dei servizi. Va però considerata la presenza nel nostro scenario legislativo di riferimento la coesistenza di due progetti obiettivi che affrontano questo tema.

Il P.o. "Tutela della salute mentale 1998-2000" stabilisce che "l'esperienza organizzativa dei servizi di salute mentale per la popolazione adulta, suggerisce che anche le attività di salute mentale dedicate all'età evolutiva (del bambino e dell'adolescente) possano essere realizzate all'interno di un modello dipartimentale, sia di tipo strutturale che tecnico-funzionale, a direzione unica che assicuri l'unitarietà degli interventi, la continuità terapeutica e il collegamento funzionale fra tutti i servizi coinvolti nella tutela della salute mentale, anche laddove collocati in differenti strutture operative".

Il P.o. "Materno infantile relativo al piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000" ribadisce che "l'assistenza neuropsichiatria nell'infanzia e nell'adolescenza deve articolarsi seguendo anche le indicazioni contenute nel Progetto obiettivo "Tutela della salute mentale 1998-2000" e in armonia con le "Linee guida del Ministero della sanità per le attività di riabilitazione (7 maggio 1998)" specificatamente per quanto attiene all'età evolutiva" e indirizza, nel capitolo "Assistenza neuropsichiatria in età evolutiva", verso un modello di servizi definiti "Unità operative territoriali e ospedaliere di Npl". Con questa definizione, così come con quella di "Area organizzativa dei servizi di salute mentale e di riabilitazione dell'età evolutiva" del P.o. "Tutela salute mentale" entrambi i 2 Progetti obiettivi riconoscono di fatto che "la neuropsichiatria dell'età evolutiva integra, con numerosi vantaggi, tre competenze di base: psicopatologia dello sviluppo, neuropsicologia dello sviluppo e neurologia dello sviluppo (P.o. Tutela salute mentale, pag. X, Marzo 1999)".

Entrambi i P.o. collocano dinamicamente all'interno di un unico settore programmatico e gestionale tutti quegli aspetti legati alla diagnosi e trattamento/riabilitazione delle disabilità orientate all'inclusione sociale, con quelli di un intervento psichiatrico storicamente caratterizzato da una forte spinta anti-istituzionale e da approcci a impronta psico-sociale. Questa modalità programmatoria ha condotto nel nostro Paese ad una rete di servizi, se pur non omogeneamente diffusa su tutto il territorio nazionale, per la salute mentale in infanzia e adolescenza del tutto caratteristici nel senso che fanno riferimento ad un modello organizzativo differente da quelli esistenti in molti altri Paesi europei. Questi interventi possono essere inquadrati in contesti organizzativi definiti di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza o di salute mentale infanzia e adolescenza (e in alcuni territori con l'inserimento del termine "e riabilitazione").

La realtà operativa

Se pure in modo disomogeneo e difforme tra i vari territori, alle volte anche all'interno delle singole Regioni, e con carenze e precarietà di personale, le reti operative si muovono su diverse aree:

- la promozione della salute mentale in infanzia e adolescenza in un contesto di rete e di accordo tra servizi sanitari, sociali e educativi con una strategia di coinvolgimento delle famiglie;
- gli interventi di psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza con un sempre maggiore impegno dei servizi verso la presa in carico di situazioni psicopatologiche primarie, anche in situazioni di emergenza, o secondarie a condizioni di deprivazione/emarginazione o disabilità;
- le attività nell'area delle disabilità sia sul versante diagnostico e riabilitativo che su quello dei processi di inclusione scolastica legati alla Legge 104.

Lo stato di benessere dell'infanzia è quindi uno degli obiettivi principali del Piano sanitario nazionale (Psn); le azioni volte a migliorare le condizioni di salute della popolazione in età evolutiva e la qualità della vita rivestono, pertanto, una particolare rilevanza nella programmazione sanitaria delle Regioni e delle singole Aziende sanitarie.

In particolare, la salute mentale in età evolutiva deriva dall'intreccio tra dotazione innata e ambiente, tra fattori di rischio e fattori protettivi, in un'interazione che è più dinamica, complessa e multifattoriale di quanto non sia per l'adulto. In età evolutiva non vi è una sola fonte di resilienza o di vulnerabilità, dal momento che entrambe costituiscono l'espressione di diversi fattori, genetici, biologici, familiari, ambientali e legati all'accesso alle cure.

La rilevanza della salute mentale per il benessere in età evolutiva e successivamente in età adulta richiede di affrontare questo tema con un'ottica di sistema, che inclusa il sociale, l'educativo, il sanitario, ecc. e che tenda a potenziare i fattori protettivi ambientali non agendo solo direttamente sul singolo.

La tutela della salute mentale in età evolutiva mette al centro il bambino nel suo contesto ambientale (familiare, socio-culturale, educativo) e rappresenta pertanto una priorità che deve essere oggetto di investimento mirato.

