

Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad acta

OGGETTO: Recepimento dell'Accordo 2013 n.4/CU approvato dalla Conferenza Unificata in data 24 gennaio 2013 relativo al "*Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale*".

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTO lo Statuto della Regione Lazio approvato con L.R. 11 novembre 2004, n.1;

VISTA la legge regionale 18 febbraio 2002, n.6 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTO il regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale n.1 del 6 settembre 2002 e successive modificazioni ed integrazioni;

DATO ATTO che, con deliberazione del Consiglio dei ministri del 21 marzo 2013, il Presidente della Regione Lazio Nicola Zingaretti è stato nominato Commissario ad Acta per la realizzazione degli obiettivi di risanamento finanziario previsti nel Piano di Rientro dai disavanzi regionali per la spesa sanitaria;

DATO ATTO, altresì, che il Consiglio dei Ministri con deliberazione del 17 dicembre 2013, ha deliberato la nomina del dr. Renato Botti, con decorrenza 7 gennaio 2014, quale Sub Commissario nell'attuazione dei piani di rientro dai disavanzi del SSR della Regione Lazio, con il compito di affiancare il Commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale, ai sensi della deliberazione del consiglio dei ministri del 21 marzo 2013, richiamati in particolare le azioni e gli interventi in via prioritaria indicati nella deliberazione del Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2012, intendendosi aggiornati i termini ivi indicati, intervenendo anche per garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza, sicurezza e qualità, attraverso un utilizzo efficiente delle risorse;

VISTA la legge 27 dicembre 1978, n.833 e successive modificazioni, concernente l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale;

VISTO il D.Lgs. 30 dicembre 1992, n.502 e successive modificazioni ed integrazioni concernente: "*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni*";

VISTA la legge regionale 16 giugno 1994 n.18, e successive modificazioni recante "*Disposizioni per il riordino del SSR ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502 e successive modificazioni e integrazioni. Istituzioni delle aziende unità sanitarie locali*";

VISTA la legge regionale 18 febbraio 2002, n.6 e successive modificazioni recante "*Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale*";

VISTA la legge regionale 03 luglio 2006, n.6 “*Istituzione della Consulta regionale per la salute mentale*”;

VISTA la deliberazione di Giunta Regionale n.66 del 12 febbraio 2007 concernente “*Approvazione del Piano di Rientro per la sottoscrizione dell’Accordo tra Stato e Regione Lazio ai sensi dell’art.1, c.180, della Legge 311/2004*”;

VISTA la deliberazione di Giunta Regionale n.149 del 6 marzo 2007 avente per oggetto: “*Presa d’atto dell’Accordo Stato –Regioni ai sensi dell’art.1, c.180, della Legge n. 311/2004 , sottoscritto il 28 febbraio 2007, Approvazione Piano di Rientro*” e i seguenti obiettivi:

- 1.1.2 Definizione dei requisiti per l’autorizzazione
- 1.1.3 Modalità e termini per l’adeguamento ai requisiti organizzativi
- 1.1.4 Ulteriori requisiti per l’accreditamento
- 1.2.2 Ridimensionamento dei reparti con bassa performance organizzativa
- 1.2.4 Riorganizzazione della rete ospedaliera e separazione dei percorsi tra l’emergenza, l’urgenza e l’elezione;

VISTO l’art.2 commi da 67 a 105 della legge 23 dicembre 2009 n.191 ed in particolare l’art.88, che prevede la gestione commissariale per la prosecuzione del Piano di rientro, secondo programmi operativi coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario *ad acta*;

VISTO il decreto legge c.d. “Spending Review” 6 luglio 2012, n.95 recante “Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini, convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n.135;

VISTO il decreto legge c.d. “Balduzzi” 13 settembre 2012 , n.158 recante “Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del paese mediante un più alto livello di tutela della salute, convertito con modificazioni dalla legge 8 novembre 2012, n.189 ed in particolare, l’articolo 1 sul riordino dell’assistenza territoriale e la mobilità del personale delle aziende sanitarie e l’art.4 sulla dirigenza sanitaria ed il governo clinico;

VISTA la legge regionale 3 marzo 2003, n.4 e successive modificazioni ed integrazioni, recante: “*Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all’esercizio di attività sanitarie e socio – sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali*;

CONSIDERATO, che la legge regionale n.4/03 rappresenta, insieme al Piano Sanitario Regionale ed agli atti di autonomia aziendale, un fondamentale strumento di programmazione dell’offerta di servizi, principalmente indirizzato ad assicurare livelli essenziali di assistenza e, nel contempo, consentire la libera scelta al cittadino rispetto al proprio bisogno sanitario, garantendo uno standard omogeneo di qualità;

CONSIDERATO che la deliberazione di Giunta Regionale 419/07 disegna un percorso assistenziale del paziente affetto da disagio psichico che tiene conto dell’offerta assistenziale esistente nel territorio e rende compatibili le fasi cliniche dell’utente con i servizi e le strutture;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n.247 del 25 luglio 2014 con il quale si è proceduto all'adozione della nuova edizione dei Programmi operativi 2013/2015;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n.U00251 del 30 luglio 2014 Adozione delle Linee Guida per il Piano Strategico Aziendale 2014 - 2016

VISTO il **DPCM 1 aprile 2008** *Modalità e 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;*

VISTO l'Accordo del 26 novembre 2009 della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Conferenza Unificata, sul documento proposto dal Tavolo permanente sulla sanità penitenziaria recante: *“Strutture sanitarie nell'ambito del sistema penitenziario”*

VISTA la Legge n.9 del 17/2/2012 *“Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, recante interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri. (12G0026) (GU n.42 del 20-2-2012)”* e art.3 *ter della suddetta legge, “Disposizioni per il definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG)”*;

VISTA la deliberazione di Giunta Regionale n.4 del 13/1/2012 avente per oggetto: *“DPCM 1 aprile 2008 pubblicato sulla G.U del 30 Maggio 2008 n.126. Recepimento dell'Accordo in Conferenza Unificata recante “Integrazioni agli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e le Case di Cura e Custodia (CCC) del 13 ottobre 2011. (all.1). Approvazione schema di “Accordo di Programma tra le Regioni Abruzzo, Campania, Lazio e Molise per la realizzazione di forme di collaborazione e di coordinamento e per il miglioramento e la valutazione dell'efficienza e dell'efficacia degli interventi mirati alla realizzazione del programma di superamento degli O.P.G.”. (all.2). Approvazione Piano sperimentale denominato “Creazione di una rete di presa in carico dei soggetti ex internati negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (O.P.G.) provenienti dal territorio della Regione Lazio”. (all.3) all'interno della quale si è ritenuto opportuno, a seguito della C.U. del 13/10/2011, aggiornare l'oggetto della Determina B2106 del 13/3/2011, così come appresso indicato “Sottogruppo Tecnico Regionale per il superamento degli OPG”*;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta U00096 del 9/4/2013 pubblicato sulla G.U. il 23/4/2013, n.23 avente ad oggetto: *“Recepimento del Decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministro della Giustizia del 1/10/2012 pubblicato su G.U. del 19/11/2012 n.270; approvazione del documento contenente “Fabbisogno di strutture sanitarie residenziali terapeutiche alternative all'OPG” (All.1); approvazione del documento contenente “Fabbisogno di personale di strutture sanitarie residenziali terapeutiche alternative all'OPG” (All.2); approvazione del documento contenente “Progetto informativo/formativo e aggiornamento professionale per la cura e la gestione dei pazienti psichiatrici autori di reato” (All.3);*

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta U00300 del 3/7/2013 pubblicato sulla G.U. il 11/7/2013, n.56 avente per oggetto: *“Approvazione del programma di utilizzo delle risorse destinate alla Regione Lazio con Decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze del 28 Dicembre 2012 per la realizzazione di strutture sanitarie extra ospedaliere per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari ai sensi dell'Art. 3 – ter della L. n.9 del 17 Febbraio 2012”*;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n.U00233 del 18 luglio 2014 *“Approvazione del programma assistenziale regionale per il completamento del processo di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG), ai sensi della L.9 del 17 febbraio 2012, art.3 ter e s.m.i., comprensivo delle richieste di assunzione in deroga di personale qualificato da dedicare anche ai percorsi*

terapeutico riabilitativi finalizzati al recupero e al reinserimento sociale dei pazienti internati provenienti dagli OPG”;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n.U00244 del 24 luglio 2014 “Integrazione DCA n.148/20 14 recante: "Definizione, ai sensi dell'articolo 3 bis, comma 5, del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, dei criteri generali e delle procedure per lo valutazione dell'attività dei Direttori Generali delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale e assegnazione degli obiettivi per l'anno 2014”;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n.U00247 del 25 luglio 2014 “Adozione della nuova edizione dei Programmi Operativi 2013 - 2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di Rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio”;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n.U00250 del 30 luglio 2014 “Definizione del limite massimo di risorse assegnabili per l'anno 2014 delle prestazioni neuropsichiatriche erogate da strutture private accreditate con onere a carico del SSR”;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n.U00259 del 6 agosto 2014 “Approvazione dell'atto di indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio”;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n.U00261 del 6 agosto 2014 “Modifiche e/o integrazioni allo schema di contratto/accordo di cui al DCA U00183/2013”;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n.U0015 del 5 settembre 2008 “*Definizione dei fabbisogni sanitari dell'assistenza residenziale per la salute mentale. Ridefinizione di alcune funzioni assistenziali delle Case di Cura Neuropsichiatriche. Approvazione della Relazione tecnica di ridefinizione di alcune funzioni assistenziali delle Case di Cura Neuropsichiatriche*”;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n.U0048 del 7 luglio 2009, “*Integrazione e modifica dei requisiti di cui alla DGR 424/2006*” (ALL.1); “*Ridefinizione dell'offerta complessiva di posti letto nelle Case di Cura Neuropsichiatriche e valorizzazione delle relative tariffe*” (ALL.2);

