

PIANO DI AZIONI REGIONALE PER LA SALUTE MENTALE

ai sensi del PANSM 2025-2030

Regione Umbria

SOMMARIO

PREMESSA.....	5
1. IL SISTEMA INTEGRATO PER LA SALUTE MENTALE GLOBALE	11
1.1 Visione strategica e Modello Bio-Psico-Sociale-Culturale.....	11
1.2 Il valore dell'Integrated Community Care	13
1.3 I principi di riferimento e le azioni specifiche per l'Umbria	19
2. LO SCENARIO SOCIO-DEMOGRAFICO E I DETERMINANTI NELLA SALUTE MENTALE	25
2.1 Quadro Epidemiologico Umbro: Analisi dei dati regionali su salute mentale adulti, età evolutiva, DNA e dipendenze	25
2.2 I Determinanti Sociali, della Salute Mentale	25
2.2.1 Perinatalità	26
2.2.2 Infanzia	26
2.2.3 Adolescenza	27
2.2.4 Emerging Adulthood (18–29 anni).....	27
2.2.5 Adulti	28
2.2.6 Anziani	28
2.3 Analisi del rischio e comportamento suicidario in Umbria.....	35
3. LE STRATEGIE DI PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE NELLA SALUTE MENTALE.....	38
3.1 Promozione e Prevenzione della Salute	41
3.2 Prevenzione Sociale e Lotta allo Stigma.....	44
3.3 Prevenzione nella Perinatalità e Nuove Generazioni	45
3.4 Approccio Integrato alla Prevenzione dei DNA e dell'Obesità	51
3.5 Prevenzione delle Dipendenze	54
3.5.1 Prevenzione dei comportamenti a rischio legati all'uso di sostanze legali (alcol e fumo) e gioco d'azzardo.....	56
3.6 Prevenzione del comportamento suicidario	58
4. I RUOLI E GLI AMBITI DELLA GOVERNANCE DEL SISTEMA INTEGRATO.....	62
4.1 Il Dipartimento a matrice integrato della Salute Mentale e delle Dipendenze (DISMeD)	63
4.2 Livelli di Governance e sinergia istituzionale	65
4.3 L'Organizzazione degli Osservatori per la salute mentale.....	67

4.3.1 Osservatorio regionale sulla condizione della salute mentale e del benessere psicologico dei giovani	67
4.3.2 L'Osservatorio epidemiologico regionale	68
4.3.3 L'Osservatorio Tecnico Regionale per lo Psicologo di base	69
4.6 L'Integrazione Sociosanitaria e i Distretti	70
4.7 Salute Mentale Forense e per Autori di Reato	72
4.8 Partecipazione e Terzo Settore	82
5. GLI STRUMENTI DI GESTIONE DELLE RISORSE E DI PROGRAMMAZIONE SULLA PERSONA..	86
5.1 Stratificazione del Rischio: identificazione della complessità assistenziale secondo gli standard DM 77/2022	86
5.2 La Valutazione Multidimensionale (UVM)	88
5.3 Il Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato (PTRI) di Vita	89
5.4 Il Budget di Salute come strumento di integrazione e leva per la Recovery	90
5.5 Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA)	91
6. I LUOGHI DI CURA, I PROFESSIONISTI E I SERVIZI DI SUPPORTO TERRITORIALE	98
6.1 La Salute Mentale nelle Case della Comunità	98
6.2 Il Consultorio Familiare	101
6.3 I professionisti della comunità e cure primarie	102
6.4 I servizi specialistici del DISMeD	109
6.4.1 LA RETE DEI CENTRI DI SALUTE MENTALE	109
6.4.2 LA RETE DI NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA (NPIA)	115
6.4.3 LA RETE REGIONALE PER I DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE (DNA)	122
6.4.4 I SERVIZI PER LE DIPENDENZE (SERD)	128
6.4.5 STRUTTURAZIONE DELLE RETI INTEGRATE	134
6.5 Servizi di supporto all'inclusione	140
IL SUPPORTO ALL'ABITARE (HOUSING ASSISTITO)	140
L'INSERIMENTO LAVORATIVO E LA FORMAZIONE (IPS - INDIVIDUAL PLACEMENT & SUPPORT)	141
6.6 Le strutture intermedie (Residenziali e Semiresidenziali): riqualificazione e specializzazione dei percorsi riabilitativi	142
6.7 Istituzione della Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) in Umbria	149
7. LA RETE OSPEDALIERA E LA GESTIONE DELL'ACUZIE	152
7.1 Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC): potenziamento della rete ospedaliera e integrazione con il territorio	152

7.2 Gestione dell'Acuzie in Neuropsichiatria Infantile (NPIA): Attivazione del nuovo reparto regionale dedicato ai minori	153
7.3 Gestione ospedaliera per DNA.....	153
7.4 Continuità Ospedale-Territorio: Dimissioni protette e raccordo operativo tramite le COT e il NEA 116117	156
8. FATTORI ABILITANTI E SISTEMA DI MONITORAGGIO	158
8.1 Risk Management e Sicurezza: monitoraggio della contenzione e protocolli di de-escalation	158
8.2 Ecosistema della Sanità Digitale per la salute mentale: Cartella clinica unica, telemedicina e monitoraggio epidemiologico.....	160
8.3 Formazione e Ricerca.....	161
8.4 La comunicazione per la salute mentale: cultura dell'inclusione e lotta allo stigma	168
8.5 Valutazione del Piano: Indicatori di processo, di esito e qualità percepita.....	169
9. CRONOPROGRAMMA E SINTESI OPERATIVA DEL PIANO DI SALUTE MENTALE	178

PREMESSA

Il Piano di Azioni regionale per la Salute Mentale recepisce le linee di indirizzo del **Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale 2025-2030** (PANSM) di cui all'intesa n. 177 C.U. del 29/12/2025 orientando e rafforzando i percorsi di promozione, prevenzione, cura, riabilitazione e integrazione socio sanitaria lungo tutto l'arco della vita della persona con particolare attenzione all'infanzia, all'adolescenza e alla fase di transizione verso l'età adulta e in una logica *life course*.

È un Piano strategico e operativo che, in coerenza con PANSM, mira a consolidare il ruolo dei professionisti nei contesti territoriali favorendo una presa in carico precoce nelle situazioni di vulnerabilità, e proprio per questa ragione il Piano è stato redatto dalle diverse professionalità coinvolgendo tutti gli stakeholder che operano nei vari ambiti della salute mentale per garantire un approccio globale nell'ottica della One Mental Health.

In linea con quello nazionale, sviluppa la progettualità e le azioni per:

- la promozione del benessere psicologico e le attività di prevenzione e promozione della salute;
- la definizione dei percorsi di cura dedicati e il budget di salute;
- l'adeguamento della rete dei servizi di salute mentale;
- il potenziamento dei servizi per l'infanzia e l'adolescenza;
- lo sviluppo delle équipes multidisciplinari e di transizione;
- la salute mentale per le persone imputabili e autrici di reato;
- la sicurezza dei pazienti, del personale e dei luoghi di lavoro;
- il supporto all'abitare e gli inserimenti lavorativi;
- i percorsi formativi e le attività di ricerca.

Il PANSM pone al centro dei propri interventi 6 temi rilevanti identificando per ognuno di essi le azioni e i cronoprogrammi ai quali le regioni si devono attenere che possono essere sintetizzati in:

1 - Salute Mentale e Percorsi di promozione, prevenzione e cura. Il Piano promuove una **nuova cultura salute mentale**, adottando il **modello bio-psico-sociale** e la visione globale della **one mental health**. Lo scopo è spostare l'asse dalla cura delle patologie alla **salutogenesi** globale, favorendo lo sviluppo del **benessere psicologico** della persona in ogni sua sfera, andando ad intervenire anche sui **determinanti sociali**, sui **fattori di rischio**. Viene data massima importanza all'intervento precoce, di cui la **one perinatal mental health** costituisce il paradigma e l'esempio più concreto. Di fronte ad un quadro epidemiologico nazionale caratterizzato dall'emergere di bisogni di salute sempre più complessi e dalla difficoltà dei servizi territoriali di trovare risposte adeguate, nasce la necessità di sperimentare un modello di **Dipartimento di Salute Mentale** integrato come perno della riorganizzazione dei Servizi, nell'esigenza di coniugare specificità ed autonomia professionale alla necessità di strutturare percorsi di cura interdisciplinari e coordinati.

2 - Salute mentale in infanzia e in adolescenza, transizione dai servizi per l'infanzia e l'adolescenza ai servizi per l'età adulta, accesso e continuità di cura. Il Piano affronta il tema dell'anticipo dell'età in cui insorgono i gravi disturbi psichici, aggravato dalla presenza di nuovi **fattori di rischio** come l'impatto dei social media, del web e l'impoverimento relazionale. L'**intercettazione precoce** nei contesti di vita, la presa in carico da parte di **équipe multidisciplinari**, la **continuità di cura nella fase di passaggio dall'età evolutiva all'età adulta** rappresentano i punti qualificanti intorno ai quali ri-disegnare i servizi.

3 - Salute Mentale per le persone detenute/imputabili e autrici di reato. Vengono definiti i **percorsi diagnostici e terapeutici per i pazienti autori di reato**, con la creazione di specifiche équipe forensi sul territorio. Il loro compito è fare da ponte tra psichiatria carceraria, servizi esterni e Magistratura, garantendo cure appropriate e basate sulle evidenze (evidence based) in tutte le strutture detentive o nelle REMS.

4 - Salute Mentale: Risk Management e Sicurezza Si punta a conoscere e prevenire i rischi all'interno dei processi e dei luoghi di cura per i pazienti, per il personale sanitario e per tutti gli utenti. Il Piano pone attenzione anche sulla **prevenzione del rischio suicidario**, sulla **sicurezza dei pazienti** anche in termini di appropriatezza della cura.

5 - Salute Mentale e Integrazione Socio-Sanitaria Il Piano riconosce il forte impatto che i **determinanti sociali** (quali povertà economica e vitale, precarietà, isolamento, discriminazioni) hanno sulla genesi e sull'aggravamento del disagio psichico. Si promuove quindi una rete socio-sanitaria integrata che utilizza strumenti quali la **valutazione multidimensionale**, il **Budget di salute**, i **percorsi di inserimento lavorativo**, il **supporto abitativo** e il coinvolgimento nella coprogettazione di interventi e progetti con il **Terzo Settore**: azioni imprescindibili per favorire l'inclusione e portare avanti un'efficace lotta allo stigma.

6 - Salute Mentale: Formazione e Ricerca Il Piano considera centrale e proritario il tema dei **percorsi universitari e formativi pre e post laurea** per preparare i professionisti a sfide cliniche moderne (come le nuove dipendenze o i disturbi della personalità), stimolando inoltre la collaborazione nella ricerca tra ISS, ASL, Università e IRCCS.

Il PANSM, rappresenta un Piano *“strategico ed operativo il cui scopo è promuovere e stimolare interventi appropriati ed efficaci a favore della salute mentale, che dovranno essere recepiti e messi in atto dalle Regioni”*.

In coerenza e continuità con questo quadro normativo, l'Umbria ha attivato un percorso di stesura del Piano di Azioni Regionale coinvolgendo attivamente professionisti, Enti del Terzo Settore e tutti i principali stakeholder attraverso diversi tavoli tematici, allo scopo di definire una programmazione finalmente in grado di rispondere ai reali bisogni della cittadinanza umbra. Il Piano Regionale non si

limita a delineare una cornice teorica ma istituisce un percorso sperimentale di "Integrated Community Care", capace di trasformare la cura in un autentico progetto di comunità.

Il Piano di Azioni Regionale per la Salute Mentale rappresenta quindi l'esito del percorso di condivisione ed elaborazione del documento che traduce le indicazioni nazionali sulla base dell'organizzazione dei servizi nella Regione tenendo conto dei temi, delle parole chiave, delle indicazioni nazionali.

La pre-adozione di tale Piano segna l'avvio di un percorso di ulteriore condivisione che porterà all'adozione del piano regionale cui farà seguito la cruciale fase attuativa.

Percorso di costruzione del piano di azioni regionale per la salute mentale e recepimento PANSM 2025-2030

La costruzione del Piano di azioni regionale per la salute mentale dell'Umbria si è sviluppato nelle seguenti tappe:

PRIMA TAPPA

Evento "LA SALUTE MENTALE GLOBALE NELLA COSTRUZIONE DEL PIANO SOCIO SANITARIO REGIONALE" svoltosi il 15 e 16 dicembre 2025.

9 Tavoli tematici su:

- **tavolo 1 - DOPPIA DIAGNOSI E NUOVE DIPENDENZE**
- **tavolo 2 - DNA E CONNESSIONI CON ALTRI SERVIZI**
- **tavolo 3 - IL PROGETTO DI VITA E IL BUDGET DI SALUTE PER LA PROGRAMMAZIONE DELLA COMPLESSITÀ**
- **tavolo 4 - PREVENZIONE E COLLEGAMENTO CON I SERVIZI DI SECONDO LIVELLO, GESTIONE DELLA TRANSIZIONE**
- **tavolo 5 - PREVENZIONE SUICIDIO E PROTOCOLLI CONSEGUENTI**
- **tavolo 6 - SALUTE MENTALE CARCERE, AUTORI DI REATO REMS E PERCORSI ALTERNATIVI**
- **tavolo 7 - INTEGRAZIONE OSPEDALE SPDC TERRITORIO**
- **tavolo 8 - IL BENESSERE DEI GIOVANI**
- **tavolo 9 - INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA: LA COMUNITÀ ESPERTA**

Tale evento ha permesso di raccogliere le migliori pratiche e le criticità segnalate da esperti e operatori, trasformandole negli obiettivi strategici che oggi compongono l'ossatura del Piano.

SECONDA TAPPA

La stesura del documento è il frutto di un lavoro corale e strutturato che ha visto la collaborazione sinergica tra la **Direzione regionale Salute e Welfare**, gli esperti delle **Aziende Sanitarie** e dell'**Università degli Studi di Perugia**.

TERZA TAPPA

Incontri guidati collegialmente dalla **Direzione regionale**, dall'**Università** e dalle **Aziende Sanitarie**, di condivisione della bozza di Piano e ascolto degli stakeholder per raccogliere ulteriori osservazioni e contributi. Gli incontri di condivisione e consultazione sul Piano di Salute Mentale svoltisi nel mese di **maggio 2026** sono stati in totale **6**.

Di seguito viene riportata la sintesi dettagliata di ciascun incontro, con l'indicazione delle date, degli orari e dei soggetti (istituzioni, ordini, associazioni e sindacati) che sono stati formalmente invitati e che vi hanno preso parte:

1. Operatori salute mentale area nord

- **Quando:** 11 maggio 2026
- **Soggetti partecipanti:**
 - Direzioni Sanitarie della USL Umbria 1, dell'Azienda Ospedaliera di Perugia e dell'Azienda Ospedaliera di Terni
 - Direttori dei Dipartimenti di Salute Mentale, Unità di Psichiatria, Neuropsichiatria Infantile e delle strutture per i Disturbi del Comportamento Alimentare (DNA) della USL 1
 - Responsabili dei SERT/SERD
 - Direttori dei Distretti Sanitari dell'Area Nord
 - Direttori dei Presidi Ospedalieri dell'Area Nord
 - Coordinatori dei tavoli aziendali e referenti dei Centri di Salute Mentale (CSM) della USL 1
 - Dirigenti e referenti tecnici della Regione Umbria

2. Operatori salute mentale area sud

- **Quando:** 13 maggio 2026
- **Soggetti partecipanti:**
 - Direzioni Sanitarie della USL Umbria 2 e dell'Azienda Ospedaliera di Terni.
 - Direttori e referenti dei Dipartimenti di Salute Mentale, Neuropsichiatria Infantile, Disturbi Alimentari e SERD della USL 2.
 - Direttori dei Distretti Sanitari dell'Area Sud
 - Direttori dei Presidi Ospedalieri dell'Area Sud
 - Coordinatori dei tavoli, referenti dei CSM e dei SERD afferenti alla USL 2
 - Personale e referenti della Regione Umbria

3. Ordini Professionali

- **Quando:** 21 maggio 2026
- **Soggetti partecipanti:** I massimi rappresentanti regionali e provinciali degli Ordini e delle Federazioni professionali del comparto sanitario e sociale:
 - Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (Perugia e Terni).
 - OPI - Ordine delle Professioni Infermieristiche (Perugia e Terni).

- Ordine degli Psicologi dell'Umbria.
- Ordine degli Assistenti Sociali dell'Umbria.
- Ordine dei Fisioterapisti dell'Umbria.
- Federazione Ordini Farmacisti Italiani (Perugia e Terni).
- Ordine dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e delle Professioni Sanitarie Tecniche, della Prevenzione e della Riabilitazione (TSRM-PSTRP).
- Ordine della Professione di Ostetrica (Perugia e Terni).

4. Terzo Settore e Zone Sociali

- **Quando:** 21 maggio 2026
- **Soggetti partecipanti:** Una fitta rete di enti locali e realtà associative divisa in due macro-aree:
 - **Zone Sociali e Istituzioni Locali:** I Dirigenti dei Comuni Capofila delle 12 Zone Sociali della regione, l'Ufficio Scolastico Regionale, ANCI Umbria e Federsanità ANCI.
 - **Terzo Settore ed Enti del Privato Sociale:** Numerosissime sigle e associazioni attive in ambiti specialistici (Salute Mentale, Autismo, Dipendenze, Disturbi Alimentari/DCA e Neurologia) tra cui *Alcolisti Anonimi, ACAT/ARCAT, AFAD, AIFA (famiglie ADHD), ANFFAS Per Loro, ANGSA Umbria, ANPAS, Associazione Il Bucaneve, Cesvol Umbria, Cittadinanzattiva, Crisalide Gubbio, Fondazione AURAP, Fondazione la Città del Sole, Il Pellicano, InclusoMe, Integramente, La Brigata Indipendente, Liberi di Essere, Madre Coraggio, Mi Fido di Te, Forum Regionale Terzo Settore, Istituto Serafico di Assisi* e varie cooperative sociali (tra cui *Tabor, Helios e La Rondine*).

5. Penitenziari, Garanti, Scuole, UEPE, TSO

- **Quando:** 25 maggio 2026
- **Soggetti partecipanti:** Attori del sistema giudiziario, carcerario, di tutela e dell'emergenza sanitaria:
 - **Istituti Penitenziari ed Esecuzione Penale:** I Direttori e i referenti delle Case Circondariali e di Reclusione di Perugia, Spoleto, Terni e Orvieto; l'UEPE (Ufficio Esecuzione Penale Esterna) di Perugia e Terni; i Responsabili Sanitari della medicina penitenziaria delle USL 1 e USL 2; il PRAP (Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria).
 - **Organi Giudiziari e Procure:** il Tribunale di Sorveglianza di Perugia; il Tribunale per i Minorenni; l'USSM (Ufficio di Servizio Sociale per i Minorenni).
 - **Garanti e Istruzione:** L'Ufficio Scolastico Regionale (USR); il Garante dei Detenuti, il Garante dei Minori e il Garante della Disabilità.
 - **Gruppo di Lavoro TSO:** Referenti e specialisti dedicati alla gestione dei Trattamenti Sanitari Obbligatorie (Comune di Perugia, Azienda Ospedaliera di Perugia, USL 1, USL 2 e direzione regionale).

6. OO.SS. (Organizzazioni Sindacali)

- **Quando:** 25 maggio 2026

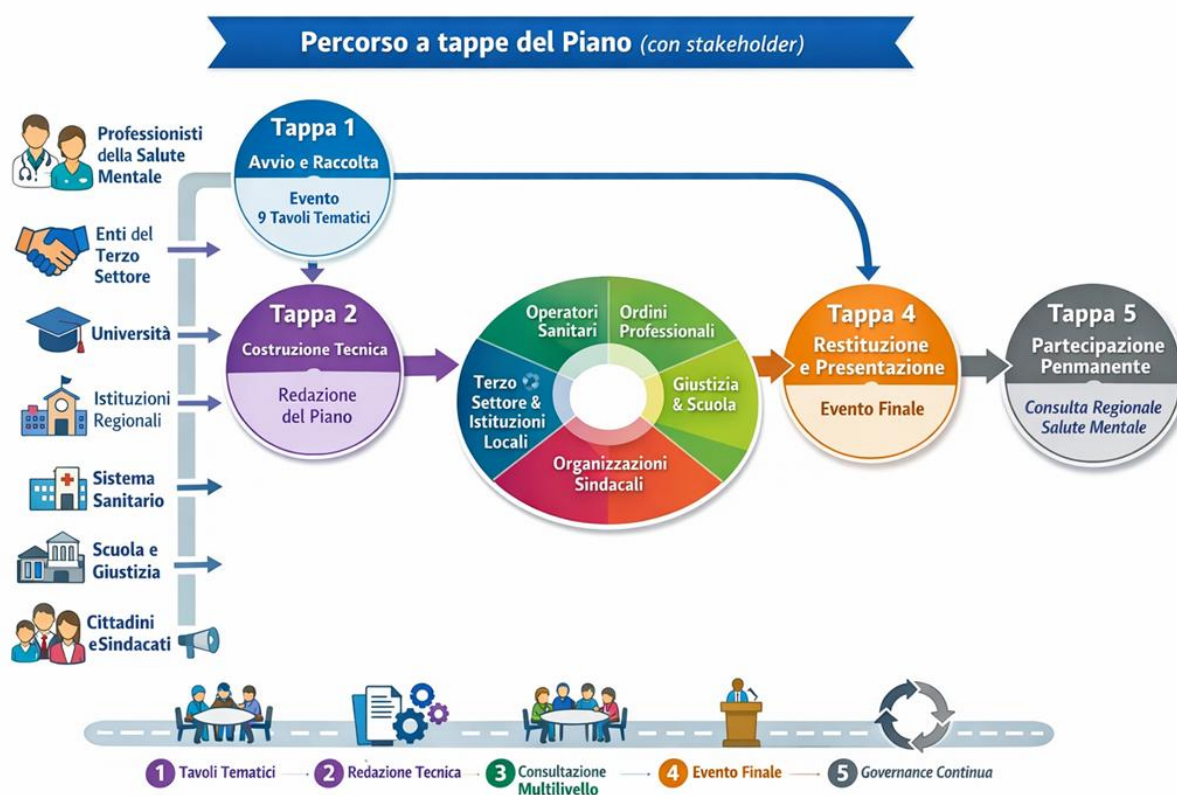
- **Soggetti partecipanti:** Tutte le principali sigle sindacali rappresentative della dirigenza medica, sanitaria, della medicina convenzionata e del comparto sanità
 - **Area Medicina Convenzionata, Generale e Pediatria:** FIMMG, SMI, SNAMI, FIMP, e il sindacato degli Specialisti Ambulatoriali.
 - **Dirigenza Medica, Sanitaria e delle Professioni:** Cisl Medici, CGIL Medici/FP CGIL, CIMO-CIDA, Federazione CIMO-FESMED, ANAAO ASSOMED, COSMED, AAROI EMAC, FESMED, FASSID (Area Si.Na.F.O. Farmacisti).
 - **Sindacati Confederali e del Comparto del Personale Sanitario:** Rappresentanze generali di CGIL, CISL, UIL, UIL FPL, FIALS, NURSING UP e NURSIND.

A seguito degli incontri di condivisione è stato richiesto a tutti gli stakeholder l'invio di osservazioni e contributi mediante compilazione di un Google form. Sono stati raccolti **23 contributi** sui diversi ambiti del Piano analizzati, valutati ed integrati dal gruppo redazionale del Piano all'interno del documento.

QUARTA TAPPA

Evento di presentazione del Piano Regionale di Azioni per la Salute mentale, in data **17 giugno 2026**, presso la Provincia di Perugia.

Dopo il recepimento del PANSM e la pre-adozione del Piano da parte della Giunta regionale si aprirà una ulteriore momento di condivisione che porterà, entro agosto/settembre 2026, all'adozione definitiva del piano regionale cui farà seguito la cruciale fase attuativa.



1. IL SISTEMA INTEGRATO PER LA SALUTE MENTALE GLOBALE

1.1 Visione strategica e Modello Bio-Psico-Sociale-Culturale

La salute mentale è un bene comune e salvaguardato dal principio costituzionale del diritto alla salute sancito dall'art. 32 della Costituzione Italiana.

“La salute mentale è quindi parte integrante della salute. È uno stato di benessere in cui gli individui prendono coscienza delle proprie capacità e riescono ad affrontare lo stress della vita, contribuendo alla vita della comunità. La salute mentale è un prerequisito per un'economia produttiva e una società inclusiva e va oltre le questioni individuali o familiari.

La salute mentale, o la cattiva salute, non si manifestano nel vuoto, ma sono condizionate da fattori personali ed esterni. Riflettono e sono influenzate dallo stato della nostra società, della nostra economia, del nostro ambiente e anche dallo stato degli affari mondiali che ci circondano.” (Comunicazione della Commissione Europea: “Un approccio globale alla salute mentale”, 7 giugno 2023).

La complessità delle questioni legate alla salute mentale richiede oggi un approccio che vada oltre le cornici interpretative tradizionali. I modelli puramente clinico-diagnostici, seppur fondamentali, non sono più sufficienti a cogliere la pluralità dei fattori che incidono sul benessere psichico: condizioni sociali, economiche e ambientali, qualità delle relazioni, accesso alle risorse culturali e alla natura. In questo scenario diventa necessario integrare prospettive differenti per costruire una visione più ampia e coerente (WHO – 2022; World Mental Health Report: Transforming Mental Health for All). L'integrazione tra modelli non significa sovrapposizione, ma creazione di un linguaggio comune che permetta a professionisti, istituzioni e comunità di collaborare su basi condivise. Solo attraverso un impianto multidimensionale è possibile sviluppare politiche e interventi capaci di rispondere non solo al bisogno clinico, ma anche alla domanda di inclusione, partecipazione e qualità della vita che i cittadini oggi esprimono.

Il modello di riferimento teorico adottato dalla Regione Umbria, in **linea** con il Piano di Azione Nazionale per la Salute Mentale 2025-2030, è il modello **Bio-Psico-Sociale-Culturale** integrato con l'approccio **One Health/One Mental Health**, che considera la salute umana, animale e dell'ecosistema come indissolubilmente legate. Questo approccio implica il superamento del paradigma puramente biomedico per abbracciare una visione che include fattori sociali, economici e antropologici nel progetto terapeutico.

La salute mentale è una componente essenziale della salute individuale e collettiva, e, in coerenza con la visione introdotta dall'OMS, non è riconducibile alla sola assenza di malattia psichiatrica ma esprime un concetto ampio di benessere psicologico.

Anche il lavoro e il welfare rappresentano determinanti fondamentali nella prevenzione del disagio psichico. Politiche attive per l'occupazione giovanile, la conciliazione tra vita privata e professionale e la sicurezza nei contesti lavorativi contribuiscono a ridurre ansia e depressione, condizioni frequentemente associate a precarietà, disoccupazione e stress occupazionale. Investire nella qualità

e stabilità del lavoro significa quindi agire direttamente sulla tutela della salute mentale della popolazione.

La dimensione culturale riveste un ruolo centrale nella promozione della resilienza e nel contrasto allo stigma. L'integrazione di attività artistiche, teatrali e culturali nelle politiche locali di welfare contribuisce a rafforzare i legami sociali e a promuovere l'inclusione. Il cosiddetto "welfare culturale" evidenzia come la partecipazione a esperienze creative possa rappresentare un fattore protettivo per la salute mentale e uno strumento di coesione comunitaria, pienamente coerente con un modello olistico di promozione del benessere psicologico (*WHO – 2019, What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review*).

In coerenza con il PANSM 2025–2030 e con il documento dell'Organizzazione Mondiale della Sanità *Scaling up mental health services within the Primary Health Care (PHC) approach – Lessons from the WHO European Region*, la Regione Umbria assume l'approccio di **Primary Health Care** come riferimento metodologico per lo sviluppo del sistema regionale di salute mentale. L'approccio PHC riconosce la salute mentale come parte integrante dell'assistenza primaria e promuove l'accessibilità precoce, la prossimità dei servizi, l'integrazione multi-professionale e la sostenibilità del sistema, attraverso il potenziamento degli interventi di primo livello e il ricorso appropriato e integrato alla specialistica. In tale prospettiva, **il sistema regionale della salute mentale si configura come un continuum di interventi differenziati per intensità, orientati alla prevenzione, alla promozione del benessere psicologico, alla presa in carico tempestiva e alla continuità delle cure lungo tutto il ciclo di vita.**

La salute mentale è essenzialmente di comunità: proattiva, gruppale e dialogica, sia per l'età adulta che per l'età evolutiva.

L'approccio proattivo consiste nella promozione del benessere psicologico mediante interventi preventivi che identificano i segnali di allarme precoce (stati mentali a rischio); consentono la riduzione del periodo di malattia non trattata (DUI – Duration of untreated illness); un intervento adeguato. Focus dell'intervento proattivo è il benessere generale come definito dall'OMS che non si limita all'assenza di malattia, ma punta a un "completo stato di benessere emotivo e psicologico".

L'approccio gruppale è una modalità di intervento altamente efficace per diverse patologie mentali, in cui uno o più professionisti della salute mentale guidano un gruppo che diventa uno strumento di cura, cambiamento e crescita personale. Progettato per favorire la connessione, ridurre l'isolamento e sviluppare meccanismi di adattamento per migliorare il funzionamento sociale e la crescita personale è altrettanto efficace della terapia individuale per molte condizioni psichiatriche e spesso rappresenta un modo più efficiente per ampliare l'accesso all'assistenza sanitaria mentale. A differenza della terapia individuale, si basa sull'interazione dinamica tra i partecipanti, guidati da uno o più professionisti (psicoterapeuti), per affrontare il disagio mentale, condividere esperienze e promuovere il benessere emotivo.

L'approccio dialogico è un modello di cura relazionale e psicoterapeutico che pone al centro il dialogo aperto, (noto come Open Dialogue), l'ascolto profondo e la costruzione di significati condivisi tra paziente, familiari e operatori sanitari. Il Dialogo Aperto è un approccio collaborativo alla salute

mentale, basato sulla rete, che privilegia un'assistenza immediata, inclusiva e trasparente, solitamente entro 24 ore da una crisi. Si concentra su un dialogo condiviso che coinvolge il paziente, la famiglia e la rete sociale, al fine di favorire il recupero a lungo termine e ridurre l'intervento farmacologico.

Su questa base, la salute mentale rientra pienamente nel paradigma della One Health e, come la salute in senso ampio, è influenzata non solo da fattori individuali biologici e psicologici, ma anche da determinanti complessi riconducibili alla sfera sociale, culturale e ambientale, quali le condizioni socioeconomiche e, nello specifico, le disuguaglianze sociali, le discriminazioni, le migrazioni, le disparità di accesso alla formazione e all'offerta culturale, le condizioni relazionali, che incidono negativamente in particolare quando caratterizzate da solitudine, isolamento, emarginazione sociale, le condizioni ambientali e climatiche. Pertanto, intervenire efficacemente per promuovere la salute mentale implica un approccio globale, che sposti l'attenzione dalla prevenzione della patologia alla generazione del benessere psicologico individuale e collettivo, favorendo lo sviluppo di competenze emotive, relazionali e cognitive, sostenendo la resilienza e la qualità della vita, prevenendo l'insorgenza di disturbi e creando contesti sociali inclusivi e supportivi; e che preveda un ventaglio di azioni articolato in tutte le politiche.

1.2 Il valore dell'Integrated Community Care

L'applicazione di questo piano in Umbria si inserisce in un contesto che ha visto, negli ultimi dieci anni, un calo dell'attenzione politica e organizzativa verso la salute mentale ed i disturbi da addiction, settore in cui la regione rappresentava un tempo un'eccellenza. Si è assistito a una riduzione del personale superiore al 30%, con conseguente burocratizzazione degli interventi e una risposta dei servizi divenuta prevalentemente farmacologica e ambulatoriale.

Tuttavia, la Regione intende rilanciare il settore recependo le indicazioni del DM 77/2022 per la riorganizzazione dell'assistenza territoriale (Case di Comunità, Centrali Operative Territoriali) e il Decreto del gennaio 2023 sugli standard del personale come da intesa in Conferenza Stato-Regioni sancita il 21 dicembre 2022. L'obiettivo è costruire un sistema di **"Integrated Community Care"**, valorizzando la comunità come rete di relazioni sociali.

Si punta su una rinnovata attenzione alla centralità della persona, quale portatrice di diritti inviolabili e protagonista delle decisioni che la riguardano, vista nella sua interezza fatta di bisogni, difficoltà, risorse personali e potenzialità da riconoscere e sviluppare entro il sistema di relazioni e le opportunità offerte dal suo contesto di vita. A tal fine, è in primo luogo necessario porre un argine e contrastare lo stigma associato alla malattia mentale e alle dipendenze, anche all'interno dei servizi sanitari stessi, che al pregiudizio verso le persone che ne soffrono viene traslato sui servizi che se ne prendono cura: lo stigma e la paura indotti dai pregiudizi allontanano le persone dal sistema di cura, aggravando i loro

problemi di salute, creano discriminazioni, ostacolano lo sviluppo di empowerment sia a livello del singolo che della comunità.

In coerenza con questa visione complessiva, sia in ambito promozionale e preventivo che nella presa in carico delle svariate forme di disturbi psichici, compresi i disturbi da uso di sostanze psicoattive o da comportamenti compulsivi e Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA), il **modello di riferimento è quello Bio-Psico-Sociale-Culturale integrato con i fattori culturali e ambientali, che si traduce in un approccio globale, multidisciplinare e intersettoriale.**

Ne deriva la necessità di uscire dal perimetro strettamente sanitario specialistico, per aprire ad un concreto intervento proattivo di comunità, attraverso il coinvolgimento attivo dei diversi portatori di interesse, delle istituzioni, del terzo settore, delle diverse forme di cittadinanza attiva.

In particolare, a livello della promozione della salute mentale e della prevenzione, occorre un'attenzione permanente lungo tutto il ciclo della vita, focalizzando l'attenzione sul singolo individuo, sulle famiglie, sulla comunità e sulla scuola, con azioni incentrate sullo sviluppo dei fattori di protezione accanto al contenimento dei fattori di rischio, e sui diversi ambienti e contesti di vita, associando pertanto ad interventi rivolti alla promozione di scelte e stili di vita salutari e allo sviluppo delle potenzialità personali, strategie mirate di prevenzione ambientale. È necessario inoltre intervenire precocemente, anche attraverso percorsi proattivi, al fine di supportare le persone, le famiglie ed i contesti di vita, nei momenti di difficoltà associati alle fasi critiche della vita e, laddove si rilevi l'insorgenza di veri e propri disturbi, facilitare l'accesso precoce ai servizi di cura. La **promozione del benessere anche a scuola** comprende, pertanto, sia l'educazione alla salute, sia tutto l'impegno dedicato a creare un contesto, un ambiente di apprendimento e di relazione orientato alla crescita e allo sviluppo armonico di ogni componente della comunità educante. Per promuovere e sostenere l'empowerment individuale e di comunità nel setting scolastico, in un'ottica intersettoriale che intercetta e fa dialogare tra loro gli obiettivi di salute pubblica e la mission educativa della scuola, verrà coinvolta la Rete Regionale di **"Scuole che Promuovono Salute"** che collaborerà con le istituzioni a rafforzare la consapevolezza di tutti gli attori della comunità scolastica (studenti, docenti, personale ATA, tecnici, dirigenti e genitori) all'adozione di stili di vita corretti e salutari e a prevenire fattori di rischio comportamentali e ambientali, attraverso interventi di provata efficacia o buone pratiche validate.

Per quanto riguarda il livello della presa in carico, occorre partire dalla presa d'atto che i pazienti che fanno riferimento oggi alla salute mentale sono molto cambiati rispetto alle descrizioni classiche, specie se si fa riferimento al modello biomedico e a quello categoriale. Pazienti con uguali diagnosi sono profondamente diversi fra loro e anche l'esito della terapia non può essere valutato se non attraverso un percorso multidimensionale che preveda, accanto ai fattori individuali quelli sociali economici ed antropologici; si richiede quindi di prendere in considerazione i fattori familiari, quelli comunitari e quelli più in generale socio-culturali.

È quindi ormai indispensabile coniugare una visione individuale (biologica e psicologica) con una visione più ampia che prevede l'ingresso nel progetto terapeutico di altre componenti, molto più ampie e distanti dalla sfera personale.

In particolare gravano sui servizi a tutti i livelli problematiche che presentano anche componenti sociali molto significative. Ci si riferisce ai fenomeni migratori con gestioni complesse; alla "epidemia" di sofferenza post covid-19 degli adolescenti (con uso di sostanze, disturbi del comportamento alimentare, isolamento, comportamenti autolesivi), che manifestano complessivamente un difetto di mentalizzazione a favore di agiti, molto spesso connessi con il proprio corpo; ai pazienti autori di reato con le carenze di visione, progetti e strutture adatti a comprendere la sofferenza, oltre che a definire la necessità di una riabilitazione; all'aumento dei disturbi di personalità; infine all'aumento delle crisi familiari con episodi di inaudita violenza e all'uso acritico delle reti sociali elettroniche.

Particolare attenzione dovranno trovare le problematiche legate alla complessità del rapporto con il genere, specie tra gli adolescenti in cui le difficoltà relative al corpo, alla sessualità e all'identità personale, sessuale e di genere hanno in questo momento una particolare rilevanza. Sarà necessario definire percorsi appropriati che prevedano la presenza dei servizi specialistici, ma anche di servizi di primo livello e di organizzazione che completino il processo di attenzione a queste problematiche sempre più presenti.

Si rende necessaria una serie di cambiamenti che vanno ad incidere sul piano epistemologico, su quello metodologico e su quello organizzativo.

È necessario, cioè, che venga superato il paradigma biomedico e quello psicologico per raggiungere un **modello di intervento integrato** che preveda la partecipazione e la coprogettazione da parte di tutti i portatori di interesse, partendo dall'ipotesi che la sofferenza mentale sia l'espressione di un campo relazionale ampio che coinvolge tutti gli ambiti di vita del soggetto che fa riferimento ai servizi. Questo modello è sostenuto anche dalle recenti norme sul terzo settore e la **coprogettazione** (legge Regionale n° 2, 6 marzo 2023) che comporta anche una nuova modalità di programmazione degli interventi basati sulla metodologia del **Budget di Salute (BdS), del lavoro integrato delle UVM e dell'elaborazione del Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato (PTRI)**.

La prospettiva dei Servizi deve pertanto muoversi in una direzione preventiva: promozione della salute e prevenzione primaria, riduzione della D.U.I. e della D.U.P. (*Duration of Untreated Psychosis*) e limitazione della disabilità per i soggetti cronicizzati. Ciò comporta una modificazione delle modalità organizzative e di intervento, prevedendo molte aree di sovrapposizione tra servizi confinanti e una gestione centrata sul paziente e non sui servizi.

In questa direzione si muove la definizione di un **Dipartimento integrato**, che comprenda servizi per gli adulti, per l'età evolutiva, per le dipendenze e per i disturbi del comportamento alimentare, prevedendo per ciascuna di queste aree una **organizzazione in Rete** tale da garantire sia un livello adeguato di autonomia in relazione alle proprie specificità, con un proprio budget, che la strutturazione di concreti rapporti di integrazione, e che eviti la sovrapposizione nelle modalità

organizzative e supporti l'integrazione nelle metodologie di intervento e sia anche radicato nelle Case di Comunità.

Le prospettive delineate dal **Decreto del Ministro della salute n. 77 del 23 maggio 2022**, adottato in applicazione della Missione 6 "Salute" del PNRR ai fini della **riorganizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale** basata su nuovi modelli e standard, costituiscono infatti un'occasione unica e irrinunciabile di cambiamento positivo anche per il sistema della salute mentale globale e per le Reti in cui esso si articola. Le previsioni del decreto, infatti, tra cui la costituzione delle Case e degli Ospedali di Comunità, del Punto Unico di Accesso, della Centrale Operativa Territoriale, l'impulso alla domiciliarità e alla telemedicina, sono perfettamente coerenti con le esigenze di rinnovamento dei servizi nella direzione della **prossimità**, della **de-stigmatizzazione**, **dell'integrazione con altri servizi territoriali in ambito sanitario e sociale** nonché di **interazione con l'assistenza ospedaliera**, e verso un **approccio proattivo di comunità**. È quindi fondamentale che, in una prospettiva di innovazione, il sistema della salute mentale, globalmente intesa, con tutte le aree specifiche che lo compongono, sia inserito come parte integrante nel nuovo assetto organizzativo e nelle progettualità associate, compresa l'innovazione tecnologica e la telemedicina.

Al Decreto n. 77 si associa il decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e Finanze, sottoscritto a gennaio 2023 e pubblicato sul sito del Ministero della Salute, che ha approvato, oltre al metodo per la valutazione del fabbisogno di personale nel SSN, gli **Standard per i servizi di Salute mentale, Dipendenze, Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Salute in carcere**. Questo provvedimento assume una specifica rilevanza per la programmazione regionale, in quanto ha la finalità di definire una rinnovata articolazione organizzativa dei servizi nella cornice del DM 77, facilitando l'accesso al sistema di cura, e, nell'indicare standard nazionali di personale, intende promuovere la **multiprofessionalità delle equipe** quale elemento indispensabile per l'efficacia terapeutica e superare il drammatico decremento del personale registrato negli ultimi anni.

Il Piano regionale di azioni per la Salute mentale individua e definisce gli obiettivi e le azioni strategiche necessarie per potenziare e qualificare l'assistenza a tutela della salute mentale della persona accompagnandola in tutto il ciclo della propria vita, dal concepimento alla nascita - con interventi a supporto dei genitori e del contesto familiare -, nelle successive fasi dell'infanzia, adolescenza, età adulta ed età senile, con interventi sulla persona e sul gruppo familiare e/o di appartenenza.

Il Piano è delineato rispettando i valori e l'architettura normativa che ispirano l'azione dell'OMS e dell'Unione Europea sul tema e intende realizzare tale visione attraverso i seguenti **cinque principi cardine**:

a) **umanizzazione delle cure**: la persona deve essere al centro di ogni intervento sanitario e sociosanitario, deve essere accolta con i suoi bisogni assistenziali e deve poter vedere riconosciuti, protetti e promossi i propri diritti, deve poter partecipare alle decisioni che la riguardano e deve poter accedere a servizi di cura appropriati e di qualità;

b) **servizi di prossimità:** la pandemia da Covid-19 ha dimostrato come sia necessario intervenire su tutte quelle condizioni di “isolamento” che costituiscono fattori di rischio per la salute mentale delle persone. In un’ottica di ripartenza, i servizi territoriali devono ripensare la propria funzione con interventi nel contesto di vita del paziente avvalendosi anche, quando opportuno, dell’utilizzo degli strumenti della comunicazione a distanza;

c) **integrazione con la comunità:** le persone con sofferenza psichica devono essere incluse e poter partecipare attivamente alla vita sociale. È necessario implementare modelli innovativi per l’integrazione socio-sanitaria in un’ottica di sostenibilità e appropriatezza basata su interventi evidence-based, che tengano conto anche delle differenze di genere. Gli interventi devono basarsi sull’integrazione dei diversi aspetti per consentire il recupero della salute del paziente e il suo benessere biopsicosociale, considerando i determinanti sociali di salute mentale all’interno della comunità di appartenenza in modo da raggiungere il più alto livello di funzionamento e di partecipazione alla vita comunitaria, liberi da ogni forma di stigma e discriminazione, diretta e/o indiretta;

d) **intervento centrati sui fattori protettivi:** la salute mentale delle persone è fortemente influenzata da fattori protettivi tra i quali la possibilità di comunicare e di essere compreso, le interazioni interpersonali positive, la coesione sociale, la possibilità di accesso ai servizi socio-culturali e educativi, il diritto all’abitare, garantire accesso al mondo del lavoro. Ogni intervento sul singolo paziente deve prevedere il più ampio coinvolgimento del contesto familiare e/o di vita comunitaria (famiglia, scuola, lavoro, ecc.) anche con interventi formativi/informativi;

e) **comunicazione trasparente:** sia sotto l’aspetto linguistico-culturale (le persone devono poter comprendere ed essere comprese) anche con l’ausilio di mediatori, sia sotto l’aspetto della comunicazione nella relazione di cura che deve avvenire secondo un’etica basata sul dialogo aperto e multidimensionale con il paziente, i suoi familiari e/o le persone che vivono nel suo contesto.

Il Piano mira al rafforzamento dei sistemi per la salute mentale con l’interazione di tutti i partecipanti istituzionali pubblici, del privato accreditato e del terzo settore, in modo tale che le persone possano essere curate il più possibile nei contesti familiari e di comunità o attivando progetti terapeutici riabilitativi individualizzati basati sul **BdS** che rappresentano un’importante innovazione tesa ad evitare la cronicizzazione della patologia psichica della persona e a favorire la sostenibilità per il Sistema Sanitario Regionale.

Complessivamente, in coerenza con la normativa e le raccomandazioni adottate a livello nazionale, regionale e, nel più ampio contesto europeo e internazionale, il Piano intende perseguire una governance più efficace nell’ambito della salute mentale, l’integrazione interdisciplinare tra i servizi sanitari territoriali e ospedalieri, nonché con i servizi socioassistenziali; intende, altresì, mettere in campo strategie di prevenzione e promozione della salute mentale nelle tematiche emergenti.

Il Piano definisce la presa in carico integrata della persona e l’adozione di un approccio assistenziale che assicuri, oltre alla dimensione clinico terapeutica, il miglioramento del funzionamento sociale delle persone e interventi finalizzati all’inclusione sociale e al coinvolgimento della comunità.

A tale proposito, le **principali linee programmatiche del Piano** sono rivolte a:

- **migliorare la qualità di cura dei servizi**, aggiornare i loro modelli operativi soprattutto nella loro capacità di presa in carico globale e riabilitativa, sviluppare e sostenere la diffusione di programmi di salute mentale improntati alla **recovery** (intesa come processo attraverso il quale la persona riprende il controllo della propria identità e della propria vita e che non coincide necessariamente con la scomparsa dei sintomi o con una "guarigione" clinica) e all'innalzamento del funzionamento sociale;
- **integrare l'attività dei Dipartimento Integrato della Salute Mentale e delle Dipendenze (DISMeD)** e delle sue articolazioni con quella dei **Distretti** al fine di fornire una risposta complessiva ai bisogni di salute e tutela dell'individuo;
- **ridefinire i possibili percorsi assistenziali in una logica di sistema e di offerta integrata** dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali, nonché dell'associazionismo e del terzo settore, ciò al fine di prevenire e ridurre il ricorso frequente alla residenzialità e favorire il reinserimento nella comunità dei pazienti che hanno riacquisito sufficienti capacità relazionali e di autonomia personale;
- **migliorare la presa in carico degli utenti** sperimentando progetti terapeutici individuali supportati da strumenti innovativi (es. BdS) anche alla luce dell'integrazione socio-sanitaria (Distretti sanitari, Punti Unici di Accesso, Comuni, Medici di Medicina Generale/Pediatrati di Libera Scelta) e delle buone pratiche presenti sul territorio;
- **organizzare la rete dei servizi territoriali e ospedalieri della salute mentale e dell'età evolutiva** e definire il raccordo con l'area ospedaliera, la pediatria di libera scelta e gli altri servizi territoriali per la continuità delle cure e la fase di transizione dall'età pediatrica a quella adulta;
- **organizzare la rete dei servizi delle dipendenze** tenendo conto delle nuove forme di addiction con e senza sostanze, il cambiamento del tipo di sostanze psicotrope consumate e l'incremento del fenomeno delle doppie diagnosi che sta contribuendo a sovvertire la fenomenologia dei disturbi psicotici;
- **migliorare la Rete regionale dei Disturbi della Nutrizione e Alimentazione**, rendendola accessibile ed omogenea nell'intero territorio regionale con particolare attenzione all'intercettazione precoce della patologia nelle sue nuove forme infantili e preadolescenziali.
- **promuovere ambulatori condivisi tra CSM e SerD** per una presa in carico dei pazienti che presentano le forme più impegnative di doppia diagnosi;
- **promuovere interventi di prevenzione primaria e secondaria** mediante il riconoscimento di situazioni a rischio, la diagnosi precoce e il trattamento tempestivo con indicazioni mirate per specifiche tipologie di bisogno;
- **definire percorsi di transizione delle cure dall'età pediatrica a quella adulta**, di concerto con i diversi attori della rete territoriale, per una presa in carico attuata in una visione integrata, nonché l'individuazione di percorsi di presa in carico congiunta dell'adolescente/giovane adulto con esordio psicotico;

- **mappare in modo sistemico e capillare la prevalenza e incidenza dei disturbi mentali sul territorio umbro;**
- istituire un **Hub di ricerca e innovazione** su vulnerabilità-fattori di rischio/fragilità e life course;
- **qualificare le azioni per la gestione dell'emergenza**, la prevenzione del suicidio nelle aree della salute mentale adulti, Minori, dipendenze e Disturbi della Nutrizione e Alimentazione.

Gli obiettivi strategici del Piano Regionale mirano a garantire l'esigibilità del diritto alla salute mentale in ogni fase del ciclo di vita.

1.3 I principi di riferimento e le azioni specifiche per l'Umbria

Di seguito si riporta la sintesi dei principi di riferimento del Piano e gli obiettivi strategici per la Regione Umbria:

- **Accessibilità ed Equità:** Garantire cure gratuite e accessibili a tutti gli individui, indipendentemente da genere, età, etnia o condizione sociale, inclusi i soggetti sottoposti a misure detentive.
- **Lotta allo Stigma:** Contrastare lo stigma e il pregiudizio che allontanano le persone dai servizi di cura e aggravano i problemi di salute.
- **Promozione della Salute:** Spostare l'attenzione dalla sola cura della patologia alla generazione di benessere psicologico individuale e collettivo.
- **Sicurezza e qualità delle prestazioni**
- **Coordinamento dei servizi e integrazione tra i professionisti coinvolti**
- **Sostenibilità degli investimenti:** garantire la specializzazione delle equipe e la condivisione di risorse e competenze nella logica della complessità e della centralizzazione dei casi
- **Supportare la flessibilità organizzativa e professionale (risposta al cambiamento)**

In questo contesto, al fine di ridurre la frammentazione e garantire la continuità assistenziale in tutto il ciclo di vita e nei diversi setting assistenziali, nell'ottica dell'omogeneizzazione di servizi in tutto il territorio regionale e della creazione di condizioni strutturali e di personale per la piena operatività dei servizi, diventano obiettivi prioritari per l'Umbria:

- **la riorganizzazione Dipartimentale:** Definire i Dipartimenti Integrati di Salute Mentale e delle Dipendenze (DISMeD) che comprendano adulti, età evolutiva, dipendenze e disturbi della nutrizione e dell'alimentazione(DNA);
- **la strutturazione delle reti integrate:**
 - Definire i percorsi di intervento per i giovani dai 14 ai 24 anni nelle forme organizzative che verranno messe in atto nel quinquennio;

- Omogeneizzare le prestazioni erogate, personale e orari di apertura dei servizi territoriali;
 - Rafforzare il coordinamento tra le diverse realtà territoriali e universitarie, per garantire una diffusione uniforme e aggiornata delle buone pratiche in salute mentale;
 - Ridefinire i rapporti con i Distretti all'interno delle attività delle Case di Comunità.
 - Definire la rete ospedaliera, con apertura di un nuovo reparto per adulti e definizione dei P.L. per minori;
 - Apertura di un reparto per la disintossicazione per soggetti con disturbo di addiction che necessitano di un ambito protetto per gestire il decalage delle sostanze assunte.
- **la standardizzazione:**
- **Definire criteri univoci di eleggibilità dei pazienti** nei vari servizi, secondo lo schema I PRIS semplificato, secondo gruppi diagnostici generali ICD 10 e punteggi aggiuntivi per le determinanti sociali e familiari di complessità del caso, attuando un processo di valutazione per punteggi che consenta l'individuazione del carico delle singole UOC e delle possibilità di collaborazione tra le varie aree di intervento
 - **Definire modelli di intervento omogenei** attraverso procedure e Piani Diagnostico-Terapeutico Assistenziali (PDTA).
- **il potenziamento dell'organico:** Immettere un congruo numero di risorse di personale per raggiungere gli standard nazionali e contrastare il depauperamento degli ultimi anni.
- **la partecipazione sociale:** Passare da interventi sociali limitati a pratiche amministrative a un concreto sostegno all'inclusione abitativa, lavorativa e scolastico formativa, con la partecipazione dei soggetti interessati, anche attraverso la costruzione di Consulte di familiari e utenti a livello regionale e di DISMeD.
- **l'analisi dei dati:** raccogliere e analizzare i dati in modo omogeneo per migliorare l'organizzazione e la valutazione degli interventi, in collaborazione con l'Università e di quelle associazioni che si occupano dell'osservazione e della valutazione dei fenomeni relativi alla salute mentale; attraverso la costruzione di un osservatorio epidemiologico regionale sulla salute mentale
- **il piano di formazione:** garantire una formazione omogenea a tutti gli operatori della salute mentale regionali.
- **il piano di comunicazione:** garantire una comunicazione sulla salute mentale che riduca lo stigma e il pregiudizio.
- **la riduzione della coercizione:** Monitorare e ridurre il ricorso al **TSO** (Trattamento Sanitario Obbligatorio) e alla contenzione meccanica e farmacologica attraverso il miglioramento della Rete ambulatoriale territoriale.

Per quest'ultimo obiettivo strategico si riporta di seguito uno specifico focus alla luce dei dati epidemiologici emersi dai recenti monitoraggi nazionali e regionali (tra cui i flussi SISM e i report SIEP), che evidenziano come la Regione Umbria presenti un tasso di TSO tra i più elevati del Paese (pari a 2,6 per 10.000 abitanti, a fronte di una media nazionale di 1,5).

FOCUS SUI TSO

Il PANSM 2025-2030 inquadra il TSO non solo come un atto clinico e giuridico di natura coattiva, ma come un fondamentale indicatore indiretto dell'efficacia dei servizi territoriali.

Secondo il Piano, infatti, un basso ricorso a tali misure testimonia il successo dei programmi preventivi e riabilitativi attuati dai Dipartimenti di Salute Mentale. Al contrario, tassi elevati di TSO suggeriscono la necessità di potenziare la rete ambulatoriale e la gestione precoce delle crisi per evitare che la sofferenza psichica degeneri in situazioni di emergenza non gestibili in altro modo.

In questo contesto, il Piano della Regione Umbria, in coerenza con il PANSM, assume l'obbligo di monitorare costantemente e ridurre sistematicamente il ricorso al TSO e alle altre forme di contenimento meccanica e farmacologica. Per raggiungere tale obiettivo, si prevede la realizzazione di percorsi di formazione specifici per gli operatori sanitari, focalizzati sulle tecniche di comunicazione empatica e di de-escalation, indispensabili per gestire l'aggressività e le fasi acute del disagio senza dover ricorrere alla forza. Inoltre, l'Umbria intende favorire lo sviluppo di servizi di prossimità radicati nelle Case della Comunità, capaci di agire tempestivamente nei luoghi di vita del paziente per ridurre l'isolamento e la cronicizzazione.

Un punto centrale delle disposizioni nazionali e regionali riguarda la chiara distinzione dei ruoli durante l'esecuzione di un provvedimento di TSO: mentre al personale sanitario spetta esclusivamente il compito di tutelare la salute e l'incolumità del paziente, l'eventuale necessità di esercitare una coercizione fisica su un soggetto non collaborante o aggressivo ricade sotto la responsabilità della Polizia Locale, coadiuvata dalle Forze di Polizia, in ottemperanza all'ordinanza sindacale.

A tale proposito, la Regione Umbria sta già lavorando alla definizione di protocolli operativi condivisi con le Forze dell'Ordine e/o Polizia Locale per garantire che l'intervento sia proporzionato, rispettoso della dignità umana e avvenga in una cornice di massima sicurezza per gli operatori e per l'utente stesso.

Infine, il Piano stabilisce che l'esecuzione del TSO debba avvenire obbligatoriamente in ambito ospedaliero, presso i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), in modo da assicurare al paziente il setting specialistico più idoneo alla stabilizzazione clinica. Attraverso questi interventi, il Piano di Azioni dell'Umbria mira a un riallineamento dei tassi di ospedalizzazione coatta verso il basso, valorizzando strumenti innovativi come il BdS e i progetti terapeutici individualizzati che, favorendo la partecipazione attiva della persona e dei familiari alle scelte di cura, riducono drasticamente le possibilità di rottura del legame terapeutico.

In conformità all'Accordo in Conferenza Stato Regioni (Rep. atti n. 174/CSR) del 23 ottobre 2025, la

Regione Umbria adotta le 'Linee di indirizzo per il superamento della contenzione meccanica nei luoghi di cura della salute mentale', promuovendo strategie attive e monitoraggio stringente tesi all'eliminazione di tali pratiche".

Collaborazione con le Forze dell'Ordine per i TSO

Una situazione particolare riguarda i soggetti con un trattamento sanitario obbligatorio per disturbo mentale; in questi casi i trattamenti possono essere non solo obbligatori ma coattivi.

L'eventuale necessità di coercizione fisica del paziente non collaborante/aggressivo dovrà essere attuata, in ottemperanza di una ordinanza del Sindaco, dalla Polizia Locale coadiuvata, ove necessario, dalle Forze di Polizia.

Nell'attuazione dell'ordinanza rimangono ben distinti i ruoli del personale sanitario e della Polizia Locale o, in generale, della Forza Pubblica: al personale sanitario spetta assistere e tutelare comunque la salute del paziente, alla Polizia Locale portare a compimento l'esecuzione dell'ordinanza sindacale. In particolare, le modalità più idonee relative al contenimento del soggetto aggressivo dovranno essere valutate dall'operatore di polizia in un'ottica di legittimità e proporzionalità.

Va comunque ricordato che, in armonia con quanto previsto dall'articolo 54 c.p. relativamente allo stato di necessità, di fronte a comportamenti che evidenzino un rischio attuale, ovvero immediato, per l'incolumità del soggetto o di terzi, sono giustificati interventi di tipo ispettivo e coattivo della Forza Pubblica, indipendentemente dalla presenza di ordinanze relative a TSO o ad ASO.

A tal fine in Regione Umbria è già istituito un tavolo di lavoro per aggiornare le "Linee di indirizzo Regionali in materia di Trattamento Sanitario Obbligatorio e Accertamento Sanitario Obbligatorio in Salute Mentale" di cui alla DGR 6/2020.

Le linee di indirizzo vengono aggiornate con l'obiettivo di fornire indicazioni operative omogenee per l'esecuzione dei Trattamenti Sanitari Obbligatori (TSO) e degli Accertamenti Sanitari Obbligatori (ASO) sul territorio della Regione Umbria, in base alle norme vigenti, ed alle buone prassi sperimentate. Ciò allo scopo di definire nel modo più efficace ed al tempo stesso più tutelante, per i pazienti, per gli operatori e per tutti i cittadini, le funzioni e i compiti dei diversi attori istituzionali implicati, e in particolare degli Operatori Sanitari e della Polizia Municipale, nell'ambito di una compresenza costante in tutte le fasi di esecuzione del TSO, fino al ricovero in SPDC.

Le linee di indirizzo si inseriscono come strumento operativo all'interno dell'ampio quadro di garanzie di tipo sanitario, amministrativo e giurisdizionale ad oggi vigente, in base al quale ogni forma di intervento sanitario che prescindendo dal consenso viene considerata un'eccezione, di cui restringere la portata, salvaguardando i diritti della persona dalle limitazioni che ne derivano. Pertanto, configurandosi la volontarietà del trattamento la regola, e l'obbligatorietà come l'eccezione, prima di giungere ad uno strumento sanitario coattivo deve percorrersi ogni strada che possa rivelarsi concretamente utile al raggiungimento del consenso.

Nel rispetto delle proprie competenze, è necessario che personale sanitario e addetti di Polizia Locale

lavorino in modo coordinato.

La presenza della Polizia Locale è fondata sullo specifico interesse del Comune alla corretta esecuzione dell'ordinanza e sul conseguente potere/dovere di vigilanza nella sua attuazione.