In questo ambito, compito dei Servizi è sviluppare attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione in ambito neurologico, psichiatrico e neuropsicologico nella fascia d'età da 0 a 18 anni.

I Servizi si occupano quindi di problemi complessi in un periodo cruciale dello sviluppo con la necessità:

- di tenere conto del contesto sociale e familiare;
- di comprendere linguaggi specifici molto diversificati;
- di interagire con contesti fondati su logiche epistemiche differenti;
- di raccordare l'intreccio dei diversi saperi e delle diverse professionalità.

Questo scenario deve collocarsi all'interno di una cornice organizzativa che contempi tutte le tipologie di risposta: da quelle ambulatoriali a quelle ospedaliere, dalla dimensione territoriale a quella residenziale, dall'intervento in acuto alla riabilitazione intensiva, dalla prevenzione alla riabilitazione socio-sanitaria.

Alcune problematiche neuropsichiche dell'infanzia e dell'adolescenza, stanno assumendo una sempre maggiore evidenza:

- a) le patologie psichiatriche in età evolutiva rappresentano un bisogno emergente, per il quale è necessario instaurare azioni di prevenzione, di diagnosi precoce e di presa in carico. Tali interventi assumono, inoltre, un valore preventivo nei riguardi del disagio psichico e della patologia psichiatrica nell'età adulta;
- b) le patologie neurologiche e la psicopatologia grave oltre a richiedere interventi terapeutici immediati e continuativi nel tempo, necessitano, a causa della loro rilevanza sociale ed assistenziale a lungo termine, di una presa in carico che rispecchi un progetto terapeutico funzionale;
- c) la disabilità in età evolutiva presenta peculiarità che richiedono interventi integrati e complessi, volti alla riduzione del danno, al potenziamento delle autonomie individuali e sociali e alla prevenzione delle problematiche psicopatologiche che possono instaurarsi come effetti di co-morbilità;
- d) la riabilitazione in età evolutiva ivi compresa quella dei disturbi psichiatrici età-specifici, può avvenire solo con interventi rispettosi della globalità e dell'unitarietà del soggetto; in età evolutiva esiste una stretta connessione tra riabilitazione funzionale e riabilitazione psico-sociale, per cui, nel trattamento, le disabilità devono essere considerate come problemi dello sviluppo e non semplicemente come disturbo di singole funzioni (neuromotorie, linguistiche, sensoriali, cognitive e della comunicazione).

Per attuare un intervento efficace nel campo dei disturbi neuropsichici in infanzia ed adolescenza, è necessaria un'azione convergente sul piano sanitario e su quello sociale, che tenga conto delle peculiarità e specificità dei bisogni in questa fase della vita che possono essere così sintetizzati:

- a) reciproca interazione delle varie aree di sviluppo: motoria, cognitiva, psico-affettiva e relazionale;
- b) specifica attenzione (utilizzo di strumenti e metodi idonei) alle diverse fasce d'età (prima e seconda infanzia, età di latenza e preadolescenza, prima e seconda adolescenza), considerando l'adolescenza come un punto di passaggio in un continuum evolutivo di sviluppo;
- c) considerazione degli altissimi indici di co-morbilità tra i vari disturbi, in diverse e successive fasce d'età.

Condizioni necessarie per garantire unitarietà e qualità negli interventi di prevenzione e di presa in carico sono:

- la presenza omogenea, sul territorio nazionale, di Servizi in grado di assicurare la valutazione, la diagnosi, la presa in carico, la cura e la riabilitazione dei disturbi neurologici, neuropsicologici e psichiatrici dei soggetti in età evolutiva, lo studio dello sviluppo complessivo del bambino e delle interferenze di eventi patogeni su di esso;
- la riqualificazione e integrazione di tutte le risorse esistenti attraverso:
 - a. una visione generale che permetta il superamento delle differenze normative esistenti tra le diverse tipologie di attività e di servizi; in particolare la ripercussione sui servizi delle diverse collocazioni tra Dsm e Servizio materno infantile;
 - b. l'acquisizione di linguaggi omogenei (adozione di strumenti informativi reciprocamente interfacciabili; evoluzione da un sistema a prestazione ad un sistema che integri le prestazioni puntiformi in percorsi complessivi di presa in carico, indirizzi per l'accreditamento istituzionale e tra pari);
 - c. l'evoluzione a standard di qualità ed efficienza che tengano conto realisticamente delle necessità organizzative e dei teorici ideali di riferimento;
- il lavoro in *équipes* multidisciplinari: (il processo diagnostico e l'impostazione del progetto terapeutico e/o riabilitativo sono necessariamente il frutto di una valutazione globale multiprofessionale specifica);
- il monitoraggio dello sviluppo in condizioni di malattia nel tempo e nell'ambiente: la competenza specifica dei Servizi si esprime in una presa in carico complessiva e longitudinale che comprende sia prestazioni specificamente sanitarie che il supporto e il monitoraggio di altri interventi riabilitativi ed educativi successivi alla diagnosi;
- la formazione del personale sanitario e socio-educativo, che effettua in genere la prima rilevazione delle situazioni di rischio evolutivo e che è chiamato a collaborare alla gestione degli interventi successivi.