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n.U0090 del 2010 “*Approvazione di Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie*” (All.1), “*Requisiti ulteriori per l'accreditamento*” (All.2), “*Sistema Informativo per le Autorizzazioni e gli accreditamenti delle Strutture Sanitarie (SAAS) - Manuale d'uso*” (All.3). *Adozione dei provvedimenti finalizzati alla cessazione degli accreditamenti provvisori e avvio del procedimento di accreditamento definitivo ai sensi dell'art.1, commi da 18 a 26 (Disposizioni per l'accreditamento istituzionale definitivo delle strutture sanitarie e socio-sanitarie private), Legge Regionale 10 Agosto 2010, n.3*”;

CONSIDERATO che all'interno del suddetto Decreto del Commissario ad Acta n.U0090/2010 sono state inseriti i requisiti per le strutture e i servizi per i minori, anche del circuito penale, nell'area della salute mentale e, in particolare i Servizi TSMRRE, i centri diurni per l'età prescolare, i Centri diurni per Adolescenti e le strutture residenziali per adolescenti intensive ed estensive;

TENUTO CONTO che gli stessi Servizi pubblici territoriali TSMREE esercitano funzioni di “prevenzione, tutela, diagnosi, cura, riabilitazione, inserimento scolastico e sociale dei soggetti in età evolutiva (0-17 anni) che presentano disturbi e patologie di tipo neurologico, neuropsicologico, psicologico, psichiatrico e dello sviluppo, disabilità, situazioni di disagio psicosociale e relazionale anche quando si tratti di minori provenienti dal circuito penale”;

CONSIDERATO che è in corso di approvazione il documento discusso all'interno del Gruppo GISM “Le strutture residenziali e semiresidenziali terapeutiche per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n.101 del 09/12/2010 “Revoca parziale, contestuale sostituzione e/o integrazione al Decreto del Commissario ad Acta n. U0048/2009 “Integrazione e modifica dei requisiti di cui alla D.G.R. 424/2006” (ALL.1); “Ridefinizione dell'offerta complessiva di posti letto nelle Case di Cura Neuropsichiatriche e valorizzazione delle nuove tariffe”(ALL.2)”;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta 3 febbraio 2011 n.8 “Modifica dell'Allegato 1 al decreto del Commissario ad Acta 90/2010 per: a) attività di riabilitazione (cod. 56), b) attività di lungodegenza (cod. 60); c) attività erogate nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) per i livelli prestazionali: R1, R2, R2D e R3. Approvazione Testo Integrato e Coordinato denominato «Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie»”;

VISTO, in particolare, quanto disposto dal Decreto del Commissario ad Acta 3 febbraio 2011 n.8 ai seguenti punti:

1. STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO OSPEDALIERO A CICLO CONTINUATIVO E DIURNO PER ACUZIE (...)
- 1.2. AREA DI DEGENZA PER I RICOVERI A CICLO CONTINUATIVO.
- 1.2a EMERGENZA PSICHIATRICA IN ETÀ EVOLUTIVA
- 1.3. AREA DI DEGENZA PER RICOVERI A CICLO DIURNO (DAY HOSPITAL)
- 1.3a. DAY HOSPITAL PER I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE
- 3.9 CENTRO DI SALUTE MENTALE (CSM)
- 3.10 SERVIZIO TUTELA DELLA DISABILITÀ IN ETÀ ADULTA
- 3.11. UNITÀ TUTELA SALUTE MENTALE E RIABILITAZIONE IN ETÀ EVOLUTIVA (TSMREE)
- 3.12. AMBULATORIO PER I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE E OBESITÀ - CON POSSIBILITÀ DI “PASTI ASSISTITI”
4. STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI IN REGIME RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE
- 4.3. STRUTTURE RESIDENZIALI PSICHIATRICHE
- 4.4. CENTRI DIURNI PSICHIATRICI E DAY HOSPITAL PSICHIATRICI
- 4.9. CENTRO DIURNO TERAPEUTICO (C.D.T. PER L'ETÀ PRE-SCOLARE)
- 4.10. CENTRO DIURNO TERAPEUTICO ETÀ ADOLESCENZIALE
- 4.11. STRUTTURE RESIDENZIALI TERAPEUTICO-RIABILITATIVE PER ADOLESCENTI - S.R.T.R.
- 4.12. STRUTTURA RESIDENZIALE PER IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE E OBESITÀ
- 4.13. CENTRO DIURNO PER IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE E OBESITÀ
7. SERVIZI PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE
- 7.5. SERVIZI A FAVORE DI PERSONE AFFETTE DA DISTURBI MENTALI (assistenza domiciliare);

TENUTO CONTO che la Conferenza Unificata, nella seduta del 24 gennaio 2013, ha approvato l'Accordo concernente il Piano di azioni nazionale per la salute mentale che individua le aree di bisogno prioritarie, i percorsi di cura e le azioni programmatiche di tutela della salute mentale in età adulta, in infanzia e in adolescenza;

CONSIDERATO CHE l'Accordo concernente il "*Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale*" (PANSM) (Atto rep. N. 4/CU del 24.01.2013) impegna le Regioni e le Province autonome a recepirne i contenuti con propri provvedimenti, nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili;

TENUTO CONTO, altresì, che il PANSM individua in tre distinte sezioni le azioni programmatiche, per ciascuna delle quali vengono definiti: gli obiettivi le azioni gli indicatori:

1. Tutela della salute mentale in età adulta
2. Tutela della salute mentale in infanzia e adolescenza
3. Integrazione e coordinamento con altre aree;

CONSIDERATO CHE gli obiettivi specifici prioritari individuati dal "*Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale*" per la tutela della salute mentale in età adulta, sono:

- percorsi clinici territoriali differenziati;
- identificazione e intervento precoce dei disturbi psichici gravi in fase di esordio e programmi preventivi integrati con la Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza nella fascia d'età 15-21anni;
- prevenzione del suicidio e del tentato suicidio, in particolare sui pazienti diagnosticati per disturbo dell'umore;
- miglioramento del trattamento dei disturbi borderline di personalità;
- miglioramento del trattamento dei disturbi psichici comuni;
- miglioramento del trattamento dei disturbi del comportamento alimentare;
- miglioramento del trattamento dei disturbi psichici correlati alla patologia somatica e all'invecchiamento;
- promozione della salute fisica del paziente psichiatrico;
- differenziazione dell'offerta psichiatrica ospedaliera;
- differenziazione dell'offerta di residenzialità per livelli di intensità riabilitativa;
- prevenzione e lotta allo stigma;

TENUTO CONTO, di quanto auspicato dal PANSM in merito al coordinamento degli interventi integrati con le altre aree di lavoro "...si rende necessario al fine di fornire risposte integrate ad una domanda complessa di assistenza che riguarda la persona ed il suo bisogno di salute globalmente considerato, ottimizzando l'utilizzo delle risorse finanziarie, sempre più limitate, e dei servizi stessi..." e agli obiettivi generali da perseguire:

- *"definizione di percorsi assistenziali integrati e raccomandazioni di buone pratiche*
- *condivisione tra le diverse agenzie cointeressate*
- *formulazione di accordi e procedure operative, recepiti, ove necessario, in protocolli d'intesa*
- *formazione integrata rivolta ai gruppi operativi multi professionali;"*

TENUTO CONTO, altresì, che il PANSM sottolinea l'importanza dell'implementazione del Sistema Informativo Salute Mentale nazionale (SISM) in tutte le Regioni, verificando preliminarmente in modo specifico la predisposizione delle procedure necessarie;

RITENUTO, alla luce delle premesse di cui sopra, di recepire con il presente provvedimento il citato "*Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale*" e di demandare a successivi atti le azioni programmatiche ivi previste;