Il personale sanitario e la polizia locale svolgono, nell'esecuzione di ASO/TSO, azioni coordinate e congiunte nell'ambito dei rispettivi compiti. La presenza congiunta di polizia locale e personale sanitario, nell'arco dello svolgimento delle procedure, deve ritenersi obbligatoria e trova il proprio fondamento giuridico ed etico nel diritto costituzionale alla salute del cittadino. Il Sindaco esercita un ruolo di vigilanza sull'attuazione del diritto alla salute del singolo sottoposto a provvedimenti di ASO/TSO, che si attua mediante le attività della Polizia Locale, per la corretta esecuzione delle relative ordinanze. L'intervento della Polizia Locale, quindi, non può ritenersi eventuale e subordinato a quello del personale sanitario bensì contestuale, ed esplicitarsi nella chiara definizione e distinzione dei rispettivi ambiti di intervento e di responsabilità.

Il personale sanitario adempie ai propri doveri sanitari, che non vengono meno neanche durante l'esecuzione dell'ordinanza e che possono essere svolti, tenendo conto delle giornate e degli orari di apertura, dai Centri di Salute Mentale, dai Pronto Soccorsi, dai Medicina Generale e dai Medici di Guardia Medica, ferme restando le reciproche competenze, e del 118. Le competenze di ordine sanitario non possono essere integrate dall'intervento della Polizia Locale.

A livello di ogni intervento di ASO/TSO è importante condividere ogni singola fase, fin dall'avvio del procedimento: fornendo già nel contatto telefonico le notizie cliniche utili per l'approccio al paziente, esplicitando nella richiesta scritta le motivazioni specifiche dell'intervento, garantendo una presenza condivisa in tutte le fasi della sua esecuzione.

Una particolare criticità è posta dal provvedimento del TSO **nei DNA** che pone problemi complessi e controversi. Nonostante i danni fisici e psicosociali determinati dai DNA, in particolare dall'anoressia nervosa, le persone che ne sono colpite spesso non ritengono il basso peso e la restrizione calorica estrema un problema e sono ambivalenti nei confronti del trattamento. Alcune arrivano a rifiutare le cure, pur presentando gravi complicanze mediche, mettendo in serio pericolo la loro vita. Da qui la necessità di valutare come nei casi più complessi che rifiutano interventi ritenuti per loro necessari, sia opportuno o necessario far ricorso a un TSO. A tutt'oggi permangono opinioni divergenti nei confronti del TSO nell'anoressia nervosa: alcuni considerano il TSO una procedura con impatto negativo sulla relazione terapeutica, altri ritengono che debba essere considerato un trattamento compassionevole e come tale attuato, altri ancora che debba essere utilizzato come trattamento salvavita. Comunque sia, il TSO nel caso dei DNA deve essere sempre ponderato con la massima attenzione, anche perché accanto all'urgenza psichiatrica, si rende necessaria la gestione dell'urgenza clinico metabolica, con il coinvolgimento di più reparti ospedalieri e professionisti preparati ad affrontare tale patologia. Inoltre i pazienti sono spesso minorenni e questo rende ancora più necessaria l'attivazione di un reparto adeguato di Neuropsichiatria Infantile in Umbria, dove poter effettuare il ricovero in condizioni di TSO, già messo in evidenza. L'intercettazione precoce della patologia alimentare e la sua presa in carico, con una rete ambulatoriale diffusa in tutto il territorio

regionale, con una gestione integrata in rete, sono fattori fondamentali per ridurre, a casi di estrema necessità, l'attivazione del TSO.

Obiettivi di riferimento PANSM-PARSM: Salute mentale, percorsi di promozione, prevenzione e cura

OBIETTIVO	AZIONI	ATTORI	INDICATORI
Sperimentazione del modello "a matrice" e relativi standard (Da realizzarsi entro 3 anni)	Recepimento ed attuazione del modello	Regione Umbria	DGR con modalità e cronoprogramma di sperimentazione

2. LO SCENARIO SOCIO-DEMOGRAFICO E I DETERMINANTI NELLA SALUTE MENTALE

2.1 Quadro Epidemiologico Umbro: Analisi dei dati regionali su salute mentale adulti, età evolutiva, DNA e dipendenze

PREMESSA AL PROFILO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE UMBRA

La salute mentale è una delle principali sfide di sanità pubblica del nostro tempo. In Italia, i dati mostrano un aumento delle richieste di aiuto per ansia, depressione, disagio giovanile e disturbi legati a precarietà sociale ed economica (*Ipsos – 2024, IPSOS health service. Report 2024. A 31-Country Ipsos Global Advisor Survey*). A questo si aggiungono fattori globali come la crisi climatica, le trasformazioni del lavoro e l'invecchiamento della popolazione (*WHO – 2022; World Mental Health Report: Transforming Mental Health for All*).

Oggi non basta più pensare alla salute mentale come un problema individuale o come una questione da affrontare esclusivamente nei servizi sanitari. È necessario adottare una visione globale e integrata, che tenga insieme il benessere psicologico, le condizioni sociali, il contesto ambientale e culturale in cui le persone vivono (*WHO – 2022; World Mental Health Report: Transforming Mental Health for All*).

Per questo risulta propedeutico sintetizzare i dati e le evidenze più recenti sulla prevalenza, l'incidenza e le tendenze della salute mentale e delle dipendenze in Umbria. Particolare attenzione va riposta alle disuguaglianze ed a gruppi specifici di popolazione: i giovani, le persone immigrate e i rifugiati, e gli anziani, ciascuno con caratteristiche e bisogni distinti.

2.2 I Determinanti Sociali, della Salute Mentale

I **determinanti sociali** (povertà, solitudine, condizioni lavorative, abitative) influiscono fortemente sulla salute mentale durante tutto il ciclo vitale, dal concepimento alla fine della vita, e – in accordo con il Bio-Psico-Sociale-Culturale – agiscono in sinergia.

Questi determinanti sono molteplici:

- svantaggi e iniquità socio-economiche;
- povertà economiche e povertà vitale;
- avversità nell'infanzia e nell'adolescenza;
- discriminazioni di ogni genere;
- solitudine ed isolamento;
- precarietà e insicurezza;

- educazione, cultura e formazione;
- stili di vita, caratteristiche dell'abitare;
- frammentazione sociale;
- caratteristiche climatiche e ambientali;
- fenomeni migratori.

Tali determinanti agiscono lungo l'intero arco della vita (life course) e **incidono in modo particolarmente rilevante nei momenti di transizione evolutiva**, nei quali le vulnerabilità individuali e sociali tendono ad amplificarsi, influenzando la qualità delle transizioni tra le diverse fasi del ciclo vitale – dalla nascita all'infanzia, quindi all'adolescenza alla giovane età adulta, dall'età adulta all'invecchiamento – aumentando il rischio di esiti sfavorevoli per la salute mentale, legati all'impatto negativo dei life events e di stili di vita a rischio.

Un approccio orientato al life course, fondato sull'integrazione tra interventi sanitari, sociali ed educativi e sul rafforzamento delle risorse comunitarie, consente di accompagnare le transizioni evolutive in modo proattivo, promuovendo equità, continuità assistenziale e benessere psicologico lungo tutto il corso della vita. I dati epidemiologici disponibili indicano che anche in Umbria la **pandemia da COVID-19 ha determinato un peggioramento della salute mentale** della popolazione, con un aumento dei livelli di ansia e depressione, in particolare tra i giovani e nella popolazione anziana, nonché una più ampia diffusione di forme di disagio psichico a livello sociale, evidenziando criticità che richiedono risposte integrate e territorialmente orientate.

2.2.1 PERINATALITÀ

La perinatalità rappresenta una fase cruciale del ciclo di vita in cui i determinanti sociali della salute mentale esercitano un impatto particolarmente significativo e duraturo. Le condizioni socio-economiche, abitative e lavorative, la stabilità relazionale, l'accesso ai servizi sanitari e sociali, il supporto familiare e comunitario, così come fattori di vulnerabilità quali povertà, isolamento sociale, migrazione, discriminazione e stress ambientale, influenzano in modo rilevante il benessere psicologico dei genitori e, di conseguenza, lo sviluppo psico-emotivo del bambino. In questa fase, la salute mentale materna e paterna, la qualità delle relazioni precoci e il sostegno alla genitorialità assumono un ruolo determinante nella prevenzione del disagio psicologico e nella promozione di traiettorie di sviluppo sane.

2.2.2 INFANZIA

La prima infanzia costituisce una finestra evolutiva fondamentale per la costruzione delle basi della salute mentale lungo tutto l'arco della vita. In questa fase, i determinanti sociali agiscono attraverso la qualità delle cure, delle relazioni affettive, dei contesti educativi e dell'ambiente di vita, influenzando i processi di regolazione emotiva, lo sviluppo cognitivo e relazionale e la formazione delle competenze

sociali. Condizioni di svantaggio socio-economico, instabilità familiare, povertà educativa, isolamento, contesti abitativi inadeguati o ambienti sociali frammentati aumentano il rischio di esiti sfavorevoli, contribuendo alla trasmissione intergenerazionale delle disuguaglianze. Al contrario, politiche e interventi orientati alla promozione del benessere nella prima infanzia – basati sull'integrazione tra servizi sanitari, educativi e sociali e sul rafforzamento delle reti di supporto formali e informali – rappresentano un investimento strategico per la salute mentale della popolazione, favorendo resilienza, inclusione e sviluppo armonico fin dalle prime fasi della vita.

2.2.3 ADOLESCENZA

Il disagio giovanile rientra nell'ampia area della salute mentale one health ma deve essere distinto da un disturbo mentale conclamato. In generale, l'area del disagio è collegata a diverse problematiche, quali difficoltà di ambiente sociale svantaggiato, difficoltà relazionali e familiari (autonomia e relazioni positive con gli altri), crisi psicologiche individuali (accettazione di sé e crescita personale), fattori traumatici di vita (bullismo, adattamento e resilienza). Queste diverse problematiche possono essere transitorie e legate ai determinanti sociali di salute mentale precedentemente descritti. Sono tutte situazioni che richiedono interventi di prevenzione specifici e accurati; in particolare va tenuto presente che in contesti sociali e familiari sfavorevoli o disfunzionali, eventi "critici" quali insuccessi scolastici, delusioni affettive, emarginazione nel rapporto tra pari, povertà vitale, prevalenza di modalità relazionali basate su aggressività e violenza, costituiscono tutti condizioni di rischio costitutivi del disagio giovanile che possono condurre a gravi problemi di salute mentale. Il disagio giovanile è un tema di grande criticità.

In Umbria si assiste a una sofferenza post-Covid caratterizzata da difetto di mentalizzazione a favore di agiti sul corpo: isolamento sociale (Hikikomori), comportamenti autolesivi, disturbi del comportamento alimentare e uso di sostanze.

A livello regionale come a livello nazionale, preoccupa l'uso massiccio e disfunzionale dei social media, che può favorire un impoverimento emotivo-affettivo, sintomi ansiosi e solitudine, ridurre la qualità e quantità di sonno, e sostituire il gioco e la socializzazione reali con connessioni virtuali. Inoltre, il web è talvolta teatro di violenza, circa 50% degli adolescenti riporta di essere stato vittima di cyberbullismo, 5% (circa) di aver ricevuto inviti per challenges (sfide virtuali) (PNSR, 2025-2030). Il gaming, così come la pornografia online, rappresentano ulteriori fattori di rischio da attenzionare: l'investimento eccessivo/patologico è spesso connesso a ritiro sociale, assenze prolungate da scuola e dipendenza emotiva. L'incidenza dei disturbi psicopatologici in età evolutiva è in aumento, con un anticipo dell'età di insorgenza.)

2.2.4 EMERGING ADULTHOOD (18–29 ANNI)

La fase della Emerging Adulthood, generalmente compresa tra i 18 e i 29 anni, rappresenta una transizione evolutiva specifica e distinta, collocata tra l'adolescenza e l'età adulta, caratterizzata da

esplorazione identitaria, progressiva autonomia e instabilità dei ruoli di vita. Rappresenta una fase evolutiva distinta e ad alta vulnerabilità, non pienamente riconducibile né all'adolescenza né all'età adulta, e richiede pertanto una specifica attenzione programmatica. In questo periodo, l'interazione tra determinanti sociali quali precarietà formativa e lavorativa, incertezza economica, fragilità delle reti di supporto, trasformazioni dei legami affettivi e cambiamenti nei contesti di vita può aumentare la vulnerabilità al disagio psichico, favorendo l'insorgenza o la riacutizzazione di disturbi d'ansia, dell'umore, DNA e forme di ritiro sociale. Fenomeni emergenti come l'autolesionismo (cutting) nella fascia tra 12 e 17 anni è stato sicuramente diffuso anche dall'uso dei social media, che costituiscono oggi un nuovo fattore di rischio per molti comportamenti adolescenziali. L'impatto della pandemia da COVID-19 ha ulteriormente amplificato tali criticità, anche nell'abuso dei social media, rendendo questa fascia di popolazione particolarmente esposta a esiti negativi di salute mentale. Un approccio orientato al life course richiede pertanto interventi specifici e integrati per la Emerging Adulthood, capaci di garantire continuità tra servizi per minori e servizi per adulti, rafforzare la prevenzione e promuovere contesti di supporto nei luoghi di vita, in particolare la scuola, di formazione e di lavoro. In ultimo, i cambiamenti climatici rappresentano oggi una delle sfide globali più urgenti, con effetti che si estendono ben oltre l'ambiente fisico. Diversi studi mostrano sintomi di ansia, depressione e stress post-traumatico legati a questi fenomeni, spesso accompagnati da senso di impotenza e frustrazione verso la scarsa azione delle istituzioni.

2.2.5 ADULTI

Per gli adulti, i determinanti principali includono la precarietà lavorativa, l'isolamento e la mancanza di una rete sociale.

Per quanto riguarda la salute mentale, gli indicatori di PASSI (Sistema di sorveglianza nazionale e regionale sulla popolazione 18 – 69 anni, fattori di rischio comportamentali) mostrano che la percezione di cattivo stato di benessere psicologico e i sintomi depressivi tendono a concentrarsi maggiormente nei gruppi socialmente più svantaggiati, in particolare tra persone con basso livello di istruzione o con difficoltà economiche. Questo è coerente con la letteratura internazionale che identifica lo stress cronico legato a precarietà lavorativa, instabilità economica e scarsa coesione sociale come fattori di rischio rilevanti per ansia e depressione.

2.2.6 ANZIANI

Nella popolazione anziana, i determinanti sociali della salute mentale assumono un impatto rilevante e cumulativo, interagendo con i cambiamenti biologici, psicologici e sociali propri dell'invecchiamento. Solitudine e isolamento sociale, svantaggio socio-economico, perdita dei ruoli sociali e familiari, precarietà abitativa e difficoltà di accesso ai servizi incidono significativamente sul benessere psicologico e sulla qualità della vita. In questa fase del ciclo di vita, la salute mentale è strettamente

connessa al mantenimento di relazioni significative, autonomia e partecipazione sociale. Interventi di prevenzione e promozione del benessere, fondati sull'integrazione tra servizi sanitari e sociali e su un approccio di comunità, risultano essenziali per ridurre le disuguaglianze e sostenere percorsi di invecchiamento attivo e dignitoso.

L'ACCESSO AI SERVIZI

Il quadro epidemiologico della regione Umbria, analizzato attraverso l'integrazione dei flussi informativi nazionali (SISM, SIND), delinea uno scenario di bisogni complessi e in evoluzione, caratterizzato da un'elevata capacità dei servizi di intercettare l'utenza, pur a fronte di criticità strutturali e mutamenti profondi nelle manifestazioni del disagio.

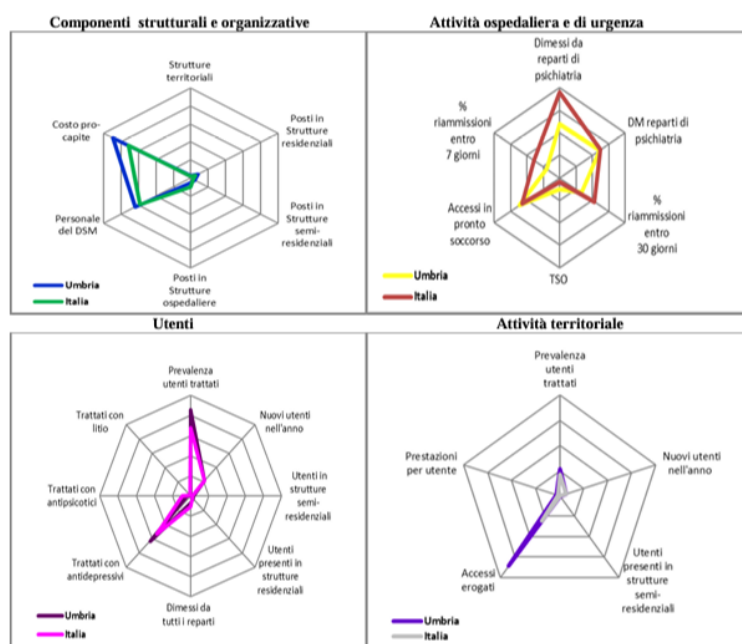
In generale, la prevalenza di assistiti adulti per salute mentale è superiore alla media nazionale (214,3 vs 169,5 per 10.000 abitanti - dati 2023), con domanda concentrata tra i 45-64 anni. Si notano differenze di genere: gli uomini prevalgono per schizofrenia e ritardo mentale; le donne per depressione (quasi il doppio). Anche gli utenti stranieri sono in trattamento in misura maggiore (141,0 vs 104,4 media nazionale).

Criticità regionali includono l'elevato ricorso al TSO (2,6 vs 1,0 nazionale) e un'alta dotazione di strutture residenziali (8,7 vs 3,3 nazionale) che soffre di cronicizzazione.

La Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza (NPiA) affronta una pressione crescente post-pandemia, con anticipo e complessità dei disturbi (fino al 20% della popolazione 0-17 anni). Preoccupa l'aumento degli accessi in PS per ideazione suicidaria e autolesionismo.

I servizi per le dipendenze (SerD) umbri hanno un tasso di utenza significativamente superiore alla media (351 vs 228 per 100.000 abitanti 15-74 anni), con un alto carico di lavoro per operatore. Il quadro è complesso: aumento di richieste per cocaina/crack, sottostima dell'alcolismo, e nuove dipendenze come il gioco d'azzardo (62% degli studenti 15-19 anni) e l'uso rischioso di internet (13%). L'area dei DNA, registra un allarmante abbassamento dell'età di esordio (8-12 anni) e segnali subclinici nel 15% dei preadolescenti, la patologia interessa anche il genere maschile che nella fascia 12-17 anni coinvolge il 20 % della popolazione generale. Questi dati si intrecciano con i dati di sovrappeso (18,4%) e obesità (7%) infantili, che costituiscono anche in Umbria un'emergenza sanitaria, e sono strettamente collegati all'aumento dei DNA.

Regione UMBRIA



Indicatori	Umbria	Italia
Strutture psichiatriche territoriali per 100.000 abitanti	2,5	2,2
Posti in strutture psichiatriche residenziali per 10.000 abitanti	8,1	5,1
Posti in strutture psichiatriche semiresidenziali per 10.000 abitanti	4,5	2,7
Posti in Strutture ospedaliere psichiatriche attive pubbliche e private per 100.000 abitanti	5,5	9,9
Personale del dipartimento di salute mentale per 100.000 abitanti	63,9	58,3
Costo pro-capite (territoriale ed ospedaliera) per assistenza psichiatrica	89,2	71,9
Dimessi da reparti di psichiatria per 10.000 abitanti (regime ordinario)	11,9	19,0
Degenza media (DM) da reparti di psichiatria	12,2	12,4
% riammissioni entro 30 giorni	6,7	10,6
TSO - Trattamento Sanitario Obbligatorio - per 10.000 abitanti	2,6	1,0
Accessi in pronto soccorso per 1.000 abitanti	12,3	11,5
% riammissioni entro 7 giorni	3,9	7,8
Dimessi da tutti i reparti per 10.000 abitanti	18,1	26,3
Prevalenza degli utenti trattati per 10.000 abitanti - tasso standardizzato	214,3	169,5
Nuovi utenti nell'anno per 10.000 abitanti - tasso standardizzato	53,8	54,2
Utenti presenti in strutture semi-residenziali per 10.000 abitanti	7,0	3,8
Utenti presenti in strutture residenziali per 10.000 ab	9,1	5,5
Numero trattati con antidepressivi per 1.000 abitanti - Convenzionata	158,2	132,0
Numero trattati con antipsicotici per 1.000 abitanti - Convenzionata	10,0	23,2
Numero trattati con litio per 1.000 abitanti - Convenzionata	1,4	1,9
Accessi erogati in strutture semiresidenziali per 10.000 abitanti	686,1	241,9
Prestazioni per utente in CSM	27,9	13,6

Fonte:

Rapporto salute mentale 2024 (dati 2023), Ministero della Salute

NEUROPSICHIATRIA INFANTILE E DELL'ADOLESCENZA (NP/IA)

Il quadro epidemiologico in Umbria delinea un'emergenza sanitaria caratterizzata da una crescita esponenziale della domanda e da un abbassamento dell'età di esordio delle patologie psichiatriche gravi. I disturbi neuropsichici dell'età evolutiva coinvolgono complessivamente fino al **20% della popolazione tra 0 e 17 anni**, includendo patologie neurologiche, disturbi del neurosviluppo e disturbi psichiatrici.

I dati relativi ai nuovi accessi presso i servizi territoriali regionali evidenziano una pressione crescente, particolarmente marcata nel territorio della **USL Umbria 1**, dove si è passati dai 1.765 nuovi accessi del 2023 ai **2.083 del 2024**. Nella USL Umbria 2 il dato appare più stabile, attestandosi sui 1.502 nuovi accessi nel 2024.

Per quanto riguarda la tipologia di disturbi riscontrati nella popolazione infantile umbra:

- I **disturbi psichiatrici** interessano circa l'**8%** dei minori.
- Il **disturbo da deficit di attenzione/iperattività (ADHD)** colpisce circa il **2%**. Il Centro di Riferimento Regionale di Terni ha registrato 77 accessi di minori nel 2023 e 62 nel 2024.
- I **disturbi dello spettro autistico** riguardano circa l'**1%** della popolazione 0-17. Il Centro di Riferimento di Perugia ha assistito 39 minori nel 2023 e 28 nel 2024.
- La **disabilità intellettiva** si attesta intorno all'**1,8%**.

Lo scenario post-pandemico ha acuito forme di sofferenza caratterizzate da un "difetto di mentalizzazione", che sfociano in agiti sul corpo o ritiro sociale. Si osserva un aumento dei casi di

Hikikomori (isolamento sociale volontario), comportamenti autolesivi e DNA.

Un fattore di rischio determinante è rappresentato dall'uso disfunzionale dei **social media** e del web: circa il **50% degli adolescenti** umbri riferisce di essere stato vittima di **cyberbullismo**, mentre il 5% ha partecipato a sfide virtuali pericolose (*challenges*). Inoltre, circa il **13% degli studenti** manifesta un uso rischioso della rete, che compromette il sonno e le relazioni primarie.

L'Umbria presenta tassi di mortalità per **suicidio** strutturalmente superiori alla media nazionale. Sebbene i tassi più elevati riguardino gli anziani, il fenomeno è in forte aumento nella fascia **15-29 anni**, dove il suicidio rappresenta una delle principali cause di decesso, seconda solo agli incidenti stradali e alle neoplasie. Il rapporto di mortalità tra maschi e femmine è di **4 a 1**.

Sempre più rilevante è il carico di minori esposti a **Esperienze Sfavorevoli Infantili (ESI)** e traumi. I dati della USL Umbria 2 mostrano un incremento delle nuove richieste per la valutazione di minori inviati dall'Autorità Giudiziaria per casi di abuso o disfunzionalità familiare, passando da 135 richieste nel 2023 a **177 nel 2024**.

Un punto di estrema fragilità del sistema umbro è la fase di **transizione all'età adulta** (14-24 anni), periodo in cui si manifesta il 45% del carico globale di malattia ma dove il rischio di *drop-out* (abbandono delle cure) è elevatissimo a causa della mancanza di protocolli uniformi tra NPIA e servizi per adulti. Infine, la carenza di posti letto dedicati all'acuzie pediatrica costringe spesso a **ricoveri impropri** di minori presso i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) per adulti o in strutture extra-regionali, compromettendo la qualità del percorso terapeutico e il legame con la famiglia.

SALUTE MENTALE ADULTI

Il quadro epidemiologico in Umbria, come emerge dai flussi informativi del Ministero della Salute e dal Rapporto ISTISAN 2026, delinea una regione con un'elevata capacità di intercettazione del bisogno, ma segnata da forti criticità strutturali.

Di seguito il dettaglio approfondito basato sui dati più recenti (riferiti prevalentemente all'anno 2023):

In sintesi: Il profilo dell'utenza umbra.



Fonte: Rapporto salute mentale 2024 (dati 2023), Ministero della Salute

1. Prevalenza e Incidenza del Trattamento

L'Umbria registra tassi di assistenza tra i più alti d'Italia:

- **Prevalenza trattata:** Nel 2023, il tasso standardizzato di utenti adulti assistiti dai servizi specialistici è stato di **214,3 per 10.000 abitanti**, valore nettamente superiore alla media nazionale di 169,5.
- **Nuovi utenti (Incidenza):** Il tasso di nuovi utenti nell'anno è di **53,8 per 10.000 abitanti**, sostanzialmente in linea con il dato nazionale (54,2).
- **Distribuzione per età e genere:** La maggiore concentrazione di utenti si riscontra nelle classi d'età **45-54 e 55-64 anni**, che insieme rappresentano circa il 45% del totale degli assistiti. Si osservano marcate differenze di genere: se gli uomini prevalgono per disturbi schizofrenici e ritardo mentale, **disturbi depressivi nelle donne** presenta un tasso quasi doppio rispetto ai maschi (**45,9 vs 26,4 per 10.000**).
- **Il tasso di utenti stranieri residenti** in Umbria in trattamento presso i servizi di salute mentale per 10.000 stranieri residenti si attesta su 141,0 a fronte di una media italiana di 104,4 (8,2% sul totale degli utenti in trattamento con una media nazionale del 5,5%).

2. Risorse Economiche e Personale

- **Spesa:** Il costo pro capite per l'assistenza psichiatrica (territoriale e ospedaliera) in Umbria è di **89,2 Euro**, sensibilmente superiore alla media italiana di 71,9 Euro.
- **Personale:** La dotazione organica del Dipartimento di Salute Mentale è di **64,0 operatori per 100.000 abitanti** (superiore ai 58,3 nazionali), ma il sistema ha subito un depauperamento del personale superiore al 30% nell'ultimo decennio.

3. Strutture e Capacità del Sistema

L'Umbria presenta una rete territoriale capillare ma con una distribuzione dei posti letto sbilanciata:

- **Rete Territoriale:** Sono presenti **2,5 strutture ogni 100.000 abitanti**.
- **Residenzialità (Record Nazionale):** La regione detiene il primato italiano per numero di strutture residenziali (**8,7 per 100.000 abitanti** contro 3,3 nazionale). Tuttavia, il numero di posti letto effettivi per 10.000 abitanti è di **8,1**, il che indica la presenza di strutture di piccole dimensioni.
- **Carenza Ospedaliera:** Di contro, si registra una grave insufficienza di posti letto nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), pari a soli **5,5 per 100.000 abitanti**, a fronte di un'indicazione nazionale compresa tra 9,9 e 10.

4. Attività Territoriale e Qualità della Cura

- **Intensità delle cure:** In Umbria si erogano mediamente **27,9 prestazioni per utente** nei Centri di Salute Mentale (CSM), un dato che è più del doppio della media nazionale (13,6).
- **Continuità assistenziale:** Il **39,7%** dei pazienti dimessi da un reparto ospedaliero riceve una visita psichiatrica entro 14 giorni, valore di poco superiore alla media italiana (37%).
- **Riammissioni:** Il tasso di riammissioni non programmate entro 30 giorni è del **10,4%**, indicando una discreta tenuta del sistema territoriale rispetto alla media nazionale (14,8%).

5. Misure Coercitive e Urgenze

- **TSO:** È uno dei dati più critici per la regione. L'Umbria presenta il tasso più alto d'Italia con **2,6 TSO ogni 10.000 abitanti**, valore che è più del doppio della media nazionale di 1,0.
- **Accessi al Pronto Soccorso:** Si registrano **12,3 accessi per 1.000 abitanti** con diagnosi psichiatrica, dato superiore alla media nazionale (11,5).

6. Trattamenti Farmacologici

L'analisi del consumo di farmaci in regime convenzionato (tramite farmacie territoriali) mostra:

- **Antidepressivi:** **158,2 per 1.000 abitanti** (media Italia: 132,0).
- **Antipsicotici:** **10,0 per 1.000 abitanti**, dato significativamente più basso rispetto ai 23,2 nazionali, suggerendo un orientamento verso la distribuzione diretta o una gestione clinica differente.
- **Litio:** **1,4 per 1.000 abitanti** (media Italia: 1,9).

DIPENDENZE

L'area delle **dipendenze** in Umbria si caratterizza per un'elevata domanda assistenziale e un'altissima capacità di attrazione dei servizi pubblici (SerD), che tuttavia operano in condizioni di estrema pressione organica. Secondo i dati della Relazione al Parlamento 2025, il tasso di utenza in Umbria è tra i più alti d'Italia, con **351 assistiti ogni 100.000 abitanti** (fascia 15-74 anni), a fronte di un dato

nazionale significativamente inferiore pari a 228. Questa forte domanda si riflette in un carico di lavoro per gli operatori che non ha eguali nel resto del Paese: l'Umbria registra infatti il dato più elevato con **37 utenti per singola unità di personale**, superando di gran lunga la media nazionale di 24,1.



Fonte: Rapporto Tossicodipendenze Analisi dei dati del Sistema Informativo Nazionale delle Dipendenze Anno 2024 (dati 2023)

Il panorama delle sostanze illegali mostra mutamenti profondi, con una crescente richiesta di cura per **cocaina e crack**, che oggi rappresenta circa il **55% dei nuovi ingressi** nei servizi, in aumento rispetto al 51% degli anni precedenti. In calo, seppur restando un fenomeno rilevante, appare il consumo di cannabinoidi tra i giovani, passato dal 22% al 21% nell'ultimo biennio.

Per quanto riguarda l'alcol, l'Umbria si confronta con un forte condizionamento culturale che tende a normalizzare il consumo. Nonostante ciò, la problematica resta gravemente sottostimata: si ritiene che **meno del 10% dei soggetti affetti da Disturbo da Uso di Alcol (DUA)** riesca ad accedere alla presa in carico specialistica. Particolare preoccupazione desta l'esposizione all'alcol in gravidanza, data l'assenza di una soglia minima sicura e il rischio di insorgenza dello Spettro dei Disordini Feto-Alcolici. Il disagio tra gli adolescenti umbri (15-19 anni) si manifesta in modo sempre più marcato attraverso le dipendenze senza sostanza. L'Umbria registra dati allarmanti nel settore del gioco d'azzardo: il **62% degli studenti ha giocato almeno una volta nella vita** e il 57% lo ha fatto correntemente nel corso del 2024, il dato più alto mai rilevato. A questo si aggiunge l'uso rischioso del web, che interessa il **13% della popolazione studentesca**, correlandosi a fenomeni di isolamento sociale (Hikikomori) e a un diffuso impoverimento emotivo-affettivo.

Un punto di forza storico della regione è la rete dei servizi di **riduzione del danno** (Unità di strada e Drop-in), che vede l'Umbria posizionarsi ai vertici nazionali con un tasso di **0,8 servizi di primo livello ogni 100.000 abitanti**, a fronte dello 0,4 della media italiana. Tali presidi risultano fondamentali per contenere la diffusione di malattie infettive e prevenire decessi per overdose.

Infine, il fenomeno delle dipendenze incide pesantemente sulla realtà carceraria umbra, dove si stima che almeno **un terzo dei detenuti** (circa il 33%) presenti problemi di tossicodipendenza. Questa popolazione richiede interventi integrati che sappiano gestire la complessità della **doppia diagnosi**, ovvero la coesistenza di disturbi psichiatrici e addiction, condizione che interessa tra il **50% e il 60% dei pazienti** in carico ai SerD regionali.

DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE

Il quadro epidemiologico regionale relativo ai **DNA** in Umbria evidenzia un fenomeno in profonda trasformazione, caratterizzato da un preoccupante abbassamento dell'età di esordio e da una stretta correlazione con i dati relativi al sovrappeso e all'obesità infantile. L'analisi dei flussi informativi e dei sistemi di sorveglianza nazionali restituisce l'immagine di una regione dotata di una rete assistenziale d'eccellenza, ma chiamata a rispondere a una domanda sempre più precoce e complessa.

Uno dei dati più significativi emergenti dalla programmazione regionale riguarda la fascia d'età preadolescenziale. Studi recenti indicano che circa il **15% dei preadolescenti umbri** manifesta già segnali subclinici associati al rischio di sviluppare un disturbo alimentare. Mentre in passato l'attenzione era focalizzata sull'adolescenza, oggi l'età di insorgenza si è stabilmente attestata tra i **10 e i 14 anni**, con una spinta preventiva che deve necessariamente arretrare alla fascia **8-12 anni** per intercettare i pensieri disfunzionali prima che si strutturino in comportamenti restrittivi o compulsivi. Un esordio così precoce comporta, infatti, una maggiore severità clinica e rischi organici e psicologici potenzialmente irreversibili.

La prevenzione dei DNA deve essere integrata con quella dell'obesità, poiché le due condizioni condividono numerosi fattori di rischio quali l'insoddisfazione corporea, lo stigma del peso e la disregolazione emotiva. I dati della sorveglianza **PASSI** per il biennio 2023-2024 indicano che in Umbria il **33,4% della popolazione adulta è in sovrappeso** e il **9% è obeso**. Per quanto riguarda la popolazione infantile, il sistema **OKkio alla Salute** rileva per il 2023 che tra i bambini umbri l'**1,2% presenta obesità grave**, il **7,0% è obeso** e il **18,4% è in sovrappeso**. Questi dati sono particolarmente rilevanti in ambito epidemiologico poiché l'obesità stessa è considerata un fattore di rischio primario per lo sviluppo di successivi disturbi della nutrizione.

Dall'ultima rilevazione del Ministero della Salute l'area dei DNA è caratterizzata da un'alta frequenza di comorbidità psichiatrica o doppia diagnosi (circa nel 60% dei casi) che rende necessaria la collaborazione tra i diversi servizi nella presa in carico dei casi complessi dei DNA.

2.3 Analisi del rischio e comportamento suicidario in Umbria

L'analisi delle serie storiche ISTAT sulla mortalità per causa evidenzia come l'Umbria presenti strutturalmente tassi di mortalità per suicidio superiori alla media nazionale. Il dato regionale si

colloca stabilmente nella fascia medio-alta del Paese, con un tasso standardizzato che conferma l'eccesso di mortalità anche al netto della struttura demografica della popolazione. La disaggregazione dei dati per genere ed età conferma per l'Umbria i pattern nazionali, ma con specificità locali legate all'invecchiamento della popolazione: si conferma una netta prevalenza della mortalità maschile rispetto a quella femminile, con un rapporto che si attesta mediamente su valori di 4 a 1; dati ISTAT mostrano come i tassi più elevati si concentrino nella popolazione ultra-settantacinquenne, ma restituiscono un quadro di criticità in forte aumento anche per la popolazione giovanile, nella fascia di età compresa tra i 15 e i 29 anni, dove il suicidio rappresenta una delle principali cause di decesso, collocandosi stabilmente ai primi posti della graduatoria subito dopo gli incidenti stradali e le neoplasie. Questo dato conferisce al fenomeno una rilevanza strategica prioritaria: sebbene numericamente inferiore rispetto al suicidio geriatrico, l'evento in età giovanile genera infatti un impatto massimale in termini di *Anni di Vita Potenziali Persi (YPLL)*, indicatore chiave per la valutazione del danno sanitario e sociale.

I DNA, come anoressia nervosa e bulimia nervosa, presentano un elevato rischio di mortalità, di cui il suicidio è una causa primaria, specialmente nei giovani. Secondo le evidenze riportate anche in contesti di monitoraggio ISS/Epicentro, l'alto tasso di mortalità è legato a complicanze fisiche e gesti autolesionistici/suicidari. L'Istituto Superiore di Sanità (ISS) identifica il **suicidio** come una delle principali cause di morte tra le persone affette da DNA, in particolare nell'**anoressia nervosa**. Il rischio suicidario è significativamente più alto rispetto alla popolazione generale, specialmente in presenza di:

- Isolamento sociale;
- Lunga durata della malattia;
- Comorbilità psichiatriche: la presenza contemporanea di depressione maggiore, disturbi d'ansia, abuso di sostanze o disturbi di personalità (specialmente il disturbo borderline) eleva drasticamente il rischio;
- Fattori psicologici e individuali, come impulsività e disregolazione emotiva, perfezionismo e bassa autostima;
- Traumi Pregressi: storia di abusi fisici, sessuali o bullismo durante l'infanzia.

La prevenzione si basa su un approccio multidisciplinare e sulla tempestività dell'intervento:

- Identificazione Precoce e Screening: utilizzo di strumenti di valutazione) per monitorare costantemente l'ideazione suicidaria durante il trattamento;
- Continuità Assistenziale: garantire una presa in carico che prosegua anche dopo le dimissioni ospedaliere, periodo considerato ad alto rischio di ricadute e gesti estremi;
- Applicazione e implementazione del "Percorso Lilla" - Linee Guida del Ministero della Salute: linee guida specifiche nei Pronto Soccorso per accogliere i pazienti con DNA in urgenza,

riducendo lo stigma e fornendo cure immediate sia fisiche che psichiche e favorendo l'ingaggio terapeutico per livelli di trattamento adeguati;

- Supporto ai Familiari: coinvolgere la famiglia nel percorso di cura per ridurre l'isolamento del paziente e migliorare il clima relazionale;
- Accesso alle Cure: facilitare l'accesso ai diversi livelli di trattamento (ambulatoriale, semiresidenziale, residenziale e ospedaliero) con campagne di informazione e sensibilizzazione dei medici di base e pediatri.

Per quanto riguarda i giovani, gli studi dimostrano **l'importanza di un approccio integrato e multidisciplinare, che combina interventi di prevenzione primaria con azioni di prevenzione secondaria** volte a identificare precocemente i giovani a rischio e fornire loro il supporto necessario (Stanley & Brown, 2012). Sebbene il suicidio non sia prevedibile, sono tuttavia applicabili interventi preventivi basati su strategie consolidate nel panorama internazionale.

A livello internazionale ed europeo esistono numerose strategie e programmi strutturati per la prevenzione del suicidio, basati su evidenze scientifiche e orientati all'implementazione di interventi multilivello.

Negli Stati Uniti, il Centers for Disease Control and Prevention ha elaborato il documento *Preventing Suicide: A Technical Package of Policy, Programs, and Practices*, mentre la Substance Abuse and Mental Health Services Administration promuove la National Strategy for Suicide Prevention. In Australia, il programma Living Is For Everyone, inserito nella National Suicide Prevention Strategy, fornisce linee guida e strumenti operativi per professionisti e comunità. In ambito europeo, il progetto OSPI-Europe ha sviluppato e testato modelli di prevenzione evidence-based in diversi contesti territoriali, contribuendo all'integrazione tra servizi sanitari, scuola, media e comunità locali. Parallelamente, la Commissione Europea ha promosso un approccio integrato alla salute mentale attraverso l'European Mental Health Strategy. Un contributo significativo è stato offerto anche dal progetto Euregenas (European Regions Enforcing Actions Against Suicide), finalizzato a rafforzare la cooperazione tra regioni europee nella definizione e implementazione di strategie condivise. Euregenas ha prodotto linee guida operative, toolkit per operatori, raccomandazioni per la restrizione dell'accesso ai mezzi letali, indicazioni per la comunicazione responsabile dei media e strumenti per l'attivazione di helpline e servizi di supporto. Un punto importante risiede nel **far conoscere il fenomeno suicidario** attraverso la dissoluzione di false credenze che spesso costituiscono il principale ostacolo ad una concreta azione di sostegno agli individui in crisi. In questo senso la comprensione dei fattori di rischio e dei segnali di pericolo rispetto ad una situazione di ideazione o pensiero suicidario devono pertanto diventare patrimonio comune (<https://sprc.org/warning-signs-of-suicide/>).

3. LE STRATEGIE DI PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE NELLA SALUTE MENTALE

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (World Health Organization), la promozione della salute e la prevenzione della salute rappresentano due approcci complementari ma distinti, particolarmente rilevanti nell'ambito della salute mentale e delle dipendenze. La promozione della salute, così come definita nella Carta di Ottawa, si fonda su una prospettiva positiva e globale del benessere e mira a rafforzare le risorse individuali, sociali e ambientali che consentono alle persone di aumentare il controllo sui determinanti della propria salute. In questo senso, in ambito di salute mentale e dipendenze, essa include interventi che favoriscono resilienza, competenze socio-emotive, inclusione sociale, condizioni di vita favorevoli e contesti comunitari supportivi, andando oltre la riduzione del rischio e puntando allo sviluppo di fattori protettivi. La prevenzione, invece, si concentra maggiormente sulla riduzione dell'incidenza, della prevalenza o della gravità di specifici disturbi o comportamenti problematici, agendo sui fattori di rischio e sui segnali precoci di disagio. Essa si articola tradizionalmente in livelli (primaria, secondaria e terziaria) e mantiene un'impostazione più strettamente epidemiologica e clinica, orientata al contenimento del danno e alla limitazione dell'evoluzione patologica, ad esempio nei programmi di prevenzione dei disturbi da uso di sostanze o nell'intercettazione precoce dei disturbi depressivi e ansiosi. Il confine tra i due approcci è quindi dinamico e funzionale: la promozione della salute opera in una logica di potenziamento dei fattori protettivi e del benessere globale, mentre la prevenzione è maggiormente orientata al rischio e alla patologia, pur essendo nella pratica, soprattutto nei sistemi integrati di salute mentale pubblica, strettamente interconnessi e reciprocamente rafforzanti.

EVIDENZE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE E CONTESTO UMBRO

La promozione della salute mentale comprende tutte le azioni volte a rafforzare le risorse individuali, sociali e comunitarie, permettendo alle persone di vivere una vita piena e significativa, in cui siano protagoniste attive del proprio benessere. Questo approccio si basa su alcuni principi fondamentali. Innanzitutto, la salute mentale va considerata in termini positivi: non si tratta solo di assenza di malattia, ma di presenza di resilienza, senso di appartenenza, relazioni significative e capacità di affrontare le sfide quotidiane. I determinanti sociali giocano un ruolo cruciale: fattori come povertà, disuguaglianze, discriminazione e violenza influenzano profondamente il benessere psicologico, e la loro riduzione è essenziale per la prevenzione dei disturbi mentali.

Un altro elemento chiave è l'empowerment, ossia la capacità di persone e comunità di partecipare attivamente alle decisioni che influenzano la loro salute mentale, diventando agenti di cambiamento. Infine, l'approccio deve essere ecologico e intersettoriale, considerando che il benessere mentale dipende da contesti sociali, culturali ed economici e richiede politiche coordinate tra sanità, istruzione, lavoro, urbanistica, welfare e cultura.

L'WHO Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030 riconosce la promozione della salute mentale come componente chiave per ridurre il carico globale delle malattie mentali e rafforzare la resilienza della popolazione. La letteratura scientifica supporta l'efficacia di questi interventi: una revisione ha mostrato come programmi comunitari di promozione del benessere mentale migliorino il funzionamento sociale, aumentino il supporto tra pari e riducano sintomi depressivi. Studi europei indicano inoltre che investimenti mirati generano ritorni sociali ed economici significativi, riducendo costi sanitari e aumentando produttività, coesione sociale e capitale umano. Interventi scolastici e comunitari mostrano benefici duraturi sul benessere, la riduzione dei comportamenti a rischio e il rafforzamento della rete sociale.

Queste evidenze mostrano che la promozione della salute mentale non è solo etica, ma anche strategica, poiché previene disagio, favorisce inclusione sociale e contribuisce a sistemi di cura più sostenibili. In un modello integrato e olistico, essa funge da collante tra diverse prospettive teoriche – biopsicosociale, ecologica, dei determinanti sociali, One Health e welfare culturale – fornendo la cornice per politiche intersettoriali, rafforzando il legame tra servizi e comunità e spostando il paradigma dei servizi sociosanitari dalla mera cura della malattia alla costruzione attiva di benessere, resilienza e partecipazione comunitaria.

In questo ambito, il concetto di *empowerment for health* descrive il processo attraverso cui individui e comunità acquisiscono maggiore controllo sulle decisioni e sulle azioni che riguardano la salute, valorizzando le proprie risorse.

La promozione dell'empowerment personale e sociale si realizza attraverso strategie riconducibili al modello della Life Skills Education (OMS, 1993), che mira allo sviluppo di abilità cognitive, emotive e relazionali di base. Tali competenze si traducono in comportamenti positivi e prosociali quando la persona diviene consapevole non solo di cosa fare, ma anche di come farlo e di essere in grado di farlo. Questo modello si declina in tre principali metodologie: l'educazione socio-affettiva, l'influenza sociale e la peer education, tutte supportate da evidenze di efficacia.

L'educazione socio-affettiva è particolarmente indicata per la scuola dell'infanzia e primaria, pur essendo applicabile anche nelle fasi successive dello sviluppo. Nata negli anni '80 negli Stati Uniti, adattata poi al contesto italiano con un approccio più olistico dalla cattedra di Psicologia di Comunità dell'Università degli Studi La Sapienza di Roma (Francescato D. et al, 1986).

I programmi basati sull'influenza sociale si focalizzano in modo specifico sulla prevenzione dell'uso di sostanze, risultando particolarmente efficaci nel ritardare l'iniziazione, soprattutto nella scuola secondaria di primo grado (progetto **Unplugged 2**).

L'educazione tra pari (peer education), infine, rappresenta la metodologia elettiva per la scuola secondaria di secondo grado, valorizzando il ruolo del gruppo dei pari nei processi di apprendimento e nella costruzione di comportamenti consapevoli. La premessa di questo tipo di intervento è che nell'adolescenza l'influenza sociale reciproca è molto forte e il gruppo è il contesto in cui maggiormente si condividono esperienze e si trasmettono saperi, competenze, atteggiamenti e stili

di vita attraverso un complesso lavoro di co-costruzione della conoscenza che va oltre la semplice acquisizione diretta di nozioni (Vygotskij, 1980).

In continuità con il modello delle Life Skills, si colloca l'evoluzione rappresentata dai Social and Emotional Learning (SEL), che sistematizzano e ampliano il framework originario. I SEL costituiscono una componente fondamentale per lo sviluppo e il benessere dell'individuo lungo tutto l'arco della vita, favorendo l'acquisizione di competenze quali autoregolazione, consapevolezza di sé, empatia e capacità decisionale responsabile. Tali competenze possono essere integrate in modelli di intervento diversificati (universali, mirati e basati sul life course), adattandosi ai bisogni delle diverse fasi evolutive.

L'integrazione dei SEL nei piani sanitari rappresenta una leva strategica per rafforzare la prevenzione primaria, ridurre i fattori di rischio psicosociale e promuovere la continuità tra interventi educativi, servizi territoriali e politiche di salute mentale, con effetti positivi e cumulativi nel tempo, anche a livello intergenerazionale.

Le azioni di prevenzione e promozione della salute mentale, nella loro accezione più ampia, sono incluse nel Piano regionale della prevenzione e si sviluppano in modo sinergico e coerente tra i diversi programmi, privilegiando interventi trasversali e non settoriali, in linea con le indicazioni della comunità scientifica nazionale e internazionale. Il modello organizzativo di riferimento che deve governare gli interventi per l'area della salute mentale e delle dipendenze è rappresentato dal Dipartimento integrato e inclusivo, fondato sulla centralità della persona e sul coinvolgimento della famiglia e delle comunità attraverso le evidenze scientifiche (elaborate anche dal Centro Regionale per la Salute Globale – inserite in questo documento e in altri specifici) e l'intervento territoriale delle Reti Aziendali di Promozione della Salute.

In particolare, il Programma "Scuole che promuovono Salute" ed il Programma "Dipendenze" del piano Regionale di Prevenzione, basandosi sulle principali evidenze finora esposte, promuovono una serie di interventi nel contesto scolastico, attivi da numerosi anni, finalizzati a promuovere le competenze personali e le capacità di analisi critica e di autonomia, ad incidere sugli stili di vita, a prevenire i comportamenti a rischio e promuovere la salute di bambini, bambine, ragazzi e ragazze. In particolare, sono attivi su tutto il territorio regionale i seguenti progetti:

- "Pensiamo positivo", rivolto alla scuola dell'infanzia, primaria e secondaria di primo grado, basato sulla metodologia dell'educazione socio affettiva per lo sviluppo delle life skills;
- "Unplugged", rivolto alla scuola secondaria di primo grado e centrato in maniera specifica sul consumo di sostanze psicoattive e comportamenti assimilabili, come il gioco d'azzardo, basato sul modello dell'influenza sociale;
- "YAPS – Young and peer school", rivolto alla scuola secondaria di secondo grado e basato sulla peer education.

Queste progettualità sono in linea con quanto previsto dalle principali evidenze. Le cornici europee e internazionali indicano chiaramente che non tutte le azioni preventive sono ugualmente efficaci. Alcune possono risultare inefficaci o addirittura controproducenti se realizzate senza fondamento

scientifico. Il Curriculum Europeo per la Prevenzione delle Dipendenze (EUPC) sottolinea l'importanza di una prevenzione basata su evidenze.

La scuola rappresenta il contesto principale per la prevenzione universale. Essa non solo intercetta precocemente bambini e adolescenti, ma è anche un ambiente in cui si sviluppano competenze personali, sociali ed emotive fondamentali per affrontare le pressioni della vita quotidiana.

I programmi scolastici efficaci, come quelli proposti nei Programmi del PRP umbro, si basano su life skills e sviluppo di competenze di vita passando innanzitutto dalla formazione degli educatori di riferimento per bambini/e e ragazzi/e, ovvero gli insegnanti. Gli interventi basati su queste competenze e sul coinvolgimento del corpo docente sono stati validati a livello europeo e mostrano effetti positivi non solo sulla riduzione dei comportamenti a rischio, ma anche sul clima scolastico e sul benessere complessivo degli studenti.

La scuola, dunque, è un ecosistema educativo preventivo, in cui gli studenti apprendono strumenti per gestire le sfide della vita e costruire relazioni positive. In questo contesto, l'interazione tra insegnanti, dirigenti, famiglie e studenti diventa un fattore di protezione potente e sostenibile nel tempo.

I contesti extrascolastici – tempo libero, spazi di aggregazione, attività culturali e sportive, ambienti digitali – svolgono un ruolo cruciale nella prevenzione. Qui si consolidano comportamenti a rischio, ma allo stesso tempo possono operare come fattori protettivi se adeguatamente strutturati.

Interventi efficaci nei contesti extrascolastici comprendono: attività di aggregazione positiva e inclusiva; sostegno al protagonismo giovanile; creazione di ambienti sicuri e regolamentati; promozione di opportunità formative, sportive e culturali di qualità.

In ultimo, le comunità locali sono un pilastro della promozione della salute e della prevenzione. Le reti tra scuole, servizi socio-sanitari, enti locali, famiglie e terzo settore creano un ecosistema in cui le azioni preventive diventano coese e sostenibili. La comunità funziona così da moltiplicatore dell'efficacia degli interventi scolastici e familiari, creando condizioni ambientali favorevoli alla riduzione dei rischi. A livello comunitario, pertanto, risultano efficaci le azioni che rafforzano le reti territoriali, promuovono partecipazione e coesione sociale e offrono alternative positive di socializzazione.

3.1 Promozione e Prevenzione della Salute

La prevenzione delle difficoltà psicologiche ad ampio spettro – incluse manifestazioni internalizzanti, esternalizzanti e relazionali, di diversa intensità e gravità e che pertanto non si configurano necessariamente come manifestazioni di malattia psichiatrica in senso stretto richiede un approccio trasversale, continuativo e orientato al ciclo di vita, fondato sul paradigma One Health, che riconosce l'interconnessione tra salute mentale, contesti sociali, ambientali e digitali. I fattori di vulnerabilità e rischio per il disagio psichico si distribuiscono lungo l'intero arco della vita e comprendono esperienze

avverse precoci, povertà educativa e relazionale, isolamento sociale, fragilità nelle competenze socio-emotive, esposizione a stress ambientali, stili di vita disfunzionali e uso non mediato delle tecnologie digitali.

In tale prospettiva, la Regione Umbria promuove **strategie di prevenzione universale, selettiva e indicata**, integrate nei programmi regionali di promozione della salute, finalizzate al rafforzamento dei fattori protettivi individuali, familiari e comunitari e alla riduzione del rischio di evoluzione verso forme di disagio più strutturate. Le azioni preventive sono realizzate prioritariamente nei principali contesti di vita, in un'ottica di corresponsabilità intersettoriale.

In **ambito scolastico**, dalla scuola dell'infanzia alla secondaria, la prevenzione trasversale si realizza attraverso programmi strutturati di promozione delle competenze socio-emotive, della regolazione emotiva, delle abilità relazionali e del pensiero critico, con particolare attenzione all'uso consapevole dei media digitali e alla prevenzione del ritiro sociale, del bullismo e del cyberbullismo, del consumo di sostanze psicotrope. La scuola rappresenta il contesto privilegiato per interventi universali e selettivi, capaci di intercettare precocemente segnali di disagio e attivare reti di supporto.

Negli **ambienti sportivi**, la prevenzione trasversale si declina nella promozione del benessere psicofisico, della regolazione emotiva e delle relazioni sane, contrastando modelli performativi disfunzionali, idealizzazioni corporee e pratiche a rischio. La formazione di allenatori e operatori sportivi sui determinanti della salute mentale e sui segnali precoci di disagio rappresenta un elemento chiave per la costruzione di contesti sportivi inclusivi e protettivi.

La **famiglia** costituisce un fattore protettivo fondamentale lungo tutto l'arco di vita. Gli interventi di prevenzione trasversale mirano a sostenere le competenze genitoriali, la qualità delle relazioni affettive, la comunicazione e la gestione dei fattori di stress, inclusi quelli legati all'ambiente digitale e ai cambiamenti socio-economici. Il coinvolgimento attivo delle famiglie nei programmi di prevenzione favorisce la continuità tra i diversi contesti di vita e rafforza l'efficacia degli interventi.

In un'ottica One Health, particolare attenzione è rivolta ai **fattori ambientali e digitali**, quali qualità degli spazi di vita e di studio, accesso a luoghi di socializzazione, esposizione a inquinamento ambientale e digitale, utilizzo dei social media e delle tecnologie immersive. La prevenzione del disagio psicologico richiede interventi che promuovano ambienti fisici e virtuali salutarie, capaci di sostenere il benessere mentale e relazionale della popolazione.

L'efficacia delle azioni di prevenzione trasversale è strettamente connessa al rafforzamento delle reti territoriali di promozione della salute, alla formazione degli operatori e all'adozione di sistemi di monitoraggio e valutazione basati su indicatori condivisi di appropriatezza ed esito, orientati non solo alla riduzione dell'incidenza dei disturbi, ma anche al miglioramento del funzionamento psicologico, relazionale e sociale nei diversi contesti di vita.

Il diritto alla salute, costituzionalmente garantito, deve essere assicurato a tutti i cittadini in modo equo, indipendentemente dal censo e dalla residenza. In tale cornice, le attività di prevenzione,

trattamento e riabilitazione in salute mentale rientrano pienamente nel mandato istituzionale del Dipartimento di Salute Mentale Integrato.

Tuttavia, fattori di natura storico-contestuale, retaggi ideologici e differenze culturali e formative hanno determinato un'attuazione disomogenea di tali principi tra le Regioni, talora anche all'interno delle stesse. A partire dalla riforma introdotta con la legge 833/1978, la salute mentale ha conosciuto evoluzioni differenti, con un'enfasi variabile sugli aspetti sociali, biologici o psicologici. Il modello bio-psico-socio-culturale, pur ampiamente riconosciuto, non ha raggiunto una diffusione tale da garantire un approccio omogeneo e condiviso. Tra le cause principali si evidenziano la tendenza all'auto referenzialità, la limitata cultura della valutazione e la carenza di indicatori oggettivi di esito e di processo, nonché l'assenza di leggi attuative pienamente condivise della legge 833/1978.

Dopo i Progetti Obiettivo del 1994 e del 1998 e, successivamente, con l'ampliamento dell'autonomia regionale in materia sanitaria (Riforma del Titolo V, Legge Costituzionale 3/2001), tali differenze si sono ulteriormente accentuate. I dati del Sistema Informativo nazionale per la Salute Mentale (SISM) evidenziano infatti significative disomogeneità interregionali in termini di modelli organizzativi, utilizzo delle strutture residenziali e semiresidenziali, integrazione tra ospedale e territorio, nonché risorse e personale.

Va aggiunto che ulteriore complessità organizzativa si è realizzata con la nascita della rete per i servizi delle dipendenze a partire dagli anni '90 sulla base della legge 309/90 che hanno iniziato ad interagire con il sistema dei servizi per la salute mentale non riuscendo a creare sempre sinergie virtuose.

In questo contesto anche gli interventi di prevenzioni hanno risentito di tale disomogeneità pur essendo evidente il ruolo centrale che svolge l'azione preventiva nel campo della salute mentale e dei disturbi di addictions. Pertanto è fondamentale che gli interventi di prevenzione in tale ambito siano guidati da criteri di appropriatezza, evitando interventi frammentati, discontinui o non basati su evidenze. Va sottolineata per altro la centralità di integrare l'azione dei due sistemi, prevenzione della salute mentale e prevenzione per i disturbi di addiction. Bisogna infatti ricordare che in questi ultimi trent'anni il sistema dei servizi per le dipendenze ha iniziato a produrre importanti attività di prevenzione e promozione della salute in relazione all'uso di sostanze psicotrope ed interventi di riduzione del danno per la popolazione che ha già sviluppato un quadro conclamato di addiction.

L'insorgenza di problemi di salute mentale e di comportamenti a rischio, come l'uso di sostanze psicoattive, è determinata da una molteplicità di fattori complessi. Accanto alle caratteristiche individuali, risultano determinanti i fattori ambientali, sociali e culturali. La letteratura scientifica consolidata indica pertanto l'efficacia di approcci integrati e multicomponente, articolati su diversi livelli, finalizzati alla riduzione dei fattori di rischio e al potenziamento di quelli protettivi.

I modelli teorici di riferimento sono il modello bio-psico-socio-culturale e quello One Health/One Mental Health, che attribuiscono ampia rilevanza non solo ai determinanti biologici e psicologici, ma anche ai fattori sociali, ambientali e culturali del contesto di vita della persona.

3.2 Prevenzione Sociale e Lotta allo Stigma

Le persone con disturbi mentali o da addiction sono spesso esposte a stigma ed emarginazione, condizioni che aumentano il rischio di violazione dei diritti civili e limitano l'accesso equo ai servizi sanitari e alle cure. Nonostante gli studi epidemiologici evidenzino un'alta prevalenza dei disturbi mentali (circa una persona su quattro), lo stigma resta diffuso sia nella popolazione generale sia tra gli stessi professionisti della salute. Esso è alimentato principalmente da carenza di informazioni, atteggiamenti pregiudizievoli e comportamenti discriminatori, che costituiscono barriere rilevanti all'accesso ai servizi.

Lo stigma rappresenta un ostacolo significativo sia all'accesso ai servizi sia ai percorsi di recovery. Le esperienze di discriminazione e isolamento possono infatti aggravare i quadri psicopatologici, ridurre l'autonomia personale e compromettere l'inclusione sociale, lavorativa e abitativa.

Il timore di essere giudicati o etichettati può indurre le persone a non chiedere aiuto o a farlo con notevole ritardo, talvolta ricorrendo a interventi non appropriati. In media, l'accesso alle cure in salute mentale avviene diversi anni dopo l'esordio dei sintomi (circa 8 anni per i disturbi dell'umore e 9 per quelli d'ansia), compromettendo l'efficacia degli interventi, che è invece maggiore quando la diagnosi è precoce.

La **lotta allo stigma è quindi centrale in un approccio di salute mentale di comunità**, che pone attenzione ai fattori di rischio psicosociale e promuove interventi integrati: campagne informative per ridurre il pregiudizio, programmi di prevenzione rivolti alle popolazioni a rischio e azioni volte a rafforzare i fattori di resilienza individuale e collettiva.