I bisogni del modello organizzativo

Considerata la complessità e la criticità dei compiti descritti che richiedono una specifica competenza specialistica, un elevato livello di integrazione con altre strutture, una articolazione di servizi che preveda strutture e competenze distrettuali, sovradistrettuali ed interdistrettuali, il modello organizzativo deve permettere di coniugare l'unitarietà di programmazione e l'omogeneità delle prestazioni con il decentramento distrettuale e la forte integrazione socio-sanitaria.

Il modello organizzativo deve rispondere ai seguenti presupposti:

- a) i Servizi devono occuparsi unitariamente della fascia di età 0-18; le attività saranno articolate per rispondere in maniera specifica alle diverse esigenze delle varie fasce d'età, tenendo comunque presente la necessità di interventi integrati e continuativi fino al raggiungimento dell'età adulta;
- b) la peculiarità della riabilitazione in età evolutiva rende fondamentale un approccio che mantenga o indirizzi questo settore di intervento nell'ambito dei Servizi di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza/Salute Mentale infanzia e adolescenza e Riabilitazione;
- c) la necessità di garantire all'interno dei Servizi il livello di multiprofessionalità adeguato per numero e competenze e che le diverse professionalità impegnate nei servizi siano specificamente formate rispetto alla età evolutiva.

Strategie operative

I Servizi devono poter garantire l'attuazione delle seguenti strategie operative:

- intervento integrato ospedale-territorio, che consente di identificare tempestivamente i disturbi e di rispondere ai bisogni del bambino-adolescente nel suo ambiente naturale di vita;
- integrazione operativa con i servizi socio-assistenziali degli Enti locali, con il sistema scolastico, il sistema giudiziario e le organizzazioni del Terzo settore;
- lavoro in *équipes* multidisciplinari composte dalle figure professionali esperte nel campo dell'età evolutiva: neuropsichiatri infantili, psicologi clinici per l'età evolutiva, assistenti sociali (anche in collaborazione con i servizi sociali comunali), fisioterapisti, terapisti della neuropsicomotricità dell'età evolutiva, logopedisti, educatori professionali, infermieri, tecnici.

Indirizzi operativi

1. Promuovere il riconoscimento della salute mentale come una parte essenziale della salute dell'infanzia;
2. integrare i servizi di salute mentale per i bambini, gli adolescenti e le famiglie nella più ampia rete di tutela sanitaria e sociale dell'infanzia e dell'adolescenza;
3. diffondere e consolidare i Servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza/Salute mentale infanzia adolescenza e riabilitazione all'interno della rete regionale, superando la disomogeneità della presenza dei servizi nei territori regionali, attraverso:
 - il potenziamento dei servizi;
 - il riordino/riorganizzazione delle risorse esistenti;
 - l'individuazione di nuove risorse economiche.
4. potenziare l'integrazione ospedale-territorio anche attraverso la sperimentazione di modelli organizzativi innovativi;
5. sviluppare un sistema informativo specifico;
6. garantire opportunità di cura uniformemente e omogeneamente distribuite su tutto il territorio nazionale;
7. assicurare la continuità dei percorsi di presa in carico;
8. operare per il miglioramento continuo di qualità e della valutazione delle attività dei servizi;
9. incrementare i processi di formazione interistituzionale per il riconoscimento dei problemi di salute mentale nel mondo della scuola e per il miglioramento delle capacità di prevenzione e trattamento nella rete complessiva dei servizi.

Alcuni indirizzi di priorità

- a) Promozione di una cultura della salute in età evolutiva in raccordo con la rete dei Servizi dell'area materno-infantile e dei servizi sociali, in particolare in raccordo con i Servizi consultoriali e la rete pediatrica;
- b) raccordi con i Servizi di psichiatria adulti e per le tossicodipendenze e i Servizi sociali, per i minori figli di malati mentali cronici o di tossicodipendenti e per i minori in condizioni di rischio psico-sociale. Definizione di programmi specifici;
- c) programmi di intervento per l'area dei disturbi dello spettro autistico, in riferimento al documento conclusivo del Tavolo ministeriale autismo;
- d) adeguamento delle prestazioni ai Lea;
- e) accordi di programma tra servizi per garantire la continuità di cura al raggiungimento dell'età adulta dei minori in carico;
- f) raccordi a livello di Dipartimento salute mentale per la continuità di cura dei quadri psicotici a comparsa precoce in adolescenza e per le dimissioni protette degli adolescenti ricoverati in ambienti ospedalieri per patologie psichiatriche. In particolare vanno previsti Accordi di programma per garantire interventi integrati di cura, anche in situazioni di emergenza, negli scompensi psicotici o legati a disturbi della personalità, autismo, comorbilità psichiatrica in adolescenti con disabilità mentale.