CONSIDERATO che il sopraccitato *Piano di azioni nazionale per la salute mentale* prevede tra i propri obiettivi di affrontare la tematica della residenzialità psichiatrica, sia per gli adulti che per i minori, proponendo specifiche azioni mirate a differenziare l'offerta di residenzialità in base ai livelli di intensità riabilitativa e assistenziale e promuovendo, all'interno del sistema di offerta dei dipartimenti di salute mentale, una residenzialità funzionale ai percorsi individualizzati e strutturata sia per intensità di trattamento sia per programmi e tipologie di intervento correlati alla patologia ed alla complessità dei bisogni;

VISTO anche che la Conferenza Unificata, nella seduta del 17 ottobre 2013, ha sancito l'Accordo sul documento concernente le *Strutture Residenziali Psichiatriche*, già recepito dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome in data 13 giugno 2013;

PRESO ATTO che il recepimento degli Accordi nazionali "*Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale*" e "strutture residenziali psichiatriche" revisiona per le parti interessate il Decreto del Commissario ad Acta n.101 del 09/12/2010;

RITENUTO OPPORTUNO demandare a successivo decreto, da adottarsi entro 30 giorni dal presente, il recepimento dell'Accordo concernente le strutture residenziali psichiatriche approvato in data 17 ottobre 2013 dalla Conferenza Unificata, nonché la modifica ed integrazione del Decreto del Commissario ad Acta n.101 del 09/12/2010, con particolare riguardo all'adozione del modello residenziale proposto con differenziazione dell'offerta di residenzialità per livelli di intensità riabilitativa e assistenziale finalizzata a migliorare i trattamenti e a ridurre le disomogeneità, procedendo al conseguente adeguamento degli interventi di tipo economico ed alternativi alla residenzialità;

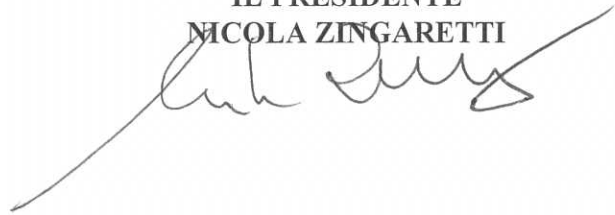
DECRETA

Per le motivazioni di cui in premessa, che qui si intendono riportate quale parte integrante e sostanziale:

- di recepire l'Accordo **2013 n.4/CU** concernente Il "*Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale*" approvato in data 24 gennaio 2013 dalla Conferenza Unificata, allegato al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale (**Allegato 1**);
- di demandare, per quanto di loro competenza, l'applicazione locale del Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale alle Aziende Sanitarie Locali attraverso i Dipartimenti di Salute Mentale e ai Servizi TSMREE per la parte relativa alla salute mentale dei minori anche appartenenti al circuito penale;
- di demandare a successivo decreto, da adottarsi entro 30 giorni dal presente, il recepimento dell'Accordo concernente le strutture residenziali psichiatriche approvato in data 17 ottobre 2013 dalla Conferenza Unificata, nonché la modifica ed integrazione del Decreto del Commissario ad Acta n.101 del 09/12/2010, con particolare riguardo all'adozione del modello residenziale proposto con differenziazione dell'offerta di residenzialità per livelli di intensità riabilitativa e assistenziale finalizzata a migliorare i trattamenti e a ridurre le disomogeneità, procedendo al conseguente adeguamento degli interventi di tipo economico ed alternativi alla residenzialità.
- di trasmettere il presente decreto, ai sensi dell'art. 3, comma 1, dell'Accordo del Piano di rientro, ai Ministeri competenti;

- di notificare il presente provvedimento, a cura del Direzione proponente, ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie per i provvedimenti di competenza, da adottare attraverso i Dipartimenti di Salute Mentale;
- di dare atto che il recepimento del presente Accordo non comporta oneri aggiuntivi a carico del Bilancio regionale;
- di disporre la pubblicazione del presente provvedimento nel Bollettino ufficiale della Regione E sul sito web istituzionale della Regione nei modi e termini di rito.

**IL PRESIDENTE
NICOLA ZINGARETTI**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Nicola Zingaretti', is written over the printed name. The signature is fluid and cursive, with a long horizontal stroke extending to the left.

PIANO DI AZIONI NAZIONALE PER LA SALUTE MENTALE

Indice

Introduzione

Premessa

I problemi di salute mentale della popolazione: bisogni di salute, priorità, azioni, monitoraggio

Cap. 1 Le aree di bisogno prioritarie e i percorsi di cura

- Principi, metodologie, strumenti
- Tabella di sintesi

Cap. 2 Le Azioni programmatiche e le schede di sintesi

- Tutela della salute mentale in età adulta
- Tutela della salute mentale in infanzia ed adolescenza
- Integrazione e coordinamento con altre aree

PIANO DI AZIONI NAZIONALE PER LA SALUTE MENTALE

Introduzione

Il presente documento si fonda su un preciso mandato del Ministero della Salute che aveva avviato una collaborazione con il Gruppo Tecnico Interregionale Salute Mentale (GISM) della Commissione Salute della Conferenza dei Presidenti delle Regioni e Province Autonome.

Il documento preliminare del febbraio 2010, elaborato appunto dal GISM e dai tecnici del Ministero, era stato successivamente integrato dall'invio alla Commissione Salute, su indicazione del Ministro, di ulteriori punti critici da considerare per la stesura definitiva di un vero e proprio "Piano di Azioni per la salute mentale".

Tale documento già suggeriva le principali linee di indirizzo relative alla tutela della salute mentale della popolazione rilevando, accanto alla diffusione dei disturbi psichici, l'emergere di nuovi bisogni in uno scenario sociale e sanitario mutato, e confermando in particolare l'identificazione delle aree di bisogno prioritarie, definendo inoltre con chiarezza i punti di criticità da affrontare nell'ambito della salute mentale sia dell'età adulta che dell'infanzia e adolescenza. Il fine era quello di garantire risultati efficaci e verificabili, anche sulla scorta delle esperienze virtuose sviluppate in diversi contesti regionali, attraverso azioni da realizzare nell'intero territorio nazionale

Partendo dalle premesse suesposte è stato elaborato il presente "Piano di azioni nazionale per la salute mentale".

Si sottolinea come esso tenga anche conto di una serie di indicazioni internazionali e nazionali:

- Declaration and Action Plan di Helsinki dell'OMS Europa (2005) e MH Gap dell'OMS Ginevra (2008)
- Green Paper (2006) ed European Pact for Mental Health and Well-being (2008) dell'Unione Europea
- Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia, recepita nel nostro ordinamento con legge 176/1991 e Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, recepita con legge 18/2009
- Linee di Indirizzo per la Salute Mentale, 20.3.2008
- DPCM 1 aprile 2008 sul trasferimento della sanità penitenziaria dall'Amministrazione della Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale
- Piano Nazionale Prevenzione 2010-2012
- Patto per la Salute 2010-2012.

Da un punto di vista metodologico, la declinazione delle azioni prioritarie su bisogni di salute e interventi, dopo una introduzione descrittiva con i dati disponibili, prevede:

- La definizione degli obiettivi di salute per la popolazione
- La definizione delle azioni e degli attori
- La definizione dei criteri e degli indicatori di verifica e di valutazione.

Premessa

I PROBLEMI DI SALUTE MENTALE DELLA POPOLAZIONE: BISOGNI DI SALUTE, PRIORITÀ, AZIONI, MONITORAGGIO

Il documento elaborato nel febbraio 2010 a cura del GISM e del Ministero della Salute, già citato in introduzione, fornisce alcune chiavi di lettura circa i bisogni di salute mentale emergenti nella popolazione, individuati sulla base di vari fattori, sia generali (quadro epidemiologico, prevalenza e incidenza) che specificamente connessi al contesto operativo di riferimento (storia e organizzazione dei servizi e delle offerte, dati di attività, standard assistenziali, eventi critici, aree di carenza assistenziale, risorse di vario tipo allocate ...).

Per ciascuna delle aree di bisogno si sottolineava la necessità di delineare motivazioni, contenuti, obiettivi prioritari da raggiungere, strumenti e metodi, secondo le seguenti dimensioni: livelli essenziali di assistenza (LEA) e Percorsi di cura; strumenti e metodologie: percorsi clinici, reti, integrazione; programmi innovativi e formazione degli operatori, sistemi di monitoraggio.