Per promuovere la salute mentale e contrastare lo stigma, i DISMeD sono chiamati a sviluppare azioni mirate alla prevenzione dei pregiudizi e delle discriminazioni, anche in collaborazione con associazioni e realtà del territorio impegnate nell'inclusione sociale e nell'empowerment. Tali azioni comprendono iniziative di informazione e sensibilizzazione rivolte alla popolazione generale, l'analisi della rete sociale e dei bisogni emergenti, nonché il rafforzamento delle collaborazioni con il Dipartimento di Prevenzione, i Distretti, i Comuni, i MMG, le scuole e le associazioni di utenti e familiari.

Le evidenze scientifiche indicano che il percorso di recovery costituisce un elemento chiave nel contrasto allo stigma. Esso richiede un approccio integrato tra servizi sanitari e sociali, orientato all'empowerment della persona.

Dovranno essere programmati degli interventi con le seguenti caratteristiche:

Azioni

- Campagne di informazione, sensibilizzazione e formazione, rivolte anche agli operatori dei servizi sanitari e comunali;
- Stratificazione del rischio della popolazione e definizione di interventi di prevenzione e presa in carico precoce, anche in collaborazione con il Dipartimento di Epidemiologia, Università, il Centro Regionale di Salute Globale ed enti di ricerca;
- Sviluppo di servizi sanitari di prossimità, in coerenza con il PNRR.

Attori coinvolti

- Regione, servizi distrettuali ASL, MMG/PLS, Consultori familiari, CSM, servizi NPIA, servizi per i DNA, SerD, Distretti socio-sanitari, Servizi ospedalieri, scuole e formazione professionale, agenzie culturali, terzo settore, associazioni di utenti e familiari.

Risultati attesi

- Maggiore sensibilizzazione e conoscenza dei temi di salute mentale nella popolazione e tra gli operatori;
- Migliore comprensione dei bisogni di salute del territorio;
- Attivazione di interventi coordinati contro stigma ed esclusione.

Indicatori

- Numero di campagne di informazione e sensibilizzazione attivate;
- Definizione di metodologie per la stratificazione del rischio nella popolazione;
- La lotta allo stigma ha come target anche gruppi di soggetti particolarmente vulnerabili, tra cui vittime di abuso, maltrattamento o trascuratezza; figli di persone con disturbi psichiatrici o dipendenze; migranti, con particolare attenzione ai minori non accompagnati; nonché soggetti autori di comportamenti abusanti. In tali ambiti è fondamentale la collaborazione tra amministrazioni comunali, terzo settore e associazioni specializzate, attraverso programmi mirati;
- Rientrano in questo ambito alcune azioni che fanno parte della prevenzione terziaria in ambiti rilevanti per la tutela dei diritti: la prevenzione delle contenzioni fisiche; la riduzione dei TSO garantendo il pieno rispetto delle procedure previste dalla normativa, incluso il diritto all'assistenza legale e all'audizione da parte del giudice tutelare.

3.3 Prevenzione nella Perinatalità e Nuove Generazioni

La salute mentale perinatale rappresenta una priorità strategica: si prospetta un modello operativo integrato finalizzato alla valutazione e al monitoraggio tempestivo dei fattori di rischio psicosociali, della sintomatologia depressiva e ansiosa. Tale approccio è orientato alla definizione di piani di assistenza basati su trattamenti fondati sull'evidenza scientifica (*evidence-based*), volti a ottimizzare la diade madre-bambino e a sostenere lo sviluppo infantile. L'attuazione di un **protocollo di screening precoce e continuativo**, anche in sinergia con **l'Ambulatorio di psicopatologia della gravidanza e del peri-partum dell'Università di Perugia**, consente l'implementazione di percorsi assistenziali graduati (*stepped care*) e personalizzati, modulati in funzione del livello di rischio e della gravità clinica, garantendo la continuità assistenziale e l'integrazione tra i servizi territoriali, consultoriali e

specialistici. Le misure di intervento possono includere il supporto psicologico, la psico-educazione genitoriale, gli interventi domiciliari e le psicoterapie evidence-based per i quadri clinici più complessi. Elemento imprescindibile è il **sostegno della relazione madre-bambino e del legame di attaccamento**, con il coinvolgimento attivo della figura paterna/partner quale risorsa protettiva fondamentale. Risulta cruciale l'integrazione multiprofessionale e l'incremento delle competenze psicologiche degli operatori sanitari.

L'azione di prevenzione, pilastro dell'integrazione socio-sanitaria, si focalizza sul benessere psicologico della popolazione adolescente e dei giovani adulti, intercettando il disagio psicologico "sub-soglia" (quali ritiro sociale, instabilità emotiva) che incide negativamente sul loro funzionamento psicosociale. La Regione si impegna a promuovere un modello di **intervento proattivo e destigmatizzante** all'interno delle **Case di Comunità**, riconosciute come sedi privilegiate di prossimità. In tale contesto, la sinergia tra la Psicologia di base, i Consultori Familiari e le attività di Promozione della Salute garantisce un'accoglienza e un supporto precoce a bassa soglia, attraverso la co-progettazione di percorsi flessibili e multidisciplinari volti a sviluppare competenze emotive e relazionali. Un coordinamento multidisciplinare permanente assicura l'omogeneità operativa; inoltre, programmi di formazione trasversale coinvolgono operatori sanitari, istituzioni scolastiche e il Terzo Settore per la costituzione di una "comunità educante e curante" capace di agire tempestivamente sui fattori di rischio e di fornire una risposta qualificata al disagio giovanile.

La salute mentale perinatale: salute affettivo relazionale della donna, della coppia e della famiglia nelle fasi del ciclo di vita

La **depressione perinatale** (cirscritta al periodo compreso tra l'inizio della gestazione e il primo anno post-parto) rappresenta una complicità di frequente riscontro, caratterizzata da una prevalenza del 15-20% in epoca prenatale e del 16-18% nel *postpartum*. Tale incidenza è risultata incrementata in Italia fino al 25% nel 2022, in conseguenza della pandemia COVID-19.

Una **diagnosi e una presa in carico tempestiva** rivestono un'importanza cruciale, in quanto la depressione e l'ansia perinatale sono associate a esiti sfavorevoli per la salute del neonato (quali parto pretermine, basso peso alla nascita, problematiche cognitive e comportamentali).

In considerazione dell'assenza di percorsi clinici standardizzati a livello nazionale, si rende urgente la definizione di **percorsi integrati e multidisciplinari** volti alla tutela del benessere psicologico della donna, in linea con le raccomandazioni della Linea Guida Nazionale (SNLG 1/2025). Tali percorsi dovrebbero includere:

- **Screening** del rischio e diagnosi precoce dei disturbi dell'umore a partire dal primo trimestre di gravidanza, con particolare riguardo alle popolazioni vulnerabili.
- **Trattamenti basati sull'evidenza scientifica**, modulati in funzione della gravità e che preservino la relazione diadica madre-bambino.

Si sottolinea altresì l'importanza della prevenzione e del trattamento della **Depressione Perinatale Paterna (PPND)**, al fine di promuovere un adeguato coinvolgimento della figura paterna.

È necessario incentivare il **potenziamento della rete dei servizi consultoriali**, in particolare attraverso i corsi di accompagnamento alla nascita, i quali dovrebbero prevedere:

- La diffusione di **materiale informativo** per la madre, il padre e i familiari in merito al disagio psichico perinatale.
- L'implementazione di **azioni di sostegno coordinate e multidisciplinari** per le donne identificate a rischio, anche per favorire lo sviluppo delle competenze genitoriali.

Infine, l'organizzazione dei ricoveri per i disturbi psichici di maggiore gravità nel periodo perinatale deve contemplare la disponibilità di **ricoveri in *family room***, al fine di salvaguardare il legame madre-bambino.

Azione strategica - Percorso integrato di screening e intervento precoce per la salute mentale perinatale

Attivazione di un **percorso integrato di screening, valutazione e intervento precoce** nell'ambito della salute mentale perinatale, finalizzato alla prevenzione dei disturbi depressivi e ansiosi e alla tutela della **relazione madre-bambino**, con il coinvolgimento del **padre/partner**.

L'iniziativa prevede le seguenti azioni:

- **Implementazione di un protocollo di screening sistematico e continuativo** dei sintomi e dei rischi psicosociali presso i consultori, le Case della Comunità e le strutture che erogano servizi nascita;
- **Valutazione della diade madre-bambino e del contesto familiare**, estesa al padre/partner;
- **Erogazione di interventi graduati (stepped care)**: supporto psicologico e psicoeducazione;
- **Interventi a domicilio (home-based)** per le situazioni di vulnerabilità, e psicoterapia *evidence-based* per i casi con sintomatologia severa;
- **Promozione dell'integrazione multiprofessionale** (ostetriche, psicologi, psichiatri, assistenti sociali, pediatri) e garanzia della continuità delle cure tra i *setting* territoriali e domiciliari.

Obiettivi specifici: Prevenire l'insorgenza e la cronicizzazione dei disturbi ansioso-depressivi perinatali, promuovere una relazione madre-bambino armonica, rafforzare il ruolo del padre/partner nel sistema familiare e ridurre l'accesso inappropriato ai servizi specialistici, in conformità con quanto previsto dal DM 77/2022.

La **prevenzione in età giovanile**, in particolare nell'ambito dell'emerging adulthood e nel contesto universitario, riveste un'importanza strategica nel contrasto a fenomeni quali lo stress e l'isolamento. Si rende necessaria un'integrazione tra l'Università (anche attraverso **l'Ambulatorio per l'Inquadramento delle Manifestazioni Psicopatologiche in Età Adolescenziale e Giovane Adulta**

dell'Università di Perugia) e i servizi territoriali (di counselling, sanitari e sociali) al fine di promuovere ambienti salubri e implementare interventi basati sull'evidenza scientifica. La strategia regionale si focalizza sul potenziamento del benessere psicologico di adolescenti e giovani adulti, riconoscendo l'insorgenza di nuove vulnerabilità connesse al vivere in modalità "on-life" e alla carenza di figure adulte di riferimento.

Il Piano si prefigge l'obiettivo di intercettare il disagio psicologico "sub-soglia" (manifestazioni quali il ritiro sociale, l'instabilità emotiva, le difficoltà nella regolazione affettiva e le nuove devianze minorili) che incide negativamente sul funzionamento giovanile. La Regione adotta un approccio proattivo e non stigmatizzante, identificando le **Case della Comunità** quale sede privilegiata di intervento. In tali strutture, l'integrazione tra lo **Psicologo delle cure primarie, i Consulenti Familiari e le iniziative di Promozione della Salute** garantisce un supporto tempestivo e accessibile. La finalità è la co-progettazione di percorsi multidisciplinari volti allo sviluppo di competenze emotive e relazionali nei giovani e nei loro *caregiver*.

Un coordinamento multidisciplinare permanente, operante in sinergia con l'Hub di innovazione e ricerca (presso l'Università degli Studi di Perugia), si occupa di tradurre le evidenze scientifiche in azioni omogenee e di monitorare i fabbisogni di salute mentale (ad esempio, tramite il Progetto Giovani e Territorio – Mappatura del Disagio). Tale *governance* è supportata da un programma di formazione trasversale destinato a operatori, istituzioni scolastiche e al Terzo Settore, con l'intento di costituire una "comunità educante e curante" in grado di agire prontamente sui fattori di rischio e assicurare una risposta qualificata al disagio giovanile.

In questa direzione, il presente piano sostiene:

1. La centralità della prevenzione primaria: promuovere competenze socio-emotive, capacità di regolazione affettiva, gestione del conflitto e costruzione dell'identità nei contesti scolastici, sportivi e comunitari, riconoscendo che la prevenzione coincide con la promozione del benessere psicologico;
2. L'Intercettazione precoce delle vulnerabilità: sviluppare sistemi di osservazione e screening nei contesti educativi e territoriali, in una logica di identificazione dei profili di vulnerabilità e di ecosistemica e coerente con alcuni modelli internazionali, al fine di identificare precocemente traiettorie a rischio persistente.
3. L'integrazione inter-istituzionale strutturata: rafforzare l'integrazione tra servizi di salute mentale, scuola, università, servizi sociali, giustizia minorile e terzo settore, costruendo percorsi personalizzati e multilivello per i casi a maggiore complessità.

Nel territorio della città di Perugia, l'**Unità di Psicologia dell'Università di Perugia**, ha attivato il **Progetto Me.Mo – Menti in Movimento** con i *Gruppi Me.Mo*, che costituisce un programma strutturato di promozione delle *Life Skills*, dedicato allo sviluppo delle competenze emotive, riflessive, relazionali e di consapevolezza corporea per giovani adulti. Le evidenze di ricerca documentano una significativa

riduzione della solitudine e un miglioramento del benessere psicologico, dell'autostima e della regolazione emotiva, confermando l'efficacia del programma.

Le attività dell'Università degli Studi di Perugia e prevenzione della salute mentale si sostanziano inoltre con il **Day Hospital di psichiatria e gli ambulatori dedicati al peri-partum** e alla psicodiagnostica degli adolescenti e giovani adulti attivi presso gli ambulatori di Psichiatria dell'AOPG a direzione universitaria. Le attività garantite presso **l'Ambulatorio per l'Inquadramento delle Manifestazioni Psicopatologiche in Età Adolescenziale e Giovane Adulta** della sezione di Psichiatria dell'Università degli Studi di Perugia, sono rivolte ad adolescenti e giovani adulti tra i 15 e i 25 anni, fascia di età in cui si concentrano la maggior parte degli esordi della maggior parte dei disturbi psichiatrici. Particolare attenzione è dedicata agli stati mentali a rischio, ossia situazioni cliniche in cui esistono segnali precoci di possibile evoluzione verso disturbi psichiatrici maggiori. Questi quadri richiedono un approccio altamente specializzato. All'interno di questo percorso, **l'ambulatorio di Psicopatologia della Gravidanza e del Peri-partum dell'Università degli Studi di Perugia nell'AOPG** rappresenta un punto di riferimento a livello regionale per la salute mentale perinatale e per l'intervento precoce come attività di analisi e ricerca nell'ambito specifico. A garanzia di competenze cliniche avanzate in un'area tanto delicata quanto decisiva per la salute della donna e del bambino.

L'ambulatorio affronta i principali disturbi del periodo perinatale, tra cui baby blues, disturbi dell'umore e d'ansia, psicosi puerperale, disturbi ossessivo-compulsivi. L'esordio di psicopatologia in questa fase è caratterizzato da una vulnerabilità specifica, legata a fattori biologici e ambientali, e può incidere sulle successive traiettorie di salute psichica della donna e sullo sviluppo del bambino.

Il Servizio previene e cura i disturbi psichici perinatali incidendo sullo sviluppo del bambino e sull'uso improprio di risorse sanitarie.

Le attività di ricerca condotte presso l'Ambulatorio di Psicopatologia della Gravidanza e del Peripartum rivestono rilevanza clinica in quanto mirano a migliorare la comprensione, l'identificazione precoce e la gestione dei disturbi psicopatologici che insorgono nel periodo perinatale, integrando la valutazione di fattori di rischio individuali e ambientali. Gli studi condotti hanno il fine ultimo di sviluppare protocolli di prevenzione e intervento sempre più mirati. Tali risultati potranno tradursi in strumenti clinici utili per lo screening precoce, per la stratificazione del rischio e per la definizione di percorsi assistenziali personalizzati con ricadute concrete sulla salute mentale materna, sulla qualità della relazione madre-bambino e sugli esiti di sviluppo del bambino nel lungo termine.

Un'ulteriore esperienza attiva sul territorio umbro, coordinata dall'Università degli Studi di Perugia, concerne il programma **Super Skills for Life**, un programma evidence-based manualizzato per bambini tra i 6 e gli 11 anni e per preadolescenti e adolescenti (12 – 18 anni) (Essau & Ollendick, 2013; Essau et al., 2019) volto a migliorare la gestione e regolazione emotiva, aumentare l'autostima, migliorare la capacità di rispondere positivamente alle difficoltà esterne e gestire lo stress. Il programma Super Skills for Life (SSL) concepito come protocollo transdiagnostico è stato specificamente sviluppato per affrontare le problematiche emotive in bambini e adolescenti. Al fine di

ridurre i sintomi di ansia, depressione e problemi comportamentali, la sua implementazione a livello grupale e potrebbe fungere come un intervento di secondo livello, breve ed efficace.

Al fine di sostanziare attività di prevenzione si valuta l'istituzione di un **Centro di Supporto alla Genitorialità**, quale ulteriore potenziamento dei servizi specialistici a supporto della famiglia e della genitorialità integrato con i Centri per la famiglia delle 12 zone sociali dell'Umbria e con i Consultori familiari (di cui al paragrafo 6.2), con finalità di prevenzione, promozione del benessere e intervento precoce.

Il Centro si configura come struttura a valenza territoriale dedicata al sostegno delle competenze genitoriali lungo l'intero arco evolutivo dei figli, con particolare attenzione alle fasi di transizione e ai contesti di vulnerabilità.

Esso opera in una logica di integrazione socio-sanitaria, in raccordo funzionale con i Dipartimenti di Salute Mentale, i Consultori familiari, i Servizi di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza, i servizi sociali comunali e le istituzioni scolastiche.

Finalità

Promuovere il benessere psicologico delle famiglie attraverso il potenziamento delle competenze genitoriali; prevenire l'insorgenza e la cronicizzazione di condizioni di disagio psicologico in età evolutiva, sia sul versante internalizzante che esternalizzante; intercettare precocemente situazioni di rischio relazionale, educativo e psicosociale; favorire l'integrazione tra interventi preventivi e percorsi di presa in carico specialistica. Inoltre, prevede una collaborazione sistematica con istituzioni scolastiche e servizi socio-sanitari.

Assetto organizzativo

Il Centro è composto da un'équipe multiprofessionale comprendente psicologi, psicoterapeuti, pedagogisti ed assistenti sociali, con funzioni integrate e coordinate. La governance prevede un responsabile scientifico e un coordinatore operativo, con compiti di supervisione clinica, monitoraggio delle attività e valutazione degli esiti.

Monitoraggio e valutazione

Il Centro adotta un sistema di monitoraggio basato su: indicatori quantitativi di accesso e presa in carico; strumenti standardizzati di valutazione, rilevazione della soddisfazione dell'utenza, analisi dell'integrazione con la rete dei servizi.

Valore strategico

L'Investimento sul sostegno alla genitorialità consente di ridurre la domanda futura di interventi specialistici ad alta intensità, rafforzando al contempo la resilienza delle famiglie e la coesione della comunità.

Il Centro si configura come nodo qualificato della rete regionale di psicologia, con funzione di raccordo tra promozione del benessere e prevenzione.

3.4 Approccio Integrato alla Prevenzione dei DNA e dell'Obesità

La crescente **incidenza dei DNA in età sempre più precoce** ha portato a una presa di posizione netta da parte delle istituzioni sanitarie rispetto al tema della prevenzione. Negli ultimi anni, infatti, l'età di insorgenza dei DNA si è avvicinata ai 10-14 anni, spostando l'attenzione verso la preadolescenza (8-12 anni) come fascia critica per interventi preventivi precoci. Si sottolinea come un esordio precoce comporta maggiore severità clinica e rischi organici e psicologici potenzialmente irreversibili, rendendo urgente un intervento tempestivo e interventi preventivi sempre più mirati.

Il Ministero della Salute aveva già individuato attraverso il Progetto CCM "Le buone pratiche nella cura e nella prevenzione dei DNA (2007,) di cui è stata capofila la Regione Umbria, quattro aree di intervento per la prevenzione dei DNA: la scuola, il mondo dello sport, i social media, la diet industry.

La Consensus Conference dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) del 2012 raccomandava **programmi di prevenzione specificamente rivolti alla scuola primaria e media, con strumenti di screening precoci e interventi educativi mirati**. In tale documento veniva ribadita l'importanza di mettere in campo campagne di prevenzione ed identificazione precoce, coinvolgendo pediatri, psicologi, nutrizionisti, insegnanti e famiglie, con interventi a livello scolastico e con l'attivazione di sinergie tra sanità pubblica, educazione e comunità.

Studi recenti indicano che circa il 15% dei preadolescenti mostra già segnali subclinici associati a rischio di DNA. La fascia d'età 8-12 anni rappresenta un periodo critico per lo sviluppo dell'immagine corporea e delle abitudini alimentari. I bambini preadolescenti sono esposti a pressioni esterne legate all'ideale di magrezza, ai social media e al confronto con i coetanei. Intervenire in questa fase significa agire prima che si strutturino pensieri disfunzionali e comportamenti restrittivi o compulsivi.

Inoltre, la prevenzione primaria in questa fascia di età può ridurre l'incidenza dei DNA e intervenire simultaneamente su obesità e condizioni metaboliche associate.

I DNA e l'obesità condividono numerosi fattori di rischio: insoddisfazione corporea, stigma del peso, diete rigide, sedentarietà, disregolazione emotiva. L'obesità stessa rappresenta un importante fattore di rischio per lo sviluppo dei DNA. Per questo motivo, la prevenzione più efficace è integrata e non separata, come già emergeva nelle raccomandazioni della Consensus Conference dell'ISS del 2012.

Anche gli studi e le revisioni più recenti confermano, inoltre, l'importanza di coinvolgere i familiari e le figure educative presenti in ambito scolastico, sportivo ed associazionistico, utilizzando anche supporti digitali.

Gli interventi più efficaci includono:

- Educazione ai media per sviluppare pensiero critico sull'immagine corporea (dissonanza cognitiva, media literacy);
- Promozione dell'autostima e della body acceptance;
- Modelli peer-education (studenti formati come facilitatori);
- Educazione alimentare e promozione di uno stile di vita sano, con coinvolgimento delle famiglie e dei pediatri;

- Attività fisica regolare inserita nei curricula scolastici.

AMBITI DI INTERVENTO E METODOLOGIA

Scuola (infanzia, preadolescenza, adolescenza)

La scuola è l'ambiente chiave per la prevenzione universale e selettiva. L'ambiente scolastico permette interventi sistematici, sostenibili e inclusivi.

Una review del 2023 che includeva 14 studi (adolescenti 10-19 anni) ha rilevato miglioramenti significativi in autostima, ansia e pressione estetica nei programmi scolastici strutturati, ma ha evidenziato anche l'importanza del follow-up a lungo termine spesso assente.

Rispetto alle metodologie da utilizzare, un'importante meta-analisi del 2021 ha incluso 15 trial (circa 5 080 partecipanti, età media 14,5–22,3 anni), che hanno valutato programmi selettivi destinati a soggetti a rischio elevato — ad esempio con un singolo fattore di rischio elevato. I programmi basati su dissonanza cognitiva (dissonance-based), modifica dello stile di vita salutare (healthy lifestyle) e autostima/self-efficacia hanno ridotto in modo significativo l'insorgenza di DNA. Al contrario, interventi di tipo psicoeducativo, CBT "pura", terapia familiare o peso corporeo non hanno dimostrato efficacia sulla prevenzione dell'esordio. Altri autori evidenziano che programmi di media literacy, specialmente in età scolare media e superiore, riducono significativamente l'internalizzazione degli ideali corporei e migliorano l'autostima e l'immagine corporea.

I programmi puramente informativi risultano invece scarsamente efficaci nella prevenzione primaria. Studi dimostrano che interventi condotti da professionisti o peer educators in età >14 anni sono particolarmente efficaci. Interventi come "Body Project" e programmi digitali basati su dissonanza cognitiva hanno mostrato significativi miglioramenti nei punteggi di insoddisfazione corporea e una riduzione dei comportamenti alimentari disfunzionali.

La possibilità di integrare interventi educativi con supporti digitali consente inoltre di raggiungere una più ampia platea di studenti, inclusi quelli più a rischio.

Una meta-analisi del 2020 ha confermato che interventi universali online migliorano l'immagine corporea e riducono i comportamenti disfunzionali nei giovani. Ulteriori ricerche più recenti hanno rafforzato questi risultati, dimostrando l'efficacia di programmi basati su media literacy, accettazione corporea e dissonanza cognitiva.

Il programma "Media Smart", per esempio, è stato implementato con successo in scuole primarie e secondarie, evidenziando una riduzione significativa di insoddisfazione corporea, idealizzazione della magrezza e dieta restrittiva. La presenza di programmi come "Media Smart" nei curricula scolastici, combinati con formazione degli insegnanti e coinvolgimento dei genitori, ha portato a cambiamenti positivi sostenuti nel tempo.

Contesti universitari

In età 18-22, programmi su campus universitari – anche online – possono ridurre le incidenze sub-sintomatiche o conclamate di DNA con *effect sizes* modesti ma importanti su corpo, dieta e psicopatologia associata. Inoltre, piattaforme digitali interattive e basate su peer-network (eBody Project) risultano applicabili anche a questi contesti.

Ambienti sportivi

Gli ambienti sportivi, soprattutto quelli che pongono enfasi sull'estetica o sul peso, sono contesti ad alto rischio. Studi recenti evidenziano come la formazione di allenatori, l'educazione all'accettazione corporea e la promozione del benessere psicofisico siano fondamentali per la prevenzione.

Una revisione pubblicata nel 2023 ha confermato che la presenza di politiche di tutela psicologica e nutrizionale degli atleti, integrate con controlli clinici, riduce il rischio di DNA. L'aggiornamento delle linee guida NICE del Regno Unito del 2023 ha inoltre raccomandato screening regolari e l'inserimento di figure psicologiche nei team sportivi giovanili.

L'implementazione di pratiche inclusive, il rifiuto di idealizzazioni corporee e il sostegno al benessere globale dell'atleta sono strategie centrali. La promozione di uno sport sano, centrato su obiettivi funzionali e non estetici, rappresenta un fattore protettivo fondamentale.

Famiglia

Il coinvolgimento delle famiglie all'interno dei progetti di prevenzione per DNA, siano essi organizzati a livello scolastico, sportivo, ma anche a livello comunitario o associazionistico, risulta fondamentale. I genitori e la famiglia svolgono un ruolo protettivo nell'educazione alimentare, nella trasmissione di corretti stili di vita e di un corretto rapporto con il corpo e il peso.

Anche la letteratura sottolinea come i pasti familiari regolari, un clima di dialogo aperto, l'assenza di commenti sul peso e un atteggiamento positivo verso il cibo rappresentano fattori protettivi significativi, capaci di ridurre il rischio di disordini alimentari.

Il coordinamento tra famiglia, scuola, pediatri e servizi sanitari è cruciale inoltre per l'invio precoce e la continuità terapeutica.

In conclusione, la prevenzione dei DNA deve iniziare precocemente, integrando azioni in ambito scolastico, familiare e sportivo. Gli approcci più efficaci sono quelli interattivi, selettivi o indicati, basati su dissonanza cognitiva, media literacy, coinvolgimento dei pari e educazione integrata su alimentazione e corpo. La scuola e la famiglia sono alleati fondamentali. Le evidenze scientifiche degli ultimi anni confermano la necessità di adottare strategie sistemiche, sostenibili e validate.

Si sottolinea infine che, affinché gli interventi di prevenzione possano evolversi ed essere sempre più efficaci, risulta di fondamentale importanza che tali interventi si avvalgano di strumenti di rilevazione di appropriatezza ed efficacia. Gli indicatori da considerare significativi sono la riduzione dell'incidenza del disturbo, la riduzione dei fattori di rischio per cui è stato condotto l'intervento, il potenziamento

dei fattori protettivi, la verifica sperimentale dell'esistenza di un legame diretto tra intervento preventivo e risultati, il grado di rispondenza rispetto a quanto programmato.

3.5 Prevenzione delle Dipendenze

La prevenzione delle dipendenze rappresenta una sfida complessa per i sistemi pubblici, poiché le dipendenze – da sostanze o comportamentali – incidono profondamente sulla salute, sulle relazioni sociali e sulla sostenibilità dei servizi educativi e socio-sanitari. Le evidenze scientifiche mostrano che tali comportamenti non derivano da scelte individuali isolate, ma dall'interazione di fattori biologici, psicologici, sociali, educativi e ambientali.

Il riferimento base è individuato negli standard di qualità definiti dall'EMCDDA (ora EUDA) e dall'UNODC; a tale riguardo, l'European Prevention Curriculum (EUPC) costituisce uno strumento fondamentale, finalizzato a diffondere tra gli operatori un approccio alla prevenzione basato sulle evidenze, che l'EMCDDA ha pubblicato nel 2019 e che deve costituire la base della formazione dei professionisti in questo settore.

La prevenzione efficace richiede politiche strutturate, continuative e basate su evidenze scientifiche.

Il **Curriculum Europeo per la Prevenzione delle Dipendenze (EUPC)** evidenzia che interventi non fondati su prove di efficacia possono risultare inutili o controproducenti. I decisori hanno quindi un ruolo strategico nel selezionare programmi validati, garantire coerenza tra i diversi livelli di intervento ed evitare frammentazione progettuale.

La marginalità sociale, la bassa scolarizzazione, l'abbandono scolastico precoce, la scadente rete sociale e familiare, la familiarità per disturbi di addictions, rappresentano da sempre fattori di rischio molto importanti che favoriscono l'ingaggio nel mondo del consumo di sostanze stupefacenti. Tali aspetti risultano particolarmente rilevanti nella fascia di età adolescenziale o nei giovani adulti. In questo ambito vanno approfonditi anche aspetti relativi alle organizzazioni familiari con particolare riferimento alle famiglie trascuranti o alle famiglie con difficoltà nella regolazione emotiva dei figli che non sanno dare punti di riferimento stabili. Sono questi gli assetti familiari in cui più facilmente i figli sviluppano comportamenti che tendono ad esitare verso organizzazioni di personalità disfunzionali (borderline, antisociali, narcisisti) su cui facilmente insorgono i fenomeni di consumo di sostanze.

Vanno poi considerati gli aspetti culturali che da sempre influenzano il consumo di sostanze psicotrope. Il primo aspetto da prendere in considerazione è rappresentato dal forte condizionamento culturale riguardo il consumo di alcolici. Nei paesi dell'Europa mediterranea, come l'Italia, il consumo di alcol è storicamente integrato alla dieta e percepito come modello comportamentale da sostenere e da incoraggiare. Il contrasto alle problematiche alcol-relate diventa pertanto un fenomeno complesso che si deve confrontare a questi condizionamenti storici, antropologici, culturali ed economici. Risulta quindi necessario trovare una linea di confronto con la cultura dominante favorevole al consumo di bevande alcoliche che si correla ad una importante filiera di produzione e commercializzazione.

Un secondo aspetto da considerare è l'imporsi soprattutto nelle fasce giovanili ed adolescenziali di forme di sottocultura che favoriscono il consumo di sostanze. Le sottoculture giovanili, in genere, nascono come forme di espressione identitaria attraverso musica, abbigliamento, linguaggio e stili di vita alternativi alla cultura dominante. In questo ambito si colloca anche il consumo di droghe che assume un significato che va oltre il semplice uso della sostanza diventando fatto simbolico e rituale oppure, in altri casi, comportamento esperienziale di evasione e performativo. In genere sono contesti dove diventa forte la pressione del gruppo che tende a normalizzare il consumo e banalizzare i rischi favorendo lo sviluppo di comportamenti che possono esitare in un quadro di dipendenza.

Tra i contesti di marginalità con alti consumi di sostanze va considerato l'ambito degli istituti penitenziari dove il fenomeno delle dipendenze patologiche si ritiene riguardi almeno 1/3 dei detenuti. Il carcere diventa così un luogo in cui il tema della dipendenza si intreccia con quello della **pena, della salute e del reinserimento sociale**. Molti detenuti entrano in carcere già con una **storia di dipendenza infatti spesso** hanno commesso reati **direttamente o indirettamente legati all'uso di sostanze** e provengono da contesti di **marginalità sociale**, povertà e disagio psichico. In genere la detenzione non elimina automaticamente la dipendenza, in alcuni casi anzi il consumo prosegue anche in carcere magari in forme diverse. Le condizioni detentive infatti possono indurre una maggiore ricerca di sostanze per l'isolamento, la mancanza di stimoli, il sovraffollamento. La ricerca di sostanze può diventare quindi una strategia di evasione psicologica e persiste come modello di vita per cui nella migliore delle ipotesi la detenzione rischia di essere solo una sospensione temporanea del consumo e certamente non una cura.

Il **modello bio-psico-socio-culturale** costituisce il principale riferimento teorico, interpretando le dipendenze come il risultato dell'intreccio tra vulnerabilità individuali, relazioni e contesti di vita. A questo si affianca il **modello ecologico**, che evidenzia l'interazione tra diversi livelli di contesto – individuo, famiglia, scuola, comunità e sistema socio-culturale – sottolineando la necessità di interventi **integrati e multilivello**.

Un ulteriore riferimento centrale è il **modello dei fattori di rischio e di protezione**, che individua condizioni individuali, relazionali e ambientali che influenzano la probabilità di sviluppare comportamenti di dipendenza. Le politiche preventive più efficaci rafforzano sistematicamente i fattori di protezione (competenze personali e sociali, relazioni educative positive, inclusione e partecipazione) e riducono i fattori di rischio.

La **scuola** rappresenta il contesto privilegiato per la prevenzione universale, attraverso programmi basati sullo sviluppo delle **life skills** (autoregolazione emotiva, comunicazione, problem solving, decision making). Il coinvolgimento attivo di insegnanti e dirigenti scolastici è determinante per l'efficacia e la sostenibilità degli interventi. Anche i **contesti extrascolastici** – spazi di aggregazione, attività sportive e culturali, ambienti digitali – svolgono un ruolo fondamentale se strutturati come ambienti sicuri, inclusivi e orientati al protagonismo giovanile.

La **comunità locale** agisce come ecosistema preventivo integrato, attraverso reti tra scuola, servizi, enti locali, famiglie e terzo settore. A questo livello risultano efficaci politiche di regolazione

dell'accesso a sostanze e comportamenti a rischio, iniziative di partecipazione sociale e reti di supporto per famiglie e adolescenti.

Infine, gli **interventi familiari** basati su evidenze dimostrano che il rafforzamento delle competenze genitoriali, della comunicazione e della qualità delle relazioni familiari riduce significativamente i comportamenti a rischio nei figli.

Le organizzazioni di riferimento a livello internazionale sostengono da tempo come sia opportuno che le attività di promozione della salute e prevenzione primaria non siano affidate ai soli professionisti della cura, poiché richiedono un punto di vista totalmente differente. Sono quindi individuati quali agenti dei programmi di prevenzione nel campo della salute mentale globalmente intesa, e delle sue componenti, le **Reti di promozione della salute delle Aziende Sanitarie Locali**, ciascuna dotata di un coordinamento di livello aziendale e di articolazioni di livello distrettuale, composte da operatori con formazione specifica afferenti ai diversi servizi territoriali. Si intende procedere, pertanto, al potenziamento e al consolidamento organizzativo delle Reti di promozione della salute, con il supporto di adeguati percorsi formativi in materia di promozione della salute e prevenzione primaria/universale nel campo della salute mentale globalmente intesa, e delle sue componenti specifiche.

3.5.1 PREVENZIONE DEI COMPORTAMENTI A RISCHIO LEGATI ALL'USO DI SOSTANZE LEGALI (ALCOL E FUMO) E GIOCO D'AZZARDO

Evidenze di riferimento: la situazione in Umbria

Le strategie di promozione della salute, in coerenza con il Piano Regionale di Prevenzione, per la prevenzione del tabagismo e delle dipendenze si sviluppano nei principali contesti di vita della popolazione: scuola, lavoro e comunità degli anziani.

Nel setting scolastico, il programma regionale Scuole che Promuovono Salute prevede ambienti liberi dal fumo e interventi educativi specifici anche su alcol e gioco d'azzardo. Tra questi, il programma Unplugged, rivolto agli studenti tra gli 11 e i 14 anni, mira a sviluppare competenze personali e relazionali (life skills) utili per prevenire l'uso di sostanze e altri comportamenti a rischio. Per gli adolescenti più grandi è attivo il programma YAPS (Young And Peer School), basato sulla peer education, in cui gli studenti formati diventano promotori di salute tra i propri coetanei. A questi si affianca il progetto "Dipendo da noi", rivolto alle scuole secondarie di primo e secondo grado, che integra prevenzione delle dipendenze, educazione alla salute e partecipazione attiva, rafforzando le competenze necessarie per affrontare in modo consapevole le sfide dell'adolescenza.

Nel setting lavorativo, il programma WHP (Workplace Health Promotion) promuove la salute direttamente nei luoghi di lavoro attraverso interventi sugli stili di vita, come la prevenzione del fumo, la promozione dell'attività fisica, di una corretta alimentazione e la riduzione del consumo di alcol. Le

aziende aderenti, supportate dalle ASL, sviluppano percorsi personalizzati che includono anche la formazione dei medici competenti sul counselling breve e motivazionale e la diffusione di informazioni sui Centri Antifumo. Sarebbe tuttavia utile rafforzare il collegamento tra aziende e servizi di cessazione del fumo e favorire una maggiore partecipazione delle piccole imprese.

Per la popolazione anziana, il progetto regionale "Civico 65" promuove l'invecchiamento attivo attraverso attività di socializzazione, gruppi di cammino e iniziative di partecipazione comunitaria. All'interno di queste attività trovano spazio anche azioni di sensibilizzazione sui danni di alcol, fumo e gioco d'azzardo, nonché orientamento verso percorsi di cessazione, contribuendo a migliorare il benessere e la qualità della vita degli anziani.

Passando alla prevenzione secondaria, un elemento centrale è rappresentato dai Centri Antifumo, che offrono percorsi strutturati di supporto alla cessazione del tabagismo attraverso valutazione clinica, sostegno psicologico, terapie farmacologiche e follow-up. La riattivazione o l'apertura di nuovi centri, o almeno di sportelli territoriali decentrati, consentirebbe di migliorare l'equità di accesso alle cure, aumentare l'adesione ai percorsi di disassuefazione e rafforzare l'efficacia delle politiche di contrasto al tabagismo. Oltre ai benefici per la salute individuale, il potenziamento di questi servizi rappresenterebbe un investimento costo-efficace, capace di ridurre nel tempo il carico di malattie croniche e i costi sanitari associati al fumo.

Inoltre, in Umbria è attivo dal 2019 ed è confluito nell'attuale programmazione triennale 2025-2028 dell'area dipendenze, il Piano regionale per la prevenzione, cura e riabilitazione del disturbo da gioco d'azzardo. Il Piano si fonda sull'idea di costruire un sistema integrato e territoriale di prevenzione, cura e contrasto al fenomeno, superando la frammentazione degli interventi. L'impostazione generale punta infatti a rafforzare la collaborazione tra sanità, servizi sociali, scuole, enti locali e terzo settore, così da creare una rete unica in grado di intercettare precocemente le situazioni di rischio e accompagnare le persone lungo tutto il percorso, dalla prevenzione alla riabilitazione.

Un elemento centrale del Piano è rappresentato dai tavoli di integrazione sociosanitaria, che hanno la funzione di mettere in relazione i servizi sanitari delle dipendenze e i servizi sociali dei Comuni. Attraverso questi tavoli si promuove la condivisione delle informazioni, la lettura congiunta dei bisogni del territorio e la costruzione di percorsi di presa in carico coordinati. L'obiettivo è garantire continuità tra interventi sanitari e sociali, evitando interventi isolati e favorendo invece una gestione integrata dei casi complessi, anche con il contributo del terzo settore.

Un ruolo importante è attribuito alla prevenzione, soprattutto per i giovani. Accanto agli interventi previsti anche dal PP01 del PRP nella scuola, vengono coinvolti anche contesti extrascolastici come centri giovanili, spazi di aggregazione e realtà sportive o educative del territorio, con l'obiettivo di intercettare i giovani anche al di fuori dell'ambiente scolastico e rafforzare i fattori protettivi.

Grazie al Piano, sono stati attivati sul territorio Centri Specifici per il trattamento del Disturbo da Gioco d'azzardo, la verifica ed aggiornamento del PDTA per le persone con disturbo da gioco d'azzardo e le famiglie ed è stata realizzata una Sperimentazione del budget di salute su un gruppo di persone con DGA in carico ai SerD della Regione Umbria, ampliata alla salute mentale grazie al "Progetto CCM 2022 - Area delle azioni centrali Sperimentazione del Budget di Salute quale strumento per la realizzazione di progetti terapeutici riabilitativi individualizzati con particolare riferimento alle malattie mentali e alle dipendenze". In ultimo, il Piano per il gioco d'azzardo è stato monitorato e valutato nelle diverse programmazioni grazie al contributo del CERSAG, che ha seguito tutto il percorso progettuale.

Il ruolo dei servizi per il DGA non si esaurisce nel lavoro clinico, di diagnosi e cura, ma essi fungono allo stesso tempo da punto di riferimento nei territori per lo sviluppo di azioni e progettualità integrate con i servizi dei Comuni e le altre istituzioni locali, il terzo settore, il volontariato, secondo una logica di sistema ed un modello di intervento rispondente a criteri di intersectorialità, di continuità, di omogeneità nel territorio, di efficacia organizzativa e metodologica.

Il sistema dei servizi prevede una struttura di coordinamento regionale unitaria e una serie di punti di accesso e presa in carico articolata a diversi livelli e sostenuta da equipe interdistrettuali, con l'obiettivo di coniugare:

- la specificità ed appropriatezza degli interventi terapeutici, con la completezza dell'offerta di trattamento,
- l'uniformità nel territorio regionale degli approcci e delle opportunità di accesso ai servizi, con la rispondenza a specifiche esigenze locali,
- la necessità di innovazione del sistema di intervento nel suo complesso e la valorizzazione delle esperienze efficaci realizzate a livello locale,
- la prossimità del servizio agli ambienti di vita degli utenti e la qualità e completezza dell'offerta diagnostico-terapeutica.

3.6 Prevenzione del comportamento suicidario

La prevenzione del comportamento suicidario rappresenta una sfida complessa per la sanità pubblica moderna, richiedendo un passaggio da un approccio emergenziale a una strategia proattiva e territoriale.

All'interno della programmazione regionale, l'obiettivo è costruire una rete di protezione che unisca l'efficacia clinica ospedaliera alla capillarità dei servizi sociali e di comunità. Il sistema regionale vanta

già basi solide, caratterizzate dall'attuale attitudine alla coprogrammazione sociosanitaria e dall'adozione di strumenti di valutazione validati a livello internazionale. L'analisi del contesto, tuttavia, evidenzia una frammentazione dei protocolli tra le diverse strutture e la necessità di superare lo stigma che ancora oggi allontana i cittadini dai servizi di salute mentale. Oltre alla formazione specialistica per psichiatri e psicologi, il Piano punta sulla creazione di una **rete di Gatekeepers** con il coinvolgimento dei medici di medicina generale, infermieri di triage, insegnanti ed educatori.

La Regione deve diventare una **comunità promotrice di salute**, dove la gestione del rischio non sia vissuta come un atto d'impotenza creando un sistema "abile a rispondere".

Questo include anche il supporto fondamentale della postvention: programmi strutturati per accompagnare le famiglie, le comunità e gli stessi operatori sanitari colpiti dal suicidio di un paziente, prevenendo l'insorgere di traumi secondari e fenomeni di contagio.

Integrare la prevenzione del suicidio nel Piano Socio Sanitario significa passare da una cultura del "gestire l'evento" a una cultura del "prendersi cura della persona". Attraverso l'uso strategico dei dati epidemiologici e il rafforzamento dei legami di comunità, la Regione si pone l'obiettivo di rendere un'assistenza specialistica mirata accessibile a chiunque, indipendentemente dall'età o dal luogo in cui vive. Mediante il monitoraggio costante dei flussi informativi (SIMES) e l'aggiornamento periodico dei protocolli basati sull'evidenza scientifica, la Regione si impegna a garantire che "nessuno venga lasciato solo" nella gestione della propria sofferenza mentale. Particolare attenzione deve essere rivolta alle vulnerabilità strutturali del territorio: l'alto indice di vecchiaia della popolazione e le difficoltà di accesso ai servizi nelle zone rurali e montane rappresentano fattori di rischio che richiedono interventi mirati e soluzioni innovative, avvalendosi anche delle nuove opportunità offerte dalla telemedicina. Inoltre un'attenzione particolare andrà posta per categorie di soggetti particolarmente vulnerabili per la peculiare condizione di vita come per i detenuti dei quattro istituti penitenziari della nostra regione.

La strategia del Piano si articola su tre pilastri fondamentali.

La priorità assoluta è la **Formazione e Sicurezza degli Ambienti**. Attuare una strategia di prevenzione significa dotare la comunità di "sensori" capaci di cogliere segnali deboli di sofferenza, prima che si trasformino in passaggi all'atto anticonservativo. Parallelamente, si avvierà un piano pluriennale di monitoraggio e bonifica ambientale per mettere in sicurezza i reparti ospedalieri e le strutture territoriali, riducendo i punti di ancoraggio e migliorando gli standard di protezione.

In secondo luogo si agirà sulla Standardizzazione e Continuità Assistenziale, favorite dall'adozione di un **Protocollo Unificato di Valutazione del Rischio**. Non si tratta solo di uniformare le procedure, ma di garantire che un paziente a rischio riceva lo stesso standard di cura sia in un pronto soccorso cittadino che in un centro di salute mentale periferico o in un istituto penitenziario. A tale scopo è importante mettere in campo una trasformazione digitale che permetta ai diversi sistemi di integrarsi, inserendo alert per il rischio suicidario, facilitando la continuità informativa all'interno della rete ospedaliera e territoriale.

Sono poi previste azioni per le fasce fragili: **giovani ed anziani**. Il benessere psicologico deve essere affrontato in un'ottica intergenerazionale. Per gli anziani, spesso colpiti da solitudine e depressione, il Piano prevede la promozione di programmi di screening proattivo e interventi volti a ridurre l'isolamento. Per i giovani, l'attenzione si sposta sulle scuole e sui contesti digitali, con l'obiettivo di fornire competenze emotive e prevenire fenomeni come il ritiro sociale e il cyberbullismo.

Infine per i **detenuti** dovrà essere potenziata la sensibilizzazione del sistema della sanità penitenziaria ed il supporto al personale non sanitario presenti in tali contesti: area educativa ed agenti di custodia. In tale ottica, per contrastare il rischio suicidario in ambito carcerario, risulta cruciale la **programmazione e l'attuazione di attività di inclusione socio-lavorativa e formazione professionale all'interno degli istituti di pena**. Questo approccio si inserisce nella programmazione regionale di settore dedicata all'esecuzione penale, la quale riconosce negli interventi di inclusione socio-lavorativa un investimento fondamentale, che deve prevedere anche un significativo **supporto psicologico ed educativo**, per favorire il reinserimento sociale e ridurre i fattori di rischio.

La Regione Umbria intende **promuovere strategie di prevenzione primaria e secondaria** mediante il **coordinamento e la collaborazione tra le diverse componenti sanitarie e sociali, nonché gli Enti del Terzo settore, la scuola, il lavoro e il contesto di vita della persona**. Tali strategie devono basarsi sulla attuazione di programmi di formazione rivolti agli operatori, sui comportamenti a rischio suicidario e sulla individuazione e gestione delle situazioni a rischio ed attuare specifiche azioni tese ad incrementare l'attivazione di una valutazione precoce del rischio e di trattamenti efficaci, appropriati e tempestivi.

Obiettivi di riferimento PANSM-PARSM: Salute mentale, percorsi di promozione, prevenzione e cura

OBIETTIVO	AZIONI	ATTORI	INDICATORI
Implementazione dello screening precoce fin dal primo trimestre della gravidanza utilizzando la rete dei Servizi che in fasi diverse della perinatalità intercettano le donne potenzialmente a rischio (Consultori Familiari, MMG e PLS, Reparti di Ostetricia e Ginecologia, NPJA, DSM, Psicologia Clinica ospedaliera (Da realizzarsi entro 3 anni)	Definizione di una specifica procedura	Regione/ASL e AA.OO./Comuni	Delibere aziendali di istituzione della procedura dedicata Procedure/protocolli di definizione del percorso entro 12-18 mesi
Uniformare gli interventi nel campo della salute mentale perinatale secondo modelli EBM graduando secondo il livello di gravità (trattamento interpersonale, trattamento cognitivo comportamentale, implementazione dell'Home visiting nel post partum per i casi meno gravi, trattamento farmacologico nei casi più gravi fino alla presa in carico delle condizioni severe e a rischio suicidario con il ricovero). (Da realizzarsi entro 3 anni)	Definizione di uno specifico PDTA	Regione/ASL e AA.OO./Comuni	DGR e Delibere aziendali di istituzione del PDTA dedicato entro 12-18 mesi

Obiettivi di riferimento PANSM-PARSM: Salute mentale e integrazione socio sanitaria

OBIETTIVO	AZIONI	ATTORI	INDICATORI
Contrastare lo stigma in salute mentale (Da realizzarsi entro 5 anni)	- Definizione di linee di indirizzo regionali - Realizzazione di progetti contro lo stigma a partire da campagne di comunicazione	Regione, per la definizione di linee guida Comuni Regione /ASL per la realizzazione di progetti.	Numero di iniziative regionali e aziendali contro lo stigma
Promuovere un programma di prescrizione sociale (Da realizzarsi entro 5 anni)	Realizzazione progetti sperimentali sulla prescrizione sociale	- Regione/ Comuni/ASL - Regione/ASL per la realizzazione di progetti.	Numero progetti sperimentali attivati sulla prescrizione sociale. Numero adesioni ai progetti attivati

4. I RUOLI E GLI AMBITI DELLA GOVERNANCE DEL SISTEMA INTEGRATO

Di seguito viene descritta l'architettura della governance del Sistema Integrato Regionale della Salute Mentale, un modello organizzativo fondato sulla cooperazione tra istituzioni, aziende sanitarie, università e cittadinanza.

L'obiettivo centrale di questa struttura è garantire l'erogazione di livelli essenziali di assistenza attraverso una gestione coordinata e multidisciplinare, capace di superare la frammentazione degli interventi e di rispondere in modo tempestivo ed efficace ai bisogni complessi della popolazione, attraverso una sinergia strutturale tra sanità, sociale e giustizia.

Nello specifico, la governance del Sistema integrato regionale della Salute mentale è organizzata su quattro livelli:

1- Livello regionale: con funzioni di indirizzo e programmazione

Componenti: Direttore regionale Salute e Welfare, Direttori Generali delle Aziende sanitarie regionali, Direttori dei Dipartimenti Integrati di Salute Mentale e delle Dipendenze, Dirigente del Servizio di Assistenza Territoriale, Università degli Studi di Perugia, Responsabile dell'Osservatorio epidemiologico sulla salute mentale

La principale funzione del livello regionale è quella di definire gli indirizzi della programmazione e approvare i documenti proposti dai livelli operativi al fine dell'adozione da parte della Giunta Regionale.

A tale livello vengono anche definite le risorse da allocare e il piano di comunicazione

2- Livello Board: con funzioni di supporto alla programmazione e di monitoraggio e controllo

Componenti: Dirigenti dei Servizi Regionali della Direzione Salute e Welfare, Direttori Sanitari delle Aziende sanitarie regionali, Direttori dei Dipartimenti Integrati di Salute Mentale e delle Dipendenze, Coordinatori delle Reti cliniche all'interno dei dipartimenti. Le principali funzioni sono connesse alla validazione dei Piani di Rete specifici per le diverse aree come di seguito dettagliati per l'invio al 1 livello:

- Validazione dei Piani di Rete e dei relativi PDTA all'interno dei quali si devono identificare:
 - obiettivi di rete e proposta del piano di finanziamento della rete;
 - interventi organizzativi e informativi;
 - strutture idonee per il trattamento (in via esclusiva o prevalente) in relazione ai volumi, esiti e criteri di sicurezza delle cure;
 - condizioni patologiche per le quali sia documentata la correlazione tra volume di attività, qualità degli esiti e della sicurezza delle cure;
 - la gestione dei farmaci e delle procedure ad alto investimento e ad alto costo di gestione;
 - tecnologie digitali e di soluzioni integrate fisiche e digitali;

- adeguatezza dei livelli di integrazione e coordinamento fra le strutture, i professionisti e i portatori d'interesse coinvolti;
- sistemi di monitoraggio e andamento dei PDTA sulla base degli indicatori e degli standard contenuti nei documenti d'indirizzo;
- Definizione dei report annuali da diffondere con modalità strutturate alle aziende, ai professionisti coinvolti e a tutti i portatori di interesse interni ed esterni;
- Identificazione dei bisogni formativi della Rete su cui supportare le Aziende nella progettazione delle opportune iniziative di formazione.

3 - Livello aziendale e interaziendale: Dipartimento della Salute Mentale Integrato e Reti assistenziali per la Salute Mentale Adulti, per la NPJA, per i DNA, per le Dipendenze, per l'assistenza penitenziaria, Università degli Studi di Perugia, con funzioni di definizione del Piano della Rete integrata e dello sviluppo applicativo degli aspetti organizzativi e gestionali, finalizzati alla valutazione di processo e di esito delle attività per la definizione della programmazione da inviare al secondo livello. Presiede inoltre alla realizzazione nelle Aziende dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDDTA) individuati.

4 - Livello di partecipazione democratica con funzioni di valutazione e confronto della programmazione rispetto alle condizioni di salute percepite dalla cittadinanza - Consulta Regionale per la salute mentale:

Componenti: Dirigenti dei Servizi Regionali della Direzione Salute e Welfare, Direttori Generali, Direttori dei Dipartimenti Integrati di Salute Mentale e delle Dipendenze, Enti del Terzo settore, rappresentanti dei familiari e degli utenti, Associazioni di promozione sociale, Associazioni di volontariato.

4.1 Il Dipartimento a matrice integrato della Salute Mentale e delle Dipendenze (DISMeD)

Come rilevato dal PANSM "l'abbassamento dell'età di insorgenza dei disturbi mentali gravi e la sempre maggiore frequenza di comorbidità con le dipendenze è auspicabile la condivisione fra l'ambito della psichiatria e quello delle dipendenze di un modello integrato ed armonico, che riconosca una matrice comune all'interno di un Dipartimento a matrice integrato ed inclusivo da realizzarsi a livello territoriale nel rispetto dei due modelli determinati a livello regionale, che comprenda sia la tutela della salute mentale degli adulti e dei minori, in particolare per quanto riguarda la psicopatologia dell'adolescenza, che le dipendenze."

Su questa base la Regione Umbria pone fra le azioni strategiche, sottoposte al futuro monitoraggio ministeriale, la "sperimentazione del modello "a matrice" ed i relativi standard per la strutturazione di

un **Dipartimento a matrice integrata ed inclusiva** che comprenda sia la tutela della salute mentale degli adulti e dei minori, che le dipendenze **con articolazione dei:**

- **Servizi della salute mentale adulti**
- **Servizi della NPIA**
- **Servizi dei DNA**
- **Servizi delle Dipendenze.**

Il Dipartimento garantisce l'integrazione tra servizi promuovendo un approccio trasversale, interdisciplinare e inclusivo per la presa in carico delle persone ed in particolare quelle a maggiore complessità clinico assistenziale, pur mantenendo strutture con autonomi e dotate di una propria direzione, organizzazione e budget dedicato.

Il Dipartimento a matrice integrata e inclusivo ha il compito di porre in essere tutte le azioni tese a garantire i livelli essenziali di assistenza e ad assicurare la prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione con al centro la persona. Realizza percorsi e interventi multiprofessionali condivisi tra i diversi servizi territoriali ed ospedalieri, in connessione con gli altri presidi aziendali, in integrazione con le realtà sociali del territorio, in un'ottica di salute mentale di comunità e di **One Mental Health**. È necessario applicare percorsi di cura e di presa in carico trasversali e interdisciplinari tra le competenze dei diversi servizi specialistici inclusi nel modello dipartimentale, in particolare considerando l'abbassamento dell'età di insorgenza di disturbi mentali gravi e la presenza di molteplici forme di comorbidità tra i servizi della età evolutiva ed i servizi delle dipendenze e dei DNA. Tali percorsi saranno strutturati nel rispetto delle specifiche caratteristiche e autonomie gestionali, organizzative e tecnico–professionali. In questo quadro si confermano, in particolare, tre modelli clinico–organizzativi atti a governare il processo assistenziale:

- la **collaborazione/consulenza**: una modalità di lavoro organizzata tra i diversi servizi, PLS, MMG, servizi psicologici o sociali e scuola per gli utenti che non necessitano di cure specialistiche continuative;
- **l'assunzione in cura**: percorso di trattamento per gli utenti che necessitano di trattamento specialistico ma non di interventi complessi e multiprofessionali;
- 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 e Piano terapeutico riabilitativo individualizzato** per il singolo utente – 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.

Il Dipartimento Integrato e inclusivo, infatti, riconosce il ruolo delle **Associazioni di familiari**, utenti, volontariato e della loro rappresentanza negli ambiti istituzionali attraverso la costituzione di Consulte a livello di DISMeD (o U.O.C.).

La verifica di questo modello dipartimentale integrato e inclusivo dovrà avvenire attraverso il monitoraggio e la definizione di specifici indicatori, quali, ad esempio:

- **Indicatori di processo e di esito** tempi di presa in carico e tempistiche e numerosità visite successive (liste di attesa), continuità tra servizi (soprattutto ospedale–territorio);
- **Indicatori di Qualità della vita:** valutati attraverso test specifici, inserimento scolastico e socio–lavorativo, riduzione della solitudine percepita e dello stigma;
- **Indicatori di Remissione sintomatologica:** tassi di ricaduta e riospedalizzazione, tassi di remissione, precisione nel seguire appuntamenti e prescrizioni (aderenza ai trattamenti e al progetto terapeutico);
- **Indicatori di efficacia della transizione tra servizi salute mentale minori e salute mentale adulti** come ad esempio il Transition Readiness and Appropriateness Measure (TRAM) e il Transition Related Outcome Measure (TROM).

In sintesi il modello organizzativo di riferimento è il dipartimento integrato ed inclusivo con la centralità della persona e il coinvolgimento della famiglia.

4.2 Livelli di Governance e sinergia istituzionale

I servizi saranno collegati anche con le **Case della Comunità**, che fungono da luoghi di presa in carico globale e integrazione con i MMG PLS e i servizi sociali.

Il modello a matrice del Dipartimento rappresenta lo strumento per l'integrazione e l'inclusione con l'obiettivo di fornire strategie per promuovere la riorganizzazione dei processi assistenziali.

L'integrazione tra sanitario e sociale per la presa in carico della complessità dei pazienti è basilare per promuovere interventi più efficaci, in relazione ad una gestione razionale basata su obiettivi sociosanitari e non solo sociali o sanitari, possibilmente attraverso un'azione anche sulle diverse fonti di finanziamento.

Il modello delinea un'organizzazione che include reti locali articolate in diversi livelli in modo da dare risposte differenziate per livelli di intensità e complessità assistenziale crescente. superando il modello per singolo servizio e favorendo un approccio multidisciplinare, integrato e centrato sulla persona.

Il modello assistenziale per le aree salute mentale adulti, neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e dipendenze patologiche è basato su **4 livelli assistenziali a intensità/complessità** crescente (si veda approfondimento al paragrafo 6.1):

- 1) **Livello di consultazione ed assistenza primaria;**
- 2) **Livello di presa in carico per episodio di cura;**
- 3) **Livello di assistenza specialistica in ambito ospedaliero o residenziale;**
- 4) **Livello delle reti specialistiche.**

Relativamente ai livelli 1 e 2 è opportuno precisare quanto segue.

Nel **primo livello** l'operatività è garantita da una **micro equipe multiprofessionale** in cui siano presenti almeno le figure del medico psichiatra/neuropsichiatra infantile, dello psicologo psicoterapeuta, dell'infermiere, del terapeuta riabilitazione psichiatrica e dell'educatore professionale. Devono operare secondo i principi del *task-shifting* e del *task-sharing* al fine di garantire efficacia ed appropriatezza di intervento, diagnostico e terapeutico.

La presenza nelle Case della Comunità dello psicologo di base e dei Servizi sociali territoriali permette la collaborazione fattiva con le Cure Primarie sfruttando la contiguità logistica al fine di sperimentare forme di contatto più dirette con l'utenza a fini diagnostici e di intercettazione precoce della patologia e dei bisogni psicologici del paziente e della sua rete di supporto.

Inoltre tale collocazione di prossimità, grazie anche a logiche de-stigmatizzanti, permette di intervenire in modo capillare su disturbi impattanti per la salute personale e comunitaria.