La ricerca

Proprio in questo settore si sta registrando una evoluzione rapidissima delle conoscenze trascinate dallo sviluppo enorme della genetica e della biologia molecolare, e dalla crescita delle tecnologie biomediche a partire dal *neuroimaging* morfologico e funzionale.

Al fine di favorire il legame stretto dei servizi con l'innovazione e la sperimentazione clinica e gestionale, è necessario sviluppare una rete di ricerca a livello nazionale con finalità esplicite di ricerca:

- innovativa;
- valutativa;
- gestionale.

La rete di ricerca deve essere aperta al contributo di apporti anche esterni al sistema dei servizi e finalizzata a sviluppare attorno alle principali patologie neuropsichiche una progettualità che coniughi la innovazione potenzialmente utilizzabile e la valutazione delle risposte ai bisogni specifici che molte patologie determinano, nel solco di una crescente richiesta delle famiglie sempre più organizzate attorno a tipologie di problemi specifici.

In questo solco sarà fondamentale sperimentare forme nuove di continuità terapeutica con i servizi di salute mentale dell'età adulta e i servizi per disabili adulti che superino la dicotomia legata ad un puro dato anagrafico e tengano invece conto della età di insorgenza dei disturbi e della evoluzione del quadro clinico.

La prevenzione

Da un organico supporto di ricerca potrà discendere anche una azione di prevenzione diffusa, non solo attraverso la valorizzazione e la implementazione di modelli d'intervento propri della esperienza italiana, in primis quelli scolastici, ma anche attraverso una documentata opera corretta e aggiornata comunicazione sociale che incida sul problema dello stigma migliorando la comprensione pubblica e sociale dei fenomeni, a volte anche gravi, legati alla disabilità, alla malattia mentale e al disagio in infanzia e in adolescenza.

3. Carcere e Opg

L'organizzazione degli interventi di presa in carico da parte del Servizio sanitario nazionale delle persone con disturbi mentali, detenute o internate negli ospedali psichiatrici giudiziari (Opg), sarà oggetto di specifiche linee di indirizzo, parte integrante dell'emanando decreto del Presidente del Consiglio dei ministri concernente le modalità e i criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria, ai sensi della legge 24 dicembre 2007, n. 244 (finanziaria 2008).

Si ritiene, tuttavia, opportuno evidenziare in questa sede le problematiche principali a cui i Ministeri della salute e della giustizia, le Regioni, le Aziende sanitarie e gli Enti locali dovranno dedicare specifica attenzione programmatica.

Prevenzione, cura e riabilitazione nel campo della salute mentale in carcere

Secondo uno studio dell'Organizzazione mondiale della sanità che riporta varie ricerche internazionali, circa la metà dei soggetti detenuti è affetta da un qualche disturbo di personalità, mentre un decimo soffre di serie patologie mentali, quali psicosi e depressione grave. Quasi tutti i detenuti presentano episodi di umore depresso. Ed è, altresì, noto un tasso di suicidi e di tentativi di suicidio fra i detenuti più elevato rispetto alla popolazione generale. Si consideri, infine, la consistente prevalenza di co-morbilità per disturbi psichici nei detenuti tossicodipendenti.

In assenza di dati epidemiologici sistematici, la prevalenza per disturbi mentali negli istituti di pena italiani è stimata intorno al 16%. Nella maggior parte dei casi il disturbo mentale sopravviene nel corso della misura detentiva. Un numero limitato di soggetti già affetti da malattia mentale, autori di reato, entrano nel circuito penitenziario in quanto prosciolti ed internati negli ospedale psichiatrici giudiziari (Opg), in misura di sicurezza detentiva.