Quale punto qualificante del presente documento occorre rilevare che il concetto di LEA – in linea con quanto già proposto (documenti di lavoro del Ministero, documento sui LEA in salute mentale del GISM 2008) – viene inteso come “percorsi di presa in carico e di cura esigibili”, e non come singole prestazioni, tenuto conto della particolare complessità, multifattorialità e necessità di trattamenti integrati per i disturbi psichiatrici maggiori, ma anche in relazione ai fattori di rischio biopsicosociale e agli interventi di riabilitazione ed inclusione sociale. In sintesi, viene raccomandato un modello di approccio che dovrebbe garantire:

- accessibilità, presa in carico, continuità delle cure, personalizzazione del progetto
- percorsi a differente intensità assistenziale, in rapporto ai bisogni di cura
- servizi flessibili, orientati sui bisogni e sulle persone, “recovery-oriented”
- LEA garantiti dalla ASL nel suo complesso, sulla base della sua organizzazione dei servizi, e non solo dal DSM o dai Servizi per i Disturbi Neuropsichici in Infanzia ed Adolescenza nelle loro varie articolazioni ed espressioni organizzative
- percorsi esigibili individualmente, anche quando inseriti in attività di gruppo o in attività comunitarie.

Per quanto riguarda le dimensioni inerenti gli strumenti e le metodologie (percorsi clinici, reti, integrazione), i programmi innovativi e la formazione degli operatori, i sistemi di monitoraggio, esse devono trovare applicazione nei contenuti e nei metodi del Piano di azioni con l’identificazione delle azioni da implementare da parte delle Regioni e delle progettualità da elaborare nei servizi di salute mentale.

Al fine di realizzare gli obiettivi proposti è opportuno raggruppare i bisogni emergenti di salute individuando alcune **aree omogenee di intervento** e, nel contempo, offrire indicazioni metodologiche utili a delineare una **progettualità innovativa**, funzionale alla tipologia dei bisogni prioritari da focalizzare.

In particolare i **bisogni prioritari** su cui elaborare i percorsi di cura possono essere ricondotti all’area esordi – intervento precoce, all’area disturbi comuni, all’area disturbi gravi persistenti e complessi, all’area dei disturbi dell’infanzia e adolescenza.

Quindi la **metodologia** suggerita si fonda sulla necessità di lavorare per progetti di intervento, specifici e differenziati, sulla base della valutazione dei bisogni delle persone e della implementazione di **percorsi di cura** che sappiano intercettare le attuali domande della

popolazione e contribuiscano a rinnovare l'organizzazione dei servizi, le modalità di lavoro delle équipes, i programmi clinici aggiornati offerti agli utenti.

Tali considerazioni generali offrono le linee metodologico-operative essenziali per realizzare il Piano di azioni nazionale per la salute mentale con coerenza rispetto all'obiettivo di fondo: utilizzare le buone pratiche sviluppate dalle Regioni per favorire una crescita operativa e diffusa della salute mentale e specificamente della psichiatria e neuropsichiatria infantile di comunità in Italia.

A – Aree di bisogni prioritari

- area esordi - intervento precoce
- area disturbi comuni, ad alta incidenza e prevalenza (depressione, disturbi d'ansia)
- area disturbi gravi persistenti e complessi
- area disturbi infanzia e adolescenza

La metodologia di lavoro proposta consiste in percorsi di cura / programmi innovativi che i Servizi di Salute Mentale, in particolare nei CSM e nei servizi territoriali, e i Servizi per i Disturbi Neuropsichici in Infanzia ed Adolescenza si impegnino a elaborare e a erogare sulla base della differenziazione dei bisogni e dei progetti specifici di intervento clinico proposti.

Inoltre, con analogo modello progettuale, vanno affrontate altre tematiche di rilievo clinico, sociale e organizzativo, che vanno dai disturbi del comportamento alimentare ai disturbi di personalità, ai disturbi psichici in età geriatrica, ai disturbi psichici associati alle dipendenze patologiche e agli autori di reato, ai diversi modelli di residenzialità psichiatrica differenziata per livelli di intensità, dalla formazione degli operatori in rapporto con l'Università al sistema informativo. Esse tuttavia richiedono di essere trattate in modo del tutto distinto in virtù delle loro specificità.

B – Altre aree di interesse

Ad integrazione del presente Piano, è opportuno prevedere, con separati documenti, lo sviluppo di altre tematiche attraverso la definizione di strumenti differenziati, in quanto vi sono problematiche che necessitano di approfondimenti.

In particolare, i disturbi dell'umore, la prevenzione del suicidio, i disturbi della personalità ed i disturbi del comportamento alimentare, i disturbi dello spettro autistico, necessitano dell'adozione e dell'implementazione di specifiche linee guida/di indirizzo su diagnosi e percorsi di cura.

Considerata inoltre l'importanza crescente che hanno assunto i trattamenti psichiatrici residenziali e a ciclo diurno e la disomogeneità tra le diverse regioni, si rende necessaria la produzione di linee di indirizzo ad hoc che definiscano in modo puntuale gli obiettivi, gli strumenti e le valutazioni di esito sul piano clinico e su quello dell'inclusione sociale.

Occorre anche affrontare in modo mirato la problematica dei bisogni di salute mentale della popolazione immigrata.

Per la coerente attuazione del Piano è determinante sviluppare politiche formative innovative riguardanti le varie professionalità interessate, attraverso il pieno coinvolgimento dell'Università e in accordo con le indicazioni fornite dal Ministero della Salute e dal Ministero dell'Università e della Ricerca.

C – Monitoraggio del Piano e valutazione dell'impatto economico

La reale efficacia di un Piano di azioni si basa anche sulla capacità e costanza di monitorarne l'implementazione nei diversi contesti nazionali, regionali e locali.

A tal fine il Ministero della Salute e le Regioni ne verificheranno periodicamente la realizzazione anche utilizzando i Sistemi informativi già esistenti.

L'adeguato controllo delle azioni di piano richiede il pieno sviluppo e implementazione del Sistema Informativo per la Salute Mentale entro sei mesi dall'approvazione del presente Piano.

Dalle attività previste dal presente Piano non devono derivare maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Le regioni si impegnano a svolgere le suddette attività con le risorse attualmente disponibili, adottando le misure necessarie a migliorare l'appropriatezza degli interventi e l'efficienza dei servizi.

CAPITOLO 1

LE AREE DI BISOGNO PRIORITARIE E I PERCORSI DI CURA

Principi, metodologie, strumenti

Si premette che: 1) “il settore sanitario da solo non può fornire tutti i servizi necessari e non può rispondere a tutti i bisogni per la promozione della salute mentale e la prevenzione dei disturbi psichici” (Mental Health Policy Project, WHO 2001); 2) l’area infanzia e adolescenza richiede formazione, competenze e modelli di intervento multiprofessionali specifici (connessi alla peculiarità dello sviluppo e alla necessità di includere l’ambito della riabilitazione neuropsichica).

Si conferma che i percorsi di cura devono essere realizzati sia da parte dei servizi specialistici per la salute mentale (DSM e/o servizi per i disturbi neuropsichici dell’infanzia e dell’adolescenza) sia nell’integrazione con la rete dei servizi sanitari, sociali e educativi, formali e informali, istituzionali e non.

Sono due i principi guida da applicare:

- a. privilegiare la metodologia di “partire dal basso”, valorizzando le buone pratiche esistenti a livello locale, oltre che regionale, favorendo il confronto, l’accreditamento tra pari e le forme di collaborazione
- b. assumere come cornice di riferimento la “psichiatria e neuropsichiatria infantile di comunità”, promuovendo e rilanciando il lavoro nel territorio.

In tale prospettiva diviene rilevante, a livello dei servizi territoriali (CSM, Servizi NPJA), differenziare le tipologie dei bisogni e delle domande per individuare percorsi territoriali di cura diversificati, quali ad esempio la collaborazione con MMG e PLS o con altri servizi anche dell’area sociale ed educativa, la relazione di cura continuativa paziente – specialista, la presa in carico per pazienti portatori di bisogni gravi e/o complessi con progetto terapeutico condiviso.

Percorsi clinici

I modelli operativi indicati per una psichiatria e neuropsichiatria infantile di comunità ben integrata con le risorse del territorio devono attuare percorsi di cura coerenti con i diversi bisogni e l’intervento in aree specifiche (es. il riconoscimento precoce dei disturbi gravi).

Punto cruciale, destinato a crescere di importanza con la diffusione dei disturbi psichici e di quelli neuropsichiatrici dell’età evolutiva, è dato dal rapporto con i MMG e i PLS, snodo decisivo della relazione medico-paziente.

La metodologia dei percorsi clinici garantisce una valutazione approfondita delle esigenze degli utenti e percorsi di cura personalizzati per soggetti affetti da disturbi gravi con maggiori bisogni e a rischio di abbandono (*drop out*) o di continua migrazione tra servizi.