All'interno del modello PHC (Primary Health Care) e stepped care, la Regione Umbria riconosce la **psicologia** come ambito scientifico, con un ruolo centrale nella promozione della salute mentale, nella prevenzione, nella valutazione del funzionamento e nell'accompagnamento a percorsi di cura specialistici. Gli interventi psicologici di primo livello rappresentano una componente essenziale del sistema di prossimità e costituiscono il principale **strumento di intercettazione precoce del disagio**, riducendo il rischio di cronicizzazione e il sovraccarico dei servizi specialistici.

La psicologia contribuisce in particolare a:

- valutazione multidimensionale del funzionamento individuale e sociale;
- supporto psicologico breve e interventi di più lunga durata a bassa intensità;
- orientamento e accompagnamento nei percorsi di cura, attraverso il contatto costante con i servizi di secondo livello
- lavoro con famiglie, gruppi e comunità per le problematiche generali di promozione della salute mentale.

Rispetto al **secondo livello**, nel ribadire anche in questo caso i principi di task-shifting e task-sharing precedentemente accennati, indipendentemente dalla prossimità garantita presso le Case della Comunità si conferma il ruolo centrale e di regia dei Servizi specialistici e la possibilità di accesso diretto agli stessi.

Perciò è importante che l'organizzazione definita garantisca il coordinamento delle risorse umane e strumentali afferenti al Dipartimento integrato e inclusivo in modo da garantire la multidisciplinarietà dell'intervento e la continuità assistenziale.

In linea con i più recenti progressi in ambito di ricerca clinica sulla psicopatologia, i servizi portano avanti metodologie di valutazione e intervento non solo basate su categorie nosografiche ma su dimensioni psicopatologiche che si dispiegano lungo l'arco di vita, quindi con un'attenzione alle specificità della fase evolutiva e del contesto relazionale in cui si manifesta, dei meccanismi di rischio e protezione, e del funzionamento individuale, relazionale, sociale alla luce delle nuove sfide contemporanee.

A tal fine risulta necessario attuare modalità di valutazione che descriva per ciascun utente gli aspetti di funzionamento emotivo e cognitivo, psicopatologico e personologico, punti di forza ed elementi di fragilità personali e ambientali. Sulla base di questi protocolli di valutazione, è importante prevedere la predisposizione di interventi integrati organizzati per livelli di intervento attenti alla continuità assistenziale dentro e fuori i servizi, tra servizi, e lungo l'arco di vita.

4.3 L'Organizzazione degli Osservatori per la salute mentale

L'architettura di governance, monitoraggio e programmazione del PARSM è supportata dall'azione coordinata di tre Osservatori che condividono il mandato di sistematizzare la raccolta dei dati, monitorare i servizi e supportare la programmazione sanitaria regionale attraverso evidenze scientifiche.

All'interno di questa cornice di sistema, l'Osservatorio sulla condizione giovanile assicura il coordinamento interistituzionale per la presa in carico integrata delle crescenti vulnerabilità psicologiche e sociali nella fascia tra gli undici e i venticinque anni. L'Osservatorio epidemiologico regionale, mediante l'istituzione di una sottosezione dedicata, ha il compito di unificare i flussi informativi dei vari dipartimenti e di valutare l'efficienza e l'impatto epidemiologico delle prestazioni erogate. Infine, l'Osservatorio tecnico per lo psicologo di base esercita funzioni di indirizzo, monitoraggio e vigilanza al fine di garantire la qualità, l'omogeneità e la piena integrazione dell'assistenza psicologica di primo livello all'interno della rete delle cure primarie.

4.3.1 OSSERVATORIO REGIONALE SULLA CONDIZIONE DELLA SALUTE MENTALE E DEL BENESSERE PSICOLOGICO DEI GIOVANI

L'istituzione dell'**Osservatorio regionale sulla condizione della salute mentale e del benessere psicologico dei giovani**, previsto dalla l.r. 7 aprile 2026, n. 4, che modifica, tra le altre, la legge regionale 11/2025, rappresenta una risposta strategica e strutturale dell'Amministrazione umbra alla crescente complessità dei disturbi psichici e dei disagi emotivi che colpiscono la fascia d'età compresa tra gli 11 e i 25 anni. Questo organismo nasce con l'esigenza primaria di dotare la Regione Umbria di uno strumento stabile di conoscenza, confronto e coordinamento interistituzionale, capace di governare fenomeni che intrecciano sempre più frequentemente la sofferenza mentale con le

dipendenze patologiche e i percorsi giudiziari precoci. L'obiettivo fondamentale è il superamento della storica frammentazione degli interventi attraverso la creazione della prima sede permanente di dialogo e raccordo operativo tra tutti i soggetti che concorrono alla tutela della salute giovanile, garantendo politiche pubbliche integrate e basate su evidenze scientifiche aggiornate.

Il carattere fortemente innovativo dell'Osservatorio risiede nella sua funzione di motore per il cambiamento di paradigma richiesto dal PANSM, configurandosi come il principale strumento attuativo di una governance territoriale fondata sulla "Integrated Community Care". In coerenza con le direttive nazionali, l'organismo promuove azioni d'avanguardia su fronti finora poco esplorati, come l'attivazione sperimentale di strutture e percorsi specializzati per il trattamento di giovani adulti autori di reato con problematiche psichiche sottoposti a misure di sicurezza, intervenendo sulla preoccupante continuità tra condotte devianti minorili e la strutturazione di comportamenti antisociali in età adulta. Operativamente, l'Osservatorio eserciterà funzioni conoscitive, consultive e propositive, supportando la programmazione regionale mediante l'analisi dei dati, l'elaborazione di proposte di indirizzo e la redazione di una relazione annuale da trasmettere alla Giunta regionale e all'Assemblea legislativa.

La composizione dell'Osservatorio è stata definita per garantire la massima pluralità di competenze e una rappresentanza istituzionale trasversale, riflettendo la visione della salute mentale come responsabilità comune della comunità. Oltre ai rappresentanti della Regione e dell'Assemblea legislativa, l'organismo include stabilmente i dirigenti dei Dipartimenti Integrati di Salute Mentale e delle Dipendenze, un rappresentante dell'Ordine degli Psicologi dell'Umbria, i professionisti dei servizi territoriali, i Garanti regionali competenti, un delegato di ANCI Umbria e rappresentanti del Terzo settore. Al fine di integrare i saperi clinici con quelli sociali e giuridici, sono chiamati a partecipare attivamente il Presidente del Tribunale per i minorenni, magistrati esperti in materia di famiglia e minori, i Prefetti delle Province di Perugia e Terni, rappresentanti dell'Ufficio scolastico regionale e dell'Ordine degli assistenti sociali, nonché docenti universitari esperti in discipline sociologiche e psicologiche.

4.3.2 L'OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO REGIONALE

Constatata la complessità della raccolta dei dati nei vari ambiti del Dipartimento, il piano si propone l'istituzione, all'interno dell'**Osservatorio epidemiologico regionale**, di una sottosezione per la Salute mentale.

Elementi di grande criticità sono stati rilevati in primo luogo nell'impossibilità di fruire di un unico sistema informativo. Ogni singolo ambito del Dipartimento infatti utilizza sistemi differenti che fanno capo a reti nazionali (dipendenze), ospedaliere (SPDC) o di territorio, ma senza possibilità di dialogo. Lo sviluppo dell'ecosistema digitale con conseguente adeguamento dei flussi nazionale consentirà di migliorare

- Raccolta e omogeneizzazione dei dati;

- Monitoraggio dell'attività dei servizi, con analisi del volume di prestazioni e valutazioni epidemiologiche sulle caratteristiche dell'utenza e sui piani di trattamento;
- Restituzione dei dati ai DISMeD regionali per la programmazione dei singoli dipartimenti
- Supporto alle attività gestionali dei DISMeD 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;
- Raccordo con il Ministero e le Associazioni scientifiche per il conferimento dei dati e la costruzione di mappe di rischio e attività.

Al fine di migliorare costantemente il sistema di valutazione epidemiologica e garantire l'adeguata rilevazione dei bisogni emergenti, il gruppo di esperti sarà composto da:

- Specialisti dell'Università e della Regione Umbria;
- Centro Regionale per la Salute Globale;
- Portatori di interesse di società scientifiche o agenzie locali (Es. Fondazione Seppilli);
- Portatori di interesse degli utenti (Membri delle Consulte);
- Esperti delle USL (sicoge delle Usl 1 e 2);
- Rappresentanti delle U.O.C. del DISMeD.

4.3.3 L'OSSERVATORIO TECNICO REGIONALE PER LO PSICOLOGO DI BASE

In attuazione di quanto previsto dall'articolo 176-octies della Legge Regionale n. 22/2024 e disciplinato operativamente dalla **DGR n. 477 del 21 maggio 2025**, la Regione Umbria ha istituito l'**Osservatorio tecnico regionale per lo psicologo di base**. Questo organismo rappresenta un pilastro fondamentale della governance regionale, con il compito di assicurare l'efficacia, l'omogeneità e la qualità del nuovo servizio di psicologia inserito nel primo livello di assistenza sanitaria.

L'Osservatorio esercita funzioni strategiche di supporto alla programmazione e di vigilanza tecnica, agendo come punto di raccordo tra le politiche regionali e la pratica clinica sul territorio. Nello specifico, le sue attività principali includono:

- **Programmazione e Indirizzo:** Definire le linee strategiche e gli orientamenti operativi per l'attività degli psicologi operanti nelle Case della Comunità e negli studi dei Medici di Medicina Generale (MMG) e dei Pediatri di Libera Scelta (PLS).
- **Monitoraggio e Valutazione della Qualità:** Verificare e controllare sistematicamente la qualità delle prestazioni erogate, analizzando i dati relativi all'accessibilità del servizio e all'efficacia clinica degli interventi di primo livello.
- **Monitoraggio sull'omogeneità nell'erogazione delle prestazioni tra le 2 aziende**
- **Esame della Reportistica:** Analizzare le relazioni annuali trasmesse dai referenti clinici delle Aziende Sanitarie sull'attività svolta dagli psicologi delle cure primarie, per valutare l'andamento del servizio e correggere eventuali disomogeneità territoriali.

- **Raccomandazioni Tecnico-Organizzative:** Elaborare proposte e raccomandazioni rivolte alla Giunta regionale per l'aggiornamento dei protocolli operativi e il miglioramento dell'organizzazione logistica e funzionale del servizio.
- **Analisi dei Bisogni:** Supportare la Direzione regionale nell'individuazione precoce dei bisogni emergenti di salute mentale della popolazione, favorendo lo sviluppo di interventi preventivi mirati e tempestivi.

Per garantire una visione multidisciplinare e un elevato rigore scientifico, l'Osservatorio è composto da figure esperte e rappresentative dell'intero sistema sanitario, ordinistico e accademico regionale. L'organismo prevede la partecipazione di:

- **Quattro dirigenti psicologi**, uno per ciascuna Azienda USL (Umbria 1 e Umbria 2) e per ciascuna Azienda Ospedaliera (Perugia e Terni), con funzioni di coordinamento clinico aziendale;
- **Un rappresentante dei Medici di Medicina Generale (MMG) e un rappresentante dei Pediatri di Libera Scelta (PLS)**, per garantire la piena integrazione dello psicologo nel team delle cure primarie;
- **Due psicologi nominati dall'Ordine regionale** degli Psicologi dell'Umbria, con l'obiettivo di tutelare gli standard deontologici e professionali;
- **Un funzionario della Direzione regionale** Salute e Welfare con specifiche competenze in ambito psicologico, incaricato di coordinare l'allineamento con la programmazione regionale;
- **Un docente universitario dell'Ateneo di Perugia**, esperto in psicologia clinica, per assicurare il supporto metodologico e il costante aggiornamento rispetto alle evidenze scientifiche più recenti.

L'istituzione dell'Osservatorio sancisce il passaggio definitivo verso un modello di salute mentale proattivo e di prossimità, garantendo che ogni cittadino umbro possa accedere a un supporto psicologico di alta qualità, monitorato e validato istituzionalmente, già nel momento del primo contatto con il sistema sanitario.

4.6 L'Integrazione Sociosanitaria e i Distretti

L'integrazione socio-sanitaria rappresenta la pietra angolare della riforma del sistema di salute mentale in Umbria, configurandosi non solo come una necessità organizzativa, ma come un diritto fondamentale del cittadino a ricevere risposte globali e coerenti ai propri bisogni di vita. In piena sintonia con la visione del PANSM e le direttive del Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR), la Regione Umbria assume l'impegno di superare la storica frammentazione tra l'area sanitaria e quella sociale attraverso una sinergia strutturale tra il Dipartimento a matrice integrato della Salute Mentale e delle Dipendenze (DISMeD) e i Distretti socio-sanitari.

La governance di questa integrazione trova nel **Distretto il suo baricentro strategico**, inteso come il

luogo in cui si realizza la sintesi delle politiche sanitarie, sociali ed educative del territorio. All'interno di questa cornice, il DISMeD e le sue articolazioni operano in stretto coordinamento con la Direzione di Distretto per garantire che la presa in carico non si limiti alla gestione della patologia acuta, ma si traduca in percorsi riabilitativi di lungo periodo radicati nella comunità. Questo modello organizzativo si articola su quattro livelli di intensità assistenziale a complessità crescente, dove il primo livello di consultazione e assistenza primaria viene garantito direttamente nelle Case della Comunità. In questi spazi di prossimità, l'integrazione operativa tra i Medici di Medicina Generale (MMG), i Pediatri di Libera Scelta (PLS), gli infermieri di famiglia e lo Psicologo di base permette di cogliere tempestivamente i segnali di sofferenza psicologica, riducendo il ricorso inappropriato alla specialistica di secondo livello e contrastando la cronicizzazione del disagio.

Il **Punto Unico di Accesso (PUA)** e l'**Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)** rappresentano gli snodi operativi fondamentali attraverso cui il Distretto attiva la rete della salute mentale. Il PUA svolge una funzione cruciale di accoglienza e decodifica della domanda, orientando il cittadino verso i servizi più appropriati ed evitando che le fragilità psicosociali restino inesplorate a causa di barriere burocratiche. Quando il bisogno emerge nella sua complessità, l'UVM coinvolge attivamente le diverse professionalità del DISMeD e dei servizi sociali per effettuare una valutazione globale della persona che consideri non solo i sintomi clinici, ma anche le risorse relazionali, abitative e lavorative. Questo processo multidisciplinare guida l'elaborazione del **PTRI**, che deve essere co-costruito con la persona e la sua famiglia, ponendo al centro l'empowerment e gli obiettivi di recovery dell'individuo.

In coerenza con il PANSM, lo strumento d'elezione per rendere operativa l'integrazione socio-sanitaria è il **BdS**. Il BdS non è un semplice sussidio, ma un vettore di trasformazione della rete dei servizi che consente di riallocare le risorse economiche e professionali verso interventi personalizzati sui principali determinanti della salute: l'abitare supportato, la formazione, l'inclusione lavorativa e la socialità. Attraverso il BdS, il sistema regionale umbro punta a superare il modello delle grandi strutture residenziali "chiuse" — che spesso favoriscono fenomeni di neo-istituzionalizzazione — a favore di soluzioni di *housing assistito* e progetti di vita indipendente che permettano alla persona di rimanere nel proprio contesto naturale di vita. Questo approccio richiede una collaborazione strutturale con il Terzo Settore e le realtà dell'associazionismo, basata sui principi dell'amministrazione condivisa, della co-programmazione e della co-progettazione. Il Terzo Settore non è considerato un mero fornitore di prestazioni, ma un partner paritetico capace di apportare competenze innovative e radicate nel territorio, essenziali per la generazione di benessere psicologico collettivo.

Un'attenzione specifica nelle azioni sinergiche tra DISMeD e Distretti è rivolta alle fasce di popolazione più vulnerabili, come i minori esposti a traumi o esperienze sfavorevoli, gli autori di reato con disturbi psichici e la popolazione anziana isolata. Per i minori, il Piano prevede il rafforzamento dei **Consultori Familiari** e l'istituzione di **Unità Operative specializzate per i traumi dell'età evolutiva**, operando in rete con le istituzioni scolastiche e l'Autorità Giudiziaria per garantire percorsi di tutela integrati. Parallelamente, per garantire la continuità assistenziale, vengono attivate **Équipe di transizione (14-**

25 anni) che armonizzino i modelli di cura tra i servizi per l'infanzia e quelli per l'età adulta, prevenendo il rischio di *drop-out* nei momenti critici dello sviluppo. Per gli **autori di reato**, la sinergia si esplica nello sviluppo di misure alternative alla detenzione, attraverso unità di psichiatria e psicologia forense che collaborano con i Distretti per attivare percorsi di reinserimento sociale monitorati.

In conclusione, l'integrazione socio-sanitaria in Umbria si realizza attraverso un sistema di monitoraggio trasparente coordinato dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale, capace di raccogliere dati omogenei sull'efficacia dei progetti individualizzati e sull'impatto reale del BdS sulla qualità della vita degli assistiti. L'obiettivo finale, come indicato nel Piano Regionale e nel PANSM, è trasformare il territorio in una "comunità curante" dove la salute mentale non sia più un ambito separato, ma una componente essenziale e trasversale di tutte le politiche pubbliche. Attraverso l'investimento sulla multiprofessionalità delle équipe, l'innovazione tecnologica e la partecipazione attiva degli utenti esperti, la Regione Umbria intende garantire che ogni cittadino possa esercitare pienamente i propri diritti di cittadinanza, ricevendo un supporto dignitoso e personalizzato nel rispetto della propria interezza umana.

4.7 Salute Mentale Forense e per Autori di Reato

La condizione delle persone con disturbi mentali all'interno del carcere rappresenta una delle criticità più delicate del sistema penitenziario e del sistema sanitario. L'ambiente detentivo, strutturato principalmente per garantire sicurezza e disciplina, spesso non è adeguato a rispondere ai bisogni terapeutici, riabilitativi e relazionali di chi soffre di psicopatologia, soprattutto quando a tale quadro si aggiunge una condizione di cronico sovraffollamento. Ciò comporta l'insorgenza di una sofferenza psichica di vario grado, legata proprio ai fenomeni di istituzionalizzazione e altre volte un aggravamento della psicopatologia eventualmente già presente, un rischio maggiore di isolamento e, in generale, il peggioramento dello stato mentale. In questa prospettiva si rende sempre più urgente da un lato partecipare attivamente e promuovere interventi atti a diminuire l'incidenza dell'istituzionalizzazione e sviluppare contemporaneamente strutture (maggior numero di posti letto in ATSM e REMS), percorsi, ovvero programmi alternativi alla detenzione, basati sull'assistenza e sul reinserimento sociale. La possibilità di attivare percorsi di cura all'esterno, in collaborazione con i Dipartimenti Integrati di Salute Mentale e delle Dipendenze e le comunità terapeutiche territoriali, può garantire un trattamento più rispettoso del diritto di cura, ridurre il rischio di recidiva e favorire un recupero reale della persona. Tali interventi, pur richiedendo risorse e coordinamento interistituzionale, rappresentano una risposta più umana ed efficace al disagio psichico, in linea con i principi costituzionali di dignità e diritto alla salute.

Le maggiori criticità oggi presenti:

- Il **sovraffollamento delle carceri** con detenuti di media pericolosità: la presenza dei detenuti Comuni di media sicurezza è la criticità maggiore per l'elevato numero di episodi di autolesionismo, atti di violenza all'interno della sezione, aggressioni, spaccio di farmaci, ecc...
- La **carenza di personale medico** per l'assistenza sanitaria di base con copertura del turno garantita da diverse tipologie di professionisti, con difficoltà organizzative complesse. L'assistenza sanitaria di base in carcere dovrebbe essere garantita da personale altamente qualificato con formazione specifica in quanto è una medicina di attesa, ma diventa anche d'urgenza/emergenza essendo il Carcere punto di primo soccorso per eventi acuti che vanno gestiti tempestivamente.
- L'elevato **turnover di personale infermieristico** legato alle situazioni di disagio lavorativo, di carenza di incentivi specifici, di formazione specifica ed adeguata, di adeguati periodi di affiancamento, di episodi di violenza a danno degli operatori.
- **L'assenza di una Residenza per l'Esecuzione della Misura di Sicurezza (REMS)** e i soggetti umbri cui vengono applicate tali misure sono ospitati in strutture extraregionali, con oneri a carico del Bilancio sanitario e difficoltà di inserimento nelle strutture di altre regioni.
- **La gestione del R.O.P.** (Reparto Osservazione Psichiatrica), reparto che, pur ubicato all'interno della Casa di Reclusione di Spoleto, ha come mission istituzionale lo svolgimento di specifica attività sanitaria. Ciò comporta la ricerca di un difficile equilibrio tra la normativamente prevista attività diagnostico/terapeutica in ambito psichiatrico e i criteri organizzativi e di gestione dei detenuti, soprattutto in presenza di situazioni di sovraffollamento detentivo e di problematiche a ciò ricollegabili, col conseguente e persistente rischio che l'occupazione dei posti a disposizione nel reparto avvenga a prescindere dall'espletamento di processi valutativi in senso psichiatrico.

I nodi del sistema relativo al trattamento degli autori di reato con problematiche di carattere psichico e con dipendenze, in linea generale, sono:

- ogni Azienda Sanitaria prende in carico la salute delle persone detenute, attraverso i "presidi sanitari penitenziari", attivati in ogni singolo istituto penitenziario e nei quali è presente un servizio psichiatrico interno;
- Reparto di Osservazione psichiatrica intramurario (ROP), in Umbria presente presso la Casa di Reclusione di Spoleto;
- Articolazione Tutela Salute Mentale in carcere (ATSM), in Umbria non presente;
- REMS, in Umbria non presente;
- Strutture residenziali psichiatriche terapeutico riabilitative ad alta intensità (SRP1) di cui al RR n.2/2022, specificamente dedicate anche a ospitare i pazienti autori di reato, anche socialmente pericolosi, che vengano sottoposti a misura di sicurezza della libertà vigilata o comunque si trovino sottoposti a misura cautelare;
- SPDC, competenti per la gestione delle acuzie;

- Altri luoghi, tra i quali va ricordato il domicilio del paziente (anche su provvedimenti specifici della Magistratura, quella di Sorveglianza in primis, quali libertà vigilata, ecc.).

Il **Piano di Azione Nazionale per la Salute Mentale (PANSM) 2025-2030** dedica il Capitolo 3 alla tutela della salute mentale per le persone detenute e per gli autori di reato, muovendo dal principio costituzionale che la pena debba tendere alla rieducazione e rispettare la dignità umana. Il Piano segna il passaggio da una logica puramente emergenziale a una strategia proattiva e integrata tra sistema sanitario e sistema penale.

Il nuovo sistema regionale per la salute mentale in ambito penitenziario intende andare in questa direzione promuovendo percorsi di cura che garantiscano il diritto alla salute e, contemporaneamente, la sicurezza sociale.

In coerenza con quanto stabilito dal PANSM, gli interventi prioritari si articolano nelle seguenti linee d'azione:

- **Istituzione di un Ufficio di psichiatria e psicologia Forense Regionale:** con funzioni di coordinamento tra i DSM, le strutture residenziali, le REMS e l'Autorità Giudiziaria, finalizzata alla gestione dei casi complessi e alla supervisione dei percorsi di cura degli autori di reato e alla gestione del PUR regionale;
- **Attivazione delle ATSM (Articolazioni per la Tutela della Salute Mentale in carcere),** per migliorare la tutela della salute mentale delle persone detenute/imputabili. Come previsto dal PANSM a seguito della rivalutazione del fabbisogno delle necessità regionali, sarà ampliato il numero di reparti dedicati presso le strutture carcerarie a soggetti detenuti o imputati che presentano gravi disturbi psichici o che sviluppino un'infermità mentale durante la detenzione, ma che non necessitano dell'applicazione di una misura di sicurezza detentiva in una REMS;
- Attivazione di una struttura **REMS** nel territorio regionale;
- Verifica convenzioni in essere con REMS situate in altre regioni;
- **Riconversione di posti letto in strutture residenziali psichiatriche terapeutico riabilitative ad alta intensità (SRP1),** di cui al RR n.2/2022, su ciascun territorio aziendale, con specifico gradiente contenitivo e di protezione, dedicati a ospitare i pazienti autori di reato, anche socialmente pericolosi, che vengano sottoposti a misura di sicurezza della libertà vigilata, o comunque in misura cautelare, ove richiesto;
- Definizione di **accordi interistituzionali** tra ciascun Istituto Penitenziario, l'azienda sanitaria, per il tramite del Dipartimento a matrice integrato della Salute Mentale e delle Dipendenze (DISMeD) e la Magistratura competente, per individuare tempestivamente percorsi di cura e riabilitazione appropriati nel corso delle fasi di cognizione o di esecuzione della pena così come per la ricerca sul processo ed esito dei percorsi di cura, con la collaborazione dell'Università;
- attivazione **PUR (Punto Unico Regionale)**, che assicura specifiche attività in relazione alla Magistratura e all'Amministrazione Penitenziaria, compresa la prioritaria ricerca e facilitazione

di soluzioni assistenziali in contesti non detentivi nell'ambito della gestione della lista d'attesa, volto in particolare a:

- aggiornamento normativo, formazione, diffusione best practices;
 - programmazione complessiva cornice intervento in materia;
 - attivazione sistema statistico di rilevazione su base regionale;
 - elaborazioni statistiche ed epidemiologiche;
 - rapporti con Aziende e strutture aziendali preposte alla tematica;
 - tenuta rapporti con magistratura di rilievo regionale (in particolare con Tribunale Sorveglianza, Procura Generale e Corte d'appello);
 - tenuta rapporti con DAP e con REMS di altre regioni;
- Attivazione di una **Unità Operativa di psichiatria e psicologia forense**, in ciascuna Azienda, per l'ambito Autori di reato e alternativa alla REMS all'interno del DISMeD, che si colleghi con l'U.O. Regionale e che si occupi sia degli aspetti applicativi che di quelli clinico/organizzativi relativi ai percorsi per autori di reato, con personale con esperienza specifica (clinica; forense; organizzativa e logistica) rispondendo quanto meno ai seguenti obiettivi:
 - Interfacciarsi con i Magistrati e i servizi del territorio per indirizzare tempestivamente eventuali indicazioni dell'autorità giudicante;
 - Coordinamento delle attività relative all'andamento dei singoli PTRI coi Servizi (CSM; SERD) competenti sul paziente, al fine di garantire un monitoraggio dell'andamento delle stesse ed eventuali modifiche o correzioni in corso d'opera;
 - Monitoraggio complessivo dei PTRI dei pazienti autori di reato con problematiche psichiche sottoposti a provvedimento dell'Autorità Giudiziaria residenti nel territorio aziendale o comunque in cura presso i Servizi che insistono nel territorio aziendale, anche ai fini della raccolta di elementi di forza / critici dei programmi in essere e della necessità di eventuali modifiche;
 - Collaborazione continua con i sanitari del carcere per la presa in carico delle persone detenute imputabili con problemi di salute mentale che verranno scarcerati;
 - Funzione di collegamento tra i sanitari del carcere e la Magistratura per persone con disturbi mentali autrici di reato che, pur essendo ritenuti non imputabili e pericolosi socialmente, risulta complesso inserire nelle attuali REMS (per la misura detentiva) e nelle strutture SRP (per la misura non detentiva);
 - Riferimento per CTU e Periti incaricati di valutare paziente in carico alla ASL. Appare opportuno che il coinvolgimento attivo dei Dipartimenti avvenga già in fase di perizia/CTU;
 - Costante rapporto con i competenti Uffici Regionali al fine di garantire: valutazione complessiva degli interventi effettuati e in essere, contributi alla programmazione degli interventi, confronto su applicazione di normative e su eventuali indicazioni di

intervento, aggiornamenti rispetto ai rapporti con le REMS di altre regioni (ad es.: verificare convenzioni con la Regione Umbria, scorrimento delle liste d'attesa, ecc.). elaborazioni ai fini statistici;

- Costante rapporto con l'Autorità Giudiziaria (AG) anche in attuazione di accordi interistituzionali su base aziendale / territoriale (es: USL Umbria 2 con Tribunali e Procure Terni e Spoleto), per verificare, ove possibile, la concreta attuabilità di quanto disposto in sede peritale e per garantire gli aggiornamenti dei PTRI e nella prospettiva della modifica / revisione dei provvedimenti sulla pericolosità sociale, in modo da consentire l'attivazione del percorso di cura più appropriato sia alle esigenze del paziente che alle necessità di sicurezza;
 - Valutazione iniziale ed itinere che comprenda diverse aree: clinico-personologica; consapevolezza di malattia e insight; funzionamento cognitivo e social cognition; funzionamento sociale; rischio recidiva, violenza, pericolosità sociale e psicopatia;
 - Adeguamento dei quesiti peritali per includere aspetti prognostici, di rischio e di presa in carico territoriale, orientando le perizie alla definizione di interventi terapeutico-riabilitativi realistici;
 - Sviluppo di strutture dedicate e intermedie per bisogni complessi (disturbi di personalità, deficit cognitivi), a supporto di percorsi gradual di reinserimento tra REMS/carcere e territorio;
 - Percorso di cura: trattamenti codificati secondo linee guida evidence-based differenziate per patologie (disturbi psicotici, disturbi dell'umore, disturbi gravi di personalità);
 - Attività di ricerca su processo ed esito degli interventi ai fini della riduzione della recidiva, in collaborazione con l'Università.
- **Potenziamento delle Misure Alternative alla Pena:** in linea con le recenti evidenze, si promuove lo sviluppo di percorsi personalizzati extra-murari, privilegiando setting interistituzionali non residenziali quali l'housing assistito, le strutture semiresidenziali e i percorsi ambulatoriali e di territorio, utili a favorire il reinserimento sociale e a ridurre il sovraffollamento carcerario;
 - **Integrazione per la Doppia Diagnosi e Inclusione:** particolare attenzione sarà rivolta ai detenuti con comorbidità psichiatrica e dipendenze patologiche, garantendo l'accesso ai percorsi di cura anche alla popolazione straniera, attraverso la regolarizzazione dell'iscrizione all'anagrafe sanitaria per fini terapeutici e garantendo anche tutte quelle misure di sostegno all'abitare e al reinserimento lavorativo;
 - **Realizzazione e Governance della REMS Regionale:** intesa come struttura di accoglienza per casi ad alta complessità clinica e forense, la cui attività deve essere integrata in una rete territoriale capace di offrire risposte gradual e differenziate di dimissione protetta e di

riabilitazione territoriale.

La Regione si impegna inoltre a rivisitare i **protocolli in atto con la Magistratura** anche per la revisione dei quesiti peritali, affinché siano maggiormente orientati alla prognosi riabilitativa e alla fattibilità dei progetti territoriali, garantendo che lo spazio del carcere non sia una risposta impropria alla sofferenza mentale.

Altro elemento determinante per la reale efficacia dei percorsi riabilitativi e per l'equità del sistema riguarda la rimozione delle barriere amministrative che precludono l'accesso alle **cure alla popolazione straniera in condizione di irregolarità giuridica**. Il Piano assume come impegno prioritario la garanzia del diritto alla salute per tutti i soggetti presenti sul territorio regionale, indipendentemente dal loro status burocratico, con particolare attenzione agli autori di reato con disturbi mentali o dipendenze patologiche. A tal fine, la Regione promuove l'implementazione di procedure semplificate per l'iscrizione all'anagrafe sanitaria per fini terapeutici dei cittadini stranieri privi di permesso di soggiorno. Tale misura è considerata un presupposto indispensabile per assicurare la continuità assistenziale e per evitare che la condizione di irregolarità si traduca in una discriminazione nell'accesso ai percorsi di cura o in un ostacolo insormontabile alla concessione di misure alternative alla detenzione. L'integrazione socio-sanitaria passerà dunque anche attraverso protocolli d'intesa con le autorità competenti volti a regolarizzare la posizione sanitaria del paziente per l'intera durata del progetto terapeutico, garantendo che il percorso di recupero e di reinserimento sociale non sia pregiudicato da impedimenti di natura puramente formale.

Risulta necessario che i DISMeD si attrezzino con le risorse umane necessarie per ottemperare agli obblighi legislativi descritti nel PANSM 2025-30.

Misure alternative alla detenzione

In linea con l'obiettivo di ridurre il sovraffollamento carcerario e garantire l'effettività del diritto alla cura, la Regione promuove il potenziamento delle **misure alternative alla detenzione**, in particolare per i soggetti con dipendenze patologiche e comorbidità psichiatrica.

La strategia si articola sui seguenti punti cardine:

- **Diversificazione dei setting di cura:** superamento del modello basato esclusivamente sulle strutture residenziali, incentivando l'accesso a percorsi in **setting non residenziali** (strutture semi-residenziali, percorsi ambulatoriali e progetti di housing assistito), che consentono una maggiore flessibilità e un reinserimento sociale progressivo.
- **Percorsi individualizzati e flessibili:** implementazione di progetti terapeutico-riabilitativi 'su misura', che tengano conto della specificità clinica, sociale e giuridica del soggetto, garantendo la continuità tra il setting diagnostico-terapeutico intra-murario e i servizi territoriali (SerD e CSM).

- **Inclusione e Anagrafe Sanitaria:** garanzia dell'accesso ai percorsi di cura e riabilitazione anche per i cittadini stranieri privi di permesso di soggiorno, attraverso procedure semplificate di iscrizione all'anagrafe sanitaria per fini terapeutici, onde evitare che la condizione giuridica rappresenti un ostacolo insormontabile alla misura alternativa.
- **Raccordo con l'Autorità Giudiziaria:** promozione di tavoli di coordinamento stabili tra Sanità, Sociale, Magistratura di Sorveglianza e Avvocatura, finalizzati a costruire 'luoghi di integrazione inter-istituzionale' dove progettare percorsi che siano al contempo appropriati sotto il profilo clinico e sostenibili sotto quello della sicurezza e del controllo giuridico.
- **Misure Alternative alla Pena per Detenuti con Dipendenze Patologiche:**

Le misure alternative alla pena rappresentano uno strumento fondamentale per il trattamento dei detenuti con dipendenze patologiche in termini di riabilitazione, recupero sociale e reinserimento nella comunità. Inoltre potrebbero, in parte, contribuire a controllare l'attuale sovraffollamento degli istituti penitenziari.

 - È essenziale creare percorsi appropriati alle necessità dei detenuti sia all'interno delle carceri che nel territorio, attraverso l'implementazione di un sistema che risponda in modo mirato ai bisogni clinici, psicologici e sociali. Attualmente, le misure alternative privilegiano principalmente i percorsi residenziali, ma è fondamentale integrare anche altre forme di intervento che possano rispondere in modo flessibile a una varietà di necessità, tenendo conto delle specificità di ogni singolo soggetto.
 - Per un'efficace riabilitazione dei **detenuti affetti da disturbi correlati all'uso di sostanze** è necessario potenziare la dimensione clinica all'interno delle carceri, promuovendo e migliorando il setting diagnostico-terapeutico intra-murario che consenta di trattare adeguatamente le problematiche legate alle dipendenze. Questo approccio implica non solo il trattamento delle sostanze, ma anche il supporto psico-sociale e la cura della salute mentale, in modo da affrontare la tossicodipendenza in modo integrato e globale.
 - La cura dei detenuti affetti da disturbi correlati all'uso di sostanze deve avvenire attraverso una rete di interventi diversificati e integrati sia all'interno che all'esterno degli istituti penitenziari. È fondamentale creare una "filiera" di presa in carico che unisca le risorse e le competenze di più ambiti (penitenziario, sanitario, sociale e giuridico), con un coordinamento affidato ai **Servizi per le Dipendenze (SerD)**. La finalità è quella garantire una continuità terapeutica e sociale tra i setting intramurari e quelli extra-murari: residenziali, semiresidenziali e ambulatoriali.
 - Per i **minori**, è necessario privilegiare percorsi educativo-riabilitativi in cui siano contemplati oltre agli inserimenti in strutture residenziali anche l'affidamento in prova, la messa alla prova, la detenzione domiciliare e la semilibertà.
 - È essenziale rivedere e aggiornare i percorsi di valutazione, in modo da rispondere meglio alle esigenze emergenti, come ad esempio la **Doppia Diagnosi** (coesistenza di disturbi psichiatrici e addiction). Questo permetterebbe di correlare più precisamente la patologia

con il reato commesso, favorendo la creazione di percorsi terapeutici specifici e più mirati, che rispondano alle problematiche psicologiche e cliniche del detenuto.

- Si deve lavorare per ampliare l'accesso alle misure alternative, non solo per i detenuti con dipendenza da sostanze, ma anche per chi soffre di **dipendenze comportamentali** (Disturbo da Gioco d'Azzardo, Shopping Compulsivo, ecc.). Ciò richiede un aggiornamento delle linee guida per l'applicazione delle misure alternative, affinché possano essere adattate anche a queste nuove realtà.
- Oltre ai percorsi residenziali, è fondamentale favorire l'applicazione delle misure alternative anche in setting non residenziali, come **strutture semi-residenziali, percorsi ambulatoriali e housing**. Questi ambienti consentono una maggiore flessibilità nel trattamento, riducendo il rischio di stigmatizzazione e favorendo il reinserimento progressivo nelle comunità di vita.
- Un aspetto fondamentale riguarda l'inclusione anche delle persone **straniere senza permesso di soggiorno**, che in genere sono escluse dai percorsi di cura e riabilitazione. È necessario garantire loro l'iscrizione all'anagrafe sanitaria, per assicurare l'accesso a cure adeguate e per evitare che la loro situazione giuridica pregiudichi il loro diritto alla salute e alla riabilitazione.
- Per facilitare la progettazione e l'implementazione di percorsi alternativi alla pena, è indispensabile creare o ampliare **luoghi di integrazione inter-istituzionali** a livello regionale. In questi luoghi dovrebbero confluire **Sanità, Sociale, Magistratura, Terzo Settore, e Avvocatura**, con la finalità di progettare percorsi alternativi alla pena che siano appropriati non solo dal punto di vista clinico, ma anche sociale e giuridico. La collaborazione tra istituzioni e professionisti è fondamentale per costruire percorsi riabilitativi efficaci e sostenibili.

Giustizia riparativa

La giustizia riparativa si configura come un paradigma giuridico ed etico volto alla ricomposizione dei legami sociali infranti dal reato. Superando la logica esclusivamente sanzionatoria, essa pone al centro il **riconoscimento della responsabilità da parte dell'autore e la riparazione del danno**, promuovendo un **percorso dialogico mediato tra vittima, reo e comunità di riferimento**. Tale modello, recepito nell'ordinamento italiano attraverso la Riforma Cartabia (D.lgs. 150/2022), mira a una risoluzione del conflitto che eccede la mera esecuzione della pena, favorendo la partecipazione attiva delle parti coinvolte.

All'interno del PANSIM 2025-2030, la giustizia riparativa assume un ruolo strategico per l'evoluzione dei percorsi di cura dei soggetti affetti da patologie psichiatriche autori di reato. Il Piano promuove il superamento dei modelli meramente custodiali, quali le REMS, in favore di una presa in carico territoriale che valorizzi la responsabilizzazione dell'individuo. **L'integrazione operativa tra i**

Dipartimenti Integrati di Salute Mentale e delle Dipendenze e i Centri per la Giustizia Riparativa è finalizzata a garantire percorsi di riabilitazione psicosociale compatibili con il quadro clinico, assicurando al contempo una tutela specifica alle vittime per prevenire fenomeni di vittimizzazione secondaria.

I pilastri operativi previsti includono:

- **Sinergia Istituzionale:** Definizione di protocolli tra autorità giudiziaria e servizi sanitari per l'attuazione di programmi riparativi personalizzati.
- **Focus sulla Vittima:** Potenziamento del supporto psicologico specialistico nel contesto del percorso di mediazione per garantire la centralità dei bisogni dei danneggiati.
- **Formazione Interdisciplinare:** Sviluppo di competenze trasversali per magistrati, avvocati e operatori sanitari finalizzate alla gestione del conflitto mediato in ambito psichiatrico.
- **Riduzione della Recidiva:** Impiego delle pratiche riparative come strumento di reinserimento sociale e clinico, atto a mitigare il rischio di reiterazione del reato attraverso la consapevolezza del danno arrecato.

La Regione, in piena coerenza con gli obiettivi nazionali, ha dato un impulso decisivo all'attuazione della Giustizia Riparativa, elemento cardine della Riforma Cartabia.

Attraverso l'adozione della DGR 233 dell'11 marzo 2026, la programmazione regionale ha formalizzato l'integrazione delle funzioni relative alla Giustizia Riparativa all'interno della Cabina di Regia regionale preesistente.

Questo atto strategico non solo aggiorna la composizione della Cabina di Regia per garantirne la massima efficacia intersettoriale, ma ne estende esplicitamente il mandato per assicurare il raccordo programmatico e strategico con i Centri di Giustizia Riparativa (CGR) del distretto della Corte d'Appello di Perugia. Tale assetto istituzionale mira a supportare l'infrastruttura operativa dei CGR, curando l'attuazione e la diffusione della cultura riparativa nel territorio e promuovendo l'integrazione dei percorsi riparativi con le strategie trattamentali e rieducative già in essere, nel rispetto delle competenze operative che rimangono in capo all'Autorità Giudiziaria.

Minori autori di reato

La strategia nazionale dedica un'attenzione specifica ai minori, inquadrando il reato come espressione di un disagio Bio-Psico-Sociale-Culturale che richiede l'obbligatoria costituzione di **equipe interistituzionali integrate** tra giustizia minorile, sanità e servizi sociali e con la collaborazione dell'Università (anche alla luce delle evidenze di ricerca tra Comune-Università-Procura del Progetto Giovani e Territorio). Le regioni sono inoltre chiamate ad adottare strumenti di valutazione del rischio omogenei e protocolli basati sulle evidenze scientifiche, promuovendo **misure alternative** con percorsi in comunità socio-educative o terapeutiche rispetto alla custodia in istituti penali minorili e

l'obbligo di definire protocolli per il **passaggio protetto dai servizi per minori a quelli per adulti per evitare il drop-out.**

I nodi del sistema relativo al trattamento dei minori autori di reato con problematiche di carattere psichico e con dipendenze, in linea generale, sono:

- Collocamento in comunità socio-educativa (articolo 22 D.P.R. 488/1988)
- Custodia cautelare presso un Istituto Penale Minorile
- Affidamento a strutture socio-sanitarie (comunità terapeutiche ad alta integrazione sanitaria secondo l'articolo 19, d.lgs. 121/2018).
- Strutture socio-educative, di competenza amministrativa del Centro Giustizia Minorile/Ente Locale;
- Strutture residenziali terapeutiche di NPIA e per le dipendenze, l'accesso alle quali richiede l'indicazione clinica da parte di un medico NPIA del servizio di riferimento territoriale dell'utente;
- Strutture sperimentali di tipo socio-sanitario ad alta intensità di competenza congiunta CGM/NPIA/ENTE LOCALE.

E' pertanto prioritario sviluppare una rete strutturata di servizi psicologici di prossimità, innovativi, che assicurino interventi precoci, multidisciplinari, che garantiscano continuità assistenziale ed un accesso appropriato ai percorsi di cura, accompagnamento, inclusione sociale, integrati con i sistemi sociale, educativo, sanitario e della giustizia minorile. Tale approccio consente di rafforzare le azioni di prevenzione nei confronti dei minorenni che entrano o rischiano di entrare nel circuito penale minorile, favorendo l'individuazione precoce dei fattori di vulnerabilità e la tempestiva attivazione di adeguate misure di sostegno. In Umbria, vi sono specifiche comunità socio-educative e strutture socio-sanitarie residenziali autorizzate ad ospitare minori autori di reato, anche con problemi neuropsichiatrici. La materia è disciplinata dal regolamento regionale 4 dicembre 2017, n. 7. Ai sensi della DGR 1034 del 20/09/2024 la Regione ha avviato l'iter per la costituzione di una "Comunità sperimentali di tipo socio – sanitario, ad elevata integrazione sanitaria, per l'inserimento di minori e giovani adulti con disagio psichico e/o problematiche di dipendenza in carico ai servizi sanitari, sociali ed ai servizi della giustizia minorile" di cui all'Accordo 148/CU del 14/09/2022. L'obiettivo è di procedere, d'intesa con il Centro per la Giustizia Minorile per la Toscana e l'Umbria del Ministero della Giustizia al fine di potenziare i collocamenti dei minori/giovani adulti del circuito penale con disagio psichico e/o problematiche di dipendenza anche presso le strutture sociosanitarie regionali.

Per rafforzare la rete di presa in carico degli autori minori di reato si prevedono alcune attività:

- Rafforzamento della funzione preventiva di valutazione e sostegno psicologico per i minorenni e giovani adulti in carico all'USSM.

- Aggiornamento ed integrazione delle Linee di indirizzo per l'assistenza sanitaria ai minori sottoposti a provvedimento dell'Autorità Giudiziaria.

4.8 Partecipazione e Terzo Settore

Gli enti del Terzo Settore, che in Umbria operano da tempo nell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, hanno il compito di proporre iniziative (progetti, sperimentazioni) integrate e multidimensionali per innovare e rafforzare i servizi di salute mentale a livello territoriale. È fondamentale che tali enti valorizzino le risorse professionali e sociali già presenti all'interno della comunità.

Il modello di collaborazione si inquadra all'interno di quanto definito dalla L.R. 2/2023 "Disposizioni in materia di amministrazione condivisa" e dall'Articolo 1, Comma 2 della L.R. 2/2024 "Qualità del lavoro e dei servizi alla persona". L'articolo 5 della L.R. n°2 /2024 riconosce la centralità del mondo della Cooperazione Sociale.

La continua evoluzione ed articolazione dei bisogni legati alla salute mentale e la priorità attribuita ai percorsi di vita delle persone inducono infatti a considerare la rete dei Servizi e la comunità che li accoglie, sempre più come luoghi di opportunità dinamici e flessibili.

Anche nel nostro territorio assistiamo all'aumento:

- dei disturbi gravi di personalità;
- di persone con problemi di salute mentale gravate da misure di sicurezza;
- delle crisi delle relazioni in adolescenza;
- delle crisi relazionali intrafamiliari, con sempre più gravi episodi di violenza;
- dell'uso passivo e non critico dei social media che incrementano processi di solitudine e scatenano sofferenza psichica;
- dell'uso massivo di sostanze stupefacenti e alcol come auto-medicamento per far fronte ai problemi;
- degli effetti dei flussi migratori internazionali sulla salute collettiva e sull'equilibrio psichico dei singoli.

Tali fenomeni chiedono ai Servizi risposte innovative, dinamiche e complesse, rivolte a bisogni, visioni e stili di vita nuovi e diversificati, nella consapevolezza che gli interventi sono la risultante di una serie di variabili individuali, familiari, relazionali e socio culturali. Le opportunità della comunità locale (spazi di socializzazione, occasioni di lavoro, possibilità abitative, ecc.) rappresentano la cornice che può fare la differenza.

Nell'ottica della recovery e mediante la riallocazione delle risorse già impiegate, si possono utilizzare gli Enti del Terzo Settore e del volontariato per ottimizzare i percorsi di cura, partendo dalle persone oggi accolte nei servizi residenziali (ma costruendo poi un modello valido per tutti gli utenti) per

costruire un sistema di opportunità territoriali centrato sulle dimensioni della casa, della formazione-lavoro e dell'affettività-socialità, soprattutto attraverso la sperimentazione di progetti di BdS.

Gli **obiettivi generali del rapporto con gli enti del Terzo Settore** sono:

- rivedere l'assetto attuale delle **strutture residenziali e semiresidenziali** del DISMeD procedendo alla loro riqualificazione in base alla nuova classificazione introdotta dal Regolamento regionale 2/2022. Contestualmente, ridefinire in modo più specifico i posti letto, assicurando un loro collegamento in rete più coerente;
- potenziare la rete esistente di **"abitare supportato" e di "residenzialità leggera"**, migliorandone l'accessibilità e ampliando i canali di reperimento degli alloggi, affinché non restino in struttura persone che possono sostenere una maggiore autonomia di vita;
- proporre in tutti i territori la **metodologia di ricerca lavoro IPS** (Individual Placement & Support) basato su un approccio orientato alla recovery che mira a rendere le persone indipendenti e fiduciose nelle proprie capacità di gestire un inserimento lavorativo nel libero mercato;
- sviluppare **offerte formative** che – quando e quanto possibile – aprano agli utenti opportunità di impiego occupazionale mediante cooperative sociali di inserimento lavorativo, aziende disponibili nel territorio, attività in laboratori protetti occupazionali, ecc.;
- utilizzare una metodologia di lavoro basata sulla coproduzione e sull'apprendimento condiviso i cui protagonisti, insieme a professionisti ed operatori pubblici e privati, sono gli esperti per esperienza, i familiari e i cittadini;
- coinvolgere in maniera stabile i vari stakeholder nella promozione di attività ed eventi di socialità, rivolti all'intera comunità locale, in cui le persone con problemi di salute mentale possano partecipare da coprotagonisti, dare e ricevere, superando la condizione di invisibilità e separazione che spesso connota le loro giornate;
- implementare interventi gruppalì rivolti agli adolescenti e ai giovani, per favorire la creazione di reti tra coetanei e sviluppare attività di coaching a sostegno dei percorsi scolastici ed universitari;
- promuovere la **figura dell'ESP** ("esperto tra pari"), persona che ha vissuto un disagio psichico e che, dopo un percorso di cura e formazione, usa la propria esperienza per affiancare altre persone in condizioni analoghe, come ponte tra utenti e Servizi, offrendo supporto empatico ed accompagnamento;
- **associare clubhouse ai Centri diurni**, per fornire agli utenti un ambiente inclusivo e attività molteplici, a fianco di tanti altri cittadini, in una logica di partecipazione e appartenenza, concentrandosi su competenze sociali e relazionali piuttosto che sui vincoli della malattia;
- contribuire a un sistema più integrato e coordinato tra i Servizi attivi in salute mentale (pubblici, in appalto, privati accreditati, ecc.), anche nella strutturazione di percorsi alternativi o successivi alle Rems.

Obiettivi di riferimento PANSM-PARSM: Salute mentale per le persone detenute/imputabili e per le persone affette da disturbi mentali autrici di reato in misure di sicurezza

OBIETTIVO	AZIONI	ATTORI	INDICATORI
Migliorare la tutela della salute mentale per persone detenute/imputabili. (Da realizzarsi entro 5 anni)	1 Rivalutazione del fabbisogno di ATSM e attivazione delle equipe di salute mentale in carcere in funzione delle necessità delle Regioni/PA. 2 Aggiornamento delle regolamentazioni per il funzionamento delle ATSM 3 Garantire continuità assistenziale e presa in carico integrata salute mentale/dipendenze	1 Regione 2 Regione 3 Regione/ASL e AA.OO.	1 Esistenza di provvedimenti interministeriali e regionali relativi ai nuovi fabbisogni individuati 2 definizione di linee di indirizzo per funzionamento delle ATSM (documento) 3 esistenza di indicazioni che identifichino e valorizzino percorsi di presa in carico integrata
Migliorare l'appropriatezza della presa in carico territoriale per le persone affette da disturbi mentali autrici di reato (Da realizzarsi entro 3 anni)	Sperimentazione di strutture residenziali specializzate nella realizzazione del PTRI di persone con disturbi mentali autori di reato con misure di sicurezza non detentiva	Regione	Documento: linee di indirizzo per sperimentazione di strutture residenziali specializzate nella presa in carico di persone con disturbi mentali autori di reato con misure di sicurezza non detentiva
Nuovo Sistema informativo ministeriale su pazienti autori di reato in mds (Da realizzarsi entro 3 anni)	Superamento SMOP e creazione database ministero Salute/giustizia per sistema informativo nazionale flussi	Regione	Implementazione dei dati nel nuovo sistema informativo e output annuale dei dati suddivisi per regione
Realizzazione REMS regionale (Da realizzarsi entro 3 anni)	Inserimento nella programmazione regionale della REMS Umbra	Regione/ASL	Attivazione regionale dei p.l. della REMS

OBIETTIVO	AZIONI	ATTORI	INDICATORI
Attivazione referente orense/equipe forense per ogni DISMeD (Da realizzarsi entro 3 anni)	Individuazione referente forense per ogni DISMeD	Regione, ASL e AA.OO.	Nomina figura del referente forense per Dipartimento
Sistema omogeneo nazionale per la valutazione della pericolosità e per l'identificazione del livello di sicurezza (Da realizzarsi entro 3 anni)	Partecipazione gruppo lavoro tecnico ministero, regioni, società scientifiche	Regione	Supporto alla stesura del documento con raccomandazioni degli strumenti per la Valutazione della pericolosità e successiva adozione con DGR
Documento di consenso con Raccomandazioni sui trattamenti <i>evidence based</i> (Da realizzarsi entro 5 anni)	Partecipazione gruppo lavoro tecnico ministero, regioni, società scientifiche per stesura documento di Consenso sui trattamenti <i>evidence based</i> per autori di reato (specifici interventi farmacologici (litio, clozapina e uso preferenziale terapia LAI), psicoterapici (interventi basati sulla CBT, DBT, MBT) e psicosociali (psicoeducazione, cognitive remediation, SST, Skill Training, riabilitazione vocazionale)	Regione	Supporto alla stesura del documento con raccomandazioni sui trattamenti <i>evidence based</i> . e successiva adozione con DGR. Implementazione programmi formativi regionali
Rete strutture dedicate ai liberi vigilati (Da realizzarsi entro 3 anni)	Individuazione all'interno della rete dell'assistenza residenziale di un numero congruo (alla realtà regionale) di strutture dedicate al trattamento riabilitativo residenziale dei liberi vigilati, o realizzazione di programmi terapeutico riabilitativi ad elevata intensità di cura	Regione/ASL e AA.OO.	Creazione rete residenziale dedicata ai pazienti autori di reato in libertà vigilata

5. GLI STRUMENTI DI GESTIONE DELLE RISORSE E DI PROGRAMMAZIONE SULLA PERSONA

5.1 Stratificazione del Rischio: identificazione della complessità assistenziale secondo gli standard DM 77/2022

La stratificazione della popolazione sulla base della complessità dei bisogni prevista dal **DM 77/2022** e recepita dal **Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2025-2030 dell'Umbria**, costituisce il pilastro metodologico per l'attuazione di una sanità di iniziativa. Tale approccio permette di passare da una "sanità d'attesa" a un modello di **Integrated Community Care**, dove il benessere mentale è inteso come risultato di un'interazione complessa tra fattori biologici, psicologici e determinanti sociali. Il modello adottato dall'Umbria suddivide la popolazione in sei segmenti dinamici, permettendo di calibrare gli interventi del DISMeD in base ai bisogni reali:

- **Livello I – Persona in salute:** Comprende la popolazione priva di patologie manifeste. In questo ambito, il sistema regionale agisce sulla prevenzione primaria e sulla lotta allo stigma, promuovendo il benessere psicologico collettivo nei contesti di vita quotidiana.
- **Livello II – Persona con complessità clinico-assistenziale minima o limitata nel tempo:** Include soggetti con assenza di cronicità ma esposti a fattori di rischio reversibili. La strategia prevede azioni proattive basate sulla familiarità e sugli stili di vita, intercettando precocemente segnali di sofferenza prima che evolvano in disturbi strutturati.
- **Livello III – Persona con complessità clinico-assistenziale media:** Identifica pazienti con cronicità o disabilità prevalentemente riconducibile a un singolo quadro patologico in fase di compenso e una buona tenuta del contesto sociale. Per questi utenti si attivano azioni coordinate di supporto e orientamento proattivo, volte a mantenere il compenso clinico e l'autonomia.
- **Livello IV – Persona con complessità clinico-assistenziale medio-alta:** Riguarda individui con patologie multiple complesse, con o senza fragilità sociale. Qui la presa in carico diventa multiprofessionale, richiedendo un'integrazione serrata tra i diversi setting assistenziali e l'identificazione di un case manager per garantire la continuità del percorso.
- **Livello V – Persona con complessità clinico-assistenziale elevata:** Include soggetti con multimorbidità e gravi limitazioni funzionali che portano alla non autosufficienza, spesso aggravata da condizioni di fragilità sociale. In ambito psichiatrico, questo livello richiede un "Intensive Management" continuativo in contesti domiciliari, semiresidenziali o residenziali.
- **Livello VI – Persona in fase terminale:** Rappresenta l'apice della piramide, rivolto a pazienti con patologie evolutive avanzate senza possibilità di guarigione. L'intervento è centrato sulle cure palliative, garantendo la dignità e il controllo dei sintomi attraverso un'integrazione specialistica multidisciplinare.

Per l'Umbria, l'applicazione di questo sistema di stratificazione risponde a finalità strategiche che

uniscono sostenibilità economica e qualità dell'assistenza. In primo luogo, abilita una **programmazione basata sull'evidenza**, permettendo di allocare le risorse finanziarie e umane non più sulla base della spesa storica, ma sul reale fabbisogno epidemiologico rilevato a livello distrettuale, identificando anche la domanda inespressa.

In secondo luogo, favorisce la **proattività e la continuità assistenziale**. Mappando i profili di rischio, i servizi possono anticipare le fasi di instabilità clinica, riducendo gli accessi impropri al Pronto Soccorso e i ricoveri ospedalieri. Per la salute mentale, questo è cruciale per diminuire il ricorso ai TSO e favorire il recupero funzionale nei contesti di vita.

Infine, la stratificazione è il presupposto per l'**integrazione socio-sanitaria**. Per i livelli di maggiore complessità (IV-VI), il sistema attiva strumenti quali il **BdS** e il **Progetto di Vita**, che integrano risorse sanitarie, sociali ed educative. Questo garantisce che la persona con disturbi mentali gravi riceva un sostegno personalizzato che comprende l'inclusione lavorativa e abitativa, realizzando pienamente il passaggio da un modello di protezione a un welfare dei diritti.

Nell'ambito del DISMeD a ciascun livello di stratificazione della popolazione corrispondono delle condizioni e delle azioni specifiche, come di seguito descritto.

Livello di stratificazione	Azioni / Descrizione della popolazione
Livello 1: persona in salute	- Progetti di educazione alla salute e campagne di sensibilizzazione/informazione sulla salute mentale, le dipendenze e i Disturbi del Comportamento alimentare; - Politiche di prevenzione primaria e secondaria (collaborazione con Istituti scolastici, Forze dell'ordine, Enti del terzo settore e del Volontariato).
Livello 2: complessità minima o transitoria	Utenti in anagrafica con accessi per consulenza/valutazione che non necessitano di cure specialistiche continuative: prestazioni di valutazione e consulenza a MMG, PLS o interventi con le scuole.
Livello 3: complessità media	Utenti che per quadri clinici mono-patologici necessitano di intervento specialistico con cadenza variabile (assunzione in cura) ma non di interventi complessi e multiprofessionali continuativi: - Disturbi d'ansia non complicati, depressioni reattive, disturbi di personalità lievi, disturbi fittizi, disturbi somatoformi, disturbi dissociativi, disturbi del sonno non complicati, disturbi sessuali; - DSA non in comorbidità, disturbi del comportamento lievi, altri disturbi del neurosviluppo non in comorbidità, autismo livello 1 DSM5; - Sindromi da dipendenza in astinenza, uso di sostanze in modo non continuativo e non dipendente; - DNA in fase iniziale, disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati.
Livello 4: complessità elevata	Pazienti che per singola patologia grave o comorbidità necessitano di presa in carico con trattamento integrato (multidisciplinari, multiprofessionali intra e/o interservizi) secondo un PTI ed un PTRP con interventi a cadenza variabile ambulatoriali o domiciliari e l'individuazione di case manager: - Schizofrenia e altri disturbi psicotici, disturbi dell'umore, disturbi depressivi, disturbi di personalità gravi; - DSA in comorbidità, disturbi del comportamento, altri disturbi del neurosviluppo in comorbidità, Autismo livello 2; - Sindromi da dipendenza attive con comorbidità psichiatrica; Uso di sostanze in modo continuativo senza sostegno di tipo sociale, uso di terapie sostitutive; - DNA in comorbidità con altre problematiche organiche conseguenti o in comorbidità psichiatrica.