Un tale quadro giustifica pienamente un programma sistematico di interventi che affronti con risposte adeguate la complessità del fenomeno, mettendo in atto le seguenti azioni:

- attivare un sistema di sorveglianza epidemiologica, attraverso l'osservazione dei nuovi giunti e la valutazione periodica delle condizioni di rischio;
- attivare interventi di individuazione precoce dei disturbi mentali, con particolare attenzione ai soggetti minorenni;
- curare la formazione e l'aggiornamento degli operatori coinvolti, ivi compreso il personale penitenziario, secondo moduli che tengano conto delle specificità del contesto in cui si opera;
- garantire ai soggetti malati tutte le possibilità di cura e riabilitazione fornite dai servizi del territorio, attraverso la presa in carico con progetti individualizzati, sia all'interno dell'istituto di pena che all'esterno, nel caso di pazienti che fruiscono di misure trattamentali all'esterno ovvero in esecuzione penale esterna. Il Servizio di salute mentale, responsabile degli interventi all'interno di un dato istituto di pena, stabilisce ogni opportuno contatto col Servizio del territorio di residenza delle persone con patologia mentale, ai fini della continuità della presa in carico al ritorno in libertà;
- garantire presso ogni istituto penale per i minori, centro di prima accoglienza e comunità, in presenza di soggetti con disturbi mentali, appropriati interventi psichiatrici, psicologici, psicoterapeutici;
- favorire fra i detenuti e i minorenni sottoposti a provvedimento penale, la nascita e lo sviluppo di gruppi di auto sostegno;
- attivare specifici programmi mirati alla riduzione dei rischi di suicidio;
- favorire e implementare la cooperazione tra area sanitaria e area trattamentale, in modo che gli obiettivi trattamentali propri dell'amministrazione penitenziaria si possano coniugare con quelli della tutela e della promozione della salute mentale, attraverso gli interventi più adeguati, sia a tutela della salute della persona, sia a tutela della sicurezza

sociale. Tale prassi deve essere attuata già al primo ingresso, tramite il servizio nuovi giunti, e perseguita in tutto il periodo di permanenza nell'istituto di pena. Per tale scopo vanno definiti protocolli e modalità di collaborazione tra gli operatori dei Servizi di salute mentale e gli operatori del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e della giustizia minorile. In particolare, tale prassi deve essere fortemente incentivata negli istituti penali per minori, nei centri di prima accoglienza e nelle comunità.

Gli ospedali psichiatrici giudiziari (Opg)

Nell'ambito degli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione in favore dei detenuti affetti da disturbi mentali, un programma specifico deve essere attivato per gli Ospedali psichiatrici giudiziari (Opg), strutture di internamento che ospitano soggetti con patologie psichiatriche, tutti autori di reato, ma con posizioni giuridiche eterogenee.

Le azioni principali che devono essere considerate in tale programma riguardano da un lato l'organizzazione degli interventi terapeutico-riabilitativi, dall'altro la previsione di specifiche indicazioni tese ad armonizzare le misure sanitarie e le esigenze di sicurezza. Per tale scopo è necessaria una costante collaborazione fra operatori sanitari, operatori dell'Amministrazione della giustizia e la magistratura.

È da sottolineare che il successo di un programma specifico per gli Opg è strettamente connesso con la realizzazione di tutte le misure e azioni indicate per la tutela della salute mentale negli istituti di pena, con particolare riferimento all'attivazione, all'interno degli istituti, di sezioni o reparti a custodia attenuata, destinati agli imputati e condannati, con infermità psichica sopravvenuta nel corso della misura detentiva.

Per tali scopi, le Aziende sanitarie, nel cui territorio di competenza insistono gli Opg, attraverso i Dipartimenti di salute mentale, devono provvedere, in collaborazione con l'*équipe* dell'istituto, alla stesura di un programma operativo che prevede:

- la rivalutazione delle persone attualmente internate come prosciolte (circa il 63% della popolazione degli Opg) e definizione di un gruppo (300-400) in cui sia possibile in tempi rapidi un progetto di dimissione che possa prevedere, se necessario, l'utilizzo della rete di strutture del Ssn;
- la presa in carico congiunta degli internati, sin dal loro ingresso in Opg, con la predisposizione di un piano terapeutico-riabilitativo personalizzato e mirato al recupero sociale, con un pronto collegamento con i dipartimenti di salute mentale del territorio di provenienza;
- la dimissione degli internati che hanno concluso la misura della sicurezza, con soluzioni concordate con le Regioni interessate, che devono prevedere forme di inclusione sociale adeguata, coinvolgendo gli Enti locali di provenienza, le Aziende sanitarie interessate e i servizi sociali e sanitari delle realtà di origine o di destinazione dei ricoverati da dimettere;
- attivare a livello regionale tutte le azioni necessarie, anche attraverso rapporti continuativi e strutturati tra Dsm e Tribunali, per la realizzazione di progetti alternativi all'internamento in Opg resi possibili dalle sentenze della Corte costituzionale (253/2003 e 367/2004);
- il rientro negli istituti di pena di provenienza dei ricoverati in Opg per disturbi psichici sopravvenuti durante l'esecuzione della pena, garantendo loro tutti gli interventi necessari alla cura e alla riabilitazione, all'interno delle carceri.