I dati disponibili sulle attività dei DSM e dei servizi per i disturbi neuropsichici dell’infanzia e dell’adolescenza sembrano indicare una scarsa progettualità nei percorsi di assistenza. Tale situazione, riconducibile a una insufficiente differenziazione della domanda, genera il pericolo di un utilizzo delle risorse non appropriato alla complessità dei bisogni presentati dagli utenti. In molti casi, gli utenti con disturbi gravi ricevono percorsi di assistenza simili agli utenti con disturbi

comuni e viceversa. A tale analisi si aggiunge l'evidenza di una sempre maggiore criticità in relazione alle risorse umane dei servizi.

L'aspetto critico principale consiste nella difficoltà di individuare degli indicatori di ingresso che permettano di prevedere quale dovrà essere il percorso del paziente all'interno del servizio territoriale. Per superare tale difficoltà si propongono alcuni **modelli** clinico-organizzativi atti a governare il processo assistenziale:

- i) la collaborazione/consulenza: una modalità di lavoro organizzata tra DSM e medicina generale o tra servizi NPIA, PLS, servizi psicologici o sociali e scuola per gli utenti che non necessitano di cure specialistiche continuative;
- ii) l'assunzione in cura: percorso di trattamento per gli utenti che necessitano di trattamento specialistico ma non di interventi complessi e multiprofessionali;
- iii) la presa in carico: percorso di trattamento integrato per gli utenti che presentano bisogni complessi e necessitano di una valutazione multidimensionale e intervento di diversi profili professionali. Il percorso clinico di "presa in carico" prevede la definizione di un Piano di Trattamento Individuale per il singolo utente e - a seconda dei bisogni individuati - richiede l'identificazione del "case manager" e la ricerca e il recupero del rapporto con gli utenti "persi di vista", oltre a una maggiore attenzione alle famiglie nell'ambito dei programmi di cura e lo sviluppo di programmi di prevenzione in collaborazione con gli Enti locali e con la scuola.

Ulteriori specificità sono riservate oggi ai programmi per l'individuazione e l'intervento precoce delle psicosi, validati dalla letteratura internazionale e già inseriti con specifiche Linee Guida nel Sistema Nazionale Linee Guida, che peraltro sono in atto con appositi protocolli di valutazione e trattamento e/o con programmi di azioni innovative in diverse regioni.

Il percorso clinico di presa in carico nell'adulto e il lavoro di rete

Nel caso del paziente adulto, la presa in carico si rivolge ad un soggetto che è riconosciuto comunque parte attiva di una relazione di cura e si fonda su un rapporto di alleanza e di fiducia con l'utente, i suoi familiari e le persone del suo ambiente di vita. Il servizio psichiatrico che si assume la titolarità della presa in carico di un utente deve comunque offrire un supporto complessivo in tutto il percorso del paziente (interventi territoriali, ospedalieri, di emergenza/urgenza, residenziali e semiresidenziali) e garantire la risposta in tutte le fasi del trattamento.

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

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

Un percorso di presa in carico si basa operativamente sull'integrazione di attività specifiche cliniche e riabilitative, di assistenza, di intermediazione e di coordinamento, sempre nell'ottica dell'autonomizzazione del paziente.

Dal punto di vista organizzativo il percorso di presa in carico deve fondarsi su un Piano di Trattamento Individuale, contenuto nella cartella clinica e regolarmente aggiornato in funzione dell'andamento clinico indicando le caratteristiche funzionali dell'utente e la sua partecipazione al progetto, le motivazioni e gli obiettivi del programma di cura e la tipologia delle prestazioni erogate dall'équipe.

Il Piano di Trattamento Individuale rappresenta la sottoscrizione di un "accordo/impegno di cura" tra DSM e utente, con l'auspicabile partecipazione delle famiglie e il possibile coinvolgimento della rete sociale.

Il lavoro di rete costituisce un metodo di essenziale importanza, anche utilizzando strumenti di esplorazione delle reti sociali informali (naturali) e formali (servizi), nell'ambito della presa in carico del paziente complesso e dell'integrazione dei trattamenti. Esso garantisce così opportunità di sviluppo della persona e permette di passare da intervento riabilitativo ad intervento di integrazione e di reinserimento nella vita di relazione, coinvolgendo la famiglia ristretta e allargata come risorsa.

La presa in carico nei disturbi neuropsichici dell'infanzia e adolescenza

Nel caso della tutela della salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza, benché valgano principi analoghi e anche qui sia opportuna una riflessione sulla differenziazione dei percorsi di assistenza, vi sono però alcuni aspetti peculiari connessi alla specificità dei disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza e agli interventi in età evolutiva.

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

TABELLA DI SINTESI

Aree prioritarie di intervento

- area esordi- intervento precoce
- area disturbi comuni
- area disturbi gravi persistenti e complessi
- area disturbi infanzia e adolescenza

La metodologia di lavoro indicata si articola essenzialmente in percorsi di cura / programmi innovativi che i Servizi di Salute Mentale, in particolare nei CSM e nei servizi territoriali, e i Servizi per i Disturbi Neuropsichici in Infanzia ed Adolescenza si impegnino a elaborare e a erogare sulla base della differenziazione dei bisogni e dei progetti specifici di intervento clinico proposti, come esemplificato di seguito nella tabella riassuntiva di metodo:

PERCORSI DI CURA nell'ambito dei programmi innovativi di intervento da attivare					
<i>AREE BISOGNI</i>	INTERVENTI TERRITORIALI	CONTINUITÀ ASSISTENZIALE INTEGRAZIONE	RETI NATURALI FAMIGLIA EMPOWERMENT	RAPPORTO OSPEDALE – TERRITORIO	PROGRAMMI RESIDENZIALI RIABILITATIVI ASSISTENZIALI
<i>Esordi Interventi precoci</i>	Consulenza Assunzione in cura Presa in carico	Scuole, MMG e PLS, Piani di Zona, Distretto, DSM- NPIA	Famiglia, Centri di aggregazione, Auto Mutuo Aiuto, Cooperazione e Agenzie del lavoro	DEA, SPDC, Pediatria	Centri Diurni, Comunità terapeutico- riabilitative
<i>Disturbi comuni (depressione, disturbi d'ansia)</i>	Consulenza Assunzione in cura	MMG, Distretto	Famiglia, Auto Mutuo Aiuto	DEA, Psichiatria di Liaison in ambito ospedaliero	
<i>Disturbi gravi e complessi</i>	Presa in carico (Intervento integrato, Case manager)	MMG, Comuni, Piani di Zona	Famiglia, Auto Mutuo Aiuto, Associazioni, Volontariato, Cooperazione e Agenzie Lavoro	DEA, SPDC, Medicina interna (Neurologia, Geriatrics)	Strutture riabilitative e assistenziali, RSA residenzialità leggera e social housing
<i>Disturbi in Infanzia e Adolescenza</i>	Consulenza Assunzione in cura Presa in carico	NPIA-DSM, Scuole, PLS, Consultori, Piani di Zona, Distretto	Famiglia, Centri di aggregazione, Associazioni, Volontariato	DEA, Pediatria, Neonatologia e Servizi ospedalieri dedicati	Comunità terapeutiche per minori, Strutture residenziali socio-sanitarie, Comunità educative, Centri semi residenziali terapeutici, Servizi innovativi, ecc.

CAPITOLO 2

LE AZIONI PROGRAMMATICHE

Tutela della salute mentale in età adulta

Il mandato istituzionale in materia di tutela della salute mentale in età adulta è definito dal LEA (livello essenziale di assistenza) di settore, anche in riferimento alla titolarità della spesa assistenziale, e consiste nel garantire l'attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi terapeutico-riabilitativi a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie e che si articola in:

- a) prestazioni ambulatoriali e domiciliari terapeutiche-riabilitative e socio riabilitative, secondo il progetto terapeutico individuale
- b) prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socio riabilitative in regime semiresidenziale, secondo il progetto terapeutico individuale
- c) prestazioni diagnostiche terapeutiche, riabilitative e socio riabilitative in regime residenziale nella fase intensiva ed estensiva, secondo il progetto terapeutico individuale
- d) prestazioni assistenziali e socio riabilitative, compresi programmi di reinserimento sociale e lavorativo, sia in regime residenziale nella fase di lungoassistenza che nella comunità, secondo il progetto terapeutico individuale

Il modello operativo adottato è quello dell'organizzazione dipartimentale, articolata in una rete integrata di servizi nell'ambito della psichiatria di comunità, così come definito dai due progetti obiettivo nazionali Tutela Salute Mentale (DPR 7 aprile 1994 e DPR 1 novembre 1999).