Livello di stratificazione	Azioni / Descrizione della popolazione
Livello 5: complessità molto elevata	Pazienti che necessitano di presa in carico con trattamento integrato (multidisciplinari, multiprofessionali intra e/o interservizi) secondo un PTI ed un PTRP con interventi a cadenza variabile, individuazione di case manager e per i quali sono previsti progetti domiciliari, semiresidenziali o residenziali (in strutture psichiatriche): • Schizofrenia e altri disturbi psicotici, disturbi dell'umore, disturbi depressivi, disturbi di personalità gravi; • Disturbi del comportamento privi di sostegni familiari e sociali, altri disturbi del neurosviluppo in comorbidità, Autismo livello 3; • Sindromi da dipendenza attive con comorbidità psichiatrica; Uso di sostanze in modo continuativo senza sostegno di tipo sociale, uso di terapie sostitutive con necessità di inserimento in strutture riabilitative; • DNA in comorbidità con altre problematiche organiche conseguenti o in comorbidità psichiatrica.

5.2 La Valutazione Multidimensionale (UVM)

La valutazione multidimensionale si configura come l'architettura metodologica della nuova programmazione regionale, rappresentando un processo globale, dinamico e interdisciplinare volto a decodificare la complessità dei bisogni della persona in ogni fase del ciclo di vita. Superando definitivamente il paradigma puramente biomedico a favore del modello Bio-Psico-Sociale-Culturale e dell'approccio One Health, questo strumento non si limita all'inquadramento diagnostico-clinico, ma esplora sistematicamente le dimensioni funzionali, relazionali, ambientali e socio-economiche dell'individuo. L'obiettivo primario è l'identificazione tempestiva dei determinanti sociali della salute per garantire un accesso equo e universale ai percorsi assistenziali, permettendo di strutturare risposte proporzionate all'effettiva gravità del quadro rilevato. In quest'ottica le problematiche di media complessità possono essere gestite tramite piani individuali semplificati o percorsi preventivi standardizzati, invece l'insorgenza di bisogni complessi o condizioni di fragilità e non autosufficienza attiva obbligatoriamente **l'UVM** del Distretto. Questo organismo multiprofessionale ha il compito di armonizzare le competenze di medici, psicologi, assistenti sociali e personale infermieristico per elaborare piani terapeutici che integrino le risorse sanitarie con quelle sociali e comunitarie.

Il fulcro operativo di questo processo risiede nella co-costruzione del **PTRI**, inteso come lo strumento attraverso cui la valutazione si traduce in un **"Progetto di Vita"** partecipato. La valutazione multidimensionale non è infatti un atto statico, ma una relazione dialogica che coinvolge attivamente la persona, la sua famiglia e la rete relazionale di riferimento, valorizzando il protagonismo dell'utente nei percorsi di recovery e empowerment. In tale cornice, l'impiego di strumenti standardizzati e validati a livello internazionale, quali la scala **HoNOS** (Health of the Nation Outcome Scales) o l'**ICF-Recovery** (International Classification of Functioning, Disability and Health - Recovery), garantisce l'omogeneità dei flussi informativi e la misurabilità degli esiti clinici e di funzionamento sociale.

Parallelamente, la valutazione multidimensionale costituisce il presupposto tecnico per l'attivazione del **BdS**, permettendo di allocare le risorse verso interventi personalizzati negli assi dell'abitare supportato, dell'inclusione lavorativa e della socialità. Questo approccio integrato, sostenuto dalla

collaborazione con il Terzo Settore sin dalla fase di co-programmazione, mira a contrastare i fenomeni di istituzionalizzazione e a promuovere l'autonomia della persona nel proprio domicilio. In definitiva, la valutazione multidimensionale si pone come garanzia di un sistema sanitario capace di adattare i percorsi di cura all'evoluzione dei bisogni e di monitorare l'efficacia degli interventi attraverso indicatori rigorosi di qualità della vita e remissione sintomatologica.

5.3 Il Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato (PTRI) di Vita

Nell'ambito della salute mentale il **PTRI** è uno strumento fondamentale, rivolto a pazienti con disturbi psichiatrici complessi, con il quale vengono definiti obiettivi personalizzati per l'inclusione sociale, la riabilitazione e la cura, coprendo aree quali l'abitare, la formazione/lavoro e l'affettività.

Caratteristiche Principali del PTRI:

- **Personalizzazione:** Il percorso è costruito su misura per la persona in base ai bisogni sociosanitari, sostenuto dal BdS per l'inclusione sociale.
- **Finalità:** Promuovere empowerment, autonomia e, dove possibile, recovery, migliorando le competenze e le abilità personali.
- **Multi-disciplinarietà:** Coinvolge diverse figure professionali (psichiatri, psicologi, educatori/terapisti della riabilitazione psichiatrica, assistenti sociali, infermieri), la rete territoriale, i familiari e i caregiver. Questo avviene attraverso la coprogettazione e la compilazione di un'apposita scheda redatta e firmata congiuntamente da tutti gli interessati.
- **Durata:** La durata massima è generalmente di 6 mesi, prorogabile previa rivalutazione e con motivazione concordata con tutte le parti.
- **Aree di intervento:** Si focalizza su problematiche psicopatologiche, cura di sé e della salute, abitare e cura della casa, socialità, relazionalità, gestione economica e lavoro.

Il PTRI rappresenta quindi la programmazione di un insieme di risorse (economiche, umane e professionali) che vengono "investite" per attivare percorsi di riabilitazione, partecipazione e ripresa del paziente.

Per quanto riguarda il quadro assistenziale dei soggetti con disabilità complesse (fisiche, psichiche, sensoriali o miste) e in particolare ragazzi con disabilità intellettiva che sviluppino problematiche di tipo psichiatrico vanno strutturati percorsi per la presa in carico da parte dei servizi di salute mentale. Nell'ambito del Dipartimento a matrice integrata ed inclusiva che comprende sia la tutela della salute mentale degli adulti e minori che delle dipendenze vanno pensati e strutturati PDTA specifici per la presa in carico di persone con disabilità complessa (riferimento art 32 e 34 LEA, presenti in strutture ex art 26) quando, nel loro percorso riabilitativo residenziale e/o semiresidenziale, presentano evidenti e documentati disturbi mentali (rif art 33 LEA) dopo valutazione UVM.

Qualora nel corso del progetto terapeutico riabilitativo individuale (PTRI) emergano evidenti e documentati disturbi mentali, il solo setting riabilitativo ex art. 26 non risulta più autosufficiente a

coprire il mutato bisogno di salute. In questi casi, subentra la necessità di integrare le prestazioni previste dall'Articolo 33 dei LEA (Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale ai minori e adulti con disturbi mentali e/o dello spettro autistico). Da qui è necessario adottare il principio di Integrazione delle Prestazioni (Artt. 32-34 e Art. 33 LEA): La presenza di una disabilità complessa non esclude, ma anzi aggrava, l'esordio o la persistenza di una patologia psichiatrica attiva. L'UVM ha il compito istituzionale di ricondurre a sintesi i diversi bisogni clinici, evitando la frammentazione delle cure e garantendo la contemporanea tutela della funzione riabilitativa (motoria/cognitiva) e di quella terapeutico-psichiatrica.

5.4 Il Budget di Salute come strumento di integrazione e leva per la Recovery

Il Budget di Salute rappresenta l'asse portante della nuova strategia di gestione delle risorse per la salute mentale in Umbria, configurandosi non come un semplice sussidio economico, ma come lo **strumento d'elezione per rendere operativa l'integrazione socio-sanitaria** prevista sia dal PANSM che dal Piano Socio Sanitario Regionale. Tale strumento definisce il passaggio definitivo da una logica assistenziale basata sull'erogazione di prestazioni standardizzate a un modello personalizzato, centrato sulla persona e sul suo Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato (PTRI). La funzione primaria del Budget di Salute all'interno del DISMeD è quella di **ricomporre le risorse sanitarie e sociali — umane, professionali ed economiche — per riconvertire la spesa storicamente destinata a contenitori istituzionali verso progetti di vita radicati nella comunità**. Esso agisce come un catalizzatore di capitale sociale, permettendo di trasformare il territorio in una comunità curante dove il diritto alla salute si intreccia indissolubilmente con i diritti di cittadinanza.

L'operatività del Budget di Salute si fonda sull'azione sinergica tra il DISMeD e i Distretti socio-sanitari, attraverso il lavoro multidisciplinare dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM). In questa sede, il bisogno clinico viene decodificato all'interno di una cornice bio-psico-sociale che considera i determinanti della salute come fattori determinanti per il successo del percorso di recovery. Il Budget di Salute interviene su quattro assi fondamentali della vita della persona: **l'abitare supportato, la formazione e il lavoro, la socialità e l'affettività, e l'apprendimento**. Per ciascuno di questi ambiti, lo strumento consente di finanziare interventi flessibili che favoriscano l'autonomia individuale, contrastando il rischio di cronicità e di neo-istituzionalizzazione. In questa visione, la risorsa economica smette di essere un costo rigido legato alla "retta" di una struttura residenziale per diventare un investimento dinamico che segue la persona nei suoi progressi e nelle sue diverse fasi di intensità assistenziale, garantendo risposte globali e coerenti.

Un elemento distintivo e qualificante del Budget di Salute nel contesto umbro è il ricorso strutturale all'istituto della **co-progettazione e della co-programmazione con il Terzo Settore**, in piena sintonia con i principi dell'amministrazione condivisa. Il Terzo Settore non viene considerato un mero fornitore

di servizi, ma un partner paritetico che apporta competenze, creatività e radicamento territoriale essenziali per la costruzione di contesti comunitari inclusivi. Attraverso appositi **accordi di collaborazione, le Aziende Sanitarie e le Zone Sociali** definiscono insieme ai partner sociali le modalità di impiego del Budget, assicurando che ogni euro investito generi valore aggiunto in termini di inclusione lavorativa e sociale. Questo approccio permette di superare la frammentazione tra le diverse aree dipartimentali, garantendo che anche i pazienti con doppia diagnosi o con complessi bisogni psicosociali possano beneficiare di percorsi fluidi e non interrotti dalle barriere burocratiche tra i servizi sanitari e quelli comunali.

L'implementazione del Budget di Salute risponde inoltre alla necessità di garantire equità ed omogeneità assistenziale su tutto il territorio regionale. Lo strumento permette infatti di calibrare l'intensità del supporto sulla base della complessità del bisogno, assicurando standard qualitativi elevati indipendentemente dal luogo di residenza. La sua funzione è anche quella di leva per l'innovazione organizzativa, stimolando i servizi del DISMeD a uscire dalle mura dei centri di salute mentale per incontrare la persona nei suoi contesti naturali di vita: la casa, il luogo di lavoro, gli spazi ricreativi. In questo modo, il Budget di Salute diventa lo strumento tecnico che dà gambe alla filosofia dell'Integrated Community Care, spostando il baricentro della cura dall'ospedale al territorio e promuovendo un sistema di welfare generativo che valorizza le risorse residue della persona e del suo ambiente relazionale, puntando non solo alla stabilizzazione dei sintomi, ma alla piena realizzazione umana e sociale dell'individuo.

Infine, l'utilizzo del Budget di Salute nel Piano Regionale è strettamente connesso al sistema di monitoraggio degli esiti e alla valutazione della qualità della vita. La trasparenza nell'allocazione delle risorse e la tracciabilità degli interventi permettono all'Osservatorio Epidemiologico Regionale e ai servizi del DISMeD di misurare l'impatto reale dello strumento sul benessere degli assistiti. Non si tratta solo di valutare il risparmio derivante dal minor ricorso all'acuzie o alla residenzialità pesante, ma di verificare quanto il Budget abbia contribuito a ridurre lo stigma e a incrementare la partecipazione attiva degli utenti, intesi come protagonisti del proprio percorso di cura. Il Budget di Salute si afferma così come lo strumento di gestione delle risorse più coerente con il paradigma della recovery, capace di coniugare la sostenibilità economica del Sistema Sanitario Regionale con la missione etica e clinica di restituire speranza e futuro alle persone che attraversano l'esperienza della sofferenza mentale.

5.5 Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA)

Il **PANSM 2025-2030** configura i **Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA)** come lo strumento operativo fondamentale per garantire equità, qualità e continuità delle cure su tutto il territorio nazionale.

Nell'ambito della **salute mentale degli adulti**, il Piano prevede l'attivazione e l'aggiornamento

costante di percorsi specifici per i disturbi mentali gravi, con particolare riferimento allo spettro schizofrenico, ai disturbi dell'umore e ai disturbi gravi di personalità. In questo ambito è fondamentale il raccordo strutturato con la medicina generale e l'implementazione del BdS per trasformare il percorso di cura in un vero e proprio progetto di vita.

Per l'**infanzia e l'adolescenza**, la priorità assoluta è l'identificazione precoce dei disturbi del neurosviluppo e delle psicopatologie emergenti, intervenendo quando la plasticità cerebrale è massima. Un aspetto strategico di questi percorsi riguarda la **transizione dai servizi per minori a quelli per adulti** (fascia 14-25 anni) creando percorsi di "transizione protetta" per evitare l'abbandono delle cure, trasformando il passaggio da un atto burocratico a un processo clinico condiviso tra le diverse équipe.

In merito ai **DNA**, è necessario promuovere l'adozione di PDTA e l'implementazione di quelli già esistenti che integrino la prevenzione e il trattamento dei DNA con quelli dell'obesità, riconoscendo fattori di rischio comuni come la disregolazione emotiva e lo stigma del peso. Tali percorsi devono inoltre definire il ruolo delle numerose figure professionali coinvolte nell'équipe terapeutica nei diversi livelli di intensità terapeutica e favorire l'intercettazione precoce dei segnali di disagio, coinvolgendo attivamente pediatri, scuole e nuclei familiari per evitare la cronicizzazione della patologia.

Nel campo delle **dipendenze**, si deve superare la separazione tra servizi psichiatrici e SerD, specialmente per la gestione della **Doppia Diagnosi**. I percorsi devono prevedere un trattamento simultaneo e integrato di entrambi i disturbi sin dal primo contatto, con l'obiettivo di garantire una risposta di sistema che includa anche le nuove dipendenze comportamentali e tecnologiche, valorizzando la medicina di iniziativa e il supporto tra pari.

Infine, per la **salute mentale forense**, il Piano introduce PDTA specifici per gli autori di reato, mirati a bilanciare le esigenze di cura con quelle della sicurezza sociale. L'obiettivo è sostituire i modelli meramente custodiali con percorsi riabilitativi personalizzati e monitorati, supportati da protocolli di valutazione del rischio omogenei a livello nazionale e dal potenziamento delle misure alternative alla detenzione.

I PDTA DELLA RETE SALUTE MENTALE ADULTI

Nella USL Umbria 1 sono già attivi un PDTA per i gravi disturbi di personalità, un PDTA per gli adolescenti e i giovani adulti e un percorso per l'inserimento nelle strutture residenziali e semiresidenziali che andranno revisionati e riproposti a livello regionale, anche tramite l'integrazione con percorsi analoghi presenti nella USL Umbria 2 e alla luce dei nuovi regolamenti regionali. Oltre a quanto già presente è prevista la predisposizione di percorsi per gli esordi psicopatologici, in correlazione al PDTA adolescenza, per l'ADHD e l'Autismo negli adulti.

Sono pertanto previsti:

- L'aggiornamento del protocollo sul TSO/ASO;

- L'aggiornamento dei PDTA per i gravi disturbi della personalità;
- L'aggiornamento dei PDTA per l'inserimento nelle strutture residenziali e semiresidenziali;
- PDTA per gli esordi psicopatologici;
- PDTA per la riabilitazione delle gravi disabilità psichiche e neuromotorie adulti;
- PDTA per i disturbi dello spettro autistico e dell'ADHD in età adulta;
- PDTA dei disturbi dell'età evolutiva in transizione all'età adulta.

I PDTA DELLA RETE DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE E DELL'ADOLESCENZA

È attualmente in sperimentazione a livello regionale il **il PDTA per il benessere psicologico di adolescenti e giovani adulti**, approvato con DGR 1283 del 06/12/2023, tramite i Progetti, integrati tra loro e ad esso associati denominati *"Comunità e servizi per la salute di adolescenti e giovani adulti"* e *"Sperimentazione di equipe di primo contatto per adolescenti e giovani adulti con disagio psicologico"*.

Si prevede, inoltre, l'aggiornamento dei seguenti PDTA regionali attualmente presenti:

- **PDTA Regionale per i Disturbi del comportamento** (necessaria una revisione dell'inquadramento diagnostico secondo il DSM-V/ICD-10 per l'aggiornamento dei percorsi di cura nella psicopatologia dell'adolescenza);
- **PDTA USL Umbria 2 per i disturbi di linguaggio** (necessaria una revisione e l'estensione regionale).

Di seguito si riporta l'elenco dei nuovi PDTA in fase di elaborazione con il coinvolgimento degli specialisti e delle associazioni di familiari:

- **PDTA per i Disturbi dello Spettro autistico:** ha l'obiettivo di garantire interventi precoci attraverso gli screening dei pediatri, definire un Progetto Riabilitativo Individualizzato (PRI) basato sulle migliori prove di efficacia (Evidence-Based Medicine ed Evidence-Based Psychology), garantire il passaggio fluido tra i servizi per l'età evolutiva e quelli per l'età adulta (fase di transizione) attraverso la continuità assistenziale e il supporto alle famiglie. Utilizzare indicatori di esito per valutare l'efficacia del percorso e la soddisfazione degli utenti. Coinvolgere attivamente i genitori nei programmi per migliorare la qualità della vita dell'intero nucleo familiare. Promuovere la collaborazione tra servizi sanitari, scuola e comune per favorire l'inclusione sociale e scolastica. Definire il ruolo del Centro di Riferimento e della rete delle equipe funzionali e delle associazioni di familiari.
- **PDTA per l'ADHD:** ha l'obiettivo principale di garantire un percorso di cura multimodale, integrando interventi clinici, educativi e sociali, favorendo la diagnosi precoce e accurata, un approccio multimodale, l'integrazione scolastica, l'integrazione con la terapia farmacologica e garantendo il monitoraggio costante presso il Centro di Riferimento Regionale. Il modello

teorico di riferimento sono le Linee Guida della World Federation ADHD, pubblicato nel 2021. Fondamentale è la garanzia della continuità assistenziale con il passaggio fluido dei pazienti verso i servizi per l'età adulta (transizione) e la collaborazione con le associazioni di familiari.

- **PDTA per la riabilitazione delle gravi disabilità psichiche e neuromotorie in età evolutiva:** ha l'obiettivo di garantire un percorso di cura multidisciplinare e continuativo, focalizzato sulla massima autonomia possibile e sulla prevenzione delle complicanze. Punti chiave sono la diagnosi e l'intervento precoce (identificare tempestivamente i segni di danno neurologico per sfruttare la plasticità cerebrale nei primi mesi/anni di vita, avviando subito la riabilitazione), la definizione del PRI/Progetto di vita individualizzato secondo le Linee Guida specifiche per patologia, la definizione di percorsi integrati di accesso ai servizi per gli approfondimenti diagnostici (Centri DAMA/Ospedali), il coordinamento con i Centri Ausili, il supporto alla famiglia e alla scuola, la transizione all'età adulta e la collaborazione con le associazioni di familiari.
- **Aggiornamento del PDTA per i Disturbi del comportamento con ridefinizione dei modelli di presa in carico degli adolescenti con disagio psicopatologico nei servizi di Neuropsichiatria Infantile (NPIA);**
- **Aggiornamento ed implementazione del PDTA sui DNA, unificando i PDTA con omogeneizzazione a livello regionale;**
- **Aggiornamento ed implementazione del PDTA per ADHD, unificando i PDTA con omogeneizzazione a livello regionale.**

Si prevede, infine, l'aggiornamento dei protocolli fra Assessorato Regionale alla Sanità e Ufficio Scolastico Regionale per favorire il successo scolastico di alunni con certificazioni specialistiche di disturbo specifico di apprendimento e l'integrazione scolastica degli allievi certificati ex Legge 104/92.

I PDTA DELLA RETE REGIONALE PER I DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE (DNA)

Nel 2016 è iniziata la redazione dei PDTA per i DNA della rete USL Umbria 1; successivamente, nel 2017, è stato sviluppato il PDTA sull'Integrazione Ospedale/Territorio. Questi PDTA sono il risultato di oltre 20 anni di attività in Umbria, in cui è nata la prima rete regionale per tali patologie. Il modello di riferimento per la costruzione della Rete dell'Umbria e l'elaborazione dei PDTA è l'Expanded Chronic Care Model, che integra gli aspetti clinici con quelli di sanità pubblica (prevenzione primaria collettiva e attenzione ai determinanti di salute) in un'ottica di community oriented primary care. Questo modello include sia l'empowerment del paziente (accessibilità, self-care) sia un approccio comunitario (partecipazione, lotta alle disuguaglianze).

Nei percorsi della Rete Umbria è centrale il ruolo del caregiver, che svolge un ruolo insostituibile e continuativo e che ha diritto a ricevere indicazioni e supporto specifici nell'ambito del percorso di cura. In relazione al caregiver, è prevista la figura del Case Manager, professionista che funge da riferimento e "facilitatore" per la persona con bisogni sociosanitari.

L'Evidence Base Medicine in materia evidenzia che c'è una evoluzione dei profili delle psicopatologie della Disturbi della Alimentazione e Nutrizione, che richiede una grande attenzione continua nella verifica e implementazione dei processi assistenziali e di cura.

La governance clinica delle reti assistenziali dei DNA è una attività complessa che comporta una propensione al confronto, uno sforzo di superamento delle autoreferenzialità, una disponibilità al cambiamento. Il PDTA diventa fondamentale per la presa in carico di una tipologia di paziente, spesso non collaborante e con quadri di compromissione clinica e psichiatrica severa. Il PDTA diventa indispensabile per la gestione delle multidisciplinarietà delle figure professionali, per l'approccio transdiagnostico della psicopatologia, per l'assessment della valutazione multidisciplinare e la scelta del setting assistenziale più adeguato (Bassa, Media ed Alta intensità). Particolare attenzione va posta al passaggio dal ricovero ospedaliero in acuzie ai servizi extraospedalieri (Ambulatori, Centri Diurni, Residenze), fase delicata che, se non gestita con una attenta regia, può determinare drop-out dei pazienti e interruzioni del trattamento. Nei Percorsi terapeutici viene sempre inclusa la famiglia, risorsa fondamentale per l'efficacia dei trattamenti e l'appropriatezza delle cure.

I PDTA DELLA RETE PER LE DIPENDENZE

La costituzione di percorsi specifici in questo ambito è finalizzata in particolare a:

- definire le azioni a seguito dell'intercettazione di utenti con dipendenze nell'ambito dei servizi ospedalieri di Emergenza-Urgenza; definire le azioni integrate per la gestione in emergenza delle intossicazioni acute da alcol e da altre sostanze;
- stabilire i collegamenti con le diverse articolazioni dell'Infettivologia, dell'Epatologia e della Pneumologia, in relazione alla diagnosi e alla gestione delle patologie correlate alle diverse forme di dipendenza.

Obiettivi di riferimento PANSM-PARSM: Salute mentale, percorsi di promozione, prevenzione e cura

OBIETTIVO	AZIONI	ATTORI	INDICATORI
Implementazione del Case management (Da realizzarsi entro 3 anni)	Formalizzazione del Case manager nei PTI di presa in carico Formazione specifica	ASL e AA.OO.	Formazione per Case management
Miglioramento del trattamento dei disturbi della salute mentale comuni (Da realizzarsi entro 3 anni)	Valorizzazione del percorso di consulenza specialistica per la rete dei MMG. Promozione delle attività psicoterapiche di gruppo o altro. Valorizzazione/ revisione di PDTA inerenti la comorbidità tra Disturbi mentali e Disturbo da uso di sostanze/comportamentali	ASL e AA.OO. ASL e AA.OO.	Formazione, definizione ed attuazione di protocolli operativi

OBIETTIVO	AZIONI	ATTORI	INDICATORI
Trattamenti innovativi ed <i>evidence-based</i> (Da realizzarsi entro 5 anni)	Possibilità di accedere a strumenti diagnostici e terapeutici basati su innovazioni e supportati da robuste evidenze scientifiche	Regione	Formazione, definizione ed attivazione di percorsi di cura dedicati, che possano erogare trattamenti specifici, accreditati in letteratura.

Obiettivi di riferimento PANSM-PARSM: Salute mentale in infanzia e in adolescenza, transizione dai servizi per l'infanzia e l'adolescenza ai servizi per l'età adulta, accesso e continuità di cura

OBIETTIVO	AZIONI	ATTORI	INDICATORI
Esistenza di una rete regionale integrata e completa di servizi per la diagnosi, il trattamento e la riabilitazione dei disturbi neuropsichici in infanzia e adolescenza (Da realizzarsi entro 5 anni)	Sviluppo e aggiornamento di piani applicativi regionali (Atti n.70/CU del 25 luglio 2019) che delineino la rete omogenea e diffusa di servizi di NPIA, in grado di garantire percorsi specifici, integrati e coordinati per i disturbi del neurosviluppo (neurologici, neuropsicologici e psichiatrici) in infanzia e adolescenza, con la descrizione delle diverse tipologie di strutture, in ambito ambulatoriale/territoriale, semi residenziale, residenziale e di ricovero, e dei raccordi tra di esse.	Regione ASL e AA.OO.	- Adozione di uno o più atti regionali che recepiscano gli Atti n.70/CU del 25 luglio 2019 e delineano il piano applicativo regionale - Adozione di atti regionali che delineano le linee di priorità - Adozione di uno o più atti regionali che definiscono requisiti e standard delle strutture di NPIA
	Definizione delle linee prioritarie di intervento, modulate in base alle specifiche realtà regionali del piano quinquennale di implementazione Definizione regionale dei requisiti strutturali e organizzativi delle strutture indicate e dei raccordi e modalità di integrazione con altre tipologie di servizi e strutture.		
Garanzia dell'attività e continuità di cura (Da realizzarsi entro 3 anni)	Implementazione delle <i>equipe</i> multidisciplinari di transizione	ASL – AA.OO.	Delibere aziendali di definizione delle <i>equipe</i> multidisciplinari di transizione

OBIETTIVO	AZIONI	ATTORI	INDICATORI
Definizione e attuazione di percorsi di continuità di cura tra servizi per l'età evolutiva e servizi per l'età adulta (Da realizzarsi entro 3 anni)	Condivisione di protocolli operativi tra servizi di NPJA, servizi di Psichiatria dell'adulto, servizi per le dipendenze, servizi per le disabilità ed altri servizi per l'età adulta, con indicazioni relative agli aspetti programmatici, agli aspetti clinici e inclusivi di linee per il monitoraggio	Regione/ASL e AA.OO.	- Sviluppo di linee di indirizzo regionali relative sia al livello programmatico sia al livello clinico; - Sviluppo di modalità di monitoraggio regionale semestrale; - Sviluppo di protocolli operativi locali che includano il livello programmatico e il livello clinico.

Obiettivi di riferimento PANSM-PARSM: Salute mentale e integrazione socio sanitaria

OBIETTIVO	AZIONI	ATTORI	INDICATORI
Attuazione del <i>Budget</i> di salute (BdS) in salute mentale (Da realizzarsi entro 3 anni)	1.Sviluppo dell'Ecosistema digitale e digitalizzazione del BdS 2.Formazione 3.Sperimentazione congiunta Comuni/ASL/DSM attraverso piattaforma ISS 4. Attuazione	1. Regione 2.ISS/ Regione./Comuni/ ASL per attività di formazione 3.ASL/DISMED Comuni per sperimentazione congiunta 4. ASL/DSM/ Comuni per l'attuazione	- Numero di BdS digitalizzati - Numero corsi di formazione. - Numero ASL e DISMED che hanno attivato la sperimentazione sul BdS. - Numero progetti con BdS per popolazione assistita

6. I LUOGHI DI CURA, I PROFESSIONISTI E I SERVIZI DI SUPPORTO TERRITORIALE

6.1 La Salute Mentale nelle Case della Comunità

La rete dei servizi specialistici del DISMeD dovrà essere strettamente incardinata con tutta l'attività socio sanitaria che si svolge nel territorio.

Il luogo dove dovrà prioritariamente avvenire l'integrazione dei servizi territoriali sarà la Casa della Comunità, luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria o sociale. Costituisce inoltre il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento. I professionisti impegnati nella Casa della Comunità lavorano in modalità integrata e multidisciplinare per la progettazione e per l'erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale.

Le attività previste verranno espletate da equipe multiprofessionali costituite da MMG, PLS, Infermieri, Assistenti Sociali, Psicologi, Fisioterapisti. Sarà presente il Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), i servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza, i servizi infermieristici, lo Psicologo delle cure primarie o di base, la continuità assistenziale. Il PUA (Punto Unico di Accesso) presente all'interno delle Case della Comunità, rappresenta non semplicemente uno sportello informativo ma un presidio che filtra, orienta ed attiva percorsi di presa in carico integrata. Nella Casa della Comunità dovrà essere favorita l'integrazione dei servizi a valenza sanitaria con le attività a valenza sociale. Dovranno essere previsti degli spazi per accogliere la partecipazione organizzata della attiva. In tale ambito dovrà essere prevista anche la presenza regolare dei servizi per la salute mentale, per le dipendenze patologiche e per la neuropsichiatria infantile/adolescenza.

Il modello a matrice del Dipartimento rappresenta lo strumento per l'integrazione e l'inclusione con l'obiettivo di fornire strategie per promuovere la riorganizzazione dei processi assistenziali.

L'integrazione tra sanitario e sociale per la presa in carico della complessità dei pazienti è basilare per promuovere interventi più efficaci, in relazione ad una gestione razionale basata su obiettivi sociosanitari e non solo sociali o sanitari, possibilmente attraverso un'azione anche sulle diverse fonti di finanziamento.

Il modello dovrà delineare un'organizzazione che include reti locali articolate in diversi livelli in modo da dare risposte differenziate per livelli di intensità e complessità assistenziale crescente, superando il modello per singolo servizio e favorendo un approccio multidisciplinare, integrato e centrato sulla persona.

Il modello assistenziale per le aree salute mentale adulti, neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, dipendenze patologiche e DNA è basato su **4 livelli assistenziali** a intensità/complessità crescente.

Livello di consultazione ed assistenza primaria: la funzione viene garantita all'interno delle Case di Comunità in stretta collaborazione con i MMG e con tutti gli operatori che garantiranno le attività di individuazione precoce e di primo intervento secondo le modalità organizzative definite per le Case della Comunità;

Livello di presa in carico per episodio di cura o per progetti terapeutico–riabilitativi individualizzati a lungo termine, assicurati da CSM, Servizi di NPIA, Servizi per le Dipendenze e Servizi per i DNA.

Livello di assistenza specialistica in ambito ospedaliero o residenziale, garantito dagli SPDC, dai reparti di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA), da unità di offerte ospedaliere dedicate alla disintossicazione da alcol o sostanze, dai presidi per le dipendenze e per i disturbi psichiatrici nelle case circondariali e negli istituti penali minorili;

Livello delle reti specialistiche, comprendente servizi regionali per i DNA, la REMS, i Centri di riferimento regionali per i disturbi neuropsichici dell'età evolutiva, dalle strutture residenziali terapeutiche specifiche per le dipendenze patologiche comprendenti anche quelle per la doppia diagnosi, le comunità terapeutiche per disturbi psichici, i servizi sanitari e socio sanitari specialistici per le disabilità intellettive e l'autismo.

L'accesso dei bisogni attinenti alla salute mentale o all'area delle dipendenze che passano per la Casa di Comunità trova come ambito di accoglienza il PUA. Secondo questa prospettiva il PUA svolge innanzitutto una funzione di accoglienza e primo ascolto. Molte situazioni di disagio psicologico o psico sociale emergono attraverso richieste generiche (bisogno di aiuto, difficoltà familiari, problemi abitativi o lavorativi, stress legato a malattia). Il PUA ha il compito di raccogliere la domanda, decodificarla e indirizzarla correttamente, evitando che il cittadino venga rimbalzato tra servizi diversi o che il disagio resti inesplorato.

Una funzione centrale è quella di valutazione preliminare del bisogno. Attraverso personale formato (infermiere, assistente sociale o altro operatore dedicato), il PUA può intercettare segnali di sofferenza psicologica, fragilità relazionale, rischio sociale o problematiche legate alle dipendenze. Questa fase non sostituisce la valutazione clinica specialistica, ma consente una prima lettura integrata della situazione e l'attivazione tempestiva delle risorse più appropriate: medico di medicina generale, psicologo della Casa di Comunità, servizi di salute mentale, servizi per le dipendenze, servizi sociali.

In un'ottica di prevenzione e intercettazione precoce, il PUA contribuisce a ridurre i tempi di accesso alle cure e a contrastare la cronicizzazione del disagio. L'accessibilità e la prossimità territoriale favoriscono l'emersione di bisogni che, per stigma o difficoltà organizzative, potrebbero non arrivare direttamente ai servizi specialistici.

Il PUA svolge inoltre una funzione di integrazione e coordinamento. Nella salute mentale e nelle dipendenze la complessità dei bisogni richiede spesso interventi multiprofessionali e multidimensionali. Il Punto Unico di Accesso facilita l'attivazione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (quando necessaria) e contribuisce alla costruzione di percorsi personalizzati,

garantendo che la persona non venga considerata solo per il singolo sintomo, ma nella sua globalità bio-psico-socio-culturale.

Un ulteriore aspetto rilevante riguarda la continuità assistenziale. Un PUA evoluto e consolidato nelle sue funzioni non si limita a inviare, ma può monitorare l'avvenuta presa in carico e favorire il raccordo tra servizi sanitari e sociali, sostenendo in particolare le situazioni di maggiore fragilità (anziani soli, persone con disturbi mentali gravi, nuclei familiari multiproblematici, persone con dipendenze).

Una volta avvenuta l'accoglienza e la decodifica nel PUA si attivano a seconda della necessità i 4 diversi livelli di assistenza che sono da considerarsi armonici, tra loro interrelati ed incardinati all'interno del DISMeD.

Relativamente ai primi due livelli: 1) livello di consultazione ed assistenza primaria e 2) livello di presa in carico per episodio di cura o per progetti terapeutico-riabilitativi individualizzati a lungo termine; è opportuno fare alcune precisazioni.

Nel primo livello l'operatività è garantita da una micro équipe multiprofessionale. Questi devono operare secondo i principi del task-shifting e del task-sharing al fine di garantire efficacia ed appropriatezza di intervento, diagnostico e terapeutico. La presenza nelle Case della Comunità permette la collaborazione fattiva con le Cure Primarie sfruttando la contiguità logistica al fine di sperimentare forme di contatto più dirette con l'utenza a fini diagnostici e di intercettazione precoce della patologia e dei bisogni psicologici del paziente e della sua rete di supporto. Inoltre tale collocazione di prossimità, grazie anche a logiche de-stigmatizzanti, permette di intervenire in modo capillare su disturbi altamente impattanti per la salute personale e comunitaria, in particolare afferenti allo spettro ansioso e depressivo.

Gli interventi psicologici di primo livello rappresentano una componente essenziale del sistema di prossimità e costituiscono il principale strumento di intercettazione precoce del disagio psicologico, riducendo il rischio di cronicizzazione e il sovraccarico dei servizi specialistici. La psicologia contribuisce in particolare a: valutazione multidimensionale del funzionamento individuale e sociale; prevenzione universale, selettiva e indicata; supporto psicologico breve e interventi a bassa intensità; orientamento e accompagnamento nei percorsi di cura; lavoro con famiglie, gruppi e comunità.

Rispetto al secondo livello nel ribadire anche in questo caso i principi di task-shifting e task-sharing precedentemente accennati, indipendentemente dalla prossimità garantita presso le Case della Comunità si conferma il ruolo centrale e di regia dei Servizi specialistici del DISMeD e la possibilità di accesso diretto agli stessi. È importante che l'organizzazione definita garantisca il coordinamento delle risorse umane e strumentali afferenti al DISMeD in modo da garantire la multidisciplinarietà dell'intervento e la continuità assistenziale.

In linea con i più recenti progressi in ambito di ricerca clinica sulla psicopatologia, i servizi gioverebbero di una organizzazione non solo basata su categorie nosografiche ma sui bisogni psicologici e relazionali, comprendendo il disagio alla luce non di diagnosi ma di dimensioni psicopatologiche che si dispiegano lungo l'arco di vita. A tal fine risulta necessario sviluppare protocolli di valutazione che delineano per ciascun utente gli aspetti di funzionamento emotivo e cognitivo, psicopatologico e

personologico, punti di forza ed elementi di fragilità personali e ambientali. Sulla base di questi protocolli di valutazione è importante prevedere la predisposizione di interventi integrati organizzati per livelli di intervento - dalla prevenzione primaria alla terapia - con attenzione alla continuità assistenziale dentro e fuori i servizi, tra servizi, e lungo l'arco di vita.

6.2 Il Consultorio Familiare

All'interno della nuova visione della salute mentale globale promossa dalla Regione Umbria, il Consultorio Familiare assume il ruolo di perno operativo del DISMeD per l'attuazione di interventi di prossimità basati sul paradigma *life course* e sull'approccio *One Health*. In coerenza con il PANSM, il consultorio deve essere rifondato non come servizio marginale, ma come infrastruttura sociale essenziale di comunità, capace di agire sui determinanti sociali della salute e di integrare la dimensione sanitaria con quella educativa e relazionale.

In tale prospettiva, la **riorganizzazione della rete umbra** muove dalla necessità di superare l'attuale indebolimento strutturale per raggiungere gli standard previsti dal DM 77/2022, garantendo un presidio ogni 20.000-35.000 abitanti e assicurando spazi accoglienti, accessibili e dotati di tecnologie adeguate all'interno delle Case della Comunità, pur mantenendo una necessaria autonomia operativa e sale dedicate alla socialità.

L'area del **supporto alla genitorialità** rappresenta il nucleo strategico per la prevenzione primaria e l'intercettazione precoce del disagio. Il consultorio è la sede elettiva per l'attuazione di programmi integrati rivolti ai primi 1000 giorni di vita, attraverso lo screening sistematico dei sintomi depressivi e ansiosi perinatali che coinvolga attivamente non solo la madre, ma anche il padre o il partner, quale risorsa protettiva fondamentale per lo sviluppo del bambino.

La riorganizzazione dei servizi prevede l'adozione di modelli di *stepped care* che consentano risposte graduate: dai colloqui di sostegno e psico-educazione genitoriale, fino agli interventi psicoterapeutici *evidence-based* e ai programmi di *home-visiting* per le situazioni di maggiore vulnerabilità psicosociale. Questa azione preventiva si estende al rilancio dell'**educazione affettiva e sessuale nelle scuole**, da realizzarsi tramite protocolli regionali stabili che vedano impegnate équipe miste capaci di dialogare con le nuove generazioni sui temi del benessere digitale, della prevenzione delle infezioni sessualmente trasmesse e della lotta agli stereotipi di genere.

Sul piano della **tutela dei minori**, il consultorio agisce come snodo di alta complessità tra il sistema sanitario, i servizi sociali territoriali e l'Autorità Giudiziaria, operando nel principio del superiore interesse del minore. La funzione consultoriale si esplica in una prima valutazione sulle competenze genitoriali e sul minore al fine di individuare tempestivamente fattori di rischio legati ad abuso, maltrattamento o trascuratezza per poi effettuare, se necessario, l'invio ai servizi specialistici di NPIA per la perizia ed il trattamento. Per rispondere a tali compiti, la Regione promuove il coordinamento tecnico aziendale per la messa a regime in forma strutturale di équipe multidisciplinari stabili in ogni

sede, composte obbligatoriamente da ginecologi, ostetriche, psicologi, assistenti sociali, mediatori linguistico-culturali ed educatori professionali, superando il sovraccarico burocratico a favore di una reale presa in carico interprofessionale.

La visione futura del sistema consultoriale umbro punta inoltre sulla **garanzia dei diritti sessuali e riproduttivi** come elemento di equità sanitaria. Questo implica l'offerta della contraccezione gratuita in tutte le fasi della vita e la piena attuazione della Legge 194/1978, includendo la somministrazione dell'IVG farmacologica direttamente nei consultori, supportata da una formazione continua degli operatori e da protocolli di integrazione con gli ospedali di riferimento.

Al fine di intercettare le nuove fragilità, i servizi devono evolvere verso modelli non giudicanti e inclusivi, attivando percorsi specifici per le persone LGBTQIA+, per le donne migranti, per le vittime di violenza di genere e per le donne con disabilità o non autosufficienti. Il successo di questa rifondazione sarà garantito dall'istituzione di un **Osservatorio regionale sui consultori** e di un **Tavolo permanente di co-progettazione con il terzo settore e le associazioni di utenti**, assicurando che la programmazione sia costantemente alimentata dai bisogni percepiti dalla cittadinanza e orientata alla piena recovery della persona.

6.3 I professionisti della comunità e cure primarie

IL RUOLO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE E DEL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA

L'integrazione della medicina generale rappresenta un'esigenza ineludibile per il Servizio Sanitario Nazionale nel suo complesso. Tale integrazione richiede una cooperazione che coinvolga il piano culturale, assistenziale e organizzativo, all'interno di un sistema maggiormente interconnesso e quindi più funzionale in una prospettiva di salute pubblica. La Casa della Comunità si configura come il luogo privilegiato di questa evoluzione, favorendo un modello di assistenza territoriale basato sulla prossimità, sull'integrazione multiprofessionale e sulla presa in carico globale della persona.

In questo contesto, il Medico di Medicina Generale (MMG) e il Pediatra di Libera Scelta (PLS) mantengono il loro ruolo di riferimento primario per la salute del cittadino, ma lo esercitano in una cornice organizzativa più strutturata e orientata al lavoro di équipe. Il MMG rappresenta il primo punto di contatto per la popolazione adulta, occupandosi della prevenzione, della diagnosi e della cura delle patologie acute e croniche, del monitoraggio delle malattie a lungo termine, della prescrizione di farmaci ed esami e della certificazione. Il PLS svolge un ruolo analogo per l'età evolutiva, con particolare attenzione alla prevenzione, alla promozione della salute, al monitoraggio della crescita e dello sviluppo.

L'inserimento di MMG e PLS all'interno della Casa della Comunità consente di superare l'isolamento professionale e di operare in stretta collaborazione con infermieri di comunità, psicologi, assistenti

sociali e specialisti ambulatoriali. Modelli organizzativi come le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) favoriscono il lavoro in rete, la condivisione delle informazioni cliniche e la definizione di strategie comuni, con l'obiettivo di garantire risposte più tempestive e appropriate ai bisogni della popolazione.

In un'ottica di salute mentale, il **MMG e il PLS** rivestono un ruolo cruciale grazie al rapporto fiduciario e continuativo instaurato con il paziente e la famiglia. Essi rappresentano i **primi osservatori del disagio psicologico e del rischio psicopatologico**. Molti disturbi mentali – come ansia, depressione, disturbi dell'adattamento o somatizzazioni – si manifestano inizialmente con sintomi fisici o richieste generiche di aiuto. Il medico di famiglia, conoscendo la storia clinica e familiare del paziente, può intercettare precocemente segnali di sofferenza, effettuare una prima valutazione, avviare interventi iniziali appropriati e attivare tempestivamente la collaborazione con lo psicologo della Casa della Comunità o con i servizi specialistici.

Analogamente, il **PLS** svolge una funzione fondamentale nella **prevenzione e nell'intercettazione precoce dei disturbi in età evolutiva**. Durante i bilanci di salute e le visite di controllo può individuare difficoltà emotive, comportamentali o relazionali, disturbi del neurosviluppo, problematiche adolescenziali o situazioni di disagio familiare. La collaborazione con psicologi, neuropsichiatri infantili e servizi territoriali consente di attivare percorsi di valutazione e supporto tempestivi, evitando ritardi diagnostici e favorendo interventi precoci, determinanti per l'evoluzione del quadro clinico.

I disturbi mentali e le dipendenze patologiche sono potenzialmente invalidanti e comportano un aumentato rischio di sviluppare o peggiorare condizioni quali obesità, ipertensione, diabete mellito, sindrome metabolica, malattie cardiovascolari, malattie infettive. Per questo motivo MMG e PLS, oltre alla gestione clinica, sono chiamati a promuovere interventi sugli stili di vita (alimentazione, attività fisica, cessazione del fumo) e a monitorare gli effetti collaterali dei farmaci, contribuendo a una presa in carico integrata tra salute fisica e mentale.

Un ambito di particolare rilevanza è quello delle **dipendenze**, da sostanze e comportamentali (alcol, tabacco, gioco d'azzardo, nuove tecnologie). MMG e PLS possono svolgere un'importante funzione di prevenzione primaria attraverso attività di educazione sanitaria e counselling breve. Spesso sono i primi professionisti a rilevare segnali di consumo problematico o comportamenti a rischio, sia negli adulti sia negli adolescenti, potendo così attivare interventi motivazionali iniziali e orientare verso i servizi specialistici, garantendo continuità e accompagnamento nel percorso di cura.

La gestione dei casi in ambito di salute mentale e dipendenze patologiche si articola secondo diversi livelli di intensità, in relazione alla gravità clinica. Nei casi più lievi, il MMG può gestire autonomamente la presa in cura, eventualmente interfacciandosi con i servizi specialistici del DSMed. Nei casi di complessità moderata si attiva una presa in cura condivisa con i Centri di Salute Mentale ed i Servizi per le Dipendenze (CSM e SerD), attraverso consulenze specialistiche o collaborazioni più strutturate. I casi gravi vengono inviati al CSM o al SerD per l'assunzione in cura, con successiva restituzione al MMG al termine del trattamento. Nei casi più complessi, la presa in carico rimane in ambito specialistico, ma in costante raccordo con il medico di medicina generale, anche attraverso la figura

del Case Manager. Questo modello richiama l'approccio "stepped care" promosso dal National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2009), che prevede interventi graduati in base alla gravità del disturbo.

Rilevante diventa il ruolo del Medico di base insieme allo psicologo di base (visto l'abbassamento dell'età di esordio) nell'intercettazione precoce di **DNA**, e nel corretto invio ai Servizi Specialistici regionali dedicati al Trattamento dei DNA. La prognosi di tali disturbi è influenzata fortemente dalla precocità dell'intervento e dalla continuità assistenziale, ambedue fattori dove i medici di base e i pediatri di libera scelta possono svolgere una funzione decisiva.

In questo quadro, MMG e PLS non sono soltanto prescrittori o semplici inviati, ma attori attivi nella promozione della salute mentale, nella prevenzione della cronicizzazione, nella riduzione dello stigma e nella costruzione di percorsi personalizzati e condivisi. La loro partecipazione ai percorsi di salute mentale e dipendenze si inserisce in un modello integrato di lavoro d'équipe, dove la presa in carico è globale e centrata sulla persona e sulla famiglia.

La Casa della Comunità diventa così il fulcro di una rete territoriale capace di rispondere in modo coordinato e tempestivo ai bisogni psicologici e relazionali della popolazione, lungo tutto l'arco della vita. In questa prospettiva, l'integrazione tra medicina generale, pediatria di libera scelta e servizi di salute mentale e dipendenze rappresenta non solo una riorganizzazione strutturale, ma un cambiamento culturale orientato alla promozione del benessere complessivo della comunità.

LO PSICOLOGO DI BASE

Lo Psicologo delle cure primarie, o psicologo di base, rappresenta una figura centrale nel nuovo modello di assistenza territoriale promosso dal SSN, orientato alla prossimità, all'integrazione multiprofessionale e alla presa in carico globale della persona. Collocato nelle Case di Comunità e nei Distretti Sanitari, opera all'interno di un sistema sanitario integrato in cui la salute mentale, come più volte sottolineato, è considerata parte integrante della salute generale. Per svolgere efficacemente tale funzione deve possedere i requisiti e i titoli formativi previsti dalla normativa vigente e aver acquisito competenze specifiche per garantire un **primo livello di cure psicologiche a bassa soglia**, di qualità, efficaci, facilmente accessibili e sostenibili sul piano organizzativo ed economico, assicurando una rapida presa in carico sulla base di un modello di lavoro condiviso. È inoltre fondamentale una formazione orientata al lavoro territoriale, analoga per impostazione a quella dei medici di medicina generale, in linea con le indicazioni internazionali sul potenziamento dei servizi di salute mentale nelle cure primarie, come evidenziato dall'World Health Organization nel documento *Scaling up mental health services within the PHC approach: lessons from the WHO European Region* (2025). La funzione principale dello Psicologo di base è offrire un **intervento psicologico di primo livello**, accessibile e tempestivo, in un contesto meno stigmatizzante rispetto ai servizi specialistici di salute mentale o per le dipendenze, intervenendo nelle situazioni di disagio emotivo lieve o moderato, quali ansia, stress, difficoltà relazionali, problematiche connesse a cambiamenti di vita, malattia, lutto o crisi familiari. L'obiettivo non è necessariamente l'avvio di percorsi psicoterapeutici a lungo termine, ma la

valutazione del bisogno, l'attivazione delle risorse personali e sociali e l'orientamento verso interventi appropriati – compresi quelli psicoterapeutici –, contribuendo a intercettare precocemente situazioni di sofferenza che, se non adeguatamente gestite, potrebbero evolvere in quadri psicopatologici strutturati, dipendenze patologiche o condizioni di cronicità. In questa prospettiva lo psicologo di base svolge anche una **funzione preventiva** fondamentale, promuovendo stili di vita sani e contrastando tempestivamente i fattori di rischio secondo l'approccio One Health, integrato e sistemico. Le sue attività comprendono azioni di prevenzione, diagnosi e trattamento precoce dei disturbi psicologici in fase iniziale o di lieve-media entità, consulenza e supporto in situazioni che non richiedono una presa in carico specialistica prolungata, interventi di sostegno nelle diverse fasi del ciclo di vita e nei processi di adattamento, supporto psicologico in presenza di diagnosi internistiche infauste o condizioni croniche, sostegno ai percorsi di cura, nonché interventi domiciliari nei casi di fragilità. Accanto alla dimensione individuale, lo psicologo svolge anche un'importante funzione di **promozione del benessere collettivo** attraverso gruppi di sostegno, incontri psicoeducativi e attività di sensibilizzazione rivolte alla cittadinanza, contribuendo a rafforzare le competenze emotive della comunità e a ridurre lo stigma legato alla richiesta di aiuto. Un elemento qualificante della sua funzione è la competenza di lavoro multidisciplinare: opera in stretta collaborazione con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, infermieri di comunità, assistenti sociali e altri professionisti sanitari, favorendo una lettura complessiva del bisogno che integra aspetti psicologici, sociali e sanitari e consentendo la costruzione di percorsi personalizzati centrati sulla complessità del caso. All'interno dell'équipe multiprofessionale della Casa della Comunità rappresenta inoltre un fondamentale anello di **congiunzione tra assistenza primaria e servizi specialistici di secondo livello**, inclusi quelli dell'area della salute mentale e delle dipendenze, indirizzando la persona verso i servizi più appropriati quando necessario e garantendo continuità assistenziale, integrazione tra interventi e riduzione della frammentazione delle cure. In questo senso, lo Psicologo di base non è soltanto un professionista che interviene sul disagio, ma un **operatore di rete che promuove salute**, prevenzione e integrazione tra servizi, rafforzando la capacità del sistema territoriale di rispondere in modo tempestivo ed efficace ai bisogni psicologici della popolazione.

L'INFERMIERE DI FAMIGLIA E COMUNITÀ (IFOC)

Nella prospettiva della salute mentale territoriale, l'infermiere di famiglia o di comunità assume un ruolo strategico all'interno della Casa di Comunità. Non si tratta solo di un professionista che eroga prestazioni sanitarie, ma di una figura di prossimità che lavora in modo continuativo con le persone, le famiglie e il contesto sociale, contribuendo in modo significativo alla prevenzione e alla gestione del disagio psichico.

L'infermiere di famiglia/comunità opera con una visione globale della persona, integrando dimensione clinica, relazionale e sociale. Nella salute mentale questo significa, innanzitutto, svolgere una funzione di osservazione e intercettazione precoce: attraverso il contatto diretto, anche domiciliare, può cogliere segnali di isolamento, trascuratezza, decadimento funzionale, difficoltà familiari o

peggioramento dell'aderenza terapeutica in persone con disturbi psichici. La sua presenza sul territorio consente di rilevare situazioni di fragilità che spesso non emergono nei contesti ambulatoriali tradizionali.

Un'altra funzione centrale è la continuità assistenziale. Nelle persone con disturbi mentali, soprattutto cronici o gravi, l'infermiere contribuisce al monitoraggio delle condizioni di salute, alla verifica dell'assunzione della terapia, al supporto nell'organizzazione della vita quotidiana e al raccordo con i servizi specialistici. In collaborazione con il medico di medicina generale, lo psicologo e i servizi di salute mentale, partecipa alla definizione e all'attuazione del piano assistenziale individualizzato, favorendo una presa in carico integrata.

Nella Casa di Comunità l'infermiere di famiglia svolge anche un'importante funzione di educazione sanitaria e promozione della salute mentale. Può partecipare a interventi di psicoeducazione rivolti a pazienti e familiari, contribuire a iniziative di prevenzione dello stress, delle dipendenze e dell'isolamento sociale, e favorire lo sviluppo di competenze di autocura. Il suo intervento non è limitato alla malattia conclamata, ma si estende al rafforzamento delle risorse individuali e comunitarie.

Particolarmente rilevante è il ruolo nel lavoro di rete. L'infermiere di famiglia/comunità funge spesso da ponte tra servizi sanitari e sociali, facilitando l'accesso alle risorse del territorio e sostenendo le famiglie nei momenti di crisi. In situazioni di disagio psichico, questo raccordo è essenziale per prevenire ricoveri impropri, abbandono terapeutico o peggioramento delle condizioni di vita.

In una prospettiva di salute mentale comunitaria, quindi, l'infermiere non è solo esecutore di prestazioni tecniche, ma un attore chiave nella prevenzione, all'intercettazione precoce del malessere, nel supporto continuativo e nella costruzione di percorsi integrati. La Casa di Comunità diventa così uno spazio in cui la salute mentale viene affrontata in modo multidisciplinare, vicino alle persone e radicato nel territorio, con l'obiettivo di promuovere benessere, inclusione e qualità della vita.

Il PANSM, recependo gli standard definiti dall'Accordo Stato-Regioni del 21 dicembre 2022 e dal successivo Decreto del gennaio 2023, ridefinisce il ruolo delle **figure professionali tecniche** all'interno del **DISMeD**. L'obiettivo centrale è il passaggio a una **multiprofessionalità reale**, dove il tecnico della riabilitazione e lo psicomotricista non sono figure accessorie, ma componenti essenziali delle équipes per garantire l'efficacia dei trattamenti basati sulle evidenze (EBM).

IL TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA

Il **Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica (TeRP)** rappresenta una figura professionale centrale nei moderni modelli organizzativi dei servizi di salute mentale, in particolare in quello definito "a matrice". Il terapeuta assume un ruolo trasversale in diverse aree di intervento, contribuendo alla progettazione e all'attuazione di programmi riabilitativi finalizzati al recupero della salute e dell'autonomia personale e socio-relazionale dell'individuo. Il suo intervento si colloca all'interno di équipes multidisciplinari, in collaborazione con psichiatri, psicologi, infermieri, educatori, assistenti sociali e altre figure sanitarie

e socio-sanitarie, con l'obiettivo di promuovere percorsi di recovery, inclusione sociale e miglioramento della qualità della vita.

Nell'ambito della **Salute Mentale Adulti e Transizione**, il TeRP è obbligatoriamente inserito nelle équipe multidisciplinari che prendono in carico pazienti con disturbi psichiatrici gravi e cronici. Inoltre, partecipa alle équipe di transizione, dedicate ai giovani di età compresa tra i 14 e i 24 anni, fase particolarmente delicata in cui avviene il passaggio dai servizi di neuropsichiatria infantile ai servizi per la salute mentale degli adulti. In questo contesto, il terapeuta svolge un ruolo fondamentale nell'implementazione di interventi riabilitativi specifici tra cui: *Social Skills Training*, *Cognitive Remediation* e riabilitazione vocazionale, interventi considerati essenziali nei moderni percorsi di recovery. Allo stato attuale gli interventi riabilitativi di Cognitive Remediation sono strutturati nel Day Hospital della Psichiatria dell'Azienda ospedaliera di Perugia e pertanto possono accogliere pazienti segnalati, sia dagli SPDC che dai CSM.

All'interno dei **DNA** lo stesso professionista è coinvolto in tutti i livelli assistenziali (ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale) e opera all'interno di équipe multidisciplinari specializzate. Il suo intervento si integra nei progetti individualizzati rivolti sia ai pazienti sia ai loro familiari. In particolare:

- contribuisce allo sviluppo di percorsi di riabilitazione individuale e di gruppo;
- promuove lo sviluppo emotivo, relazionale, personale e delle autonomie, funzioni spesso compromesse dalla patologia;
- svolge una funzione di raccordo tra i diversi livelli di intensità di cura, facilitando la continuità terapeutica tra i vari servizi.

Nei Servizi per le **Dipendenze (SerD)**, gli standard nazionali prevedono la presenza del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica all'interno delle équipe multiprofessionali, con l'obiettivo di contribuire alla presa in carico di persone con dipendenze da sostanze o comportamentali, spesso in presenza di doppia diagnosi (comorbidità con disturbo psichiatrico). Il suo intervento si concentra su:

- programmi di riabilitazione individuale e psicosociale;
- sviluppo delle competenze relazionali e sociali;
- supporto nei percorsi di reinserimento lavorativo e sociale;
- prevenzione delle ricadute attraverso attività strutturate di empowerment e recovery.

In **ambito forense**, inoltre, il piano prevede la presenza di tecnici della riabilitazione psichiatrica all'interno delle unità dedicate presenti nei DSM e nelle Articolazioni per la Tutela della Salute Mentale (ATSM) negli istituti penitenziari. In questo contesto il TeRP svolge un ruolo cruciale nel promuovere percorsi riabilitativi personalizzati finalizzati a:

- migliorare le capacità di adattamento sociale della persona detenuta con disturbo mentale;
- favorire l'acquisizione di competenze personali e relazionali;
- preparare gradualmente il soggetto al reinserimento sociale;

- supportare l'accesso a misure alternative alla detenzione, quando previste.

L'intervento riabilitativo in ambito forense mira quindi non solo alla gestione della psicopatologia, ma anche alla riduzione del rischio di recidiva e alla promozione di percorsi di reintegrazione nella comunità.

Si rileva, tuttavia, che ad oggi in Umbria non è attivo un corso di laurea per questa figura.

IL TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITÀ DELL'ETÀ EVOLUTIVA

Il ruolo dello psicomotricista è centrale nella rete della **Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza (NPIA)**:

- **Disturbi del Neurosviluppo:** È una figura chiave per la diagnosi e il trattamento precoce di disturbi come lo spettro autistico, l'ADHD e le disabilità intellettive, dove l'intervento deve essere tempestivo per sfruttare la massima neuroplasticità cerebrale.
- **Standard di cura:** il PANSM stabilisce che un sistema integrato di NPIA non può prescindere da queste figure per garantire i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). In Umbria, tuttavia, il Piano regionale evidenzia come attualmente questi professionisti siano **spesso assenti nell'organico dei servizi territoriali**, rappresentando una delle principali criticità da colmare per raggiungere gli standard nazionali.