4. Multiculturalità

La crescita quantitativa della popolazione migrante si accompagna ad una sua consistente diversificazione qualitativa. Quest'ultima si articola secondo le provenienze e le lingue, i generi e le generazioni (bambini, adolescenti, adulti, anziani), le motivazioni e le strategie migratorie (ad esempio, individuali o familiari), lo status giuridico (con o senza permesso di soggiorno, richiedenti asilo e rifugiati, titolari di protezione umanitaria, fuoriuscite dalla tratta). Si possono esplicitare alcune dimensioni significative che permettono di articolare tale eterogeneità.

Lo sviluppo quantitativo e la molteplicità qualitativa della dislocazione umana nel territorio italiano hanno prodotto un incremento dell'incidenza dell'accesso ai servizi sociali e sanitari e della presenza nelle strutture educative, ma anche una pluralità di vissuti rispetto all'evento migratorio ed al contatto tra culture.

Conseguentemente gli operatori ed i servizi sono chiamati a far fronte a forme inedite che assumono termini come acculturazione, integrazione ed inclusione sociale. Parallelamente si riscontrano problematiche specifiche riguardo alla cura ed alla presa in carico: in particolare, difficoltà nel governo dell'accesso e instaurazione di relazioni terapeutiche ad elevata volatilità.

Gli aspetti appena proposti, e molti altri che non è possibile prendere in considerazione in questa sede, mettono in evidenza come la questione "immigrazione" porti con radicalità il problema della relazione con l'altro e del significato che le costruzioni identitarie nuove e complesse vanno assumendo. Il problema, per altro, va iscritto in una cornice più ampia che attiene al quadro normativo e istituzionale, al lavoro, ai diritti sociali, ai bisogni di salute ed allo sviluppo di competenze e metodologie di intervento adeguate all'oggetto.

Obiettivi

Divenuti elemento strutturale del panorama socio-demografico, i flussi migratori internazionali comportano per i Dipartimenti di salute mentale il perseguimento dei seguenti obiettivi:

1. sviluppo della sensibilità culturale generale e dell'attenzione alla variabile migratoria come qualità necessarie dei processi organizzativi. In particolare:
 - a) promuovere un ulteriore sviluppo della vocazione multiprofessionale dei Dipartimenti di salute mentale, attraverso il ricorso alle risorse conoscitive, relativamente al fenomeno migratorio e alle dinamiche del contatto fra culture, offerte da altre discipline scientifiche (etnologia, antropologia medica, linguistica, ecc.) e l'attivazione di nuove figure professionali (mediatori linguistico-culturali), al fine di sviluppare la sensibilità culturale delle strategie di cura e presa in carico;
 - b) integrare alcune variabili significative (lingua, religione, anno di arrivo in Italia, ecc.) all'interno dei sistemi di rilevazione epidemiologica dei servizi (ad esempio nelle Sdo), in modo da poter conoscere più in profondità e monitorare lo stato di salute delle popolazioni migranti ed i fattori di rischio cui è soggetta, così da poter elaborare strategie fondate relativamente alla promozione dell'accesso ai servizi e all'organizzazione delle risposte di cura;
 - c) incentivare l'attivazione e valorizzazione di centri con dimensione di tipo aziendale, sovra-aziendale e/o inter-aziendale, rispetto ai problemi di salute mentale delle popolazioni migranti, con compiti clinici, di ricerca e formazione;
2. sviluppo di competenze professionali e di strategie operative nell'ambito della clinica transculturale e del lavoro intersettoriale e comunitario in contesti multiculturali. Un simile obiettivo comporta la necessità di concentrarsi sui nodi teorici e tecnici posti dal confronto con la molteplicità linguistica dei nuovi *setting* di cura, con altri stili personologici informati da specifici *ethos*, con configurazioni psicopatologiche e cliniche che possono presentare aspetti o elementi inconsueti o perturbanti e con organizzazioni familiari che seguono logiche differenti.

Indirizzi operativi

1. Promozione, a livello dipartimentale, di assetti organizzativi in grado di mettere in comunicazione tra loro i diversi attori istituzionali interessati dall'emergenza migratoria, a partire dai medici di base;
2. sviluppo di strategie e metodologie interne ai Dipartimenti in grado di garantire equità nell'accesso ai servizi e nella fruizione del diritto alla salute da parte delle popolazioni migranti;
3. attivazione, a livello locale o di macro-aree, di gruppi di iniziativa multiprofessionali e multilinguistici che, in modo coordinato ed integrato nella rete dei servizi, avviino programmi di intervento nell'ambito della salute mentale transculturale;
4. sperimentazione di metodologie cliniche innovative in grado di tenere conto delle specificità linguistiche e culturali di cui sono portatrici le popolazioni migranti. Tali gruppi dovrebbero riuscire ad esprimere uno sforzo di innovazione clinica e di ricerca anche sugli specifici gruppi a rischio più sopra richiamati: rifugiati, minori non accompagnati e vittime della tratta.
5. individuazione delle modalità con cui i mediatori linguistico-culturali devono essere formati (definizione di competenze, ruoli e funzioni) e preparazione degli operatori ad una collaborazione proficua con loro.
6. incentivazione dell'utilizzo della mediazione linguistico-culturale come strategia capace di supportare le funzioni cliniche, il lavoro comunitario e le strategie di inclusione sociale. L'azione di mediazione dovrebbe riuscire a promuovere interventi che si dislocano nei vari snodi della rete socio-sanitaria, assistenziale e legale. La formazione dei mediatori, dunque, non andrebbe limitata alla sola salute mentale perché ciò può comportare il rischio di non prendere in considerazione il bisogno complessivo di salute (psichico, sociale e somatico) soggiacente al problema psico-patologico.
7. socializzazione diffusa alla generalità dei servizi delle conoscenze e dei saper-fare accumulati dai gruppi di iniziativa istituiti e dalle sperimentazioni avviate in ambito transculturale.