In linea con i bisogni prioritari e le aree critiche segnalate nell'introduzione, gli obiettivi specifici prioritari individuati dal presente Piano per la tutela della salute mentale in età adulta sono i seguenti:

- Percorsi clinici territoriali differenziati
- Identificazione e intervento precoce dei disturbi psichici gravi in fase di esordio e programmi preventivi integrati con la NPIA nella fascia di età 15-21 anni
- Prevenzione del suicidio e del tentato suicidio, in particolare sui pazienti diagnosticati per disturbo dell'umore
- Miglioramento del trattamento dei disturbi borderline di personalità
- Miglioramento del trattamento dei disturbi psichici "comuni"
- Miglioramento del trattamento dei disturbi del comportamento alimentare
- Miglioramento del trattamento dei disturbi psichici correlati alla patologia somatica e all'invecchiamento
- Promozione della salute fisica del paziente psichiatrico
- Differenziazione dell'offerta psichiatrica ospedaliera
- Differenziazione dell'offerta di residenzialità per livelli di intensità riabilitativa
- Prevenzione e lotta allo stigma

TUTELA DELLA SALUTE MENTALE IN ETÀ ADULTA

Risultato accertabile

Garantire il Livello Essenziale di Assistenza (LEA) relativo alla Tutela della Salute Mentale

OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE/STRUMENTO DI VALUTAZIONE
<p>1. Definizione dei percorsi clinici a livello territoriale per differenziare l'offerta di cura nei servizi del DSM in relazione al bisogno dell'utente</p>	<p>Implementazione specifica nei DSM dei percorsi clinici territoriali differenziati:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) accoglienza e valutazione b) percorso di consulenza con i MMG c) assunzione in cura d) percorso di Presa in carico o trattamento integrato (con PTI e case manager) 	<ul style="list-style-type: none"> - presenza di pianificazione nazionale e regionale (progettualità innovativa) - protocolli operativi nei DSM, con i criteri di valutazione diagnostica - corsi formazione per operatori CSM - rilevazione informatica dei percorsi clinici - presenza strumenti del PTI
<p>2. Identificazione precoce di pazienti con disturbi psichici gravi e dei soggetti a rischio di psicosi in una visione preventiva integrata con i servizi NPIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> a) raccomandazione ai DSM di elaborare progetti sperimentali integrati con la NPIA per favorire il contatto con adolescenti e giovani (fascia 15-21 a.) a rischio di disturbi psichici gravi b) raccomandazione ai Dipartimenti di salute mentale di utilizzare le scale di valutazione nell'identificazione precoce di soggetti al primo episodio di schizofrenia c) elaborazione raccomandazioni ai DSM circa l'appropriatezza del trattamento farmacologico dell'esordio psicotico e del periodo che segue d) implementazione di trattamenti psicologici strutturati di provata efficacia clinica 	<ul style="list-style-type: none"> - percentuale, nel territorio regionale, di servizi con equipe dedicate a progetti integrati per la individuazione dei disturbi psichici gravi nel passaggio all'età giovanile - percentuale di utilizzo di scale di valutazione per l'identificazione delle persone al primo episodio psicotico - verifica tramite audit clinici dell'adesione alle linee guida ministeriali

	e) implementazione di interventi psicoeducazionali del nucleo familiare	<ul style="list-style-type: none"> - evidenza delle raccomandazioni e altri indicatori clinico-organizzativi, tenuto conto delle raccomandazioni nazionali in materia - presenza di Raccomandazioni regionali basate sulle linee guida nazionali - presenza di protocolli nelle strutture - verifica dell’impatto delle raccomandazioni sui servizi
3. Prevenzione del suicidio e del tentato suicidio, in particolare sui pazienti diagnosticati per disturbo dell’umore	<p>a) raccomandazioni regionali finalizzate a incrementare la disponibilità di trattamenti efficaci, appropriati e tempestivi per pazienti affetti da disturbi dell’umore, che prestino particolare attenzione al rilievo di sintomi predittivi di un aumentato rischio suicidario</p> <p>b) raccomandazioni regionali che definiscano le misure organizzative idonee secondo le linee - guida OMS per ridurre la possibilità di effettuare tentativi di suicidio nelle strutture sanitarie e in carcere</p>	<ul style="list-style-type: none"> - verifica della presenza di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali nei servizi
4. Miglioramento del trattamento dei disturbi borderline di personalità	a) formulazione di profilo clinico, valutazione e trattamento dei disturbi borderline di personalità, (psicoterapico, psicofarmacologico e psicosociale) ed assetto organizzativo del percorso di presa in carico	<ul style="list-style-type: none"> - presenza nei CSM di Protocolli di collaborazione con i MMG
5. Miglioramento del trattamento dei disturbi psichici “comuni”	a) valorizzare il ruolo della psichiatria e del percorso di consulenza specialistica per la rete dei MMG	<ul style="list-style-type: none"> - presenza in ospedale di Protocolli di collaborazione con i Dipartimenti medici
6. Sviluppo del trattamento dei Disturbi del Comportamento Alimentare	b) sviluppare la collaborazione tra SPDC e altri reparti ospedalieri	<ul style="list-style-type: none"> - verifica della presenza di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali nei servizi
7. Miglioramento del trattamento dei disturbi psichici correlati alla patologia somatica e all’invecchiamento	b) definizione di percorsi assistenziali integrati per la presa in carico e la gestione dei DCA , in collaborazione tra DSM, NPIA, MMG e strutture ospedaliere	<ul style="list-style-type: none"> - verifica della presenza di Protocolli di collaborazione coerenti i modelli adottati
8. Promozione della salute fisica del paziente psichiatrico	<p>c) raccomandazioni per l’attivazione e lo sviluppo di modelli di psicologia/ psichiatria di consultazione con i MMG ed i servizi ospedalieri</p> <p>↕ ↳ raccomandazioni regionali che inducano nei dipartimenti di salute mentale azioni volte a promuovere corretti stili di vita nei pazienti psichiatrici in collaborazione con i MMG</p> <p>↳ ↕ raccomandazioni regionali sulla necessità di stabilire piani di collaborazione fra i dipartimenti di salute mentale, i dipartimenti di prevenzione e sanità</p>	<ul style="list-style-type: none"> - verifica della presenza di Protocolli di collaborazione sulla base delle Raccomandazioni regionali

<p>9. Trattamenti psichiatrici ospedalieri</p>	<p>pubblica e quelli di cure primarie, per organizzare programmi di educazione sanitaria rivolti ai pazienti psichiatrici</p>	<p>– esistenza protocolli e di sistemi di monitoraggio sulla base delle indicazioni nazionali</p>
<p>10. Differenziazione dell'offerta di residenzialità e assistenziale per migliorare i trattamenti e ridurre le disomogeneità</p>	<p>a) differenziazione dell'offerta per livelli di intensità di cura b) implementazione delle raccomandazioni nazionali su TSO, contenzione fisica, prevenzione del suicidio a) ricognizione degli attuali assetti regionali delle strutture residenziali psichiatriche b) rilevazione dell'organizzazione regionale sui programmi riabilitativi individuali c) descrizione della tipologia degli interventi di assistenza (sanitaria / sociale) d) definizione di requisiti e standard idonei delle unità di offerta</p>	<p>– elaborazione di linee guida condivise con omogenee indicazioni su:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ percorsi riabilitativi individuali ▪ requisiti di accreditamento strutture ▪ livelli di integrazione socio-sanitaria coerenti con i LEA <p>– presenza di provvedimenti regionali conseguenti</p>
<p>11. Prevenzione e lotta allo stigma</p>	<p>a) sviluppo di specifiche iniziative in ambito nazionale, regionale e locale, con impegno a coinvolgere in tutte le fasi della campagna i gruppi e le associazioni che operano per l'inclusione sociale e l'empowerment, attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> – ricognizione della rete sociale e individuazione delle aree di disagio – sviluppo di collaborazioni con Dipartimento prevenzione – sanità pubblica, Distretti, Comuni, MMG e associazioni utenti e familiari della rete territoriale – collaborazione con le scuole 	<p>– presenza di indicazioni nazionali</p> <p>– presenza di Raccomandazioni regionali conseguenti</p> <p>– verifica delle collaborazioni locali con i soggetti coinvolti</p>

Tutela della salute mentale in infanzia e in adolescenza

Molte patologie psichiatriche, neurologiche e neuropsicologiche hanno il loro esordio in età evolutiva, e se non adeguatamente e tempestivamente trattate, possono determinare conseguenze assai significative in età adulta sia per quanto riguarda la salute mentale che le condizioni di invalidità e non autosufficienza.

Si tratta di situazioni che richiedono una presa in carico multidisciplinare di lunga durata, con interventi complessi e coordinati di diagnosi, trattamento e riabilitazione che coinvolgano la famiglia e i contesti di vita, integrati in rete con altre istituzioni e con il territorio. Un sistema integrato e completo di servizi di neuropsichiatria per l'infanzia e l'adolescenza richiede quindi la presenza di équipes multidisciplinari composte di tutte le figure professionali necessarie a garantire gli interventi ed un adeguato range di strutture (ambulatoriali, semiresidenziali, residenziali, di ricovero), entrambe indispensabili per garantire i LEA.