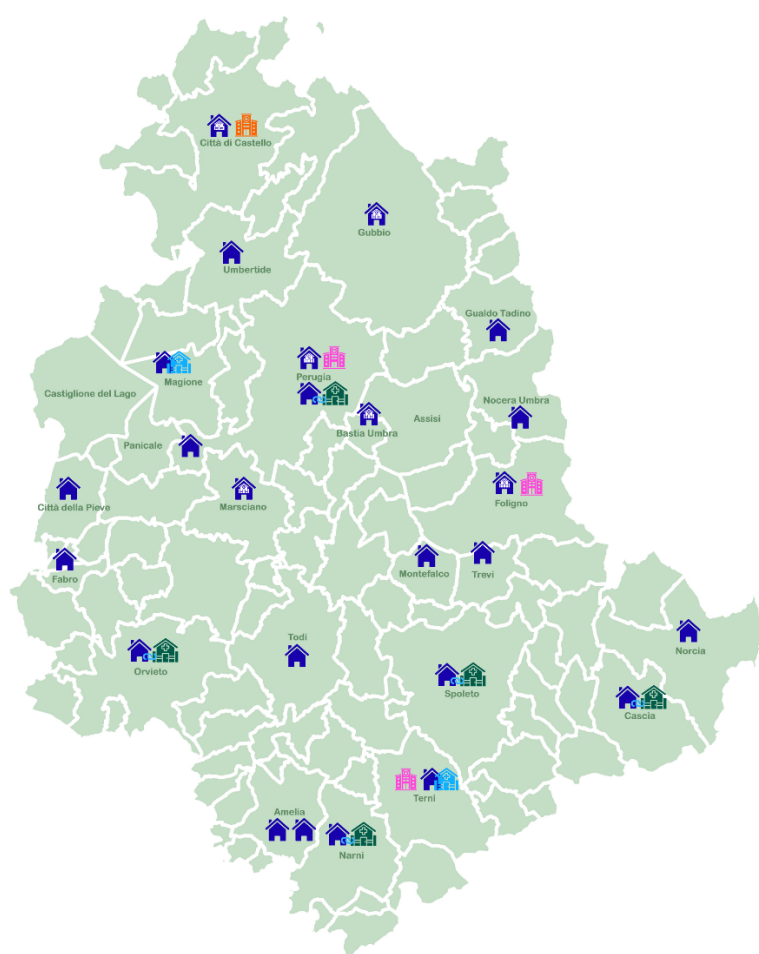
All'interno del DISMeD, queste figure specialistiche operano secondo i principi di **task-sharing** (condivisione delle mansioni). Il Piano prevede che partecipino attivamente alla stesura dei **PTRI** sostenuti dal **BdS**, spostando il baricentro della cura dall'ambulatorio al contesto di vita della persona (casa, lavoro, socialità).

In sintesi, il PANSM obbliga le Regioni a superare il depauperamento del personale tecnico registrato negli ultimi dieci anni (in Umbria calato di oltre il 30%), immettendo nuove risorse per garantire che la risposta dei servizi non sia solo farmacologica, ma globalmente riabilitativa e inclusiva.

6.4 I servizi specialistici del DISMeD

6.4.1 LA RETE DEI CENTRI DI SALUTE MENTALE

La Rete regionale Servizi Salute mentale Adulti



Casa di Comunità		
CSM nella Casa di Comunità		Città di Castello
		Gubbio
		Perugia, sede Monteluca
		Bastia
		Marsciano
CSM in collegamento con la Casa di Comunità		Foligno
		Perugia, sede Villa Masari
		Spoleto
		Cascia
		Narni
CSM attiguo alla Casa di Comunità		Orvieto
		Magione
		Terni
SPDC		Perugia
		Foligno
		Terni
Nuovi SPDC		Città di Castello

L'organizzazione attuale dei Servizi di Salute mentale per gli adulti è articolata nei diversi distretti nei CSM e a livello Ospedaliero con gli SPDC.

Nella Usl Umbria 1 sono attualmente attivi 8 CSM che diventeranno 7 in quanto si articoleranno come di seguito elencato:

- 1 a Città di Castello nella Casa della Comunità;
- 1 a Gubbio nella Casa della Comunità;
- 1 a Perugia, sede Monteluca nella futura Casa della Comunità;
- 1 a Perugia, sede Villa Massari in collegamento* con la Casa della Comunità;
- 1 a Magione attiguo** alla Casa della Comunità;

- 1 a Bastia nella Casa della Comunità;
- 1 a Marsciano nella Casa della Comunità.

Nella Usl Umbria 2 sono attivi 6 CSM che si articoleranno:

- 1 a Foligno nella futura Casa della Comunità;
- 1 a Spoleto in collegamento* con la Casa della Comunità;
- 1 a Cascia in collegamento con la Casa della Comunità;
- 1 a Narni in collegamento con la Casa della Comunità;
- 1 a Terni attiguo** alla Casa della Comunità;
- 1 a Orvieto in collegamento con la Casa della Comunità.

** In questi casi non essendo strutturato, né nella Casa della Comunità, né in adiacenza ad essa, ma comunque nella stesso Comune, viene garantito il collegamento con la Casa della Comunità per l'integrazione con tutti i servizi di accoglienza, orientamento e presa in carico.)*

*** In questi casi il CSM non è presente nella Casa della Comunità ma in struttura adiacente alla stessa*

Il Csm rappresenta lo snodo fondamentale dal quale si dipartono tutti i processi di cura e di riabilitazione.

I luoghi della cura sono poi distribuiti sul territorio a seconda della complessità della situazione seguita e si declinano in:

1. Assistenza ambulatoriale e presso il domicilio (Visite domiciliari e ADI);
2. Assistenza territoriale per progetti di gruppo (ADI di gruppo);
3. Assistenza semiresidenziale;
4. Assistenza residenziale.

Questi livelli sono riconducibili a modelli nazionali, secondo quanto previsto dai numerosi documenti pubblicati (Accordo stato regioni sulle strutture, PANSM 1 e 2, DCR 372/97 e successive integrazioni Regolamento 2/2022).

La rete dei CSM deve garantire l'apertura sulle 12 ore (o 24h per macroaree) secondo gli standard nazionali.

Attualmente le risposte sono prevalentemente ambulatoriali e farmacologiche.

Il Servizio Sanitario Nazionale garantisce alle persone con disturbi psichiatrici la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato che include le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche e riabilitative previste dalle norme vigenti.

Nella Regione Umbria l'attività di promozione e tutela della salute mentale viene assicurata dai CSM, dalle strutture semiresidenziali e dalle strutture a carattere residenziale in rete fra loro.

Il CSM è il centro di primo riferimento per i cittadini con disagio psichico di qualsivoglia natura e rappresenta la struttura territoriale di riferimento per la prevenzione, la cura e la riabilitazione del disagio psichico, sia per ciò che riguarda i disturbi mentali lievi che soprattutto per i disturbi mentali

gravi, i disturbi di personalità, quelli del neurosviluppo e le situazioni di comorbidità con diverse patologie di confine (dipendenze, DNA). Svolge attività ambulatoriali, domiciliari e di gruppo, offrendo visite psichiatriche, psicoterapia, supporto sociale, progetti di reinserimento lavorativo e gestione delle crisi attraverso un'equipe multidisciplinare (psichiatri, psicologi, infermieri). Le varie prestazioni possono essere singole o combinate in programmi complessi secondo criteri condivisi con pazienti e caregivers all'interno di PTI e PTRI.

L'attività del CSM prevede anche l'inserimento in strutture residenziali e semiresidenziali a gestione diretta o a convenzione.

Attualmente la rete regionale consta di 14 CSM, di 13 centri semiresidenziali a gestione diretta, 31 strutture residenziali a gestione diretta suddivise in strutture intensive, estensive e socio assistenziali con vari gradi di protezione. Sono inoltre presenti strutture in convenzione e associazioni di familiari e utenti, nonché associazioni di promozione sociale e di volontariato che contribuiscono a rendere la rete capillare e il più possibile vicina agli utenti e alla loro rete primaria.

Dal Rapporto Salute Mentale 2024 con i dati estratti dal flusso SISIM la fotografia della Regione Umbria è quella di seguito riportata con evidenza degli indicatori da migliorare rispetto alle performance medie italiane.

Va rilevato che allo stato attuale sono diverse le **criticità** che riguardano l'organizzazione attuale di cui le più importanti sono:

- La **riduzione di personale** unica vera tecnologia del settore (più del 30% negli ultimi dieci anni), senza che si sia attuato peraltro alcun cambiamento organizzativo che abbia consentito maggiore efficienza ed efficacia;
- L'**insufficiente numero di posti letto in SPDC**, oggi pari allo 0,35 per 10.000 abitanti, contro un'indicazione nazionale posta tra 0,6 e 1 e di contro si rileva un eccessivo uso del **TSO**;
- La **necessità di qualificazione e specializzazione** rispetto ai bisogni assistenziali e di presa in carico delle **strutture riabilitative** territoriali residenziali e semiresidenziali;

Il problema delle risorse, di personale e di posti letto, da un lato, e quello dell'organizzazione della rete delle strutture nell'area della riabilitazione, dall'altro, pongono problemi, sia di tipo organizzativo che di tipo economico. Le **risposte dei Servizi diventano prevalentemente farmacologiche ed ambulatoriali**, con una gestione dell'urgenza caratterizzata essenzialmente da **un invio alla rete dell'emergenza**, senza alcuna gestione della rete preventiva delle risorse territoriali. Le risposte psicologiche sono limitate a valutazioni, a cui seguono percorsi brevi oppure di semplice monitoraggio e sostegno più che di cura di tipo psicoterapeutico. Gli interventi sociali sono limitati alle pratiche amministrative senza che ci sia un concreto sostegno all'inclusione sociale.

Risulta inevitabile, inoltre, il **ricorso a soluzioni residenziali**. Di conseguenza, la maggior parte delle risorse economiche è dedicata all'inserimento di pazienti in strutture riabilitative, che ospitano essenzialmente pazienti cronici, che hanno bisogni perlopiù legati all'abitazione e all'assistenza per la cura della salute fisica e dell'igiene personale. La spesa economica di tali inserimenti, che si prolungano per anni, è di fatto destinata prevalentemente ad attività di tipo assistenziale e comporta

la contrazione delle risorse economiche per programmi domiciliari e semiresidenziali, meno costosi e potenzialmente utilizzabili da un maggior numero di persone.

In questi ultimi anni si sono sviluppate linee di intervento particolari caratterizzate da modalità di azione specifiche, tra cui gli interventi per pazienti autori di reato e per i disturbi dello spettro autistico e per i giovani adulti con problematiche estremamente gravi. Gli operatori hanno avuto formazioni in tutti i campi, con un grande utilizzo di risorse, ma le problematiche sono sempre suscettibili di ulteriori aggiornamenti e di cambiamenti organizzativi significativi, in virtù di nuove normative e di nuovi accordi di lavoro. I progetti su specifiche aree, con finanziamenti ad hoc, hanno comportato un aggravio dei carichi di lavoro del personale in favore di attività collaterali rispetto al mandato istituzionale, con fondi a termine e attività circoscritte nel tempo, senza continuità strutturale.

Questa lunga serie di problemi ha portato ad una **perdita di espressione delle capacità professionali**, in quanto gli operatori, schiacciati da una mole di lavoro, si trovano costretti a proporre risposte minimali e semplificate, a fronte di realtà sempre più complesse. Ne deriva una delega reciproca tra i vari ruoli professionali, senza valorizzazione delle singole professionalità e delle differenti categorie professionali, una **burocratizzazione dell'intervento ed atteggiamenti difensivi piuttosto che proattivi**.

L'aumento della spesa farmaceutica, legato **all'utilizzo di farmaci long – acting** per il mero controllo della sintomatologia e dei comportamenti, è una diretta conseguenza di queste difficoltà.

È quindi necessaria una **profonda revisione del settore con adeguamento della dotazione di personale, di posti letto ospedalieri e di qualificazione delle strutture territoriali** per raggiungere standard omogenei nei diversi servizi a garanzia degli interventi assistenziali integrati.

Obiettivi:

Omogeneizzazione degli orari di apertura e rafforzamento delle equipe multidisciplinari e precisazione dei percorsi di presa in carico secondo le modalità previste dal processo di stratificazione delle problematiche.

Per ciò che riguarda le strutture residenziali e semiresidenziali è necessario definire in modo più omogeneo su tutto il territorio i criteri di ammissione, la spesa sostenibile e i livelli di responsabilità gestionale ed ispettiva, attraverso l'acquisizione e la verifica dei percorsi già presenti e la definizione complessiva di un modello di integrazione con la rete delle strutture convenzionate.

La programmazione **delle strutture a carattere semiresidenziale e residenziale** così come attualmente configurata non necessita di ulteriori posti letto, ma di **specializzazione**, in particolare le strutture **residenziali**, per una migliore risposta ai bisogni legati alle forme di disagio emergente in particolare per i **giovani adulti e l'età di transizione e per i disturbi dello spettro autistico**, così come già effettuato per le strutture specialistiche residenziali e semiresidenziali dedicate al trattamento dei DNA.

ATTIVITÀ DELL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PERUGIA: UNITÀ UNIVERSITARIA DI PSICOLOGIA

Servizio Giovani Adulti: I servizi di psicologia dell'Università degli Studi di Perugia – **FOCUS-PSI, FOCUS-EAT, Laboratorio Me.Mo – *Menti in Movimento*** e **Servizio di consulenza psicologica e psicoterapia** – sono presidi universitari di prevenzione, intercettazione precoce, intervento psicologico e ricerca, che operano in raccordo strutturato con i servizi territoriali e contribuiscono alla continuità e alla qualità del sistema regionale.

Servizio per la Genitorialità e Servizio perinatalità: presidio universitario a servizio della cittadinanza che si occupa di prevenire, intercettare e offrire supporto psicologico a genitori (sin dalla fase perinatale), operando in raccordo strutturato con i servizi territoriali e contribuendo alla continuità e alla qualità del sistema regionale.

Questi servizi rispondono alle esigenze delle persone (accesso diretto) e consentono all'Università di realizzare le sue missioni (formativa, di ricerca, Terza e Quarta missione) nell'area della psicologia, della psicologia clinica e della psicoterapia, orientata alla innovazione di modelli di intervento e di presa in carico, alla produzione del sapere scientifico e al miglioramento dell'offerta per la salute per il territorio. Tale Unità è stata recentemente rinforzata dalla istituita Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica che sarà connessa agli enti/strutture territoriali e ospedaliere del territorio regionale.

STRUTTURA DI PSICHIATRIA AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA - UNIPG

La Struttura di Psichiatria di Perugia è dotata dell'unico Day Hospital del territorio della ASL Umbria 1 che fornisce un ricovero programmato o cicli di ricoveri programmati costituiti da accessi singoli o ripetuti, ciascuno di durata inferiore alle 12 ore, con rientro al proprio domicilio per la notte.

Tale struttura eroga, inoltre, attività ambulatoriali di secondo livello, organizzate per aree specialistiche e fasce di utenza che coprono la persona nelle varie fasi della vita con servizi dedicati e di alta specializzazione:

- Ambulatorio di psicopatologia della gravidanza e del peripartum;
- Ambulatorio giovani (stati mentali a rischio - transizione),
- Ambulatorio per la valutazione della neurodiversità (Spettro autistico - ADHD),
- Ambulatorio disturbi della nutrizione e dell'alimentazione,
- Ambulatorio di psicopatologia delle malattie neurologiche,
- Ambulatorio per la farmacoresistenza,
- Ambulatorio di psicogeriatrica.

Questi ambulatori, consentono all'AO di diversificare l'offerta sanitaria rispondendo alle esigenze delle persone e all'Università di realizzare la sua missione di centro della formazione orientata alla

produzione del sapere scientifico e al miglioramento dell'offerta sanitaria del Sistema Sanitario della Regione Umbria.

In psichiatria la prevenzione non è solo una strategia sanitaria ma un investimento ad alto rendimento per il benessere individuale e la sostenibilità sociale. Obiettivi della Struttura di Psichiatria sono:

- promuovere interventi di prevenzione primaria e secondaria mediante il riconoscimento di situazioni a rischio, la diagnosi precoce con indicazioni mirate al trattamento;
- definire percorsi di transizione delle cure dall'età pediatrica a quella adulta, in accordo con le risorse del territorio, per una presa in carico integrata e la definizione di una presa in carico congiunta dell'adolescente/giovane adulto con esordio psicotico;
- riduzione della D.U.P. che rappresenta la durata della malattia non trattata ed esprime il periodo di tempo dall'insorgenza dei sintomi psicotici fino al primo trattamento adeguato ricevuto dal soggetto (Menculini G et al., 2022).

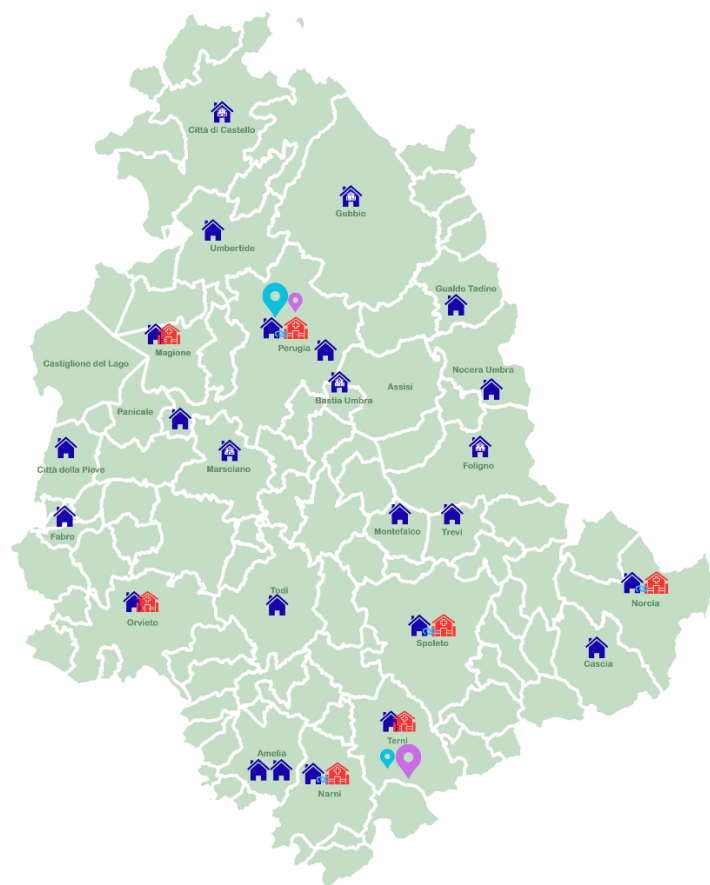
Per raggiungere questi obiettivi la Scuola di Specializzazione in Psichiatria svolge vari ruoli, tra cui:

- Formazione delle competenze: prepara nuovi professionisti della salute e sviluppa competenze cliniche e scientifiche aggiornate.
- Ricerca accademica: promuove studi di base e applicati ai diversi ambiti della psichiatria, dalla prevenzione delle patologie psichiatriche alla promozione del benessere psicofisico.
- Ricerca clinica e sanitaria: valuta l'efficacia e la sicurezza degli interventi terapeutici, farmacologici e non farmacologici, migliorando le pratiche assistenziali e la qualità degli interventi.
- Diagnosi e trattamenti innovativi non effettuati dalla ASL Umbria 1: esketamina per le forme di depressione resistente e metilfenidato per le forme di ADHD nell'adulto.
- Terza missione: trasferisce la conoscenza verso la società e le istituzioni sanitarie, favorendo l'innovazione.

Queste attività hanno consentito lo sviluppo di modelli integrati di salute mentale e la collaborazione sistemica con le varie strutture del Sistema Sanitario Regionale. Gli ambulatori di secondo livello e il DH già oggi accolgono le persone inviate dai MMG, dai PLS e da tutti i DSM umbri; nel contempo supportano il lavoro dei colleghi impegnati in ospedale e sul territorio con gli specializzandi che completano la loro formazione nei DSM e negli SPDC delle due ASL, oltre che in strutture private convenzionate, affiancando i colleghi nelle attività terapeutiche e riabilitative.

6.4.2 LA RETE DI NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA (NPIA)

Rete Regionale Servizi Salute mentale Infanzia e Adolescenza



Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza		
NPIA nella Casa di Comunità		NPIA Alto Tevere
		NPIA Alto Chiascio
		NPIA Assisano
		NPIA Media Valle del Tevere
		NPIA Foligno
NPIA in collegamento con la Casa di Comunità		NPIA Perugia
		NPIA Spoleto
		NPIA Narni-Amelia
		NPIA Valnerina
NPIA attiguo alla Casa di Comunità		NPIA Trasimeno
		NPIA Orvieto
		NPIA Terni
Casa di Comunità		
Centro autismo		CRR Perugia PRT Terni
Centro ADHD		CRR Terni PRT Perugia

Caratteristiche dei Servizi Territoriali Regionali

I servizi territoriali di NPIA si collocano nell'ambito dell'assistenza sociosanitaria distrettuale, ad accesso diretto, senza la necessità di impegnativa da parte del pediatra di libera scelta o del medico di medicina di base. Rappresentano il fulcro organizzativo della rete e la sede principale per la riabilitazione e per la presa in carico multidisciplinare e integrata di lungo periodo dell'utente e della sua famiglia.

N° nuovi accessi	2023	2024
Usl Umbria 1	1.765	2.083
Usl Umbria 2	1.522	1.502

I servizi offrono percorsi diagnostico-terapeutici basati su interventi evidence based ed una presa in cura socio-sanitaria e terapeutico-riabilitativa attraverso la collaborazione con le strutture del Distretto, del Consultorio, del settore dei Disabili Adulti, della Salute Mentale e del SERD ed in un'ottica di integrazione territorio-ospedale la collaborazione si estende alle U.O. di Pediatria, Pronto Soccorso, SPDC, Neurologia, etc.

I servizi collaborano con le Istituzioni scolastiche, i servizi sociali dei Comuni.

I servizi di cura sono distribuiti sul territorio a seconda dei livelli assistenziali e della complessità del quadro clinico, la presa in carico è correlata sia alla complessità del disturbo sia ai contesti in cui la persona con un disturbo vive e dalla specificità della fase evolutiva attraversata dall'utente e dalla sua famiglia.

Servizi ambulatoriali territoriali

Le equipe effettuano la diagnosi precoce, il trattamento e la riabilitazione dei disturbi psicopatologici, neuropsicologici e del neurosviluppo, dei disturbi neurologici e della disabilità intellettiva dei minori tramite un progetto terapeutico personalizzato ed integrato del minore e del suo nucleo familiare, secondo i principi di appropriatezza ed efficacia delle cure, efficienza del servizio, umanizzazione e rispetto della persona.

Nella Usl Umbria 1 sono attualmente attivi 6 Servizi di NPIA che si articoleranno:

- 1 a Città di Castello nella Casa della Comunità;
- 1 a Gubbio nella Casa della Comunità;
- 1 a Perugia, sede Ex Grocco in collegamento* con la Casa della Comunità;
- 1 a Magione attiguo** alla Casa della Comunità;
- 1 a Bastia nella Casa della Comunità;
- 1 a Marsciano nella Casa della Comunità.

Nella Usl Umbria 2 sono attivi 6 Servizi di NPIA che si articoleranno:

- 1 a Foligno nella futura Casa della Comunità;
- 1 a Spoleto in collegamento* con la Casa della Comunità;
- 1 a Cascia in collegamento con la Casa della Comunità;
- 1 a Narni in collegamento con la Casa della Comunità;
- 1 a Terni attiguo** alla Casa della Comunità;
- 1 a Orvieto attiguo** con la Casa della Comunità.

** In questi casi non essendo strutturato, né nella Casa della Comunità, né in adiacenza ad essa, ma comunque nella stesso Comune, viene garantito il collegamento con la Casa della Comunità per l'integrazione con tutti i servizi di accoglienza, orientamento e presa in carico.)*

*** In questi casi il CSM non è presente nella Casa della Comunità ma in struttura adiacente alla stessa*

Sono presenti Equipe funzionali dedicate:

- *Equipe per il Disturbo dello Spettro autistico:* è strutturata un'equipe funzionale multidisciplinare in ciascun servizio di NPIA che opera trasversalmente ai diversi livelli assistenziali.
- *Equipe di transizione:* tutti i servizi effettuano una progettualità per la transizione nell'età intorno ai 18 anni sia con il CSM che con l'UVM Disabili adulti o con i servizi sociali dei Comuni, ma ancora con modalità disomogenee, non essendo ancora stato definito un percorso regionale.
- *Equipe per la valutazione dei minori inviati dall'autorità giudiziaria,* effettuano valutazioni per problematiche psicopatologiche e neuropsichiatriche in riferimento ad Esperienze Sfavorevoli Infantili, abuso all'infanzia e disfunzionalità del sistema familiare, inviati con delega da parte dell'Autorità Giudiziaria in quanto a diverso titolo (civile, amministrativo, penale) coinvolti in procedimenti giudiziari.

CENTRI DI RIFERIMENTO REGIONALI:

Centro di riferimento per il disturbo dello spettro autistico:

Attualmente operativo presso il Servizio NPIA e Psicologia clinica di Perugia, al quale afferiscono utenti minori e adulti da tutta la Regione per approfondimento diagnostico ed indicazioni al trattamento.

N° Accessi Centro Riferimento Regionale Disturbi dello Spettro Autistico:

	2022	2023	2024
MINORI	47	39	28
ADULTI	14	24	24

Appare necessario **implementare il funzionamento** del Centro di Riferimento per:

- Promuovere interventi innovativi nei servizi territoriali nella fascia d'età <36 mesi individuata dagli screening
- Omogeneizzare i percorsi diagnostici e valutativi per l'età adolescenziale e adulta
- Coordinare percorsi preferenziali per l'accesso alle visite mediche specialistiche ed effettuazione di esami strumentali
- Organizzare percorsi formativi specifici per gli operatori;
- Dotare stabilmente i servizi degli strumenti valutativi di base in modo omogeneo

- Uniformare i criteri di definizione del profilo funzionale, al fine di costruire progetti di vita realmente personalizzati e coerenti.
- Costituire una rete con le equipe funzionali dedicate presenti nei servizi territoriali
- Monitorare l'efficacia degli interventi.

Ed inoltre strutturare una rete regionale costituita da:

- il Centro di riferimento regionale nella sede NPIA di Perugia;
- il Punto di riferimento territoriale nella sede NPIA di Terni in stretto collegamento con il Centro di Perugia.

Centro di riferimento per l'ADHD:

Attualmente operativo presso il Servizio NPIA di Terni (Delibera Regionale del 2014), al quale gli utenti possono afferire su invio dei servizi territoriali. Il centro è autorizzato alla prescrizione del farmaco con registro AIFA per minori e adulti.

N° Accessi Centro Riferimento regionale ADHD:

	2022	2023	2024
MINORI	68	77	62

Appare necessario **implementare il funzionamento** del Centro di Riferimento per:

- Omogeneizzare i percorsi diagnostici e valutativi per l'età adolescenziale e adulta;
- Organizzare percorsi formativi specifici per gli operatori e gli insegnanti;
- Dotare stabilmente i servizi degli strumenti valutativi di base in modo omogeneo;
- Coordinare gli interventi dei servizi territoriali;
- Monitorare e garantire l'efficacia degli interventi farmacologici.

Ed inoltre strutturare una rete regionale costituita da:

- il Centro di riferimento regionale nella sede NPIA di Terni;
- il Punto di riferimento territoriale nella sede NPIA di Perugia in stretto collegamento con il Centro di Terni.

Centro di riferimento ospedaliero di Neuropsichiatria infantile:

Nell'Azienda Ospedaliera di Perugia è previsto:

- il Reparto di Neuropsichiatria infantile (Cod. 33) con 6 posti letto ospedalieri.

Si rimanda alla descrizione presente nel paragrafo 7.2.

È stato già istituito un **Comitato di coordinamento regionale della rete NPIA** (DGR 661/2022) che coinvolge i Direttori sanitari delle Aziende sanitarie, i Responsabili dei Servizi Territoriali di NPIA, i Rappresentanti dei Pediatri di libera scelta, i Responsabili delle cliniche pediatriche e delle cliniche neurologiche, i Direttori dei Dipartimenti Integrati di Salute Mentale e delle Dipendenze delle aziende sanitarie con coordinatore della Rete nominato dalla Regione. Il comitato di coordinamento ha funzione di elaborare il piano organizzativo della rete, il Piano triennale e annuale delle attività della rete, il piano di sviluppo di una architettura informatica della rete e delle tecnologie e di declinare i processi di presa in carico e trattamento, e i modelli organizzativi sulla base di quanto previsto nell'ambito dell'Intesa Stato-Regioni *"Linee di indirizzo sui disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell'infanzia e della adolescenza"* elaborate dal Tavolo di lavoro sui disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza istituito presso il Ministero della Salute.

Professionisti

L'equipe multidisciplinare presente in tutti i servizi è costituita da medici neuropsichiatri infantili (in alcuni servizi in aggiunta sono presenti neurologi/fisiatra), psicologi, fisioterapisti, logopedisti, assistenti sociali. Solo in alcuni servizi sono presenti educatori, infermiere e oss.

È necessario prevedere la presenza di: **terapisti della neuropsicomotricità, terapeuti della Riabilitazione psichiatrica e infermieri per garantire adeguati standard di cura.** Attualmente tali figure non sono presenti nell'organico dei servizi.

Caratteristiche della rete regionale e interventi

Il riassetto della rete regionale di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA) muove dalla necessità improcrastinabile di superare le attuali frammentazioni organizzative, che vedono criteri di accesso e limiti di età difformi tra le Aziende Sanitarie e, talvolta, all'interno della stessa Azienda. Coerentemente con gli indirizzi del PANSM e con le risultanze del Tavolo Tematico n. 4, la Regione Umbria assume l'impegno di uniformare su tutto il territorio regionale la competenza dei servizi di NPIA fino al compimento del diciottesimo anno di età. Tale scelta strategica risponde all'evidenza scientifica che riconosce l'adolescenza come una fase di sviluppo neurobiologico ancora pienamente evolutiva, che richiede modelli di cura specialistici e non sovrapponibili a quelli dell'adulto.

I disturbi neuropsichici dell'età evolutiva sono molto frequenti: coinvolgono complessivamente fino al 20% della popolazione tra 0 e 17 anni ed includono sia i disturbi neurologici, con sequele spesso gravemente invalidanti, sia i disturbi del neurosviluppo, sia i disturbi psichiatrici.

I disturbi dello spettro autistico circa l'1%, la disabilità intellettiva l'1,8% (con variazioni tra l'1% e il 2% a seconda che si consideri o no il funzionamento adattivo), i disturbi psichiatrici circa l'8%, con pattern variabili a seconda delle età e dei disturbi, mentre l'ADHD colpisce circa il 2% della popolazione infantile. Il carico dovuto ai disturbi d'ansia e depressione aumenta progressivamente in età infantile (1-10 anni) raggiungendo un picco in adolescenza e nella giovane età adulta (10-29 anni).

La prospettiva life span indica quindi la necessità di guardare ai disturbi neuropsichici dell'età evolutiva con un'ottica che tenga conto dell'intero corso della vita, degli intrecci positivi o negativi che si possono determinare, nonché delle conseguenze e dell'impatto nel tempo del disturbo e della possibile disabilità conseguente. I disturbi neuropsichici dell'età evolutiva hanno un grande impatto sul sistema familiare con costi emotivi e implicazioni, anche di carattere pratico, considerevoli. Intervenire sui contesti di vita allargati è di fondamentale importanza per la qualità e l'efficacia del percorso riabilitativo-terapeutico e per una positiva inclusione scolastica e sociale.

Il disagio psichico e la psicopatologia in età evolutiva rappresentano, anche alla luce del dato epidemiologico, un bisogno emergente, per il quale è necessario instaurare azioni di prevenzione, di diagnosi precoce e di presa in carico fortemente integrate.

Obiettivi:

- **Attivazione di una Unità Operativa specialistica per i Traumi dell'età evolutiva**

La tutela della salute dei minori e degli adolescenti rappresenta un dovere costituzionale e un impegno prioritario per ogni comunità, si colloca in un contesto di profondo mutamento sociale, acuito dalla fase pandemica, che ha determinato crescenti difficoltà dello sviluppo del percorso evolutivo verso l'età adulta, ed un **elevato numero di minori esposti ad Esperienze Sfavorevoli Infantili**. In ossequio alle normative internazionali, nazionali (L. 184/1983) e regionali, la protezione dell'infanzia richiede un approccio integrato e multidisciplinare, che coinvolga sanità, scuola, giustizia, servizi sociali e famiglie. L'obiettivo è l'attivazione di un processo programmatico diretto alla costruzione di un modello regionale in ambito di tutela minori contraddistinto da un sistema di intervento multi professionale omogeneo e dotato di un coordinamento efficace, incentrato su **percorsi di cura e priorità** (precocità, innovatività, scientifica evidence based, interventi sul contesto familiare), **in rete con le agenzie socio-sanitarie ed educative e in coordinamento col sistema Giustizia**, con elementi di facile conoscibilità e riconoscibilità da parte dell'utenza e senza trascurare la presenza della cosiddetta transition, ovvero della continuità assistenziale che vada oltre il diciottesimo anno di età attraverso una progettazione condivisa e preventiva con i competenti servizi per l'età adulta.

Articolazione multiprofessionale e approccio integrato. garanzia di migliore conoscenza del caso complesso, di sinergia operativa, di analisi della realizzabilità degli interventi, di verifica degli esiti. Valutazione Multidimensionale: L'equipe (neuropsichiatra, psicologo, assistente sociale) esegue una diagnosi che non valuta solo i sintomi ma ricostruisce la storia traumatica e il contesto familiare.

Profilo interistituzionale: necessità di costruire una rete di coordinamento con le equipe di valutazione delle competenze genitoriali, che operano nelle aziende. La collaborazione con l'Autorità Giudiziaria, pur sempre nel reciproco riconoscimento di competenze, prerogative e doveri di ciascuno, costituisce un presupposto ineludibile per una condivisione delle procedure e dell'operatività finalizzate alla trattazione efficace dei casi.

Formazione condivisa ed omogenea per l'applicazione di metodologie riconosciute ed evidence-

based. Favorire l'utilizzo di terapie specifiche per il trauma, come l'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), o la Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT) efficaci per la regolazione emotiva e la riduzione dei sintomi del PTSD.

- **Costituzione di una equipe di riferimento per le emergenze comportamentali nei Disturbi dello Spettro autistico (EDECO);**

Appare necessario implementare gli interventi che hanno dimostrato efficacia scientifica per la fascia 12-18 anni, e stabilire modalità condivise per garantire interventi sul contesto familiare per migliorare il clima comunicativo e ridurre il carico emotivo dei genitori, coordinare gli interventi Educativi Territoriali per favorire il riaggancio scolastico e la socializzazione. È necessario, inoltre, costruire reti tra i servizi, a diverso livello coinvolti, e percorsi per la gestione delle urgenze psichiatriche.

- **Aggiornamento protocolli regionali con le altre Istituzioni regionali**

Istituzioni scolastiche: collaborazione per favorire l'**inclusione scolastica** attraverso tutti gli adempimenti della L.104/92: redazione del Profilo di funzionamento (decreto 2017); partecipazione ai GLI (Gruppo di lavoro per l'Inclusione), partecipazione al GLO (Gruppo lavoro Operativo), partecipazione alla stesura del PEI (Piano Educativo Individualizzato). Inoltre i servizi assicurano il diritto allo studio degli alunni con Disturbo Specifico dell'Apprendimento attraverso certificazione per l'applicazione della L.170/10.

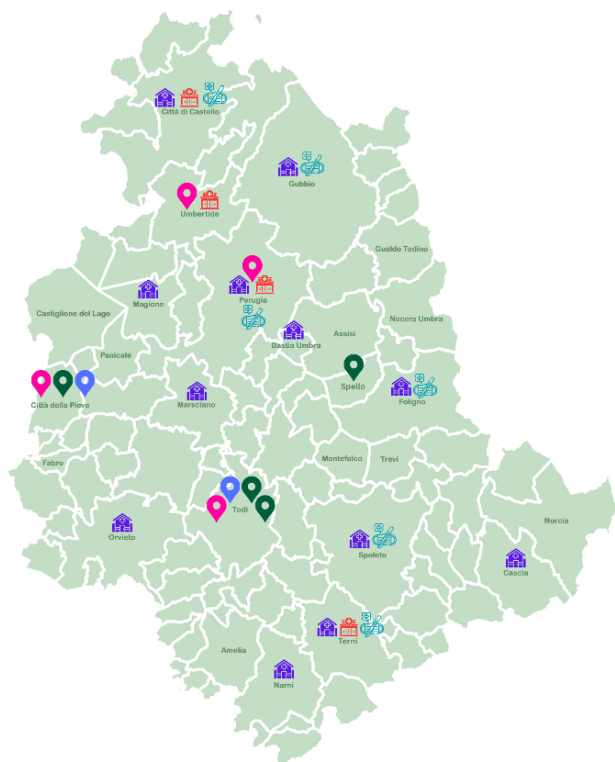
- **Implementazione Telemedicina con protocolli regionali**

La telemedicina risulta un'area di intervento da implementare poiché consentirebbe di garantire interventi mirati e supervisionati da remoto per un numero maggiore di utenti e famiglie, anche in aree geograficamente difficili, minimizzando inoltre il tempo e il costo per gli spostamenti e le ore di scuola e di lavoro perse.

Sono in atto percorsi di **teleriabilitazione** per i Disturbi Specifici di Apprendimento tramite la piattaforma RIDInet, sulla base del progetto terapeutico definito dall'equipe di valutazione, che dovranno essere omogeneizzati sul territorio regionale.

6.4.3 LA RETE REGIONALE PER I DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE (DNA)

Rete Regionale Servizi Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione e Centri Obesità



Servizi ambulatoriali di base		Città di Castello
		Gubbio
		Perugia
		Magione
		Bastia
		Marsciano
		Foligno
		Spoleto
		Cascia
		Narni
Ambulatori dedicati di Bassa Complessità		Terni
		Orvieto
		Centri DCA Umbertide (ARFID)
		Palazzo Francisci Todi (Anoressia/Bulimia)
		Centro DAI di Città della Pieve (Binge Eating/Obesità)
Media Complessità (Centri Diurni)		Servizio Universitario FOCUS-EAT (UniPG)
		Palazzo Francisci Todi - Usl Umbria 1
		Nido delle Rondini Todi - Usl Umbria 1
		Centro DAI di Città della Pieve
		Centro IRIS Spello Usl2
Alta complessità (Residenze)		Palazzo Francisci Todi - Usl Umbria 1
		Centro DAI di Città della Pieve
Servizi Ospedalieri		Pediatria - Ospedale Città di Castello - Usl Umbria 1
		Pediatria - Azienda ospedaliera Terni
		MISEM - SPDC Azienda ospedaliera Perugia
		Medicina - Ospedale di Umbertide - Usl Umbria 1
Chirurgia bariatrica		Foligno, Spoleto, Terni, Perugia, Città di Castello, Gubbio

Le Linee Guida Internazionali (APA e NICE), le Indicazioni del Ministero della Salute 1998, le Raccomandazioni ISTISAN 2012 e le Linee Guida Regionali per il trattamento dei DNA e dell'Obesità prevedono una completa articolazione assistenziale di diversa intensità:

1. MMG e PLS;
2. Trattamento Ambulatoriale, regime a Bassa Complessità Assistenziale;
3. Trattamento Semiresidenziale, regime a Media Complessità Assistenziale;
4. Trattamento Residenziale, regime ad Alta Complessità Assistenziale;
5. Trattamento Ospedaliero.

La Regione Umbria è stata tra le prime ad adottare le indicazioni del Ministero della Salute e a completare nel 2003 la **rete dei servizi con tutti i livelli di assistenza**. Nel **2001** sono state licenziate le **Linee Guida Regionali** che davano precise indicazioni su diagnosi, terapia e prevenzione dei DNA; tali Linee Guida sono poi state revisionate e implementate in una nuova formulazione nel gennaio 2013 (DGR n.5 del 16/1/2003).

La **Usl Umbria 1**, ad oggi, garantisce la presenza dei diversi livelli assistenziali grazie alla creazione di una rete di Servizi completata nel 2013 con l'apertura dell'Ambulatorio DNA di Umbertide che ha

rappresentato un ulteriore nodo di una rete già composta da servizi residenziali, come il Centro "Palazzo Francisci" di Todi (2003), Centro DAI di Città della Pieve per obesità e disturbo dell'Alimentazione Incontrollata (2010) e servizi semiresidenziali.

La Usl1 gestisce inoltre dal 2011 il Numero Verde Nazionale della Presidenza del Consiglio e dell'Istituto Superiore di Sanità 800180969, con sede a Palazzo Francisci di Todi, che fornisce un servizio di informazione e counseling dal lunedì al venerdì (9-20) in collegamento con la piattaforma dell'Istituto Superiore di Sanità www.disturbialimentarionline.iss.it.

La **Usl Umbria 2** garantisce diversi livelli assistenziali: una rete di servizi ambulatoriali presenti, rispettivamente, sia nei servizi di Neuropsichiatria Infantile che nei CSM presenti presso tutti i distretti. Anche nel territorio della Usl Umbria 2 sono presenti strutture residenziali e semiresidenziali. La complessità dell'intervento, nei suoi vari livelli di assistenza, prevede una attenta selezione dell'utenza e una stretta correlazione tra le varie fasi del trattamento all'interno del circuito, onde poter garantire una continuità delle cure e una transizione nei vari livelli di trattamento.

Organizzazione rete servizi DNA

La rete umbra per i DNA è un modello di eccellenza consolidato, che garantisce assistenza completa a tutti i livelli di intensità di cura. La strategia triennale mira a consolidare questa struttura, focalizzandosi sulla stabilità organizzativa e l'intervento precoce, per assicurare uguaglianza nell'accesso e continuità assistenziale.

Si prevede un potenziamento del livello ambulatoriale, cruciale per l'intercettazione precoce e il filtro, in connessione strutturata con la medicina di base (MMG, PLS, psicologi delle Case di Comunità) visti come "sentinelle". L'obiettivo è avviare il trattamento nelle fasi iniziali per massimizzare il recupero.

L'integrazione si estende ai Servizi di Salute mentale, SerD, Servizi di Età evolutiva e Consultori per gestire efficacemente le comorbidità. Il Piano riconosce la centralità dei nuclei familiari, integrando programmi di supporto per i caregiver e valorizzando le associazioni dei familiari. La visione è transdisciplinare, garantendo trattamenti basati sulle migliori evidenze in contesti non stigmatizzanti. Nei DNA, precocità dell'intervento e continuità delle cure (non meno di 24 mesi) sono fondamentali. Cruciali l'assessment della gravità clinica e la scelta del setting di trattamento.

L'Umbria possiede una rete d'eccellenza che necessita di essere completata nell'area ambulatoriale della USL 2.

L'organizzazione evolutiva dei Servizi prevede la seguente struttura di rete.

Servizi ambulatoriali di base:

Nella Usl Umbria 1 si articoleranno Ambulatori dedicati ai DNA, sia nei CSM che nei servizi NPIA

Nella Usl Umbria 2 si articoleranno Ambulatori dedicati ai DNA, sia nei CSM che nei servizi NPIA

Ambulatori dedicati di Bassa Complessità: Centri DCA Umbertide (ARFID), Palazzo Francisci Todi (Anoressia/Bulimia), DAI Città della Pieve (Binge Eating/Obesità);

- **Media Complessità (Centri Diurni)**
- **Alta Complessità (Residenze):** "Palazzo Francisci" USL 1;
- **Servizi Ospedalieri:** 7 posti letto per pazienti a rischio vita in Pediatria (Città di Castello, Terni), Medicina (Umbertide, maggiorenni) e MISEM (Perugia, maggiorenni).
- **Servizio Universitario FOCUS-EAT (UniPG):** Rafforza prevenzione e intercettazione precoce dei comportamenti alimentari emotivamente mediati, promuovendo la regolazione emotiva e l'orientamento ai servizi specialistici.

L'offerta sanitaria è articolata, ma concentrata maggiormente nella USL Umbria 1; l'obiettivo del Piano è omogeneizzare l'assistenza su tutto il territorio regionale.

Obiettivi:

- Maggiore uniformità di servizi a bassa intensità ambulatoriali integrati e diffusi su tutto il territorio regionale migliorando l'integrazione delle equipe dei servizi di bassa complessità e media complessità nell'area sud della Regione;
- Creazione di percorsi omogenei e condivisi tra DNA, NPIA, CSM e SeRD, nell'ambito del Dipartimento a Matrice integrato ed inclusivo (DISMeD) per la presa in carico delle persone in caso di co-morbilità;
- Piano di formazione condivisa tra i servizi coinvolti e collegamento con medici di base e pediatri;
- Costituire una unità operativa di coordinamento nell'area SUD della Regione;
- Costruzione di una rete integrata tra i servizi presenti con figure di coordinamento delle equipe multidisciplinari delle diverse figure professionali (medici, psicologi, dietisti, infermieri e assistenti sociali);
- Stabilizzare l'organizzazione dei servizi USL 1 dell'Umbria: stabilizzazione incarichi a tempo determinato (in particolare psicologi psicoterapeuti e dietisti), espletamento UOC Psichiatria e Disturbi del comportamento alimentare, inserimento del coordinamento infermieristico della rete DCA per coordinamento continuità assistenziale ospedale e territorio e gestione della presa in carico dei pazienti nell'intera rete;
- Applicazione del Percorso Lilla per i Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (come da indicazione del Ministero della Salute) in tutti i presidi ospedalieri. È un percorso assistenziale prioritario nei P.S. dedicato a chi presenta un sospetto DNA, che garantisce un'attenzione clinica specifica, con accoglienza, valutazione multidisciplinare e invio a cure specialistiche.

Definizione dell'intensità del percorso e inserimento in lista di attesa

Dopo la fase di prima valutazione e un lavoro di motivazione del paziente e dei suoi familiari, si inserisce il paziente nella lista di attesa del livello di trattamento proposto.

Percorso a Bassa Complessità Assistenziale (BCA)

Il percorso a bassa complessità assistenziale (ambulatoriale integrato) viene svolto presso:

- Centro DCA "Palazzo Francisci" - Todi
- Centro Diurno "Il Nido delle Rondini" - Todi
- Ambulatorio DCA - Umbertide
- Centro Dai di Città della Pieve
- Associazione Il Pellicano (in convenzione con USL 1)
- Neuropsichiatria infantile e adolescenza - Terni/Foligno/Spoleto/Narni/Orvieto
- Ambulatorio CSM – Terni-/Foligno/ Spoleto/Narni/Orvieto
- Ambulatorio Ospedale di Psicologia Ospedale Santa Maria di Terni
- Ambulatorio per i DNA - Ospedale Santa Maria della Misericordia - Perugia

Gli obiettivi del trattamento ambulatoriale sono volti alla riduzione della sintomatologia (psiconutrizionale e relativa all'immagine corporea), alla ristrutturazione cognitiva (abbandono di schemi di pensiero disfunzionali), all'acquisizione di nuove modalità relazionali (familiari e sociali), all'incremento dell'autostima e alla definizione di un'identità non incentrata sul sintomo.

Tale percorso consente al paziente di ricevere cure nel proprio contesto di vita, riducendo il rischio di ospedalizzazione, e favorisce l'alleanza terapeutica e l'aderenza al trattamento (*compliance*), anche in previsione di percorsi assistenziali di maggiore complessità (Hay *et al.*, 2009).

Gli obiettivi nutrizionali (a breve, medio e lungo termine) sono differenziati in base alla specifica patologia, come dettagliato nelle Linee Guida Regionali sui Disturbi del Comportamento Alimentare (Regione Umbria, Giugno 2013, pag. 99).

Il percorso individuale multidisciplinare include aspetti nutrizionali e psicologici. Qualora ritenuto necessario, possono intervenire specialisti psichiatri, neuropsichiatri, nutrizionisti o endocrinologi. La durata media di un percorso per Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) si attesta intorno ai 24-30 mesi.

I DNA della prima infanzia (Percorso BCA)

Il DSM-5 (2013) fornisce una classificazione specifica dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA) in età infantile e prepuberale, la cui incidenza è in aumento. In ambito regionale, il Centro DCA di Umbertide (USL1) garantisce l'erogazione di progetti terapeutici individualizzati, operando in stretta collaborazione con la Neuropsichiatria Infantile, i pediatri, i Consultori e il servizio di nutrizione clinica.

Il Disturbo Evitante/Restrittivo dell'Assunzione di Cibo (ARFID) rappresenta la tipologia di DNA maggiormente prevalente in questa fascia d'età. Si manifesta attraverso una persistente incapacità

di soddisfare le esigenze nutrizionali, determinando una significativa perdita di peso e alterazioni del profilo auxologico. Le manifestazioni includono disinteresse, evitamento di natura sensoriale o timore di conseguenze avverse legate all'ingestione di cibo. A differenza dell'Anoressia Nervosa, non sussistono preoccupazioni relative all'immagine corporea. L'ARFID presenta sovente un esordio precoce (al di sotto dei 13 anni), una maggiore incidenza nel sesso maschile e può implicare una selezione alimentare estremamente ristretta (inferiore a 10 alimenti) basata su caratteristiche quali colore, consistenza, sapore o temperatura. Una sua caratteristica distintiva è il "terrore per il cibo" (ovvero la paura di soffocamento, indigestione o timore di specifiche proprietà dell'alimento). I soggetti affetti da ARFID manifestano tratti ansiosi, sintomatologia gastro-intestinale e allergie, che li inducono a limitare l'assunzione di cibo, nella convinzione che esso sia la causa dei loro malesseri. Altri DNA in età infantile, sebbene rari, includono la Pica (ingestione di sostanze non alimentari) e il Disturbo da Ruminazione (rigurgito ripetuto di cibo).

Gli obiettivi prioritari consistono nel potenziamento della diagnosi precoce attraverso la realizzazione di attività formative mirate (rivolte a pediatri, nutrizionisti, dietisti e personale docente) e nell'assicurare un accesso tempestivo a valutazioni multidisciplinari e a percorsi terapeutici specifici che prevedano il coinvolgimento del nucleo familiare.

L'Ambulatorio DCA di Umbertide, specializzato nell'ARFID, fornisce colloqui di valutazione nutrizionale, psicologica e familiare, oltre a facilitare la partecipazione al "Gruppo ARFID" (un gruppo terapeutico destinato a famiglie e bambini di età compresa tra i 3 e gli 8 anni). Data la sovrapposizione clinica tra i disturbi selettivi e i Disturbi dello Spettro Autistico, il Centro DCA di Umbertide ha istituito percorsi dedicati ai minori con ARFID e Disturbi dello Spettro Autistico ad alto funzionamento.

I servizi per l'obesità della Regione Umbria nei diversi livelli di intensità assistenziale e nelle sue connessioni con i Servizi DNA

I Servizi per i Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA) intrattengono una stretta collaborazione con i Servizi dedicati all'Obesità e alla Chirurgia Bariatrica. Tale sinergia è motivata sia dalla sovrapposizione con il Disturbo da Alimentazione Incontrollata (spesso esitante in obesità grave) sia dalla necessità di garantire una valutazione e riabilitazione nutrizionale sia in fase pre- che post-chirurgica. È altresì prevista l'implementazione di programmi congiunti di prevenzione Obesità-DNA, in ottemperanza alle direttive emanate dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS). Sebbene una sezione specifica del Piano Sanitario sarà dedicata all'Obesità, si sottolineano in questa sede le interconnessioni con i Servizi DNA.

A partire dal **1° ottobre 2025**, l'obesità sarà ufficialmente riconosciuta in Italia quale **malattia cronica**, assicurando in tal modo l'accesso alle prestazioni sanitarie incluse nei **Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)**. È contemplata l'istituzione di un programma nazionale di prevenzione e cura. La Regione Umbria recepirà tali indicazioni attraverso il perfezionamento dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) e l'attuazione di programmi volti alla prevenzione e al contrasto dello stigma.

L'obesità rappresenta una patologia complessa e multifattoriale (con componenti genetiche, endocrine, metaboliche e legate agli stili di vita). Il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025 aveva già evidenziato la sua profonda incidenza sulla salute (diabete, ipertensione, cardiopatia ischemica) e sulla qualità e durata della vita. L'obesità infantile costituisce una sfida cruciale (rischio di diabete di tipo 2, asma, problemi muscolo-scheletrici e cardiovascolari, problematiche psico-sociali) ed è un predittore certo dell'obesità in età adulta, oltre a configurarsi come fattore di rischio per i DNA. In Umbria (dati della Sorveglianza Passi ISS 2023-2024): il 33,4% della popolazione risulta in sovrappeso e il 9% obeso. Per quanto concerne la popolazione infantile (dati della Sorveglianza *OKkio alla Salute* 2023): si registra l'1,2% di obesità grave, il 7,0% di obesità e il 18,4% di sovrappeso. Il rapporto della Commissione Lancet Diabetes & Endocrinology (gennaio 2025) ha proposto un nuovo modello diagnostico, distinguendo tra "**obesità clinica**" (reale malattia cronica con disfunzioni d'organo) e "**obesità preclinica**" (condizione non patologica ma caratterizzata da un rischio aumentato di sviluppare altre patologie).

In Umbria esiste una rete pubblica specializzata nella diagnosi e nel trattamento dell'obesità e del Binge Eating Disorder, che si è già dotata in parte di PDTA specifici:

Ospedale Santa Maria della Misericordia (Perugia): offre servizi di dietologia e nutrizione clinica (SS Nutrizione Clinica e dietetica, MISEM e Clinica Psichiatrica Università di Perugia). Con percorsi ambulatoriali integrati Psicologici e Nutrizionali.

Centro DAI – Città della Pieve USL 1 dell'Umbria

- Specializzato nel trattamento dell'obesità e del disturbo da alimentazione incontrollata
- Offre percorsi Residenziali, semiresidenziali e ambulatoriali multidisciplinari con medici, psicologi, nutrizionisti, dietisti ed educatori.
- Riconosciuto come Centro di eccellenza dalla Società Italiana dell'Obesità (SIO). È considerato un modello all'avanguardia anche a livello europeo.
- ***Progetto "ildietistainforma" – USL Umbria 1 (Perugia)***
 - Iniziativa territoriale per promuovere la prevenzione dell'obesità
 - Offre consulenze nutrizionali e accesso diretto ai dietisti

Centro DCA – Umbertide USL 1 dell'Umbria

- Focalizzato sui DNA in particolare in età evolutiva (Disturbi Selettivi dell'alimentazione e ARFID), include anche trattamenti per l'obesità in età evolutiva.
- Attivo da oltre 10 anni, con un'équipe composta da psichiatri, nutrizionisti, psicologi e infermieri.
- Accoglie sia adulti che minori, con un forte coinvolgimento delle famiglie.

C.U.R.I.A.Mo – Centro Universitario di Ricerca Interdipartimentale per l'Attività Motoria

Il modello di intervento sull'obesità del **C.U.R.I.A.Mo** si fonda sui tre aspetti chiave di un intervento lifestyle multidisciplinare: **nutrizione, attività fisica e intervento psicologico** essendo l'obesità una patologia complessa, a eziologia multifattoriale. Nel 2014, il C.U.R.I.A.Mo. è stato riconosciuto dalla Regione Umbria quale **Centro di Riferimento Regionale per i Sani Stili di Vita** con la denominazione Healthy Lifestyle Institute. Nel 2017, su proposta dell'Istituto Superiore di Sanità, ha ottenuto il

riconoscimento di Best Practice nella CHRODIS Platform (Joint Action addressing CHRONic DISeases and healthy ageing across the life cycle, JA-CHRODIS). Il Centro è specializzato sia nell'intervento per l'età adulta che per l'età evolutiva, con un approccio family-based.

Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni: include ambulatori specialistici per malattie metaboliche e obesità, sia per adulti che minori, con trattamenti multidisciplinari integrati dedicati al trattamento dell'obesità, in collaborazione con UO Psicologia Ospedaliera.

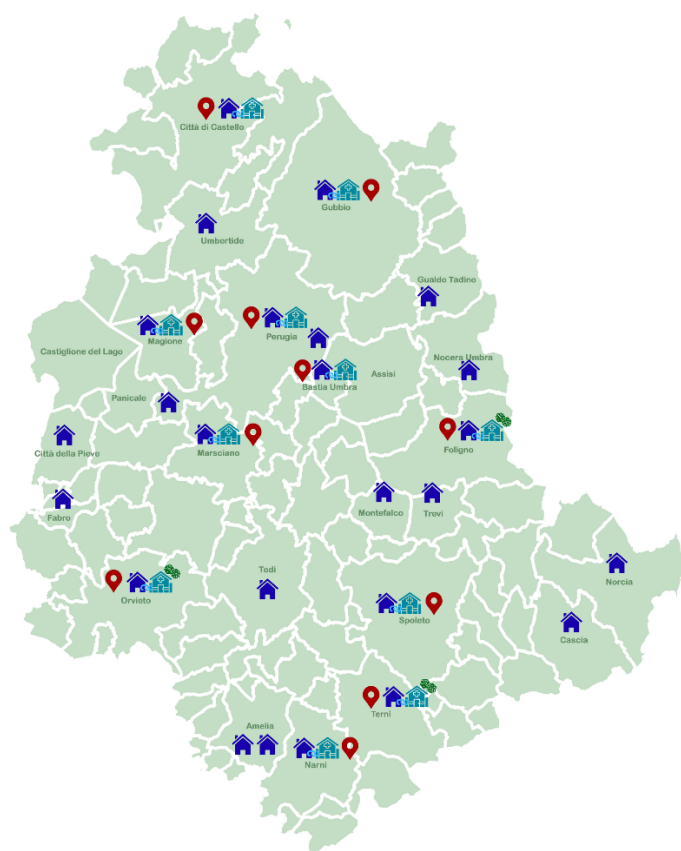
OBIETTIVI:

Partendo dalla rete di servizi esistenti, il lavoro in corso con il nuovo Piano Sanitario regionale sarà quello di costruire una rete regionale omogenea, per la prevenzione, la diagnosi e il trattamento dell'obesità secondo un modello integrato e l'implementazione dei PDTA già esistenti.

Per quanto riguarda l'obesità, partendo dalla rete di servizi esistenti, il lavoro in corso con il nuovo Piano Sanitario regionale è quello di costruire una rete regionale omogenea, per la prevenzione, la diagnosi e il trattamento dell'obesità.

6.4.4 I SERVIZI PER LE DIPENDENZE (SERD)

Rete Regionale Servizi Dipendenze



SERD in collegamento con la Casa di Comunità		Città di Castello
		Gubbio
		Perugia
		Magione
		Bastia
		Marsciano
SERD in collegamento con la Casa di Comunità con Centro Specifico per il Disturbo da Gioco d'Azzardo		Spoleto
		Narni
		Foligno con Centro Specifico per il Disturbo da Gioco d'Azzardo
		Orvieto con Centro d'Ascolto per il Disturbo da Gioco d'Azzardo
Alcologia		Terni, Psicologia delle Dipendenze con Centro Specifico per il Disturbo da Gioco d'Azzardo
		Distretto del Perugino, Servizio di alcologia
		SerD Alto Tevere
		SerD Alto Chiascio
		SerD Trasimeno
		SerD Assisano
		SerD Media Valle del Tevere
		SerD Terni
		SerD Foligno
		SerD Narni - Amelia
		SerD Orvieto
Casa di Comunità		SerD Spoleto - Valnerina

Nella UsI Umbria 1 sono attualmente attivi 6 SerD che si articoleranno:

- 1 a Città di Castello in collegamento* con la Casa della Comunità;
- 1 a Gubbio in collegamento* con la Casa della Comunità;
- 1 a Perugia, in collegamento* con la Casa della Comunità;
- 1 a Magione in collegamento* con la Casa della Comunità;
- 1 a Bastia in collegamento* con la Casa della Comunità;
- 1 a Marsciano in collegamento* con la Casa della Comunità.

Nella UsI Umbria 2 sono attivi 6 SerD che si articoleranno:

- 1 a Foligno in collegamento* con la Casa della Comunità;
- 1 a Spoleto in collegamento* con la Casa della Comunità;
- 1 a Cascia in collegamento* con la Casa della Comunità;
- 1 a Narni in collegamento* con la Casa della Comunità;
- 1 a Terni in collegamento* con la Casa della Comunità;
- 1 a Orvieto in collegamento* con la Casa della Comunità e posto nella stessa struttura con il CSM.

** In questi casi non essendo strutturato, né nella Casa della Comunità, né in adiacenza ad essa, ma comunque nella stesso Comune, viene garantito il collegamento con la Casa della Comunità per l'integrazione con tutti i servizi di accoglienza, orientamento e presa in carico.)*

L'organizzazione dei servizi per le dipendenze è stata definita con la DGR n. 1115 del 04 agosto 1999, "Riorganizzazione servizi assistenza tossicodipendenti", che individua il riferimento primario per il cittadino con problemi di dipendenza nel Dipartimento per le dipendenze da sostanze d'abuso, configurato secondo il modello tecnico-funzionale in quanto ritenuto quello maggiormente rispondente. Il Dipartimento Dipendenze è in vigore tuttora nell'Azienda USL Umbria 2, mentre nell'Umbria 1 è stato dismesso ormai da diversi anni e i servizi per le dipendenze sono incardinati nei rispettivi Distretti sociosanitari, con la conseguenza di significative differenze tra le diverse sedi.

Occorre pertanto **recuperare una omogeneità organizzativa regionale**, quale base per un rinnovato sistema regionale rispondente a criteri di equità territoriale, uniformità, appropriatezza dei percorsi di cura in relazione al veloce mutare dei bisogni di salute in questa area.