Criteri di valutazione

L'attività dei Dsm rispetto alla presente tematica può essere valutata attraverso:

- la rendicontazione dei sistemi e delle strategie adottate per garantire l'equità delle prestazioni e la fruizione del diritto alla salute da parte delle popolazioni migranti;
- la rendicontazione delle strategie intersettoriali attivate e della effettiva messa in rete di istituzioni, servizi e agenzie che, a vario titolo, sono interessate dai processi migratori internazionali;
- la rendicontazione dei provvedimenti organizzativi e delle implementazioni operative adottate al fine di aumentare la capacità di risposta dei Dsm alle domande di cura provenienti dalle popolazioni migranti.

5. Formazione e ricerca

La formazione e la ricerca nel campo della psichiatria e della salute mentale di comunità

Allo stato attuale si registra la necessità di una sempre maggiore corrispondenza ed integrazione tra formazione universitaria e competenze che vengono richieste agli operatori del Ssn.

Questo vale sia per operatori che provengono dalle scienze mediche, sia per quelli che provengono dalle scienze psicologiche, sociali ed educative (Corsi di laurea, Scuole di specializzazione e Master di vario tipo), nonché per le scuole di specializzazione in psicoterapia, accreditate ai sensi della Legge 56/89.

In questo senso si rende sempre più necessaria una formazione che sia realizzata non solo a livello teorico (sapere), ma soprattutto come accompagnamento al lavoro clinico, relazionale e interpersonale (saper fare).

Obiettivi

1. Promozione di accordi fra Università e Regioni in grado di operare ricadute operative nei Servizi territoriali presenti in un determinato contesto, con particolare attenzione ai seguenti problemi:
 - a) pianificazione delle necessità delle varie professionalità in relazione ai piani di assunzione del Ssr per le varie professionalità;
 - b) pieno utilizzo di tutte le strutture del Ssr ai fini formativi;
 - c) costituzione di Dsm "misti", finalizzati alla formazione ed all'assistenza, al fine di garantire alle Scuole di specializzazione (in base alle disposizioni emanate dal Miur con decreto 1° agosto 2005 "Riassetto delle Scuole di specializzazione in area sanitaria") il pieno raggiungimento degli obiettivi formativi attraverso l'utilizzo di tutta la rete dei servizi, laddove le strutture universitarie non gestiscano direttamente tutte le componenti di un Dsm;
 - d) pieno raggiungimento degli obiettivi già previsti dal Posm 1998-2000 in applicazione dell'articolo 6, comma 2 del decreto legislativo n. 502/1992;
2. miglioramento dei livelli di formazione di tutte le professioni sanitarie, nell'ambito dei rispettivi Corsi di laurea, sulle problematiche psicologiche correlate alle patologie somatiche e sul riconoscimento precoce di disturbi psichiatrici maggiori in ogni fase della vita;
3. rendere trasmissibili le competenze desunte dall'attività quotidiana nei Dipartimenti di salute mentale, traducendole in principi operativi in grado di guidare il lavoro di cura svolto dagli operatori: rendere cultura la prassi quotidiana;
4. promuovere la formazione attraverso il gruppo di lavoro. È indubbio che il concetto di gruppo di lavoro si è profondamente modificato negli ultimi anni. Infatti, attualmente, viene richiesto sempre più ad ogni operatore di sentirsi parte non solo della singola équipe, ma di un'intera unità operativa e del Dsm nel suo complesso e, dunque, di una più estesa organizzazione sanitaria come l'Azienda sanitaria; non ultimo, gli si chiede di sentirsi parte di un sistema sociale e sanitario che si interroga ed opera per lo sviluppo della salute mentale in una determinata comunità locale. L'équipe tradizionale dei servizi territoriali va ripensata: i gruppi di lavoro di oggi devono riuscire a creare dei rapporti con la comunità locale, devono essere in grado di sviluppare una loro gruppaltà, essere capaci di integrare nuove figure professionali e non professionali per le quali vanno pensati nuovi livelli di formazione. L'importanza del gruppo di lavoro è ribadita in quanto le organizzazioni di Salute mentale sono già di fatto organizzate in forme gruppali: piccolo gruppo inteso come équipe di lavoro, gruppo intermedio inteso come la pluralità di professionalità che lavorano in un determinato contesto di cura (servizio territoriale, comunità, reparto, centro diurno), e il grande gruppo inteso come organizzazione istituzionale di servizio integrata con le varie agenzie territoriali formali e informali. Promuovere la supervisione - intesa come co-visione - per sostenere e accompagnare i processi di formazione permanente dei gruppi di lavoro deputati alla cura psichiatrica, alla promozione e alla tutela della salute mentale;
5. nel campo della formazione psicoterapeutica bisognerà procedere ad una revisione dei criteri di riconoscimento/accreditamento delle Scuole di specializzazione private adeguandoli agli standard europei, che in questi anni sono significativamente cresciute in termini numerici ma non altrettanto in qualità dell'offerta formativa.