Nonostante le indicazioni previste nei Progetti Obiettivo Materno-infantile e Salute mentale e i successivi approfondimenti nelle Linee di indirizzo per la Salute mentale, la situazione dei servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza è invece disomogenea nelle diverse regioni e, in taluni casi, presenta evidenti carenze.

Particolarmente critiche appaiono le risposte ai disturbi psichiatrici in adolescenza, soprattutto al momento dell'acuzie e l'intervento precoce e la presa in carico nelle disabilità complesse e dello sviluppo, nonché la transizione tra i servizi per l'età evolutiva e quelli per l'età adulta. Appare quindi fondamentale che le Regioni - nell'ambito delle proprie autonomie - migliorino la risposta ai bisogni degli utenti affetti da disturbi neuropsichici dell'età evolutiva e attivino uno stabile sistema di monitoraggio.

Vi è inoltre la fondamentale esigenza di una migliore e più funzionale organizzazione dell'integrazione tra i servizi di salute mentale dell'età evolutiva e dell'età adulta, specie riguardo ai disturbi psichici adolescenziali e giovanili (fascia d'età 15 – 21 anni), con l'elaborazione di progetti sperimentali che prevedano la creazione di équipes integrate dedicate alla prevenzione e all'intervento precoce nei disturbi gravi ed emergenti.

TUTELA DELLA SALUTE MENTALE IN INFANZIA E IN ADOLESCENZA

Risultato accertabile

Garantire livelli essenziali di assistenza per i disturbi neuropsichici in infanzia e adolescenza

OBBIETTIVO	AZIONE	STRUMENTO DI VALUTAZIONE / INDICATORE
<p>1. Esistenza di una rete regionale integrata e completa di servizi per la diagnosi, il trattamento e la riabilitazione dei disturbi neuropsichici dell'età evolutiva</p>	<p>a) produzione di specifiche indicazioni regionali (PSSR, LG regionali, linee di indirizzo, raccomandazioni in materia)</p> <p>b) previsione di una rete integrata di servizi multi professionali (ambulatoriali, semiresidenziali, residenziali e di ricovero)</p> <p>c) definizione regionale dei requisiti strutturali e organizzativi delle strutture indicate e dei raccordi e modalità di integrazione con altre tipologie di servizi e strutture.</p>	<ul style="list-style-type: none"> — esistenza di indicazioni regionali che identifichino una rete omogenea e diffusa di servizi per l'età evolutiva in grado di garantire percorsi specifici, integrati e coordinati per i disturbi neurologici, neuropsicologici e psichiatrici dell'infanzia e dell'adolescenza — definizione al loro interno delle diverse tipologie di strutture necessarie in ambito ambulatoriale, semi residenziale, residenziale e di ricovero, e dei raccordi tra di esse — evidenziazione nelle indicazioni della necessità della presenza all'interno di tutti i servizi di equipe multiprofessionali stabili e dedicate, con formazione e competenze specifiche sui disturbi neuropsichici dell'età evolutiva — esistenza di atto che definisce i requisiti
<p>2. Esistenza di una rete regionale di strutture residenziali e semiresidenziali terapeutiche dedicate per il trattamento extraospedaliero dei disturbi psichiatrici gravi in preadolescenza e adolescenza, in</p>	<p>a) monitoraggio della situazione esistente e della sua adeguatezza al bisogno, per giungere a una fotografia nazionale</p> <p>b) sperimentazione di strutture in grado di intervenire</p>	<ul style="list-style-type: none"> — monitoraggio regionale del numero e delle caratteristiche delle strutture semiresidenziali e residenziali/abitanti in fascia di età — monitoraggio della durata media dei ricoveri di

<p>stretta integrazione con i servizi territoriali</p>	<p>anche in situazioni complesse e di acuzie, in stretta integrazione con i servizi territoriali</p> <p>c) promozione di buone pratiche di collaborazione e integrazione tra strutture residenziali e semiresidenziali terapeutiche e servizi territoriali ed ospedalieri</p>	<p>preadolescenti e adolescenti con DRG psichiatrico</p> <ul style="list-style-type: none"> - presenza di progetti innovativi per la risposta a situazioni di acuzie psichiatrica in preadolescenza e adolescenza - presenza e applicazione di raccomandazioni relative alla collaborazione e integrazione tra strutture residenziali e semiresidenziali terapeutiche e servizi territoriali ed ospedalieri
<p>3. Definizione di percorsi di transizione verso i servizi per l'età adulta</p>	<p>a) condivisione di protocolli operativi tra servizi di N.P.I., i servizi di Salute Mentale dell'adulto ed altri servizi per l'età adulta, inclusivi di linee per il monitoraggio</p>	<ul style="list-style-type: none"> - esistenza di linee di indirizzo regionali - n° protocolli esistenti / n° DSM/altri servizi per l'età adulta e servizi NPIA - esistenza di modalità di monitoraggio dei passaggi e degli eventuali drop out successivi, di analisi delle motivazioni e di attivazione di interventi correttivi - n° ricoveri in SPDC intorno al 18° anno (tra 16 e 18 anni e tra 18 e 20 anni)
<p>4. Convergenza di interventi nello stesso nucleo familiare di un pz minore con disturbi neuropsichici e genitore/i con disturbi psichici e/o dipendenza patologica</p>	<p>a) condivisione di protocolli operativi tra servizi di N.P.I., servizi di salute mentale dell'adulto e Dipartimenti Dipendenze</p>	<ul style="list-style-type: none"> - n° protocolli esistenti / n° servizi (NPIA, DSM, Dipendenze)
<p>5. Intervento tempestivo e integrato nei disturbi psichici gravi all'esordio e nelle acuzie psichiatriche in adolescenza</p>	<p>a) interventi di sensibilizzazione del territorio per l'individuazione precoce di segnali di rischio e l'invio tempestivo</p> <p>b) raccomandazioni regionali finalizzate ad un miglioramento della specificità e dell'appropriatezza e del coordinamento degli interventi nell'ambito dell'acuzie psichiatrica in adolescenza, incluso il ricovero ospedaliero, e della loro integrazione e coordinamento</p> <p>c) sperimentazione di modelli di intervento e/o di équipe integrate con i DSM/dip dipendenze/aree consultoriali nell'ambito di progetti finalizzati alla prevenzione e all'intervento precoce nelle psicosi e nei disturbi psichici gravi, fortemente integrate con i servizi</p>	<ul style="list-style-type: none"> - n° interventi di sensibilizzazione/abitanti - presenza di raccomandazioni regionali che includano indicazioni relative ai luoghi e alle modalità appropriate per gestire la necessaria specificità del ricovero psichiatrico in età evolutiva - presenza di protocolli condivisi locali tra i diversi servizi (NPIA, DSM, pediatria, PS/DEA, dipendenze, 118, servizi sociali ecc) che possono a diverso titolo essere coinvolti nella gestione dell'acuzie

	esistenti		<ul style="list-style-type: none"> - evidenza delle raccomandazioni regionali e della loro diffusione nelle aziende sanitarie - inclusione nelle raccomandazioni di indicazioni a supporto dell'intervento integrato territorio-ospedale e del raccordo con la rete dei servizi pediatrici - inclusione nelle raccomandazioni di indicazioni a supporto dell'integrazione operativa con la scuola, i servizi sociali territoriali, il sistema giudiziario e quello dei servizi sanitari privati accreditati. - attivazione di stabili forme di collaborazione con tutti gli interlocutori coinvolti (servizi di NPIA, dipartimento dipendenze, servizi di salute mentale, servizi della giustizia, servizi sociali, terzo settore ecc) - presenza di indicazioni regionali relative agli interventi per la salute mentale dei minori autori di reato - attivazione di percorsi di formazione specifica integrata tra i diversi servizi - presenza di un sistema informativo dedicato - monitoraggio delle attività ambulatoriali - monitoraggio dei tassi di ricovero per diagnosi NPIA e dei reparti in cui avvengono, con particolare attenzione ai TSO ed ai ricoveri in SPDC
6. Identificazione precoce delle patologie neuropsichiche e conseguente trattamento tempestivo	<p>a) raccomandazioni regionali per la diagnosi precoce, l'appropriatezza della presa in carico, in particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nelle situazioni di rischio evolutivo - nei disturbi neurologici e neuro evolutivi precoci - nella disabilità complessa e nell'autismo 		
7. Miglioramento dell'assistenza nei disturbi psichici dei minori sottoposti a provvedimento penale	<p>α) coordinamento e gestione integrata degli interventi per la salute mentale dei minori autori di reato</p> <p>β) formazione specifica e mirata</p>		
8. Strutturazione di un adeguato sistema di monitoraggio	<p>a) presenza di indicazioni regionali per la strutturazione di un sistema di monitoraggio dei servizi e degli interventi per i disturbi neuropsichici in infanzia ed adolescenza</p>		

Integrazione e coordinamento con altre aree

Il coordinamento degli interventi integrati con le altre aree di lavoro si rende necessario al fine di fornire risposte integrate ad una domanda complessa di assistenza che riguarda la persona ed il suo bisogno di salute globalmente considerato, ottimizzando l'utilizzo delle risorse finanziarie, sempre più limitate, e dei servizi stessi.