I servizi per le dipendenze delle Aziende USL costituiscono nei territori un punto di riferimento riconosciuto, con un buon livello di attrattività, come dimostrano i dati riguardanti gli utenti tossicodipendenti in relazione alla popolazione generale.

Dall'analisi del quadro attuale dei singoli servizi, emergono in particolare i seguenti elementi:

- La **diffusione capillare** delle sedi (un servizio per ciascun territorio di Distretto ad eccezione della Valnerina), ma in molti casi, soprattutto nei territori di minore dimensione della UsI Umbria 2 con equipe con insufficiente dotazione di personale.
- La **progressiva perdita di personale**, che non incide solo sulla dotazione quantitativa delle equipe ma anche sulla loro competenza e cultura di approccio. È in **progressiva uscita, infatti**,

il personale “storico”, con una formazione e competenze specifiche, a fronte dell'immissione di operatori spesso con contratti a tempo determinato e comunque senza una adeguata formazione precedente, considerato che in Italia non sono previsti percorsi specifici di formazione delle professioni sanitarie sull'approccio alle dipendenze, né al livello delle lauree di base né al livello delle scuole di specializzazione.

Bisogni di salute

Le principali criticità si riscontrano nella popolazione **adolescente e giovanile** (caratterizzata da disagio sfumato o quadri clinici severi, talvolta associati all'uso di sostanze) e negli **anziani affetti da dipendenze di lungo corso**, i quali presentano bisogni sociosanitari complessi. Riveste un'importanza cruciale l'attenzione al **contesto penale** (per quanto concerne l'assistenza e le alternative alla detenzione) e alla popolazione di **cittadini stranieri affetti da dipendenze**, in particolare i soggetti **irregolari** che incontrano difficoltà nell'accesso ai percorsi di cura.

Considerata l'espansione dei consumi e l'accresciuta complessità clinica (spesso connotata da disturbi psicopatologici e problematiche sociali concomitanti), si rende necessaria l'adozione di una prevenzione mirata e di un **approccio multidimensionale e di elevata integrazione** (sanitaria, sociale, con il coinvolgimento del Terzo Settore), superando il concetto di 'doppia diagnosi' in favore di una **risposta "di sistema"** solidamente radicata nelle comunità territoriali.

I **SerD** (Servizi territoriali specialistici per le dipendenze) costituiscono l'elemento cardine della Rete e sono tenuti a garantire completezza e continuità delle prestazioni. Il Decreto Ministeriale del gennaio 2023 stabilisce gli standard strutturali e organizzativi: è previsto almeno un SerD ogni 80-100.000 abitanti (nella fascia d'età 15-64 anni), con apertura di 5 giorni/settimana per 12 ore, e servizi in macroaree con apertura estesa a 6-7 giorni/settimana. Ciascun SerD deve disporre di un'équipe multiprofessionale conforme agli standard definiti dal DM.

In Umbria, i 12 SerD attualmente operativi (in numero superiore ai 7 previsti a regime) presentano sovente **équipe sottodimensionate**, situazione che compromette l'aderenza agli standard relativi agli orari di apertura e alla multidisciplinarietà. Si propone di **mantenere le attuali sedi per garantire la prossimità**, ma di **implementare soluzioni organizzative** (quali, ad esempio, la riduzione dei giorni di apertura dei servizi a minore affluenza o l'ottimizzazione della distribuzione farmacologica) al fine di assicurare il rispetto degli standard relativi all'orario di servizio e alla composizione dell'équipe. La sede del SerD dovrà essere **ubicata all'interno o funzionalmente e logisticamente collegata in modo stretto alla Casa di Comunità**.

In riferimento ai bisogni di salute della popolazione adolescente e giovanile sono da valorizzare interventi quali il Progetto “Giovani 2.0” servizio della USL Umbria 2, nato da un percorso di collaborazione ed integrazione dei Servizi del Dipartimento di Salute Mentale e del Dipartimento delle Dipendenze e discende dalla necessità di nuove risposte clinico-organizzative relativamente alle

richieste, sempre più complesse ed articolate, che provengono dal mondo giovanile e adolescenziale compreso nella fascia di età 14-24 anni. Il Servizio opera in stretta integrazione con i servizi di Neuropsichiatria Infantile, della Salute Mentale Adulti e delle Dipendenze e col Consultorio Giovani, oltre che con i servizi sociali territoriali.

I livelli dell'assistenza per le dipendenze

L'assistenza per le dipendenze, come stabilito dal decreto interministeriale Salute-Economia e Finanze (gennaio 2023), si articola in **quattro livelli**.

Il **Livello di consultazione e assistenza primaria** è il primo accesso (cittadino, familiari o *caregiver*). Prevede accoglienza, analisi della domanda, prima valutazione dei bisogni, diagnosi precoce e, se necessario, valutazioni specialistiche. L'accesso avviene direttamente al SerD, tramite il Punto Unico di Accesso (PUA) nella Casa di Comunità, o attraverso l'Equipe specifica di primo contatto per adolescenti e giovani adulti (sperimentale, preferibilmente in Casa della comunità). Altri punti (sportelli comunali, scolastici, associazioni) indirizzano al PUA. L'accesso diretto al SerD include accoglienza, ascolto, valutazione multidimensionale e definizione del PTRI (Piano Terapeutico Riabilitativo Individuale) secondo il PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale).

Il **Livello di presa in carico** comprende attività socio-sanitarie di diagnosi e cura (LEA) e assistenza residenziale/semiresidenziale. Sono erogate in forma integrata da *équipe* multiprofessionali, definite da PTRI a medio-lungo termine. I piani individualizzati coprono bisogni sanitari e sociali (inclusione, *empowerment*, anche con BdS, diagnosi/cura patologie correlate), con interventi a varia intensità (ambulatoriali, territoriali, prossimità), in integrazione con Enti territoriali e Terzo settore. I PTRI sono articolati per intensità assistenziale, dal II al V livello (rif. DM 77/2022, Tabella 2). I SerD contribuiscono all'assistenza ai detenuti nei quattro Istituti penitenziari umbri, con *standard* di personale (1 medico, 1 psicologo, 1 assistente sociale, 1 altra figura ogni 350 detenuti) stabiliti dal medesimo decreto del 2023.

Obiettivi di miglioramento degli aspetti organizzativi

- I servizi per le dipendenze delle Aziende USL costituiscono nei territori punti di riferimento consolidati e capillari, tuttavia risalta **l'eccessiva disomogeneità degli assetti organizzativi**, delle modalità di gestione delle risorse economiche dedicate, dei percorsi di accesso e presa in carico e delle procedure adottate per le prassi abituali, nonché il generale progressivo decremento delle risorse professionali;
- Il percorso di **aggiornamento delle disposizioni regionali riguardanti l'autorizzazione all'esercizio** dei servizi ambulatoriali, residenziali e semiresidenziali e le loro tipologie, nonché dei requisiti per **l'accreditamento e delle tariffe**, è stato opportunamente avviato e necessita di essere portato a compimento;
- È storicamente presente in Umbria una rete di **servizi di prossimità** dedicati alla riduzione del danno maggiormente diffusa rispetto ad altre regioni, particolarmente consolidata e articolata nel

territorio di Perugia, tuttavia è necessario prevedere una **diffusione più omogenea**, assicurando in particolare la copertura delle aree urbane a partire dalla città di Terni, e procedendo ad un aggiornamento degli assetti organizzativi e degli approcci di intervento in relazione ai nuovi bisogni;

- Sono da potenziare, e sviluppare entro rapporti di rete nell'ambito dell'assistenza territoriale e dell'integrazione territorio/ospedale, gli interventi di **prevenzione e trattamento delle patologie correlate, infettive ed internistiche**;

Area dell'integrazione

Sul piano dell'integrazione si evidenzia la necessità di **potenziare**:

- **i percorsi e gli ambiti strutturati di lavoro congiunto con aree sanitarie contigue**, in particolare con i servizi di Salute mentale, di Neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza e dei Servizi dei DNA, d'altro lato, con le diverse articolazioni dell'assistenza territoriale, compresi i MMG, con attenzione proiettata anche verso la costruzione di una cultura comune;
- i percorsi strutturati di **collaborazione con l'area dei servizi sociali comunali**;
- il lavoro integrato tra servizi pubblici e del Terzo settore, dalla fase della **coprogrammazione e coprogettazione** al raccordo entro i percorsi di cura (PDTA) e nella gestione di casi complessi con bisogni compresenti di profilo sanitario e sociale (BdS);
- **La collaborazione**, sulla base di opportuni protocolli, con le diverse articolazioni del **sistema della giustizia**;
- **i rapporti di collaborazione interistituzionale** e le azioni rivolte, in senso più ampio, al contesto delle comunità locali: l'evoluzione attuale dei fenomeni di addiction rende indispensabile allargare l'intervento alla sfera sociale e culturale, attraverso un ruolo attivo del sistema sociosanitario, del sistema sociale e del Terzo settore e il coinvolgimento delle realtà associative.

Strumenti di supporto

Per quanto riguarda gli strumenti di supporto, emergono necessità di evoluzione e potenziamento:

- del **sistema informativo regionale** specifico e dei supporti tecnologici, compresa l'introduzione della **telemedicina**;
- dell'articolazione **dell'osservatorio epidemiologico regionale rivolta alle dipendenze**;
- della **formazione degli operatori** sia a livello regionale che aziendale, anche a sostegno dei percorsi di integrazione;
- delle attività di **supervisione delle equipe**, per la valorizzazione del capitale umano e professionale e per la prevenzione del burn out;
- delle attività di **sperimentazione e ricerca**, finalizzate all'innovazione.

Altri servizi di cura e riabilitazione

Sono attivi in Umbria interventi di carattere innovativo denominati **“PAT - Programmi di Accompagnamento Territoriale”**, attuati da realtà del privato sociale nel contesto di vita dell'utente e alternativi (o complementari) al trattamento residenziale, che consistono in attività di accompagnamento attuate dagli operatori, durante la vita quotidiana della persona, secondo un piano di intervento individualizzato definito dal SerD di riferimento; l'intensità del supporto professionale viene calibrata in base alle capacità di autonomia dell'utente e ad una attenta valutazione dei suoi bisogni che prende in considerazione anche il contesto familiare e relazionale, secondo un piano di obiettivi step by step.

Fino ad oggi questa tipologia di servizio, che risponde efficacemente all'obiettivo di supportare la persona con programmi individualizzati attuati nel contesto di vita, è affidata, con modalità differenti, dalle ASL a **enti del privato sociale** attraverso specifici rapporti di convenzione.

Attualmente è in fase di completamento l'inserimento di questa tipologia di servizi entro il sistema dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento, con definizione di requisiti di qualità e sicurezza uniformi.

I servizi di riduzione del danno: Unità di strada e drop in

La strategia della riduzione del danno, pilastro nel trattamento delle dipendenze e recepimento di un approccio europeo (introdotta nei LEA dal DPCM 2017, sebbene priva di specifiche indicazioni operative), è stata storicamente concepita per fronteggiare l'emergenza AIDS, conseguendo una significativa riduzione delle infezioni da HIV e dei decessi per overdose. Nonostante la sua comprovata efficacia, tale approccio permane oggetto di dibattito e controversie in Italia, principalmente per ragioni di natura ideologica.

A livello regionale, l'Umbria ha anticipato l'adozione di questa strategia nell'ambito del Piano Sanitario Regionale 1999-2001. Ciò ha portato all'istituzione di specifiche Unità di strada nei territori di Città di Castello, Perugia, Foligno e Terni, oltre all'attivazione di un Centro a Bassa Soglia situato a Perugia. Secondo le rilevazioni della Fondazione GIMBE, l'Umbria si colloca tra le regioni con la maggiore dotazione di servizi di questo tipo, pur rilevando che solo il polo di Perugia risulta pienamente sviluppato e che le attività nel territorio di Terni sono state interrotte. Parallelamente, si mantiene stabile l'impiego di operatori di prossimità all'interno degli istituti penitenziari regionali.

Più di recente, alcune Zone sociali hanno avviato in via sperimentale l'attivazione di unità di strada dedicate alla gestione del disturbo da gioco d'azzardo.

In prospettiva futura, in coerenza con quanto previsto dai LEA, i servizi in questione necessitano di un ulteriore sviluppo, di una diffusione più equa sull'intero territorio regionale e di un costante aggiornamento delle modalità operative, al fine di rispondere adeguatamente ai fenomeni emergenti. È già stato intrapreso il processo per l'inserimento di tali servizi nel sistema regionale di autorizzazione ed accreditamento.

I gruppi di auto mutuo aiuto, le Associazioni

L'auto-mutuo-aiuto e il *peer support* costituiscono interventi fondamentali nell'ambito delle dipendenze e della salute mentale, con un'ampia documentazione dei benefici ottenuti (quali l'astinenza, il recupero, la ritenzione nei servizi e l'incremento del *recovery capital*). La loro massima efficacia si realizza quando il *peer support* viene *formalmente integrato* nei percorsi terapeutici e supportato da **programmi di formazione strutturati e procedure operative ben definite** rivolti ai *peer*. In Umbria, le associazioni di auto-mutuo-aiuto (come ARCAT e Anonimi) sono attive nel settore delle dipendenze; l'obiettivo strategico è intensificarne l'integrazione con i SerD e avviare la sperimentazione di gruppi di Auto Mutuo Aiuto facilitati dai Servizi.

La riorganizzazione della rete regionale per le dipendenze mira al superamento della "visione categoriale" in favore dell'adozione del **trattamento integrato** quale *standard* per la Doppia Diagnosi. Ciò implica la costituzione di équipes interprofessionali stabili, atte a garantire una risposta unitaria. La strategia delineata include: il potenziamento dell'intercettazione precoce (attraverso la collaborazione con i MMG e i servizi di prossimità), la stabilizzazione delle risorse professionali (superando l'impiego di figure a progetto) e l'istituzione di una collaborazione strutturale con il Terzo Settore. Saranno allocate risorse per la formazione trasversale comune e per l'elaborazione di PDTA regionali, al fine di assicurare una cura capillare, equa e specialistica. Attualmente in Umbria, i 12 SerD garantiscono la prossimità territoriale, ma le loro équipes risultano spesso sottodimensionate.

6.4.5 STRUTTURAZIONE DELLE RETI INTEGRATE

- **Costituzione di Equipe di doppia diagnosi**

La **doppia diagnosi**, definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come la coesistenza in un individuo di un disturbo da uso di sostanze e di una patologia psichiatrica, rappresenta oggi una delle sfide più complesse per il sistema sanitario umbro. Attraverso il nuovo Piano Regionale per la Salute Mentale, la Regione Umbria promuove un modello di cura integrato che mira a superare la storica frammentazione tra i servizi, mettendo al centro la persona attraverso percorsi personalizzati e multidimensionali.

Le evidenze epidemiologiche attuali indicano che la prevalenza di questa comorbidità all'interno dei Dipartimenti Integrati di Salute Mentale e delle Dipendenze si attesta intorno al 3-4%, ma il dato appare sottostimato a causa della separazione organizzativa tra i servizi. Al contrario, nei pazienti in carico ai Servizi per le Dipendenze (Ser.D.), la presenza di un disturbo psichiatrico associato (disturbi dell'umore, d'ansia o di personalità) raggiunge percentuali comprese tra il 50% e il 60%. A livello nazionale, si registrano circa 40.000 ricoveri l'anno per disturbi psichiatrici associati all'uso di sostanze, con un incremento preoccupante tra i giovani.

Questo scenario è in gran parte determinato dalla diffusione di nuove sostanze psicoattive e dal policonsumo che più frequentemente inducono disturbi psichiatrici. Inoltre la precocità anagrafica

interferisce gravemente con i processi di maturazione cerebrale degli adolescenti. La "finestra di maturazione" cerebrale, che si estende dai 10 ai 25 anni, è una fase di estrema vulnerabilità in cui l'uso di cannabinoidi, alcol o sostanze sintetiche può alterare la traiettoria di sviluppo della corteccia prefrontale, deputata al controllo e alla pianificazione, favorendo l'esordio di gravi disturbi psicotici o affettivi.

La **strategia adottata dall'Umbria prevede l'intervento simultaneo su entrambi i fronti clinici sin dal primo contatto**, privilegiando inizialmente interventi con terapie agoniste sul piano delle dipendenze ed interventi di carattere psicosociale sul piano dei disturbi psichiatrici. L'introduzione di interventi psicofarmacologici eventualmente dovrà essere utilizzata quando il paziente è più stabilizzato per gli aspetti tossicomani e sono ridotte le interferenze con le sostanze di uso voluttuario.

Dal punto di vista gestionale, l'obiettivo è garantire l'omogeneità dell'offerta e dell'accessibilità alle cure tra le diverse Aziende Sanitarie dell'Umbria. Ciò richiede il superamento delle eterogeneità nei sistemi informatici per permettere uno scambio fluido di dati tra Centri di Salute Mentale (CSM) e Ser.D., essenziale per il monitoraggio dei percorsi e la valutazione degli esiti. Nei centri urbani più grandi, andrà incoraggiata la costituzione di **équipe interdisciplinari miste o uniche che si faranno carico per intero dei pazienti in doppia diagnosi**, che rappresentano il modello organizzativo più efficace per gestire la complessità dei casi di doppia diagnosi. Appare, altresì, necessario investire nella **formazione comune degli operatori della salute mentale e delle dipendenze**, al fine di condividere strategie di intervento coerenti e ridurre il ricorso a misure drastiche come i Trattamenti Sanitari Obbligatori, attualmente molto elevati nel territorio umbro.

L'attuazione del DM 77/2022 e le linee del Piano Socio Sanitario Regionale offrono l'opportunità di rafforzare l'integrazione tra ambito sanitario e sociale. Lo strumento cardine di questa trasformazione è il **BdS**, che consente di attivare **progetti terapeutico-riabilitativi individualizzati in cui le risorse sanitarie si integrano con interventi di supporto abitativo e inclusione lavorativa**. Questo approccio valorizza la collaborazione con il terzo settore e il coinvolgimento attivo delle famiglie, favorendo la costruzione di reti di sostegno che vadano oltre la sola dimensione clinica.

- **Coordinamento ed équipe di transizione NPIA - Disabilità adulti - CSM**

La gestione della **transizione dalla NPIA verso i servizi per adulti** (CSM e Disabilità adulti) non sarà più intesa come un passaggio burocratico basato sul dato anagrafico, bensì come un **processo clinico e relazionale condiviso**. Il nuovo modello prevede l'attivazione di **protocolli di "transizione protetta"** che iniziano precocemente, già intorno ai 15 anni, attraverso l'individuazione di casi complessi che necessitano di una progettualità comune tra le équipe dell'età evolutiva e quelle dell'età adulta. L'obiettivo è garantire la continuità del percorso terapeutico-riabilitativo, evitando l'abbandono delle cure nel momento critico del giovane adulto e favorendo l'integrazione di competenze diverse in una logica di rete. Appare necessaria una **differenziazione dei percorsi di transizione in base al livello di complessità clinica e assistenziale**, distinguendo tra casi complessi e casi a bassa complessità, con modalità organizzative flessibili ma fondate su criteri che andranno condivisi.

a. Per i **casi complessi**, identificati in base ai livelli di articolazione assistenziale, si prevede l'attivazione di una **Unità di Valutazione multidimensionale /équipe di collaborazione multidisciplinare** trasversale ai Servizi, con la partecipazione di tutte le professionalità rappresentate, a seconda dei bisogni del caso, che definisca la programmazione degli interventi più appropriati, che garantisca la ricognizione delle risorse disponibili e dei progetti attivi sul territorio, con un confronto finalizzato alla gestione di un progetto di transizione condiviso. Il progetto deve prevedere quindi sempre una fase di collaborazione e co-conduzione del caso tra i Servizi dell'età evolutiva e quelli per adulti, al termine del quale avviene il passaggio definitivo della presa in carico. Tale percorso viene avviato precocemente, caso per caso, ma indicativamente tra i 15 e i 17 anni, e può proseguire fino ai 20-21, in funzione dei bisogni clinici e del livello di autonomia del giovane, consentendo una transizione graduale.

b. Per i **casi a bassa complessità**, appare invece necessario ripensare e uniformare procedure e criteri condivisi, superando le attuali disomogeneità legate alle differenti organizzazioni dei Servizi per l'Età Evolutiva. In questi casi, la transizione può avvenire attraverso protocolli più snelli, con la costituzione di **mini equipe**, che garantiscano la continuità assistenziale.

- **Coordinamento tra i professionisti della Casa della Comunità e i Servizi Specialistici del DISMeD**

Definizione di un protocollo operativo tra le diverse equipe operanti e i Servizi dell'area della salute mentale, che possa, al fine di promuovere la continuità e la precocità dell'intervento, definire:

- Strumenti valutativi preliminari - criteri di valutazione diagnostico-funzionale;
- Modelli progettuali e di intervento sui casi;
- Modalità e criteri di reciproca conoscenza e di trasmissione delle informazioni sui casi da un punto all'altro della filiera di intervento e/o di collaborazione progettuale sul medesimo caso;
- Tempistiche degli incontri;
- Ruoli e responsabilità;
- Valutazioni di processo e di esito.

- **Coordinamento equipe valutazioni delle competenze genitoriali e unità operativa specialistica traumi dell'età evolutiva:**

Saranno definiti dei protocolli operativi e le modalità di coordinamento tra le equipe dedicate alle **valutazioni genitoriali** e le equipe che hanno in cura i **minori**, in considerazione del ruolo di alta complessità che agiscono come cerniera tra il sistema giudiziario, i servizi sociali e la salute mentale. L'obiettivo principale non è solo "valutare", ma garantire che ogni decisione sia centrata sul **superiore interesse del minore**.

- **Costituzione di una rete alcolologica territoriale**

L'uso problematico di alcol in tutti i suoi livelli di gravità che prevedono un'evoluzione dall'uso rischioso al vero e proprio **Disturbo da Uso di Alcol (DUA)** colpisce fasce e tipologie di popolazione differenti con peculiari fattori di vulnerabilità e di rischio e impatta su molteplici aspetti biologici, psicologici e sociali del soggetto che ne è affetto. Ne consegue che la problematica, declinata come comportamento rischioso o come patologia, riveste un interesse multidisciplinare, multiprofessionale e trasversale, potendo interessare Servizi di cura differenti che possono evidenziare e prendere in carico aspetti diversi correlati al consumo.

Va considerato che in generale nel nostro paese sono meno del 10% i soggetti affetti da DUA che, avendo necessità di cura, vengono presi in carico dai Servizi per le Dipendenze. Resta necessario pertanto, tenendo conto della rilevanza epidemiologica del fenomeno e la molteplicità dei danni alcol-correlati, che tutti gli ambiti sanitari debbano essere sensibilizzati ad intercettare le problematiche alcol-correlate.

Inoltre, considerando che il consumo di alcolici oltre ad essere lecito è fortemente incoraggiato e sostenuto dalla cultura, dalla tradizione e dall'economia, risulta necessario implementare una sensibilità della popolazione generale riguardo all'alcol per modificare una disposizione tendente ad un atteggiamento di tolleranza verso il consumo ed una svalutazione dei problemi correlati. Atteggiamento che condiziona anche l'azione degli operatori sanitari, anche quelli dei Ser.D., e che non favorisce l'intercettazione di persone che potrebbero beneficiare di un intervento di cura.

Il consumo problematico di alcolici è frequentemente in **comorbidità con disturbi psicopatologici e comportamentali**. In tale ambito sono critiche le ricadute nel contesto familiare (separazioni, perdita della potestà genitoriale, affidamento dei figli), in quello sociale (perdita dell'occupazione) ed in quello legale (sospensione o ritiro della patente, reati contro la persona o contro il patrimonio).

D'altro canto, il consumo di alcol si associa a molte patologie organiche tra cui malattie infettive, malattie oncologiche, disturbi neurologici, malattie cardiovascolari, malattie gastrointestinali. In particolare vanno segnalati i potenziali danni su pazienti anziani fragili e sui giovani con possibili alterazioni della plasticità neuronale. Altri soggetti a rischio sono le donne in età fertile che hanno intenzione di intraprendere una gravidanza, così come quelle già in gravidanza. Spesso viene sottovalutato il possibile rischio teratogeno dell'alcol in gravidanza, infatti, non esiste una minima dose sicura da poter assumere. L'esposizione del feto all'alcol può determinare problematiche del neuro-sviluppo, la comparsa di anomalie congenite fino all'eventualità più grave che rientra nello Spettro dei Disordini Feto-Alcolici.

Oltre ai SerD, per i soggetti con problematiche alcol-correlate, esistono molte porte di accesso nel sistema socio-sanitario. Merita segnalare gli ambiti più importanti: MMG e PLS; Pronto soccorso, Dipartimenti di Emergenza-Urgenza e Terapie Intensive; Reparti ospedalieri (medicina interna, gastroenterologia, neurologia, ortopedia, ostetricia e ginecologia, centri trapianti); Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) e Centri di Salute Mentale (CSM); Consultori; i Medici della Sanità Penitenziaria; i Servizi di Medicina del Lavoro e i Medici Competenti; i Servizi Sociali dei Comuni, gli

Operatori del Terzo Settore, il Sistema Giudiziario e i Servizi di Tutela Minori, le Strutture Residenziali Accreditate, le Comunità Terapeutiche e le Associazioni di Volontariato.

In ambito ospedaliero si possono considerare due tipologie di pazienti che possono necessitare di un trattamento per il Disturbo da Uso di Alcol: pazienti con quadri acuti e pazienti con complicanze organiche correlate ad una cronica intossicazione da alcol che possono essere ricoverati in vari reparti. Va sottolineato, peraltro, che il momento del ricovero può rappresentare un momento motivazionale strategico per favorire i percorsi ambulatoriali successivi.

D'altro canto, nell'ambito della prevenzione e della rilevazione di problematiche alcol-correlate non vanno dimenticati soggetti privilegiati che incidono sul tessuto sociale locale quali: la Scuola, le Forze dell'Ordine, i Sacerdoti e le Istituzioni Religiose, le Associazioni Sportive Locali, le Associazioni Culturali e tutte le forme aggregative che agiscono in un territorio.

È necessario che i Servizi Socio-Sanitari condividano approcci, informazioni e ambiti di trattamento, favorendo interventi che permettano di far emergere il cosiddetto "sommerso" per consentire un cambiamento degli stili di vita o una vera e propria presa in carico dei Servizi Specialistici.

A tal fine risulta necessaria la creazione di una **"Rete Alcolologica" territoriale** che dovrebbe essere declinata in ogni area di riferimento socio-sanitaria corrispondente agli attuali Distretti governata dai Ser.D. attivi nei territori. La rete alcolologica deve essere intesa come **rete curante all'interno della quale i diversi servizi dialogano con un linguaggio comune e condividono prassi e procedure mirate alla rilevazione dei bisogni e alla presa in carico degli stessi in qualunque punto della traiettoria di malattia il soggetto si collochi.**

In tal senso una volta creata la rete, in qualunque nodo si trovi, il soggetto dovrebbe essere sottoposto a valutazione per uso rischioso, dannoso o problematico di alcol. Inoltre, nel caso si rilevi la necessità di prevenire comportamenti scorretti, gli operatori dovrebbero essere formati per eseguire il cosiddetto Intervento Breve. L'**"Intervento Breve"** è un colloquio ad impronta motivazionale cui sottoporre in particolare i bevitori a rischio per dare informazioni sui pericoli legati alla prosecuzione del consumo alcolico, favorire la presa di coscienza rispetto al proprio bere e stimolare la persona nell'individuazione di un obiettivo da perseguire al fine di modificare le proprie abitudini.

Nella rete ciascuna figura professionale opera quindi sul paziente sia in relazione alle proprie specifiche competenze tecniche, sia in qualità di membro di un gruppo di lavoro orientato a un approccio integrato in ambito di prevenzione e rilevazione di problematiche alcol-correlate. Naturalmente là dove si concretizza il sospetto di un problema alcol-correlato conclamato la rete dovrà operare affinché si possa inviare il soggetto al servizio specialistico per una presa in carico.

La rete alcolologica deve essere costituita sulla base delle indicazioni fornite dai riferimenti legislativi e programmatici in materia di prevenzione, cura e riabilitazione dei comportamenti e delle patologie alcol-correlate.

Tabagismo e Centri antifumo

Le evidenze scientifiche

Il fumo di tabacco rappresenta uno dei principali fattori di rischio evitabili per la salute pubblica a livello mondiale. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), il tabagismo è responsabile ogni anno di milioni di decessi ed è associato a numerose patologie gravi ed invalidanti. Negli ultimi decenni, molti Paesi hanno introdotto politiche di controllo del tabacco con l'obiettivo di ridurre il numero di fumatori e limitare i danni legati al consumo di sigarette. In Italia, sebbene si sia osservata una progressiva diminuzione dei fumatori rispetto al passato, persistono ancora differenze territoriali significative. Alcune regioni, tra cui l'Umbria, mostrano infatti una prevalenza di fumatori superiore alla media nazionale.

Il tabagismo è considerato una dipendenza cronica, causata principalmente dalla nicotina, una sostanza che provoca una forma di dipendenza sostenuta da un forte craving. Il consumo di tabacco aumenta in modo significativo il rischio di sviluppare diverse patologie, tra cui il tumore ai polmoni, le malattie cardiovascolari, la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), l'ictus e alcune complicanze durante la gravidanza. Oltre ai danni diretti sulla salute del fumatore, il fumo passivo rappresenta un ulteriore rischio per le persone esposte, in particolare bambini e anziani.

Ridurre il numero di fumatori è uno degli obiettivi centrali della sanità pubblica moderna. Le evidenze scientifiche dimostrano in modo costante che alcune strategie risultano particolarmente efficaci nel diminuire la diffusione del fumo nella popolazione.

A livello internazionale, l'OMS ha elaborato un approccio integrato per il controllo del tabacco, noto come modello MPOWER. Questo si basa su sei strategie fondamentali: monitorare il consumo di tabacco, proteggere le persone dal fumo passivo, offrire aiuto per smettere, informare sui rischi attraverso avvertenze sanitarie, far rispettare i divieti sulla pubblicità e aumentare le tasse sul tabacco.

- M = Monitorare il consumo di tabacco;
- P = Proteggere dal fumo passivo;
- O = Offrire aiuto per smettere;
- W = Warning, cioè avvertenze sanitarie;
- E = Enforcement dei divieti pubblicitari;
- R = Raising taxes, aumento delle tasse.

Riguardo all'offerta di aiuto per la cessazione del consumo di tabacco va considerato che molti fumatori hanno bisogno di un sostegno concreto per riuscire a smettere. In questo ambito si utilizzano diversi strumenti, come cerotti e gomme alla nicotina, farmaci specifici, percorsi di counselling psicologico, trattamenti di gruppo. Le evidenze scientifiche dimostrano chiaramente che il supporto professionale aumenta in modo significativo le probabilità di successo nel lungo periodo.

Il Sistema Regionale dei Servizi per il Disturbo da Gioco d'Azzardo Patologico (GAP)

La Regione ha sviluppato un sistema organizzato e coordinato di servizi dedicati al trattamento del Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA), con l'obiettivo di garantire ai cittadini un accesso equo, uniforme e qualificato alle cure su tutto il territorio regionale. Attraverso una rete capillare e integrata, il sistema si propone di offrire risposte efficaci e personalizzate alle persone affette da gioco d'azzardo patologico e alle loro famiglie, favorendo percorsi di recupero, inclusione sociale e miglioramento della qualità della vita.

Il ruolo di questi servizi non si esaurisce nel lavoro clinico, di diagnosi e cura, ma essi fungono allo stesso tempo da punto di riferimento nei territori per lo sviluppo di azioni integrate con i servizi dei Comuni e le altre istituzioni locali, il terzo settore, il volontariato. La progettualità di queste azioni muove da una logica di sistema secondo un modello di intervento rispondente a criteri di intersectorialità, di continuità, di omogeneità nel territorio, di efficacia organizzativa e metodologica. Il modello si basa su una struttura regionale unitaria, coordinata da una Cabina di Regia regionale, e su una rete capillare di servizi territoriali e punti di accesso, sostenuti da équipe multidisciplinari specializzate. La finalità del sistema è quello di perseguire i seguenti obiettivi:

- assicurare interventi terapeutici specifici e appropriati;
- garantire un'offerta di trattamento completa e multidimensionale;
- uniformare gli approcci e le opportunità di accesso ai servizi in tutto il territorio regionale;
- valorizzare le esperienze locali più efficaci e promuovere l'innovazione;
- offrire servizi vicini ai contesti di vita delle persone, mantenendo elevati standard diagnostici e terapeutici.

6.5 Servizi di supporto all'inclusione

IL SUPPORTO ALL'ABITARE (HOUSING ASSISTITO)

L'abitare costituisce un fattore fondamentale di vita per le persone con gravi disturbi psichiatrici che necessitano di un percorso di aiuto nel sostenere la quotidianità nei suoi diversi aspetti. Il Supporto all'Abitare può rivelarsi pertanto un elemento assistenziale di grande importanza nell'ambito dei progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati.

Il Supporto all'Abitare può favorire la fase di passaggio verso l'acquisizione di una completa autonomia abitativa, oppure una situazione più stabile anche se comunque tesa ad una sempre maggiore indipendenza e ad una migliore qualità della vita. Gli interventi non sono limitati solo al domicilio, ma soprattutto al di fuori per implementare le capacità di relazionarsi con il tessuto sociale circostante. Si tratta di realizzare un accompagnamento finalizzato a consentire il recupero, l'acquisizione e il

mantenimento di abilità, di competenze e di autonomie comportamentali e relazionali volte al miglioramento delle capacità di funzionamento personale, affettivo e sociale, valorizzando i punti di forza, le esperienze, la consapevolezza dei propri diritti e l'autonomia nella propria comunità. Il Supporto all'Abitare può essere realizzato entro progettualità di singoli pazienti o entro programmi di convivenza in piccolo gruppo.

Con il Supporto all'Abitare si vuole agire sul contesto di vita del paziente, costruendo una rete, in particolare, attraverso l'affiancamento e la mediazione sociale, con una verifica dei compiti quotidiani, anche favorendo le dimissioni dalle strutture residenziali promuovendo interventi di prossimità.

Necessaria una serie diversificata di opportunità per avviare esperienze di Supporto all'Abitare in salute mentale quali progetti sull'abitare a gestione pubblica e coordinamento del DSM attraverso il coinvolgimento del Terzo settore, così come progetti che vedono lo stretto raccordo tra servizi sanitari e sociali del territorio integrando l'assistenza sanitaria con quella socio-assistenziale comunale, e/o attivando progettualità finanziate dai fondi della Legge n. 112/2016 (Dopo di Noi).

Considerata la rilevanza della tematica, il presente Piano intende promuovere una specifica azione strategica sul Supporto all'Abitare in salute mentale.

L'INSERIMENTO LAVORATIVO E LA FORMAZIONE (IPS - INDIVIDUAL PLACEMENT & SUPPORT)

Promuovere l'inclusione lavorativa delle persone con problemi di salute mentale assume un ruolo centrale entro l'approccio biopsicosociale alla cura.

L'assunzione di un ruolo lavorativo ha un impatto decisivo su diversi fattori, dal reddito alla possibilità di autodeterminare le proprie scelte, dall'opportunità di esercitare un'attiva inclusione e partecipazione sociale alla lotta allo stigma, dall'investimento nelle proprie capacità all'esperienza di un ruolo sociale riconosciuto.

Anche quando tali esperienze sono realizzate entro tirocini e l'aspetto "formativo" risulta preminente, le attività che implicano la persona entro un contesto sociale, rappresentano l'opportunità di esercitare competenze cognitive, esecutive, la gestione di situazioni complesse, lo stress, le relazioni sociali, il riconoscimento di ruoli e gerarchie.

Per le persone con problemi di salute mentale sono molti gli ostacoli, sia individuali che contestuali, per entrare nel mondo del lavoro (problematiche psicopatologiche, timore di perdere i sussidi di disoccupazione, stigma, discriminazioni e basse aspettative degli stessi operatori sanitari).

Il lavoro, come determinante sociale della salute, diviene quindi elemento essenziale su cui costruire progettualità orientate alla recovery, che non debba ritenersi accessorio o eventuale.

I PRTP sostenuti da BdS, nel caso di giovani-adulti e adulti con problematiche di salute mentale, vanno ad integrare le diverse dimensioni, dell'abitare, della socialità/affettività, della formazione e del lavoro, strettamente connesse e correlate tra loro, nell'ottica di sviluppare aspirazioni e prospettive personali entro la comunità di riferimento.

In questa visione la rete servizi sanitari e sociali (DSM, Servizi Sociali comunali, Servizi per l'Impiego, Terzo settore e Associazionismo) deve collaborare e co-progettare al fine di personalizzare i percorsi

ricorrendo alle diverse fonti di finanziamento appositamente previste, misure e interventi legati al REI, collocamento mirato per le persone in condizione di disabilità (legge 68/99), IPS (Individual Placement & Support, ecc.).

La nuova progettualità della prescrizione sociale

In linea con quanto previsto dal PANSM la Regione Umbria si predisporranno le linee di indirizzo per progetti sperimentali di prescrizione sociale, prevedendo l'inserimento della figura dell'operatore di collegamento (link worker) nelle Case della Comunità. Tale operatore avrà il compito di connettere gli assistiti con le risorse sociali, culturali e sportive del territorio, seguendo le 7 fasi chiave delineate dall'OMS per affrontare in modo olistico i determinanti sociali della salute".

6.6 Le strutture intermedie (Residenziali e Semiresidenziali): riqualificazione e specializzazione dei percorsi riabilitativi

LA RETE DELLE STRUTTURE PER ADULTI

La mancanza della definizione di un fabbisogno preciso negli anni precedenti ha portato ad una proliferazione di posti letto e di strutture tale che tra le Regioni del Centro, la Regione Umbria ha dal 2016 valori costantemente molto più elevati della media nazionale e si colloca all'ultimo posto nel rapporto tra numero di strutture per 100.000 abitanti con un primato di 8,7/100.000 (rapporto ISTISAN 2026). Se si esamina più dettagliatamente il numero di posti letto si può notare che questo, seppur superiore alla media nazionale, colloca la Regione al quart'ultimo posto nazionale con 8 posti letto per 10.000 abitanti. Ciò significa comunque che le strutture presenti sul territorio sono di piccole dimensioni e mantengono quindi la possibilità di costruire rapporti non istituzionalizzati con gli abitanti, grazie ad un rapporto operatori utenti adeguato.

Purtroppo la situazione dei gruppi di lavoro delle varie strutture è caratterizzata da un turnover molto rapido degli operatori, da carenze di formazione specifica e da uno scarso contatto con i gruppi di lavoro dei CSM dovuto alla grave carenza di risorse. Ciò comporta aspetti molto critici: il primo consiste nel fatto che la popolazione dei residenti di molte strutture è costituita da pazienti cronicizzati, la cui unica via di dimissione è verso le strutture per anziani, ma per i quali i servizi non sono in grado di recuperare risorse per progetti alternativi, di residenzialità leggera ad esempio con badantati.

Un'altra criticità molto complessa consiste nella necessità di inserire persone con disturbi del comportamento, che abbiano o meno commesso reati, ma che comunque costituiscono un disturbo

per le famiglie e/o per la società. L'indicazione non è ovviamente tecnica, ma di controllo sociale, ma sempre più fortemente richiesta da una cittadinanza spaventata e insicura.

Una terza problematica consiste nelle necessità di esperienze di autonomizzazione dei giovani che spesso non sono in grado di portare avanti vite indipendenti, per sofferenze personali, ma anche per carenze di possibilità di integrazione.

In nessuno di questi casi il personale delle strutture è oggi in grado di fare fronte alle difficoltà in modo compiuto.

È pertanto necessario ripensare ex novo la formazione di questi operatori, anche a partire dalla formazione universitaria - ivi compresa l'istituzione di un corso per terapisti della riabilitazione psichiatrica - ma anche con l'organizzazione di una formazione di base congiunta di questi operatori con quelli dei Servizi. Tale formazione dovrebbe occuparsi da un lato di attività e tecniche specifiche, ma anche di una serie di tematiche, più coerenti e continuative rispetto alla storia della salute mentale in Umbria, che prevengano l'istituzionalizzazione totale e che si occupino degli aspetti specifici della relazione e della continuità e progettualità esistenziale dei gruppi di riabilitazione e dei singoli abitanti. Il PANSM infatti non fa menzione di alcuni aspetti sui quali è necessario invece soffermarsi quali, ad esempio, la gestione della notte, l'aggressività, le relazioni sessuali e sentimentali, l'accompagnamento nelle soluzioni di vita.

Bisogna inoltre descrivere il cambiamento radicale dei casi che vengono inseriti, specialmente per quanto riguarda i giovani, che a loro volta necessitano di capacità peculiari.

Serve inoltre di restituire alle cooperative un ruolo progettuale specifico nell'ottica della co-progettazione che superi in parte le logiche degli appalti e che sia di innovazione per rivedere l'assetto delle attuali strutture residenziali e semiresidenziali del DISMeD, riqualificarle alla luce della nuova classificazione introdotta dal Regolamento regionale 2/2022, indirizzarle in maniera più specifica ai bisogni emergenti e collegarle in una rete più coerente.

Per ridurre il numero dei posti letto dovrà essere messo in campo un impegno specifico per potenziare la rete esistente di "abitare supportato" e di "residenzialità leggera", migliorandone l'accessibilità e ampliando i canali di reperimento degli alloggi, affinché non restino in struttura persone che possono sostenere una maggiore autonomia di vita.

Inoltre da valutare la possibilità di rientro in regione da parte di alcuni pazienti del DISMeD oggi ospitati in residenze fuori Umbria, ottimizzando le risorse economiche e valorizzando i servizi della rete locale.

LA RETE DELLE STRUTTURE PER MINORI

Centri diurni semiresidenziali: I trattamenti in regime semiresidenziale costituiscono un elemento importante dell'intervento in favore dei minorenni con disturbi neuropsichici, ove sia necessaria una maggiore intensità di intervento e/o una parziale discontinuità con i contesti di vita. Il dettaglio delle indicazioni all'intervento e delle caratteristiche dei percorsi è indicato nell'accordo in Conferenza Unificata del 13 novembre 2014 "Interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico - riabilitativi

per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza", (Rep. Atti n. 138/CU) e dal DPCM LEA 12 gennaio 2017.

Le indicazioni dettagliate per l'intervento e le caratteristiche dei percorsi sono stabilite dall'Accordo in Conferenza Unificata del 13 novembre 2014 (Rep. Atti n. 138/CU), recante "Interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico-riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza", oltre che dal DPCM sui Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) del 12 gennaio 2017.

L'inserimento in strutture semiresidenziali rappresenta un ponte tra la terapia ambulatoriale e il ricovero, puntando a un'intensità di cura elevata senza sradicare il minore dal suo contesto familiare. Sono inseriti minori con un progetto di intervento terapeutico-riabilitativo individualizzato predisposto sulla base di una valutazione funzionale effettuata dall'equipe multidisciplinare. Le attività vengono svolte da educatori specializzati e specificamente formati.

Centri semiresidenziali a gestione diretta per i Disturbi del Neurosviluppo:

1. Centro semiresidenziale (Perugia) 2-15 anni
2. Centro semiresidenziale l'Aquilone (Marsciano) 30 utenti 2-15 anni
3. Centro semiresidenziale In Giardino (Foligno) 10 utenti età 3-17 anni
4. Centro semiresidenziale Coriandoli (Spoleto) 15 utenti età 3-17 anni
5. Centro diurno BAO BAB (Terni) 15 utenti età 3-17 anni
6. Centro semiresidenziale Il Piccolo Principe (Orvieto) 15 utenti età 3-17 anni

Sono presenti inoltre centri semiresidenziali e residenziali in convenzione per i Disturbi del Neurosviluppo, con disomogeneità di diffusione nel territorio.

Sono presenti nel territorio umbro solo due Comunità residenziali terapeutiche in convenzione a media intensità (La Goccia, Arcadia).

Obiettivo:

Potenziare il numero di posti presso **strutture RP1** (Strutture Residenziali Psichiatriche Terapeutico Riabilitative) di cui al RR n.2/2022, e in particolare:

- RP1.1 ad alta intensità terapeutico riabilitativa per unità specializzate nella fascia 14-24 anni, anche rispetto a fase post acuzie, con previsione di inserimento con e senza provvedimento dell'Autorità Giudiziaria; attualmente si evidenzia una grande criticità nella gestione di situazioni cliniche di instabilità comportamentale grave: Episodi di aggressività etero-diretta o autolesionismo severo non gestibili a casa, esordi psicotici o disturbi dell'umore gravi con ideazione suicidaria persistente o perdita del contatto con la realtà.

Potenziare il numero di posti presso **strutture RD3 residenziali e semiresidenziali** (Strutture Residenziali per Minorenni con Disturbi in Ambito Neuropsichiatrico e del Neurosviluppo) di cui al RR n.2/2022, garantendo una riabilitazione basata sull'evidenza, mantenendo elevati gli standard qualitativi:

- Specializzazione degli Interventi (Evidence-Based)
- Protocolli Validati che permettono di misurare i progressi in modo oggettivo.
- Targeting degli Obiettivi: Definire obiettivi all'interno del Progetto Terapeutico Individualizzato/progetto di vita individualizzato in alleanza con la famiglia
- Monitoraggio e Indicatori di Esito tramite Sistemi di Misurazione per verificare se il trattamento sta effettivamente migliorando la qualità della vita dell'utente.
- Supervisione Clinica: garantire l'omogeneità metodologica delle equipe.
- Formazione Continua: Aggiornamento costante sulle nuove linee guida dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS).

LA RETE DELLE STRUTTURE PER I DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE (DNA)

Percorso a media complessità assistenziale - Semiresidenziale (MCA)

I percorsi a Media Complessità Assistenziale si inseriscono come programma in continuità con il trattamento ambulatoriale, residenziale o ospedaliero.

La struttura diurna costituisce una valida alternativa alla permanenza prolungata in regime ospedaliero o residenziale, sia per pazienti in età adolescenziale o adulta. Il programma semi-residenziale è indicato nei pazienti che non rispondono al trattamento ambulatoriale, pazienti che presentano una lunga storia di malattia e pazienti che, in seguito ad un trattamento riabilitativo intensivo in una struttura residenziale, necessitano di un ulteriore periodo riabilitativo per il recupero di abilità sociali, lavorative e di studio.

Gli obiettivi da raggiungere a breve, medio e lungo termine nel regime riabilitativo semi-residenziale sono definiti dalle *Linee Guida Regionali per la diagnosi e il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare* – Regione Umbria, Giugno 2013.

Nel percorso in MCA il paziente è preso in carico da tutta l'equipe multidisciplinare che lavora sulla molteplicità di aspetti della vita del paziente.

In questo livello un peggioramento dei sintomi renderà necessario rivedere il percorso di cura in essere ed orientarlo verso un percorso più intensivo (ACA) o verso il ricovero salva vita ospedaliero. Al contrario, la remissione dei sintomi, porterà al follow-up e alla dimissione del paziente. La durata media di un percorso in MCA è di circa 6-12 mesi.

Alta Complessità Assistenziale: i Servizi Residenziali riabilitativi

Il percorso intensivo ha l'obiettivo generale di iniziare un percorso di cura finalizzato all'interruzione dei fattori di sviluppo e mantenimento del disturbo alimentare. Una caratteristica importante di questo approccio è l'alta intensità e specializzazione del trattamento, che permette una corretta valutazione degli esiti e la possibilità di orientare l'intervento terapeutico sui bisogni specifici del paziente e della sua famiglia. Il trattamento all'interno di una struttura residenziale costituisce un

presidio terapeutico da connettere con le altre parti della rete assistenziale; l'invio e la dimissione della stessa struttura quindi devono essere concordati dall'intera équipe che si occupa del paziente. L'utilizzazione di un trattamento residenziale deve essere attentamente valutata anche sul piano dei costi-benefici, anche se mancano in Italia analisi di costo-efficacia.

La complessità del trattamento riabilitativo ad alta intensità necessita di un ambiente adeguato di tipo extra ospedaliero e la valutazione di tutte le dimensioni sintomatologiche caratterizzanti il disturbo alimentare.

Il trattamento offerto deve essere di tipo integrato e multidisciplinare. Si avranno quindi interventi di tipo medico, farmacologico, psichiatrico, nutrizionale, psico-riabilitativo, socio-educativo e familiare. La riabilitazione nutrizionale, la rieducazione del comportamento alimentare e gli interventi psicologici mirati devono procedere nel corso del soggiorno residenziale in sintonia ed armonia e vanno modulati sulla base delle condizioni generali e della capacità di collaborazione del paziente.

L'insieme di questi interventi, compiuti in una logica integrata, viene definito riabilitazione psiconutrizionale (*Ostuni, 1997; Scribner Reiter & Graves, 2010; Quaderno della Salute n. 17/22 del Ministero della Salute,*).

Gli obiettivi da raggiungere a breve, medio e lungo termine nel regime riabilitativo residenziale sono definiti dalle *Linee Guida Regionali per la diagnosi e il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare*.

Il trattamento si compone colloqui individuali e un lavoro intensivo in gruppo, dove il pz, secondo diversi approcci e orientamenti teorici, lavorerà sulle sue istanze personali e sui comportamenti alimentari disfunzionali. Fondamentale il lavoro sul corpo e sui suoi significati simbolici e sulle dinamiche familiari, al fine di produrre un cambiamento profondo nei comportamenti e nella relazione. In questo livello un peggioramento dei sintomi renderà necessario rivedere il percorso ed orientarlo verso il ricovero salva vita ospedaliero. Al contrario, la remissione dei sintomi, porterà al follow-up e alla dimissione del paziente. La durata media di un percorso in MCA è di circa 6-12 mesi.

LA RETE DELLE STRUTTURE PER LE DIPENDENZE

Un elemento caratterizzante il sistema di intervento per le dipendenze è rappresentato dal **Terzo settore**, che ha assunto storicamente in questa area un'identità autorevole propria e gestisce una serie di servizi accreditati. In Umbria sono presenti servizi residenziali e semiresidenziali accreditati gestiti nel complesso da 7 Enti no profit, che hanno sviluppato in generale un rapporto consolidato di collaborazione con i servizi pubblici.

Secondo l'analisi effettuata dalla fondazione GIMBE con dati 2024, nel confronto con le altre regioni **l'Umbria si pone ai livelli più elevati per numero di strutture residenziali e semiresidenziali** in rapporto alla popolazione generale; con 4,9 strutture ogni 100.000 abitanti di 15-74 anni, la regione è seconda in Italia dopo la Valle d'Aosta (5,4) e ben al di sopra della media nazionale (2,1).

Risultano assenti nel territorio regionale le seguenti tipologie definite nell'ambito della Classificazione delle strutture sanitarie e sociosanitarie di assistenza territoriale extraospedaliera adottata con il Regolamento regionale 12 aprile 2022, n. 2:

- **Struttura specialistica residenziale per persone con dipendenza patologica** e con gravi patologie fisiche o psichiche su base organica;
- **Struttura terapeutico-riabilitativa** residenziale per programmi brevi ad alta intensità terapeutica, e analoga struttura semiresidenziale;
- **Struttura pedagogico-riabilitativa** residenziale a bassa intensità assistenziale.

Non sono presenti in Umbria, inoltre, **strutture dedicate specificamente a minorenni con problemi di dipendenza**.

Riguardo alla collocazione delle strutture nel territorio regionale, risalta la significativa maggiore presenza nel territorio dell'Azienda USL Umbria 2 rispetto all'Azienda USL Umbria 1.

Il numero di **posti letto complessivo è largamente eccedente il fabbisogno regionale**, circa l'80% dell'utenza accolta complessivamente nelle strutture in Umbria proviene da altre regioni. D'altro canto, una quota degli inserimenti effettuati a favore di utenti umbri è disposta dai SerD locali presso strutture residenziali collocate in territorio extraregionale.

È pertanto necessario, sulla base di accordi con il privato sociale accreditato, **attivare percorsi di innovazione di questi servizi in risposta ai bisogni emergenti in ambito regionale**. E' necessario inoltre sviluppare ulteriormente percorsi di integrazione dal livello programmatico regionale, a quello operativo di livello locale, includere questo versante dell'offerta nel complessivo percorso di innovazione mirato ad adeguare i servizi e i percorsi di trattamento ai bisogni attuali, ampliare il coinvolgimento ad ulteriori soggetti del Terzo settore e delle associazioni no profit facendo leva sugli strumenti di amministrazione condivisa (co-programmazione, coprogettazione, accreditamento) previsti dal nuovo Codice del Terzo settore.

Vanno considerate in particolare due tipologie di interventi residenziali che non trovano risposta nella rete delle strutture residenziali per le dipendenze in Umbria. Il primo è destinato a **pazienti con lunga storia di dipendenza patologica con complicanze organiche gravi e cronicizzate**, con estrema povertà della rete socio-familiare che non hanno sviluppato competenze lavorative e sono privi di reddito o di altre forme di sostegno economico. La seconda tipologia è rappresentata da **strutture residenziali intermedie tra gli Istituti di Pena e le Comunità Terapeutiche** in cui sia possibile accogliere le misure alternativa alla pena di detenuti con disturbo di addiction non determinati a mettere profondamente in discussione la propria condotta tossicomane. Si tratterebbe in quest'ultimo caso di creare **strutture residenziali con equipe formate per lavorare con bassi livelli motivazionali** che è una modalità di lavoro innovativa dal momento che le Comunità Terapeutiche organizzate secondo uno stile tradizionale tendono a selezionare a monte l'accoglienza degli ospiti favorendo l'ingresso dei soggetti più motivati.

STRUTTURA PER LA GESTIONE DELLA DISASSUEFAZIONE

La presa in carico del paziente con problematiche di dipendenza passa in genere attraverso un percorso iniziale di disintossicazione/disassuefazione che può essere svolto con un programma ambulatoriale o, nei casi più gravi, può necessitare di un inserimento in struttura dedicata.

Attualmente i trattamenti vengono eseguiti, quando in regime d'elezione, in cliniche convenzionate extra-regionali, oppure quando in emergenza presso i pronto soccorso (PS) o presso i reparti di urgenza dei nosocomi regionali. Il numero di pazienti che necessitano di questi trattamenti è in aumento, inoltre sempre di più si osservano dipendenze multiple (ad esempio alcool e cocaina) o correlate a nuove sostanze.

Le sostanze che più di altre necessitano di disintossicazione/disassuefazione sono: oppiacei, alcool, cocaina ed altri stimolanti, benzodiazepine.

I casi di dipendenze multiple e/o crociate rendono la procedura di disintossicazione ancora più complessa e più suscettibile di complicanze mediche e pertanto devono essere effettuate in centri specializzati.

Infine va considerata la complessità delle doppie diagnosi, dove il disturbo da uso di sostanze è in comorbidità con un quadro psicopatologico, per cui la gestione del caso pone la necessità di aggiungere alle competenze tossicologiche anche quelle psichiatriche e quindi la definizione di un setting di elevato profilo specialistico.

L'attuale disponibilità nei Pronto soccorso e negli Ospedali non rende possibile una disintossicazione d'urgenza in condizione ottimale. D'altro canto i posti letto nelle cliniche extra-regionali sono pochi e necessitano di liste d'attesa molto lunghe (spesso più di quattro settimane).

Risulta pertanto opportuno creare nella nostra Regione una struttura specificatamente dedicata alla disassuefazione/disintossicazione che possa gestire i pazienti che necessitano di tale trattamento anche ricorrendo a protocolli e metodiche più innovative quale ad esempio un nucleo di 10 posti letto in un OdC con personale dedicato in continuità con un SerD di riferimento e con le strutture ospedaliere per le specificità di percorso.

L'ipotesi sarebbe quella di prevedere un ricovero di 3 o 4 settimane per completare tutto il percorso di disintossicazione ed avviare le premesse di un trattamento psico-sociale. Oppure, se ricoverato in ospedale, in sinergia con il Terzo settore, si potrebbe gestire, durante il ricovero la fase più complessa da un punto di vista farmacologico per la disintossicazione della durata di circa 7 – 10 giorni e, successivamente, quando il paziente è stabile, potrebbe essere trasferito in una struttura residenziale dove continuare il percorso per altre tre settimane circa.

Il vantaggio del secondo modello è di ridurre la fase ospedaliera, tra l'altro più costosa, ed inserire il paziente in una struttura residenziale più efficace per avviare un percorso di carattere psicosociale dove svolgere interventi psico-educazionali, psicoterapia individuale o di gruppo, eventualmente anche con il coinvolgimento delle famiglie.

Alla fine del trattamento il paziente può tornare al proprio domicilio e continuare un percorso ambulatoriale oppure essere inserito in un programma residenziale in Comunità Terapeutica.

6.7 Istituzione della Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) in Umbria

L'istituzione della Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) nel territorio umbro rappresenta una scelta strategica e non più differibile, finalizzata a garantire l'effettività del diritto alla cura e alla riabilitazione per le persone autrici di reato affette da gravi disturbi mentali. In piena coerenza con il PANSM e traendo ispirazione dai modelli virtuosi di regioni limitrofe, la REMS regionale si configura come una **struttura sanitaria ad elevata intensità assistenziale**, superando definitivamente la logica custodialistica degli ex OPG a favore di un approccio clinico orientato alla recovery e al reinserimento sociale. La sua funzione primaria consiste nell'accogliere pazienti per i quali l'Autorità Giudiziaria ha disposto una misura di sicurezza detentiva, agendo come un polo di stabilizzazione psicopatologica e di riduzione della pericolosità sociale attraverso trattamenti psicologici e psicoterapeutici evidence-based personalizzati.

L'organizzazione interna della struttura si fonda sulla presenza di un'**équipe multidisciplinare stabile e completa** — composta da psichiatri e psicologi psicoterapeuti con esperienza forense, psicologi esperti in assessment psicologico e risk assessment in particolare, infermieri e terapisti della riabilitazione psichiatrica — capace di gestire la complessità dei quadri clinici spesso caratterizzati da comorbidità e fragilità relazionali. In linea con le indicazioni nazionali, la sicurezza degli operatori e degli utenti è garantita attraverso **protocolli operativi** che distinguono nettamente le competenze sanitarie da quelle di pubblica sicurezza, integrando dispositivi tecnologici di monitoraggio in ambienti progettati per essere al contempo protetti e terapeutici. L'offerta assistenziale prevede la stesura obbligatoria di un **PTRI** entro 45 giorni dall'ingresso, che deve contenere obiettivi misurabili di miglioramento del funzionamento cognitivo e sociale, monitorati costantemente per favorire il passaggio a misure di sicurezza non detentive appena le condizioni cliniche lo consentano.

Il radicamento territoriale e il **collegamento sinergico con i servizi di salute mentale del DISMeD** costituiscono l'elemento cardine per l'efficacia del sistema. Tale raccordo è assicurato dall'attivazione del **Punto Unico Regionale (PUR) e delle Unità di Psichiatria e Psicologia Forense aziendali**, che fungono da interfaccia costante tra la REMS, la Magistratura di Sorveglianza e i centri di salute mentale territoriali. In questo modello, il **case manager del CSM** di appartenenza mantiene la titolarità del progetto di vita dell'utente anche durante il periodo di permanenza in residenza, partecipando attivamente alla pianificazione delle dimissioni protette verso strutture intermedie come le SRP1 o verso programmi di abitare supportato e inclusione lavorativa. Questa continuità informativa e gestionale permette di evitare fenomeni di "trans-istituzionalizzazione" e garantisce che la REMS rimanga una tappa transitoria di un percorso di cura più ampio, orientato alla piena riacquisizione della

cittadinanza e alla prevenzione della recidiva violenta.