Le azioni formative devono avere:

- carattere permanente;
- una stretta connessione fra pratica e teoria;
- il gruppo di lavoro come sede privilegiata di ricerca culturale e formativa;
- la tendenza a valorizzare tutti i soggetti coinvolti nel campo della promozione e tutela della salute mentale.

Ricerca, valutazione e innovazione

Lo sviluppo delle attività di ricerca in salute mentale diventa un obiettivo prioritario di salute pubblica, al fine di sostenere una cultura dell'innovazione, della professionalizzazione e della trasparenza sulle pratiche, sulle tecniche e sulle organizzazioni.

In definitiva, il percorso consiste nel tenere insieme i tre livelli sui quali si declina un intervento di salute mentale: livello etico, livello delle evidenze, livello delle esperienze. Si tratta, in particolare, di promuovere ricerche collegate alla pratica clinica sulle seguenti aree:

- a) standardizzazione dei percorsi di presa in carico - tra sistemi di salute pubblica di comunità e Dam - nei disturbi psichiatrici comuni e nei disturbi psichiatrici maggiori;
- b) standardizzazione dei percorsi di individuazione precoce e trattamento all'esordio, nella fascia dell'adolescenza, seguendo le linee-guida nazionali ed in stretto accordo tra Servizi dell'infanzia e dell'adolescenza e Dsm;
- c) standardizzazione dei percorsi di continuità terapeutico-assistenziale dei disturbi e delle disabilità ad esordio nell'infanzia al passaggio all'età adulta;
- d) ricerche valutative sull'inclusione socio-lavorativa e suo valore nei processi di guarigione;
- e) ricerche valutative sull'appropriatezza dei trattamenti e delle organizzazioni di cura, attraverso pacchetti di indicatori sensibili delle realtà locali;
- f) sviluppo di processi di accreditamento e verifica di qualità, fondati sui sistemi di audit clinico e revisione tra pari, con il coinvolgimento attivo di utenti e familiari;
- g) percorsi di monitoraggio continuativo degli effetti collaterali dei farmaci e della salute somatica dei pazienti, affetti da disturbi psichiatrici maggiori ed in trattamento farmacologico a lungo termine;
- h) sviluppo di pacchetti di indicatori per monitorare processi ed esiti di trattamenti integrati, in particolare sull'area della riabilitazione intensiva e precoce;
- i) sviluppo di sistemi di farmacovigilanza, collegati alla pratica clinica;
- j) sviluppo di sistemi di monitoraggio dei trattamenti psicoterapeutici, terapie complementari e non convenzionali, anche in relazione alla definizione dei Lea;
- k) sviluppo di ricerche in *real world*, al fine di tradurre le evidenze generali nella loro applicabilità locale;
- l) formazione e promozione di interventi mirati al miglioramento della adesione al trattamento, soprattutto nei pazienti ad alto rischio di *drop-out*.

Infine, andranno promosse ricerche sullo stato dei sistemi di psichiatria di comunità in linea con le più recenti ricerche condotte a livello nazionale sulla residenzialità, sugli Spdc e sui Csm - al fine di avere sempre un quadro conoscitivo aggiornato ed oggettivo, sul quale fondare confronti, valutazioni, scelte di priorità, eventuali aggiustamenti di percorso. Deve essere specifica responsabilità del Ministero della salute, delle Regioni e delle Aziende sanitarie dare ampia diffusione dei risultati delle ricerche al fine di favorire una operatività e una programmazione innovativa.

Il Ministero della salute si impegna ad orientare sistematicamente al settore della salute mentale una quota dei propri finanziamenti dedicati alla ricerca.