Sono state considerate le principali criticità rispetto ad alcune aree di confine ed alcune criticità in salute mentale, che è necessario affrontare in collaborazione con altre agenzie.

L'obiettivo generale perseguito comprende:

- definizione di percorsi assistenziali integrati e raccomandazioni di buone pratiche
- condivisione tra le diverse agenzie cointeressate
- formulazione di accordi e procedure operative, recepiti, ove necessario, in protocolli d'intesa
- formazione integrata rivolta ai gruppi operativi multiprofessionali.

Le Regioni, alla cui autonomia competono le scelte di carattere organizzativo, devono in ogni caso, assicurare i LEA, dare attuazione alle norme nazionali relative alle diverse aree e garantire l'appropriatezza e la continuità assistenziale, definendo le priorità sulla base degli specifici bisogni di salute del territorio e mantenendo funzioni di coordinamento, monitoraggio e puntuale verifica dei risultati, anche nella logica del fornire informazioni che consentano una visione d'insieme di livello nazionale.

Esse inoltre sono garanti del pieno coinvolgimento degli stakeholders (pazienti e familiari) nell'intero percorso di cura.

INTEGRAZIONE E COORDINAMENTO CON ALTRE AREE

Risultato accertabile

Garantire il Livello Essenziale di Assistenza e percorsi assistenziali integrati

OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE/STRUMENTO DI VALUTAZIONE
<p>1. Definizione di percorsi integrati di cura per la presa in carico nell'area della disabilità: handicap psichiatrico adulto stabilizzato e disabilità adulta per disturbi psico-organici (insufficienza mentale, autismo, disturbi neurologici con gravi sintomi psichiatrici, ecc.).</p>	<p>a) produzione di raccomandazioni regionali rivolte ai servizi competenti delle ASL;</p> <p>b) definizione di percorsi assistenziali aziendali, anche attraverso la definizione di protocolli di intesa condivisi tra i servizi competenti e il coinvolgimento di tutti gli attori interessati;</p> <p>c) condivisione dei percorsi assistenziali integrati, per quanto nelle specifiche competenze, con gli Ambiti territoriali e le Agenzie sociali e territoriali che possono utilmente partecipare alla loro realizzazione, anche mediante una programmazione partecipata degli interventi ed eventuali specifici Progetti</p> <p>d) formazione integrata rivolta ai gruppi di lavoro multi-professionali per l'implementazione di tecniche specifiche di provata efficacia per il trattamento terapeutico-riabilitativo e per l'assistenza.</p>	<p>– evidenza delle raccomandazioni regionali e della loro diffusione nelle ASL;</p> <p>– numero di percorsi assistenziali integrati (almeno 1 utile per ciascuna patologia evidenziata)</p> <p>– numero di protocolli di intesa stipulati tra diverse Agenzie;</p>
<p>2. Miglioramento del trattamento dei disturbi psichici correlati alle dipendenze patologiche</p>	<p>a) definizione di protocolli sui percorsi integrati di presa in carico e cura tra i servizi di salute mentale e servizi per le dipendenze patologiche;</p> <p>b) definizione regionale dei requisiti strutturali e organizzativi delle strutture territoriali, riabilitative</p>	<p>– % di operatori coinvolti nelle iniziative formative specifiche.</p> <p>– % di ASL con protocolli stipulati;</p> <p>– Evidenza dell'Atto di definizione dei requisiti;</p>

	<p>residenziali e semi-residenziali dedicate;</p> <p>c) formazione integrata rivolta ai gruppi di lavoro multi-professionali per l'implementazione di tecniche specifiche di provata efficacia;</p> <p>d) condivisione dei percorsi assistenziali con gli Ambiti Sociali e gli altri soggetti pubblici e privati della rete locale per la tutela dei diritti di cittadinanza;</p> <p>e) monitoraggio regionale sui programmi e sulle azioni intraprese a livello locale.</p>	<p>— % di operatori coinvolti nelle iniziative formative specifiche;</p> <p>— n° di programmi specifici nell'ambito dei Piani di Zona;</p> <p>— frequenza dei Report periodici di monitoraggio.</p>
<p>3. Miglioramento dell'assistenza penitenziaria in salute mentale per pazienti autori di reato</p>	<p>a) recepimento regionale delle linee di indirizzo approvate dalla Conferenza Stato-Regioni;</p> <p>b) diffusione ed applicazione delle linee di indirizzo;</p> <p>c) definizione regionale dei modelli organizzativi di assistenza negli istituti di pena;</p> <p>d) strutturazione dei servizi sanitari di assistenza penitenziaria secondo il modello organizzativo regionale;</p> <p>e) formazione specifica ed integrata, rivolta al personale della sanità e della giustizia;</p> <p>f) monitoraggio regionale in raccordo con il Tavolo permanente nazionale per la Sanità Penitenziaria</p>	<p>— atto regionale di recepimento delle linee di indirizzo</p> <p>— n° di Iniziative di informazione e disseminazione riguardo alle linee di indirizzo</p> <p>— evidenza dell'Atto regionale di definizione del modello organizzativo</p> <p>— monitoraggio dei servizi implementati</p> <p>— % di operatori coinvolti nelle iniziative formative specifiche</p> <p>— frequenza dei Report di monitoraggio con i modelli di reportistica specifici</p> <p>— verifica dell'adozione delle linee guida per la prevenzione del suicidio</p>
<p>4. Presa in carico dei pazienti internati in OPG</p>	<p>a) monitoraggio regionale dei pazienti ricoverati in OPG e stipula di protocolli di collaborazione tra OPG, Regione sede di OPG e Regioni di provenienza dei pazienti per la determinazione delle modalità, degli strumenti e dei tempi di attuazione della dimissione dei pazienti</p>	<p>— definizione di una scheda individuale di monitoraggio;</p> <p>— numero dei protocolli di collaborazione</p>

	<p>ricoverati</p> <p>b) coerente revisione dell'organizzazione dei servizi per favorire il recupero dei pazienti dimessi da OPG e prevenire il ricorso all'OPG</p> <p>c) presa in carico del paziente da parte del CSM competente con elaborazione del Progetto terapeutico individuale in accordo con l'unità organizzativa competente dell'ASL sul cui territorio insiste l'OPG e realizzazione di azioni tempestive ed adeguate per la dimissione e il reinserimento sociale</p> <p>d) definizione regionale di specifici requisiti strutturali e organizzativi delle comunità riabilitative psichiatriche per dimessi da OPG ad elevata complessità</p> <p>e) formazione specifica ed integrata</p> <p>f) monitoraggio regionale del processo in raccordo con il Comitato paritetico interistituzionale</p>	<ul style="list-style-type: none"> - verifica dei nuovi modelli organizzativi adottati - % degli internati con Progetto terapeutico individuale prodotto dal CSM competente - evidenza dell'atto regionale di definizione dei requisiti - % di operatori coinvolti nelle iniziative formative specifiche; - frequenza dei report di monitoraggio con modelli di reportistica specifica
--	---	---

Nota metodologica

La garanzia del Livello Essenziale di Assistenza (LEA) relativamente alla tutela della salute mentale in età adulta, nell'infanzia e nell'adolescenza va assicurata nel rispetto sia delle indicazioni nazionali di competenza ministeriale sia della autonomia organizzativa delle Regioni, ciascuna delle quali dovrà adottare le necessarie iniziative per garantire i LEA nei tempi di validità del Piano e coerentemente con quanto indicato nelle relative schede, sulla base delle esigenze e delle priorità riscontrate nel territorio di competenza.

Gli "attori", cioè la parte responsabile delle azioni previste nelle schede seguenti, sono sempre rappresentati dal livello nazionale, da quello regionale e dal livello locale (Azienda Sanitaria / DSM), ciascuno per gli interventi di propria pertinenza. Ciò è peraltro ben esemplificato dall'esistenza di linee guida e raccomandazioni ai tre diversi livelli sopra indicati. È da segnalare un riferimento specifico al Piano Nazionale Prevenzione (PNP) in quanto elemento attivatore e unificatore dei diversi Piani Regionali (PRP).

Inoltre, dal punto di vista operativo, diviene fondamentale garantire l'implementazione del Sistema Informativo Salute Mentale nazionale (SISM) in tutte le Regioni, verificando preliminarmente in modo specifico la predisposizione delle procedure necessarie