Obiettivi di riferimento PANSM-PARSM: Salute mentale per le persone detenute/imputabili e per le persone affette da disturbi mentale autrici di reato in misure di sicurezza

OBIETTIVO	AZIONI	ATTORI	INDICATORI
Adegguamento del numero di posti letto in strutture terapeutiche per minori autori di reato che presentano patologia psichiatrica e/o doppia diagnosi in situazione di acuzie/sub acuzie (Da realizzarsi entro 3 anni)	Definizione della programmazione del numero di posti letto in proporzione alle necessità regionali	Regione - ASL	Attivazione regionale dei p.l. mancanti

Obiettivi di riferimento PANSM-PARSM: Salute mentale e integrazione socio sanitaria

OBIETTIVO	AZIONI	ATTORI	INDICATORI
Linee di indirizzo sull'abitare (Da realizzarsi entro 5 anni)	1. Censimento esperienze regionali di supporto all'abitare e definizione e adozione di linee guida regionali con requisiti funzionali 2. Adozione di piani dipartimentali 3. Sperimentazione IESA	Regione/ Comuni per il censimento e per l'adozione di linee guida regionali ASL per l'adozione di piani dipartimentali ASL per la sperimentazione IESA	▪ Recepimento Linea guida nazionali ▪ Numero piani dipartimentali ▪ Numero progetti di sperimentazione IESA
Implementazione degli inserimenti lavorativi nelle cooperative sociali di tipo b) (Da realizzarsi entro 3 anni)	Attuazione DGR n. 699 del 09.07.2025	Regione-ARPAL-Terzo Settore	▪ Numero persone inserite
Promozione delle assunzioni degli utenti del DISMeD nelle aziende pubbliche e private (Da realizzarsi entro 3 anni)	Attuazione DGR n. 558/2025 e promozione assunzioni degli utenti con disturbi mentali come Progetto di Vita	Regione-ASL-Comuni-Terzo Settore	▪ Rapporto tra assunzioni e Progetti di Vita
Interoperabilità dei sistemi informativi (Da realizzarsi entro 5 anni)	Studio, progettazione ed attuazione di un sistema funzionale regionale di interoperabilità	Regione-ASL-Comuni	Realizzazione di un sistema di interoperabilità dei sistemi informativi

OBIETTIVO	AZIONI	ATTORI	INDICATORI
Implementazione della figura degli Esperti in supporto tra pari	1. Realizzazione di progetti sperimentali di coinvolgimento degli esperti in supporto tra pari nelle attività realizzate dai DISMeD 2. 3. Definizione del profilo di intervento degli esperti per esperienza e in supporto tra pari	Regione-ASL-Comuni	▪ Numero e tipologia di progetti avviati ▪ Numero di soggetti formati e coinvolti

7. LA RETE OSPEDALIERA E LA GESTIONE DELL'ACUZIE

7.1 Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC): potenziamento della rete ospedaliera e integrazione con il territorio

La riorganizzazione della rete ospedaliera psichiatrica per adulti muove dalla necessità di considerare il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) non come un ambito isolato dell'acuzie, ma come un nodo strategico e interconnesso di una rete assistenziale fluida.

Il Piano prevede la configurazione di un **SPDC dell'Ospedale di Città di Castello** con 16 (15+1) posti letto, data la necessità di creare uno spazio ospedaliero dedicato a utenti psichiatrici. In particolare, si ravvisa l'opportunità di potenziare la risposta ospedaliera di salute mentale affiancando l'SPDC di Perugia. La realizzazione di tale SPDC colma la carenza assistenziale in termini di posti letto per tale disciplina.

In linea con le risultanze del Tavolo Tematico n. 7, la Regione Umbria assume come priorità il rafforzamento della governance dei percorsi assistenziali e della corresponsabilità tra l'ospedale e i servizi territoriali. L'obiettivo è trasformare il ricovero da risposta emergenziale a fase programmata di un percorso di cura più ampio, dove la pianificazione della dimissione deve essere avviata già nelle prime fasi dell'ospedalizzazione attraverso un coordinamento stretto con il case management territoriale.

Per garantire l'appropriatezza dei ricoveri e contrastare il fenomeno delle lungodegenze — spesso legate a fragilità sociali o alla saturazione delle strutture intermedie — il Piano prevede l'implementazione di posti letto per la subacuzie e lo sviluppo di setting a intensità variabile, anche utilizzando posti in Comunità terapeutica. Queste soluzioni fungeranno da anello di congiunzione protetto verso il territorio, assicurando che la risorsa ospedaliera sia riservata alle fasi di effettiva acuzie clinica. Tale modello mira a ottimizzare l'uso dei posti letto esistenti, rendendo il sistema più sostenibile e focalizzato sull'efficacia del trattamento e sul rapido reinserimento sociale del paziente, riducendo al contempo il rischio di riammissioni precoci.

Sarà indispensabile adottare strumenti specifici per la prevenzione della contenzione. Ciò avverrà attraverso la definizione di procedure regionali condivise da tutte le aziende sanitarie e l'attivazione di appositi registri gestiti dall'Osservatorio epidemiologico regionale. I dati di tali registri dovranno essere diffusi a tutti i servizi territoriali per supportare la prevenzione di fenomeni di aggressività e violenza, in particolare in fase di preparazione al ricovero.

A mitigare tali fenomeni contribuirà anche la definitiva promulgazione del **protocollo regionale sul TSO**. Sebbene ampiamente discusso, tale protocollo è in attesa di ufficializzazione da parte della Giunta Regionale. Spesso, infatti, le attivazioni della contenzione a livello di reparto sono correlate alle modalità con cui vengono eseguiti i trattamenti obbligatori.

7.2 Gestione dell'Acuzie in Neuropsichiatria Infantile (NPIA): Attivazione del nuovo reparto regionale dedicato ai minori

Sul versante dell'età evolutiva, il sistema sanitario regionale deve affrontare con urgenza il superamento della storica carenza strutturale di posti letto dedicati alle acuzie neuropsichiatriche infantili e dell'adolescenza. Attualmente, l'assenza di un setting ospedaliero regionale specifico costringe il sistema a ricorrere sistematicamente a ricoveri in strutture fuori regione o, in casi di emergenza, a ricoveri impropri presso gli SPDC per adulti, con gravi ripercussioni sulla qualità delle cure e sulla serenità dei nuclei familiari. Accogliendo le istanze tecniche emerse dal Tavolo Tematico n. 4, la Regione Umbria assume l'impegno prioritario di attivare un **reparto ospedaliero di NPIA** (cod. 33) con una dotazione iniziale di 6 posti letto presso l'Ospedale di Perugia per la gestione delle acuzie di minori e giovani adulti.

Questo nuovo polo specialistico consentirà di gestire le crisi psicopatologiche acute dei minori in un ambiente protetto e appropriato, dotato di personale dedicato e di protocolli clinici specifici per la fascia 0-18 anni. L'attivazione di questo servizio non risponde solo a un'esigenza di risparmio economico legato alla mobilità passiva, ma rappresenta un atto di tutela del diritto alla salute per i pazienti più giovani. L'integrazione di questa risorsa con la rete territoriale e con i servizi di emergenza-urgenza permetterà di definire criteri omogenei di accesso e percorsi di dimissione protetta, garantendo finalmente una risposta di prossimità che metta fine alla frammentazione dei percorsi di cura per i minori umbri e le loro famiglie.

La necessità di gestione di casi acuti si realizza attraverso diagnosi, trattamento e riabilitazione di disturbi neurologici, neuropsicologici e psichiatrici in bambini e adolescenti, garantendo continuità assistenziale e collaborazione con i servizi territoriali. La strutturazione di una U.O. in un'unica sede ospedaliera regionale è per garantire interventi personalizzati, supporto alla famiglia e una migliore transizione per i giovani adulti verso servizi di psichiatria per adulti in una struttura altamente specializzata focalizzata alla risoluzione di tali problemi di salute.

7.3 Gestione ospedaliera per DNA

Il ricovero ospedaliero per i pazienti con DNA, chiamato anche "presidio salvavita", viene utilizzato quando è presente una seria compromissione delle condizioni cliniche del paziente. L'obiettivo prioritario non è quello riabilitativo, bensì quello di correggere le alterazioni elettrolitiche, nutrizionali metaboliche e di ripristinare le condizioni psico-fisiche del paziente al fine di permettere la prosecuzione dell'iter terapeutico presso un regime di trattamento meno intensivo.

La proposta del ricovero è una soluzione traumatica per il paziente e per la famiglia e deve pertanto essere gestita con grande attenzione e in tutti i suoi aspetti. Il ricovero dovrebbe, infatti, essere effettuato ad una distanza non eccessiva dal luogo di residenza in modo di coinvolgere i familiari ed evitare quanto più possibile le difficoltà della transizione e della cooperazione interdisciplinare tra i

diversi livelli di trattamento, aspetto, questo, particolarmente importante nel trattamento degli adolescenti [NICE, 2004].

L'ospedalizzazione, quando necessaria, ha come obiettivi l'inquadramento diagnostico completo, la riabilitazione nutrizionale intensiva e il trattamento in acuzie delle complicanze e delle co-morbidità. Questo elevato livello assistenziale necessita di un approccio di integrazione e collaborazione tra i servizi territoriali e ospedalieri che veda la presenza, al fianco dell'equipe ospedaliera coinvolta di un'equipe multidisciplinare specializzata nel trattamento dei DNA.

La Regione Umbria dispone di posti letto "salvavita" per il DNA dedicati e gestiti in collaborazione con i servizi ambulatoriali di competenza gestiti secondo PDTA aziendali già approvati e implementati:

1. Pediatria Città di Castello (2 PL)
2. Pediatria Ospedale Terni (1 PL)
3. Medicina Umbertide (2 PL maggiorenni)
4. Reparto MISEM Ospedale Perugia (2 PL maggiorenni).

Nel 2020 Il Ministero della Salute e L'Istituto Superiore di Sanità hanno dato indicazione a tutte le regioni di applicare il "Percorso Lilla in Pronto Soccorso". Interventi per l'accoglienza, il triage, la valutazione ed il trattamento del paziente con DNA e Obesità.

La Regione dell'Umbria è stata tra le prime ad accogliere tali indicazioni con specifici progetti formativi per il personale dei Pronto Soccorso Ospedalieri.

Il documento di indirizzo Interventi per l'accoglienza, il triage, la valutazione ed il trattamento del paziente con DNA. "Percorso Lilla in Pronto Soccorso" è stato aggiornato, secondo le più recenti evidenze scientifiche, con l'obiettivo di fornire agli operatori sanitari un valido strumento di lavoro per il triage, la valutazione e la presa in cura dei soggetti fragili che presentano DNA e che si presentano in PS in condizioni di urgenza.

Il documento, che delinea un vero e proprio "Percorso Lilla", vuol essere una indicazione operativa, per un approccio multidisciplinare, in considerazione dei bisogni e tenuto conto del fatto che l'accesso in pronto soccorso può rappresentare una preziosa occasione di ingaggio dei soggetti con DA per l'avvio di un vero e proprio percorso terapeutico specialistico integrato.

Nello specifico dal 2013 presso la USL 1, con delibera del Direttore Generale n. 696 del 10/09/2013 è stato istituito il Servizio Ambulatoriale DCA di Umbertide Distretto Alta Valle Tevere, centro di connessione tra il territorio e l'ospedale. Qualora i pazienti, afferenti da tutti i livelli di trattamento della rete dei Servizi DNA, necessitino di un intervento in regime ospedaliero sono disponibili per l'assistenza:

- n. 2 posti letto presso la U.O. Medicina Interna del P.O. di Umbertide (pazienti DCA adulti)
- n. 2 posti letto presso la U.O. Pediatria del P.O. di Città di Castello (pazienti DCA in età evolutiva).

Le suddette equipe ospedaliere coinvolte collaborano con l'equipe multidisciplinare del Centro Ambulatoriale DCA di Umbertide, Distretto Alta Valle Tevere composta da medico nutrizionista, psichiatra, neuropsichiatra infantile, psicologo, dietista e coordinatore infermieristico nella presa in carico del paziente durante il ricovero ospedaliero.

L'unità operativa di ricovero ospedaliero presenta caratteristiche di alta specializzazione ed è abilitata al trattamento in acuzie e alla ri-alimentazione dei pazienti DNA.

Il personale medico e infermieristico del Reparto di Medicina Interna di Umbertide e del Reparto di Pediatria di Città di Castello, ove viene effettuato il ricovero per DNA, è stato adeguatamente preparato ad accogliere questo tipo di utenza e a gestire sia il carico emotivo dovuto al paziente, sia il contesto familiare. Sono effettuati continui corsi di aggiornamento e Audit clinici che coinvolgono le équipe territoriali e ospedaliere. Il flusso dei ricoveri e il coordinamento degli interventi ospedale /territorio è coordinato da una figura infermieristica specializzata.

7.3.1 SERVIZI OSPEDALIERI PER L'OBESITA'

In Umbria ci sono ospedali pubblici che offrono **interventi di chirurgia bariatrica**, riconosciuti dalla SICOB (Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità e delle Malattie Metaboliche).

I principali sono:

Ospedale San Giovanni Battista – Foligno

- Interventi eseguiti: sleeve gastrectomy, bypass gastrico, mini bypass
- Tecnologie avanzate: robot Da Vinci, laparoscopia 4K
- Collaborazione con l'ospedale di Spoleto per casi complessi

Ospedale di Spoleto – S. Matteo degli Infermi

- Centro integrato con Foligno
- Chirurgia robotica per casi ad alta complessità
- Team multidisciplinare con anestesisti, psicologi, dietisti e pneumologi

Ospedale di Città di Castello

- Centro accreditato SICOB
- Percorsi completi di preospedalizzazione e follow-up

Ospedale Santa Maria della Misericordia – Perugia

- Interventi di chirurgia bariatrica e metabolica
- Presenza di ambulatori nutrizionali e chirurgici
- Collaborazioni con specialisti in malattie metaboliche

Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni

- Interventi di chirurgia bariatrica e metabolica
- Inserito nella rete regionale per la cura dell'obesità

Questi centri pubblici offrono percorsi completi: valutazione clinica, supporto psicologico, dieta personalizzata e intervento chirurgico, con follow-up post-operatorio

7.4 Continuità Ospedale-Territorio: Dimissioni protette e raccordo operativo tramite le COT e il NEA 116117

La continuità tra l'ambiente ospedaliero e il territorio rappresenta la "fase critica" per eccellenza nel percorso di cura del paziente psichiatrico. In linea con il PANSM e il DM 77/2022, la Regione Umbria riconosce che il successo di un intervento in acuzie non si misura solo sulla stabilizzazione clinica, ma sulla capacità del sistema di evitare il fenomeno della *'revolving door'* ovvero i ricoveri ripetuti dovuti a una rete territoriale fragile. L'analisi epidemiologica e la letteratura scientifica evidenziano come le criticità maggiori per questi pazienti risiedano nell'improvvisa interruzione di una protezione h24 e il ritorno a un contesto domestico spesso segnato da isolamento sociale, povertà relazionale e difficoltà nell'aderenza farmacologica. Senza un sistema di dimissioni protette *ad hoc*, il paziente psichiatrico sperimenta una discontinuità che vanifica gli sforzi terapeutici ospedalieri, trasformando la dimissione in un momento di abbandono piuttosto che di riabilitazione.

Per risolvere tali criticità, la Regione Umbria implementa un sistema di **dimissioni protette specifiche per la salute mentale**, superando il modello puramente amministrativo delle dimissioni mediche generali. La chiave di volta è la **pianificazione precoce (Early Discharge Planning)**: il raccordo tra l'equipe ospedaliera e i Servizi del DISMeD deve attivarsi entro le prime 48-72 ore dal ricovero, individuando immediatamente un **Case Manager** territoriale. Il modello umbro prevede che la dimissione non sia autorizzata finché non sia stato validato il **Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato (PTRI)** post-ricovero, garantendo che il paziente riceva la prima visita territoriale entro 7 giorni dalla dimissione (standard nazionale SISM). Questo sistema *ad hoc* permette di gestire i determinanti sociali — come l'alloggio e il supporto familiare — contemporaneamente a quelli clinici, riducendo drasticamente il rischio di recidiva. La qualità di questo processo viene rigorosamente monitorata attraverso l'indicatore **NSG D27C**, che valuta la **percentuale di re-ricoveri ripetuti in psichiatria tra 8 e 30 giorni** sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche. Questo parametro funge da indicatore di efficacia della presa in carico territoriale e della tenuta del Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato (PTRI) post-dimissione.

Il raccordo operativo di questa complessa transizione è affidato alle **9 Centrali Operative Territoriali (COT)** (di cui 1 hub e 8 spoke) che fungono da "cabina di regia" digitale e logistica facilitando il collegamento ospedale-territorio, territorio-ospedale e territorio-territorio, garantendo la transizione ai setting assistenziali più appropriati. In Umbria, la COT ha il compito di monitorare il flusso dei pazienti tra SPDC (o altri setting ospedalieri dedicati per dipendenze, NPIA, DNA), strutture residenziali e domicilio, assicurando l'interoperabilità dei dati tramite il Fascicolo Sanitario Elettronico. Qualora il paziente necessiti di un supporto domiciliare intenso, la COT attiva le **Unità di Continuità Assistenziale (UCA)** o i servizi sociali delle Zone Sociali, coordinando l'erogazione delle prestazioni. L'integrazione con il **Numero Europeo Armonizzato (NEA) 116117** fornisce un ulteriore livello di sicurezza: per il paziente psichiatrico dimesso, il 116117 non è solo un riferimento per cure non urgenti, ma un "filo diretto" attivo h24 capace di effettuare un triage telefonico specializzato. Gli operatori del 116117, formati specificamente come *gatekeepers*, sono in grado di decodificare segnali

di scompenso post-dimissione e di attivare tempestivamente il servizio territoriale di riferimento o, nei casi più gravi, il sistema dell'emergenza-urgenza, garantendo che il paziente non si trovi mai privo di una risposta istituzionale.

La centralità delle COT e del NEA 116117 permette di superare la frammentazione storica dei servizi, offrendo una visione unitaria della persona e garantendo che la rete della salute mentale sia presente e attiva proprio laddove la fragilità individuale è più esposta.

Pre-adozione

8. FATTORI ABILITANTI E SISTEMA DI MONITORAGGIO

8.1 Risk Management e Sicurezza: monitoraggio della contenzione e protocolli di de-escalation

La gestione del **rischio clinico e la sicurezza delle cure** rappresentano elementi inscindibili della riforma del sistema di salute mentale della Regione Umbria, configurandosi come pilastri fondamentali per il governo clinico e la garanzia dei diritti dei cittadini, in coerenza con le direttive del PANSM e la Legge 24/2017. La prospettiva contemporanea adottata nel PSSR sposta il focus **dalla mera vigilanza a una cultura della sicurezza integrata**, dove la prevenzione degli eventi avversi non riguarda solo il contesto ospedaliero, ma si estende capillarmente ai servizi territoriali, dove i trattamenti risultano spesso più complessi e diversificati. In questo scenario, il **risk management è inteso come l'insieme delle strategie e dei processi mirati a identificare, valutare e monitorare i rischi associati alla cura, promuovendo al contempo un ambiente terapeutico sicuro sia per gli utenti che per il personale sanitario**.

Un'azione prioritaria per l'attuazione di un sistema efficace di gestione del rischio in Umbria consiste nell'implementazione sistematica degli **strumenti operativi di analisi**, quali la segnalazione degli eventi sentinella, l'incident reporting e il monitoraggio costante degli eventi avversi. Attraverso l'analisi delle cause profonde (root cause analysis) e l'audit degli eventi significativi, l'Amministrazione intende identificare le vulnerabilità specifiche dei singoli setting di cura, superando la variabilità dei servizi sul territorio per garantire standard di sicurezza omogenei. Tale approccio analitico è fondamentale per la stesura di **procedure e protocolli** atti a prevenire rischi critici, con particolare riferimento ai tassi di aggressione, ai comportamenti autolesivi e ai suicidi in ambito ospedaliero e territoriale.

La **riduzione/superamento della coercizione** rappresenta un obiettivo strategico centrale della programmazione regionale, che assume come impegno prioritario il monitoraggio sistematico del TSO e il superamento della contenzione meccanica e farmacologica. Il ricorso elevato a tali pratiche in Umbria, attualmente superiore alla media nazionale, viene interpretato come un indicatore di inefficacia dei programmi preventivi e richiede un potenziamento della rete ambulatoriale territoriale. Per mitigare questo fenomeno, la Regione dispone l'adozione obbligatoria di **protocolli di de-escalation** e l'attivazione di programmi di **formazione continua** per il 100% degli operatori sanitari, focalizzati sul riconoscimento tempestivo delle situazioni a rischio e sull'utilizzo di tecniche di comunicazione empatica. In parallelo, l'istituzione di un registro regionale delle contenzioni presso l'Osservatorio epidemiologico consentirà un monitoraggio semestrale dei dati, favorendo il superamento della necessità di ricorrere a pratiche restrittive per la gestione dell'aggressività.

La **sicurezza degli operatori sanitari** è riconosciuta come un diritto inalienabile del lavoratore e un requisito indispensabile per la qualità del servizio. Negli ultimi anni si è assistito a un incremento preoccupante di episodi di violenza nei confronti del personale della salute mentale, con gravi ripercussioni in termini di burnout e patologie legate a traumi lavorativi. Per rispondere a questa

emergenza, il sistema regionale prevede la definizione di **protocolli operativi condivisi tra Aziende Sanitarie e Forze dell'Ordine**, stabilendo una chiara distinzione di competenze: mentre al personale sanitario compete la cura clinica e l'eventuale contenimento farmacologico, la gestione dell'aggressività fisica manifesta deve essere attuata in sicurezza dalle Forze di Polizia o dalla Polizia Locale, specialmente nel corso dell'esecuzione di provvedimenti coattivi come il TSO. A tutela del benessere degli operatori, sono inoltre previsti interventi di supporto psicologico, gruppi di debriefing e supervisione clinica sui casi complessi.

Sul **piano logistico e strutturale**, la gestione del rischio impone un adeguamento profondo degli spazi di cura, affinché gli arredi e i dispositivi garantiscano un ambiente confortevole e terapeutico ma privo di oggetti potenzialmente pericolosi o non sorvegliabili. Le azioni previste includono la mappatura delle aree critiche, come le stanze di isolamento e i bagni, e l'introduzione di correttivi tecnologici quali sistemi di videosorveglianza, allarmi alle porte e dispositivi tag per la prevenzione di allontanamenti non concordati. Tale revisione strutturale deve mirare al miglioramento della vivibilità dei reparti, permettendo lo svolgimento di attività risocializzanti che riducano la tensione e migliorino il clima di reparto, fattori dimostratisi determinanti nella riduzione della violenza.

Un ulteriore versante critico riguarda l'acquisizione del **consenso informato e la pianificazione condivisa delle cure**, specialmente per i pazienti che, a causa di gravi disturbi mentali, possono trovarsi in una condizione di temporanea incapacità decisionale. Il Piano promuove un approccio basato sulla partecipazione attiva del paziente e dei familiari alla definizione del percorso terapeutico, riducendo l'area della coercizione a favore di un'adesione consapevole e personalizzata. A supporto di ciò, le strutture ospedaliere e le comunità riabilitative sono tenute a consegnare agli utenti e ai loro caregiver **"carte dei servizi"** trasparenti che illustrino chiaramente le regole di convivenza, l'offerta di cura e i protocolli di sicurezza applicati.

Infine, la governance del sistema di sicurezza sarà garantita dall'integrazione tra le Centrali Operative Territoriali (COT) e il nuovo ecosistema digitale della salute mentale, permettendo una **continuità informativa** indispensabile nei passaggi di presa in carico tra ospedale e territorio. La standardizzazione dei quesiti peritali e l'attivazione dell'Ufficio di Psichiatria e Psicologia Forense Regionale contribuiranno a gestire con maggiore sicurezza i pazienti autori di reato, garantendo l'appropriatezza degli inserimenti in REMS o in percorsi di libertà vigilata. Attraverso queste azioni sistemiche, l'Umbria intende trasformare la sicurezza in un valore diffuso, dove la gestione razionale del rischio si traduce in una maggiore efficacia terapeutica e nel pieno rispetto della dignità della persona umana.

8.2 Ecosistema della Sanità Digitale per la salute mentale: Cartella clinica unica, telemedicina e monitoraggio epidemiologico

Lo sviluppo dell'**Ecosistema della Sanità Digitale per la salute mentale** persegue l'ambizioso obiettivo di superare la frammentazione informativa e gestionale attraverso la creazione di un ecosistema integrato che metta al centro la persona, garantendo la continuità delle cure e l'equità di accesso ai trattamenti. La visione strategica regionale non si limita alla semplice digitalizzazione dei processi esistenti, ma ambisce alla realizzazione del **"Gemello Digitale"** dei servizi di salute mentale: un modello virtuale dinamico e predittivo del sistema sanitario regionale capace di simulare scenari assistenziali, ottimizzare l'allocazione delle risorse e personalizzare i percorsi di recovery sulla base di dati reali in tempo reale.

La base fondamentale per l'attuazione di questa visione è l'implementazione della **Cartella Clinica Unica Regionale**, intesa come lo strumento di interoperabilità che deve consentire il dialogo fluido tra i diversi nodi della rete assistenziale: CSM, SerD, NPIA, reparti ospedalieri (SPDC) e strutture residenziali. Attualmente, il sistema informativo sconta una cronica assenza di database unificati, con ogni ambito dipartimentale che utilizza flussi separati che non comunicano tra loro, ostacolando la valutazione complessiva del bisogno del paziente, specialmente nei casi di comorbidità o doppia diagnosi. Il Gemello Digitale permetterà di superare questa lacuna, integrando non solo i dati clinici del SISM, ma anche le variabili legate ai determinanti sociali della salute (abitare, lavoro, socialità) e i flussi della medicina generale e specialistica, costruendo un profilo multidimensionale del cittadino che segua tutto il corso della vita (*life course*).

L'implementazione del Gemello Digitale prevede una serie di azioni strategiche articolate in fasi temporali definite. La prima azione riguarda il rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e il completamento della migrazione verso il **Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)** di nuova generazione, garantendo che ogni evento clinico, dalla prima accoglienza presso il PUA della Casa di Comunità fino alle fasi di dimissione ospedaliera protetta, sia tracciabile e analizzabile dal sistema. Questo permetterà di alimentare modelli di **Intelligenza Artificiale e Predictive Analytics** volti ad anticipare le crisi psichiatriche e a prevenire eventi sentinella, come i tentativi di suicidio o le ricadute violente, attraverso l'inserimento di *alert* automatici basati su protocolli unificati di valutazione del rischio. In questa prospettiva, la tecnologia digitale diventa un "sensore" proattivo di comunità, capace di cogliere segnali deboli di sofferenza prima che si trasformino in acuzie.

La **Telemedicina** costituisce il braccio operativo di prossimità di questo ecosistema, agendo come strumento per abbattere le barriere geografiche e ridurre lo stigma associato all'accesso ai servizi fisici. In linea con il DM 77/2022, la Regione Umbria promuove l'utilizzo sistematico della televisita e del teleconsulto medico-psichiatrico, integrando tali prestazioni nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Le azioni previste includono l'attivazione di sportelli giovani digitali ad accesso diretto e lo sviluppo di programmi di **teleriabilitazione** (come la piattaforma RIDInet per la NPIA), che consentano interventi supervisionati da remoto per i disturbi del neurosviluppo e dell'apprendimento, minimizzando il carico logistico per le famiglie. Inoltre, la telemedicina supporterà la continuità

ospedale-territorio attraverso il monitoraggio remoto dei parametri di salute fisica dei pazienti in terapia farmacologica cronica, prevenendo le complicanze metaboliche e cardiovascolari spesso associate ai trattamenti psichiatrici.

Il **monitoraggio epidemiologico** viene rivoluzionato dall'istituzione dell'**Osservatorio Regionale sulla Salute Mentale**, che si avvale dell'Ecosistema Digitale per produrre analisi periodiche sull'incidenza e la prevalenza dei disturbi, non più basate solo su flussi ministeriali tardivi, ma su dati aggregati in tempo reale. Questo permetterà di misurare l'efficacia dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) attraverso indicatori rigorosi di esito e di qualità della vita percepita dagli utenti. Il sistema sarà in grado di verificare l'impatto reale del **BdS** e dei progetti terapeutici individualizzati, fornendo alla governance regionale gli elementi necessari per rimodulare gli investimenti in base ai reali bisogni della popolazione e per contrastare i fenomeni di istituzionalizzazione.

Infine, il successo del Gemello Digitale dei servizi umbri dipenderà dalla capacità di promuovere una nuova cultura della cura che integri sensibilità clinica e competenze digitali. È previsto un piano straordinario di **formazione continua per gli operatori** sui temi della sanità digitale e della gestione etica dei dati e degli algoritmi, affinché la tecnologia non sostituisca il rapporto umano ma lo potenzi, facilitando una comunicazione trasparente e multidimensionale tra professionisti, pazienti e familiari. Attraverso l'uso strategico dell'innovazione tecnologica, l'Umbria ambisce a trasformarsi in una "comunità curante digitale", dove la presa in carico sia rapida, non stigmatizzante e capace di garantire che nessun cittadino, indipendentemente dalla sua condizione sociale o geografica, venga lasciato solo nella gestione della propria sofferenza mentale.

8.3 Formazione e Ricerca

La formazione e la ricerca sono riconosciute come leve strategiche fondamentali per l'innovazione e il miglioramento continuo dei servizi in salute mentale.

In particolare, la qualità dei percorsi di prevenzione e la valutazione dell'efficacia degli interventi psichiatrici e di salute mentale dipendono in modo cruciale dall'ambito formativo.

Per rispondere alle aree emergenti (quali disturbi del neurosviluppo, disturbi mentali giovanili, DNA, e comorbidità con disturbi da uso di sostanze), è indispensabile adottare nuovi modelli di intervento. A tal fine, è prioritario sviluppare in modo trasversale percorsi di formazione basati rigorosamente sulle evidenze scientifiche e focalizzati sulla valutazione degli esiti dei trattamenti.

Non solo coloro che operano nei servizi di salute mentale, psichiatri, psicologi, riabilitatori, infermieri, assistenti sociali, personale amministrativo, ma tutti gli operatori della salute in generale (medici di medicina generale, medici specialisti, medici delle direzioni sanitarie, infermieri e altri laureati nelle professioni sanitarie, assistenti sociali) devono avere competenze inerenti all'area della salute mentale stessa – a seconda del loro ruolo e funzione – come parte imprescindibile e continuativa della pratica clinica.

Ugualmente la ricerca in salute mentale rappresenta un ambito da incrementare e su cui investire maggiormente se si vuole raggiungere l'obiettivo di garantire percorsi preventivi, valutativi e trattamenti innovativi, scientificamente ineccepibili e basati su prove di evidenze e di efficacia, migliorando la qualità assistenziale.

Il Piano regionale sottolinea l'importanza di implementare i percorsi formativi pre e post laurea con le nuove sfide della salute mentale e del benessere psicologico, in particolare sui disturbi adolescenziali, le nuove dipendenze, i disturbi della personalità e gli autori di reato.

In coerenza con il PANSM, la Regione Umbria riconosce il **ruolo strategico delle Università degli Studi di Perugia** quale partner strutturale del sistema regionale della salute mentale, in particolare per la ricerca applicata, la formazione continua e l'innovazione dei modelli di intervento.

L'Università rappresenta un nodo fondamentale per la produzione, il trasferimento e la valutazione delle conoscenze, contribuendo allo sviluppo di modelli di intervento basati su evidenze scientifiche, alla valutazione degli esiti clinici e di funzionamento, nonché alla promozione di pratiche innovative orientate alla sostenibilità, all'appropriatezza e alla qualità dei servizi.

L'Università contribuisce allo sviluppo di modelli di diagnosi e di intervento, alla valutazione degli esiti clinici e di funzionamento, alla formazione multi-professionale degli operatori e alla costruzione di sistemi di monitoraggio e osservazione dei bisogni emergenti. La collaborazione Regione–Università–Aziende Sanitarie è finalizzata alla valutazione delle politiche e dei servizi di salute mentale, in un'ottica di miglioramento continuo e sostenibilità.

Tale contributo si realizza anche attraverso le attività di ricerca della Sezione di Psichiatria di UNIPG già attive negli ambulatori dell'AOPG che coprono l'intero arco della vita delle persone dal peripartum alla psicogeriatrica. La ricerca in questi ambulatori svolge un ruolo fondamentale nel far evolvere la comprensione, la diagnosi e il trattamento dei disturbi mentali, migliorando la pratica clinica e la qualità della vita delle persone attraverso le evidenze scientifiche superando gli approcci puramente empirici.

I progetti di ricerca in essere sono la naturale evoluzione del lavoro svolto nel DH e negli ambulatori che sono stati progettati per lavorare in un'ottica one health e svolgere almeno tre attività parallele:

- la diagnosi e il trattamento per migliorare la salute mentale delle persone,
- lo sviluppo di sistemi di monitoraggio e osservazione dei bisogni emergenti,
- la raccolta dati per confrontarsi con la comunità scientifica nazionale e internazionale.

In questa ottica sono numerosi i progetti attivi che mirano a migliorare la comprensione, l'identificazione precoce e la gestione dei disturbi psicopatologici, integrando la valutazione di fattori di rischio individuali e ambientali. Gli studi hanno il fine ultimo di sviluppare protocolli di prevenzione e intervento sempre più mirati e adeguati.

La ricerca deve vedere una collaborazione tra SSR, Università, ASL e società scientifiche utili alla promozione della salute mentale secondo il principio della One Mental Health.

Sul concetto One Health e Health for All Policies la ricerca è affidata al Centro Regionale per la Salute Globale anche tenendo conto della partecipazione del Centro alla rete nazionale dei Centri di Salute

Globale, al gruppo One Health dell'ISS per il WHO, e al CODIS - Coordinamento Nazionale sulle Disuguaglianze.

LINEE STRATEGICHE PER LA FORMAZIONE PERMANENTE E IL CAMBIAMENTO CULTURALE

La piena attuazione del nuovo Piano Regionale della Salute Mentale richiede un investimento strutturale sul capitale umano, inteso non solo come aggiornamento tecnico-scientifico, ma come leva per un profondo cambiamento della cultura organizzativa. Coerentemente con le proposte trasversali emerse dai tavoli di lavoro, la formazione non sarà più intesa come una serie di eventi isolati, ma come un processo continuo di "apprendimento sul campo" e di confronto inter-istituzionale.

In quest'ottica, la strategia formativa regionale per il prossimo triennio si articolerà su alcuni pilastri specialistici derivanti dai contributi tecnici dei tavoli tematici istituiti nell'ambito dell'evento **"La Salute Mentale Globale nella costruzione del Piano Socio Sanitario Regionale"** del 15 e 16 dicembre 2025:

- **La cultura dell'integrazione nella Doppia Diagnosi:** per superare la storica "visione categoriale" che separa i disturbi mentali dalle dipendenze, verranno attivati percorsi formativi congiunti obbligatori per operatori dei CSM e dei SerD. L'obiettivo è scardinare le resistenze culturali all'approccio integrato, promuovendo competenze cliniche e metodologiche comuni che permettano una lettura unitaria della persona e la costruzione di progetti terapeutici condivisi sin dalla fase della valutazione iniziale.
- **Il modello biopsicosociale e il BdS:** la formazione si orienterà verso la diffusione di una cultura basata sul "Progetto di Vita", attraverso moduli trasversali dedicati alla co-progettazione e al BdS. Questi percorsi coinvolgeranno non solo il personale sanitario e sociale, ma anche i partner del Terzo Settore e, in modo innovativo, le figure degli *Esperti per Esperienza*. L'intento è promuovere un linguaggio comune basato sulla recovery, la responsabilità e il "fare assieme", superando le rigidità burocratiche a favore di una flessibilità operativa centrata sui desideri dell'utente.
- **La specializzazione e il dialogo nella Psichiatria e Psicologia Forense:** l'area penitenziaria e della psichiatria e psicologia forense richiede lo sviluppo di competenze altamente specialistiche. La Regione promuoverà percorsi formativi di raccordo tra sanità, giustizia e avvocatura, finalizzati a uniformare le modalità di valutazione del rischio e della prognosi riabilitativa. Tali interventi mirano a preparare il personale alla gestione dei casi complessi e a favorire un dialogo tecnico con l'Autorità Giudiziaria per l'elaborazione di quesiti peritali orientati alla fattibilità dei percorsi territoriali e alle misure alternative alla detenzione.

Questo piano formativo integrato sarà supportato dal potenziamento delle **"comunità di pratica"** regionali, intese come luoghi di elaborazione e diffusione delle buone pratiche già presenti sul territorio. Attraverso una formazione che sia al contempo tecnica e relazionale, la Regione si impegna a sostenere i propri operatori nella gestione della complessità, garantendo un sistema di cure resiliente, innovativo e capace di rispondere con uniformità alle sfide emergenti della salute mentale globale.

È, inoltre, necessario colmare il gap creato dal turnover del personale, che ha visto l'uscita di operatori storici e l'ingresso di personale precario e meno formato specificamente sulle dipendenze e sulla salute mentale di comunità, attraverso la definizione di percorsi formativi comuni per tutti gli operatori (PDTA, gestione acuzie, BdS) e collaborazione con l'Università per la formazione pre- e post-laurea.

Il sistema formativo integrato

L'evoluzione dei bisogni di salute mentale della popolazione, unita al significativo turnover del personale e all'ingresso di operatori con percorsi formativi eterogenei, richiede un rafforzamento strutturato e sistematico della formazione a tutti i livelli del sistema socio-sanitario. La complessità dei contesti clinici e organizzativi, caratterizzata da disturbi emergenti in adolescenza e nella *emerging adulthood*, nuove dipendenze comportamentali e tecnologiche, disturbi della personalità e situazioni complesse legate agli autori di reato con psicopatologia, rende indispensabile lo sviluppo di competenze aggiornate, integrate e condivise tra tutti gli operatori.

Si tratta di consolidare un **sistema formativo integrato**, anche in collaborazione con l'Università, che sappia rispondere alle esigenze dei servizi, garantendo continuità della cura, omogeneità delle pratiche e capacità di innovazione. Questo sistema comprende i percorsi universitari pre-laurea, le Scuole di Specializzazione, i Master e i Dottorati di Ricerca, integrati con la formazione continua e i programmi di aggiornamento professionale rivolti a tutti gli operatori dei servizi territoriali, delle strutture residenziali, delle REMS e delle reti di promozione della salute.

L'evoluzione dei bisogni di salute mentale della popolazione, unitamente al significativo turnover del personale che ha visto l'uscita di operatori storici e l'ingresso di personale precario e meno formato specificamente sulle dipendenze e sulla salute mentale di comunità e all'ingresso di operatori con percorsi formativi eterogenei, rende necessario un rafforzamento strutturato e sistematico della formazione pre e post laurea in ambito di salute mentale e benessere psicologico. In particolare, emergono nuovi ambiti di complessità clinica e organizzativa che richiedono competenze aggiornate e specifiche, quali i disturbi in adolescenza e nella *emerging adulthood*, le nuove dipendenze comportamentali e tecnologiche, i disturbi della personalità e la presa in carico degli autori di reato con psicopatologia.

In questo quadro, la formazione non è un'attività isolata, ma un elemento strategico del sistema regionale di salute mentale, capace di integrare Università, servizi e operatori in una rete coerente, di rafforzare la capacità di risposta ai bisogni emergenti e di promuovere l'innovazione. Investire nella formazione significa sviluppare professionisti preparati a operare nella complessità del disagio contemporaneo, capaci di lavorare in équipe multidisciplinari, di utilizzare strumenti e tecniche avanzate, di contribuire alla ricerca e all'innovazione dei servizi, e di garantire continuità, qualità e equità nella cura dei cittadini.

La Regione Umbria, in collaborazione con l'Università, promuove l'implementazione di percorsi formativi integrati e multidisciplinari, orientati ai modelli di salute mentale di comunità, ai PDTA regionali e all'approccio *life course* e *One Mental Health*. Tali percorsi devono favorire l'acquisizione di

competenze cliniche, relazionali e organizzative, nonché la condivisione di linguaggi e pratiche operative comuni tra i diversi professionisti coinvolti (sanitari, sociali, educativi).

In generale, si prevede:

- il **rafforzamento della formazione universitaria pre-laurea** sui temi emergenti della salute mentale, con attenzione alle fasi evolutive critiche e ai determinanti sociali;
- lo sviluppo di **percorsi post-laurea, master e formazione continua** in collaborazione con le Università, rivolti agli operatori dei servizi territoriali, delle REMS e delle reti di promozione della salute;
- la definizione, con coinvolgimento del **Consorzio Scuola Umbra di Amministrazione Pubblica e del Centro Unico di Formazione in ambito sanitario**, di **percorsi formativi comuni e trasversali per tutti gli operatori**, con riferimento ai PDTA, alla gestione delle acuzie, al BdS, al lavoro di rete e alla valutazione del rischio;
- il **coinvolgimento dell'Università nella progettazione e valutazione degli interventi formativi**, al fine di garantire qualità, aggiornamento scientifico e coerenza con i bisogni emergenti del sistema regionale.

I livelli di formazione

I **corsi di laurea** rappresentano la base del sistema, fornendo agli studenti competenze fondamentali sui determinanti sociali e psicologici della salute mentale, sulle principali aree del disagio psichico e sulle modalità di presa in carico integrate con i servizi. La formazione universitaria deve inoltre sviluppare una visione multidisciplinare e una comprensione dei modelli di salute mentale di comunità, dei PDTA regionali e degli approcci "life course" e "One Mental Health", in modo da preparare i futuri professionisti a operare in contesti complessi.

Le **Scuole di Specializzazione**, parte integrante del percorso universitario, consentono di approfondire competenze cliniche avanzate e capacità organizzative, promuovendo la gestione della complessità nei servizi territoriali, residenziali e specialistici. Esse rappresentano uno spazio dove la teoria si integra con la pratica, grazie a tirocini e collaborazioni strutturate con i servizi, e dove gli operatori possono acquisire strumenti metodologici e tecniche aggiornate per rispondere alle sfide emergenti del sistema. La loro funzione non si limita alla formazione individuale, ma contribuisce a creare linguaggi comuni, pratiche condivise e continuità della cura tra i diversi servizi e livelli assistenziali. Tra queste la Scuola di Specializzazione in Psichiatria e la recentemente istituita Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica rappresentano i contesti più squisitamente dedicati alla formazione di terzo livello di settore per la formazione di Psichiatri e Psicologi clinici psicoterapeuti.

I **Master post-laurea** arricchiscono ulteriormente le competenze, con percorsi mirati a specifiche aree emergenti della salute mentale, dalle nuove dipendenze ai disturbi della personalità, fino alla presa in carico degli autori di reato con psicopatologia. Essi permettono di consolidare le capacità cliniche, relazionali e organizzative, e rappresentano un momento di aggiornamento continuo e di confronto multidisciplinare tra operatori di diversa esperienza.

Il **Dottorato di Ricerca** svolge un ruolo strategico nel sistema regionale: oltre a sviluppare competenze avanzate nella ricerca, potrà contribuire – in linea con il mandato formativo del percorso dottorale (DM MUR n 226 del 14 dicembre 2021, Art. 1, comma 3) contribuisce all’innovazione dei servizi, alla valutazione dei percorsi assistenziali e alla produzione di conoscenza direttamente applicabile al contesto regionale.

La **formazione continua** completa il sistema, garantendo aggiornamento obbligatorio a tutti i professionisti, promuovendo percorsi specifici e percorsi multidisciplinari integrati che potranno rafforzare la coesione tra servizi, l’omogeneità delle pratiche e la continuità della cura. Essa rappresenta anche uno strumento di governance: attraverso la condivisione di linee guida, modelli di intervento e buone prassi, contribuisce a ridurre le disomogeneità tra i servizi e a sostenere il lavoro di rete.

LA RICERCA E LA PROGRAMMAZIONE REGIONALE

La programmazione regionale riconosce **la ricerca come leva strategica** per lo sviluppo di politiche e servizi di salute mentale basati su evidenze scientifiche, capaci di rispondere in modo appropriato e sostenibile ai bisogni emergenti della popolazione. In tale contesto, l’istituzione **dell’Osservatorio Epidemiologico regionale** rappresenta un importante punto di partenza, da integrare e potenziare all’interno di una più ampia strategia regionale di ricerca in ambito di salute mentale.

La Regione Umbria intende rafforzare la collaborazione strutturata tra Servizio Sanitario Regionale, Università, Aziende Sanitarie, enti di ricerca e società scientifiche, al fine di sviluppare attività di ricerca applicata orientate allo studio dei determinanti sociali, ambientali e digitali della salute mentale, secondo il principio della One Mental Health. Particolare attenzione è rivolta alle aree dei disturbi adolescenziali, delle nuove dipendenze, dei DNA, dei disturbi di personalità e della salute mentale in ambito forense.

In tale prospettiva, si prevede:

- **l’integrazione dei dati epidemiologici regionali con studi e indagini validate a livello nazionale e internazionale**, anche attraverso convenzioni con enti di ricerca quali il CNR (IPSA, ESPAD, GAPS sul gioco d’azzardo);
- il **coinvolgimento dell’Università** nella progettazione, analisi, impostazione delle rilevazioni dei dati, nonché nella valutazione degli esiti dei programmi di prevenzione e cura con particolare attenzione ai processi e agli strumenti di valutazione nei PDTA e l’implementazione di verifiche di esito e di processo;
- l’attivazione di un **Hub regionale di ricerca e innovazione su vulnerabilità, fragilità, fattori di rischio e interventi life course**, come spazio di raccordo tra ricerca, formazione e programmazione sanitaria;
- la promozione di **studi longitudinali e valutativi** finalizzati a monitorare l’evoluzione dei bisogni emergenti e a supportare il miglioramento continuo delle politiche regionali di salute mentale.

Proposta di istituzione di Hub di ricerca e innovazione su vulnerabilità/fragilità e life course

Nel quadro delle politiche di salute mentale orientate all'equità, alla prevenzione e alla continuità delle cure, si propone l'istituzione di un **Hub di ricerca e innovazione su vulnerabilità/fragilità, fattori di rischio e interventi life course**, inteso come struttura con funzione trasversale di sistema finalizzata a supportare la programmazione e la verifica regionale attraverso una lettura integrata dei bisogni di salute mentale lungo l'intero arco della vita. L'Hub adotta un approccio life course che consente di analizzare come le condizioni di vulnerabilità/fragilità – sociali, economiche, relazionali, ambientali e sanitarie (i determinanti bio-psico-sociali della salute mentale) – si distribuiscano e si trasformino nelle diverse fasi del ciclo di vita, interagendo con le transizioni evolutive e influenzando le traiettorie di salute mentale e di benessere.

L'Hub opera in raccordo strutturato con il DISMeD, l'Università, il Centro Regionale di Salute Globale e gli attori istituzionali e sociali del territorio, con l'obiettivo di produrre evidenze utili allo sviluppo di modelli di intervento precoci, integrati e orientati alla comunità. In coerenza con il PANSM, l'Hub sostiene il superamento di una visione settoriale o esclusivamente diagnostica, promuovendo una lettura dinamica delle vulnerabilità/fragilità come esito dell'interazione tra determinanti sociali, contesti di vita e momenti critici del ciclo di vita secondo l'approccio della developmental psychopathology.

L'Hub è articolato in linee di analisi e innovazione interconnesse, corrispondenti ai principali segmenti del ciclo di vita:

- **Perinatalità e primi anni di vita:** vulnerabilità genitoriali, relazioni precoci, disuguaglianze sociali;
- **Prima infanzia e età evolutiva:** sviluppo emotivo e relazionale, povertà educativa;
- **Adolescenza:** transizioni scolastiche, identità, comportamenti a rischio;
- **Emerging Adulthood:** transizioni verso l'autonomia, precarietà formativa e lavorativa, salute mentale dei giovani adulti;
- **Età adulta:** lavoro, genitorialità, vulnerabilità sociali e psichiche;
- **Invecchiamento:** solitudine, fragilità, integrazione sociosanitaria.

L'hub svolge le funzioni di:

- analisi integrata dei bisogni di salute mentale lungo il ciclo di vita;
- ricerca sui determinanti sociali e sui fattori di rischio e protezione;
- valutazione degli esiti clinici, funzionali e sociali sostenendo la ricerca sul processo clinico, dalla diagnosi all'intervento, all'esito lungo i PDTA;
- supporto alla programmazione e alla governance regionale;
- integrazione tra Università, servizi, Terzo Settore e comunità locali

8.4 La comunicazione per la salute mentale: cultura dell'inclusione e lotta allo stigma

La comunicazione in ambito di salute mentale non può essere intesa come una mera attività accessoria di informazione all'utenza, ma rappresenta un asse portante della riforma del sistema sanitario regionale, configurandosi come uno strumento clinico e politico indispensabile per la generazione del benessere psicologico collettivo e la tutela del diritto alla salute. In linea con le direttive del PANSM e con gli obiettivi strategici del PSSR della Regione Umbria, la nuova strategia comunicativa persegue l'ambizioso obiettivo di scardinare la cultura dell'emarginazione a favore di un modello di "Integrated Community Care" radicato nel tessuto sociale. Questa trasformazione richiede un investimento strutturale e metodologico volto a promuovere una **nuova cultura della salute mentale che superi la dicotomia tra normalità e patologia**, riconoscendo il continuum esistente tra stili di vita, disagio e sofferenza psichica conclamata.

La **lotta allo stigma** costituisce la priorità trasversale di questo impegno, poiché il pregiudizio sociale e istituzionale rappresenta ancora oggi la principale barriera all'accesso tempestivo alle cure, inducendo ritardi diagnostici che superano spesso gli otto anni per i disturbi dell'umore. Lo stigma non colpisce solo l'utente ma si riflette negativamente sull'intero sistema dei servizi, favorendo fenomeni di isolamento e burocratizzazione che compromettono la capacità riabilitativa delle équipes. Per contrastare tale deriva, l'Umbria promuove un cambiamento di paradigma fondato sulla comunicazione trasparente e non giudicante, intesa come un'etica della cura basata sul dialogo aperto e multidimensionale capace di includere attivamente il paziente e la sua rete familiare nelle decisioni terapeutiche. Tale approccio dialogico mira a riattivare i legami sociali infranti dalla malattia, trasformando la comunità da luogo geografico a rete attiva di relazioni supportive.

L'implementazione operativa di questo sistema si articola attraverso l'adozione di un **Piano di comunicazione regionale** strategico che prevede campagne di sensibilizzazione capillari rivolte alla popolazione generale per de-criminalizzare il disagio psichico e promuovere modelli positivi di recovery. Queste azioni comunicative non sono limitate ai media tradizionali ma si estendono all'innovazione digitale, prevedendo la creazione di siti web accessibili, l'utilizzo di canali social istituzionali e l'attivazione di servizi di messaggistica istantanea per facilitare il contatto immediato con i servizi territoriali. Particolare rilievo è attribuito alla produzione di materiali divulgativi plurilingue e all'utilizzo di linguaggi inclusivi che garantiscano l'esigibilità del diritto alla salute per le popolazioni migranti, le persone con disabilità e le minoranze LGBTQIA+, assicurando che nessuno venga lasciato solo a causa di barriere linguistiche o culturali.

Un pilastro fondamentale della **comunicazione per la prevenzione** è rappresentato dal coinvolgimento attivo degli **Esperti in Supporto tra Pari (ESP)** e delle associazioni di familiari, riconosciuti come partner strategici nel co-progettare interventi capaci di valorizzare il sapere esperienziale. La figura dell'utente esperto funge da ponte tra la comunità e i servizi specialistici, contribuendo con la propria testimonianza a contrastare l'autostigma e a promuovere processi di empowerment che restituiscano dignità e contrattualità alla persona. Questo lavoro di rete si estende

ai contesti educativi attraverso programmi di alfabetizzazione emotivo-relazionale nelle scuole di ogni ordine e grado, volti a fornire ai giovani e agli insegnanti strumenti critici per la gestione dello stress, dell'immagine corporea e dell'impatto dei social media sulla salute mentale. In questo ambito, la comunicazione proattiva mira a intercettare precocemente le fragilità sub-soglia tipiche dell'adolescenza, come il ritiro sociale o i disturbi della nutrizione, prima che evolvano in quadri clinici cronici.

La strategia umbra punta inoltre sulla creazione di una rete di "**Gatekeepers**" formati professionalmente — medici di medicina generale, infermieri di triage, insegnanti e operatori del terzo settore — capaci di cogliere i segnali deboli di sofferenza psichica e di veicolare messaggi di speranza e accoglienza. Questa rete territoriale è supportata da una comunicazione istituzionale che valorizza le Case delle Comunità come luoghi di prossimità a bassa soglia, riducendo il timore del giudizio che spesso allontana i cittadini dai reparti ospedalieri. La promozione della "prescrizione sociale" rappresenta un'ulteriore innovazione comunicativa, in cui il professionista sanitario non indica solo terapie farmacologiche ma orienta l'assistito verso risorse culturali, artistiche e occupazionali del territorio, promuovendo il benessere psicofisico attraverso la piena partecipazione alla vita sociale. Infine, la governance di questo sistema comunicativo è affidata al Tavolo di Regia regionale permanente e all'Osservatorio Regionale, incaricati di monitorare l'impatto delle campagne informative e di aggiornare i protocolli basati sulle evidenze scientifiche. La valutazione dell'efficacia non si limiterà a parametri quantitativi, ma includerà indicatori di qualità percepita e bilanci sociali che misurino il reale abbattimento dei pregiudizi nella comunità umbra. In definitiva, investire nella comunicazione per la salute mentale significa costruire un'infrastruttura sociale moderna, laica e inclusiva, capace di trasformare la percezione pubblica della malattia mentale in un'occasione di crescita civile e di equità per l'intera società regionale.

8.5 Valutazione del Piano: Indicatori di processo, di esito e qualità percepita

FINALITÀ E PRINCIPI GENERALI

L'efficacia della riforma del sistema regionale di salute mentale è subordinata a un rigoroso sistema di monitoraggio e valutazione, inteso come strumento fondamentale di governo clinico e supporto alla programmazione strategica. In linea con le indicazioni del Piano Socio Sanitario Regionale dell'Umbria, tale monitoraggio viene attuato attraverso il costituendo **Osservatorio Epidemiologico Regionale per la salute mentale**, che ha la funzione di raccogliere e analizzare in modo omogeneo i dati provenienti dai Dipartimenti Integrati di Salute Mentale e delle Dipendenze, assicurando la trasparenza e l'equità dell'offerta assistenziale su tutto il territorio. Prendendo a riferimento l'esperienza di altre Regioni virtuose, tra cui il Lazio,, che valorizza l'integrazione sistematica dei flussi informativi per monitorare la continuità dei percorsi di cura complessi, il sistema umbro si focalizzerà

su un set condiviso di indicatori che spaziano dalla dimensione di processo, per verificare i tempi di presa in carico e la fluidità delle transizioni tra servizi per minori e adulti, alla dimensione di esito, monitorando la remissione sintomatologica, la riduzione dei tassi di riospedalizzazione non programmata e il miglioramento effettivo del funzionamento sociale e della qualità della vita degli assistiti. L'azione di verifica si avvarrà dell'interoperabilità tra i flussi informativi del Sistema Informativo Salute Mentale nazionale (SISM), il sistema SIMES per il monitoraggio degli eventi critici e del rischio suicidario, e l'ecosistema della sanità digitale regionale comprensivo della cartella clinica unica, garantendo una valutazione costante dell'aderenza dei progetti terapeutici individualizzati e dell'impatto reale del BdS, con l'obiettivo di rimodulare tempestivamente le linee di intervento in base ai mutamenti dei bisogni sociali e sanitari della comunità.

Il sistema di monitoraggio e valutazione del Piano di Azioni Regionale per la Salute Mentale dell'Umbria rappresenta, quindi, un elemento strategico di governo e trasparenza delle politiche sanitarie e sociali.

Esso ha la funzione di assicurare un controllo sistematico e continuo dell'attuazione del Piano, di misurare l'efficacia delle azioni messe in campo e di garantire il miglioramento continuo della qualità dei servizi e della tutela della salute dei cittadini umbri.

Il monitoraggio è concepito come processo dinamico e partecipativo, che coinvolge in modo integrato la Regione, le Aziende sanitarie, gli Enti locali, il Terzo settore e i cittadini.

La sua impostazione si basa su alcuni principi cardine:

- trasparenza e accountability verso la collettività;
- integrazione tra dimensione sanitaria e sociale;
- evidenza e valutazione basata sui dati;
- partecipazione attiva degli attori istituzionali e sociali;
- flessibilità e adattabilità alle evoluzioni dei bisogni e dei contesti territoriali.

IL SISTEMA DI MONITORAGGIO

Il sistema di monitoraggio del PARSM è organizzato su tre livelli complementari:

1. Livello strategico – verifica dello stato di attuazione degli indirizzi e degli obiettivi prioritari del Piano, con analisi delle politiche e delle strategie regionali.
2. Livello operativo – controllo dell'avanzamento dei programmi, progetti e interventi realizzati dalle Aziende USL, dagli ambiti territoriali sociali e dai soggetti partner.
3. Livello di impatto e outcome – valutazione dei risultati ottenuti in termini di salute e benessere, di equità nell'accesso, di sostenibilità e qualità percepita dai cittadini.

Ogni livello è accompagnato da un set di indicatori dedicato, con periodicità di rilevazione e modalità di aggiornamento definite in un Piano di monitoraggio operativo.

La piattaforma informatica regionale per il monitoraggio

Per assicurare uniformità, tempestività e trasparenza nella raccolta e nell'elaborazione dei dati, la Regione si dota di una piattaforma informatica regionale di monitoraggio socio-sanitario, integrata con i principali sistemi informativi esistenti (sanitari, sociali, amministrativi e statistici).

La piattaforma consente:

- la rilevazione periodica degli indicatori previsti dal PRSM;
- la gestione dei flussi informativi provenienti da Aziende sanitarie, Comuni e altri enti;
- la visualizzazione con cruscotti dinamici (dashboard) dello stato di avanzamento delle azioni;
- la produzione automatizzata di report e analisi comparative tra territori e nel tempo;
- la condivisione in tempo reale dei dati con la Direzione regionale, i referenti aziendali e gli organismi di governance;
- la pubblicazione di dati in formato aperto (open data) per favorire la trasparenza verso i cittadini e gli stakeholder.

La piattaforma, gestita dalla Regione, è dotata di accessi differenziati:

- un livello **tecnico-operativo** riservato agli operatori delle Aziende sanitarie e degli ambiti sociali, per la trasmissione e validazione dei dati;
- un livello **direzionale** per la consultazione degli indicatori strategici e la valutazione dei risultati;
- un livello **pubblico** per la diffusione di dati aggregati e rapporti di sintesi, al fine di garantire la trasparenza istituzionale.

La Regione promuove l'uso della piattaforma anche come strumento di coordinamento interistituzionale, favorendo la condivisione di informazioni e la programmazione integrata a livello territoriale.

Indicatori di monitoraggio e fonti dati

Il sistema di monitoraggio si basa su un set di indicatori che consente di valutare:

- l'attuazione delle azioni previste dal Piano (indicatori di output);
- l'efficacia e l'efficienza degli interventi (indicatori di risultato);
- l'impatto sulla salute e sul benessere sociale (indicatori di outcome);
- la qualità e l'equità dei servizi erogati (indicatori di processo e di accesso).

Le principali fonti informative includono:

- i flussi informativi regionali e nazionali (sanitari e sociali);
- i sistemi informativi delle Aziende USL e dei Comuni;
- le indagini di popolazione e i sistemi di sorveglianza regionali;
- i dati di attività, bilancio e personale;
- i sistemi di customer satisfaction e le segnalazioni dei cittadini.

Gli indicatori vengono aggiornati con cadenza annuale o semestrale e validati dal Gruppo tecnico regionale per il monitoraggio e la valutazione.

Governance del monitoraggio

Struttura regionale di coordinamento

La governance del sistema è affidata alla Direzione Regionale Salute e Welfare che, tramite l'Osservatorio Epidemiologico Regionale per la salute mentale:

- ☐ definisce la metodologia e gli standard di monitoraggio;
- ☐ coordina la raccolta e l'analisi dei dati;
- ☐ predispone i report annuali e la valutazione di medio periodo;

- ☐ supporta le Aziende sanitarie e gli Enti locali nella lettura dei risultati e nell'individuazione di azioni correttive.

Livello aziendale e territoriale

Le Aziende USL e le Zone Sociali attivano nuclei di monitoraggio interni, con compiti di:

- raccolta e validazione dei dati locali;
- verifica dello stato di avanzamento dei progetti;
- confronto periodico con la Direzione regionale;
- promozione di iniziative di miglioramento continuo.

Comitato tecnico di valutazione

Un Comitato tecnico di valutazione, composto da rappresentanti della Regione, delle Aziende sanitarie, dei Comuni e del Terzo settore, analizza periodicamente i risultati, elabora proposte di revisione del Piano e promuove la diffusione di buone pratiche.

Periodicità, reportistica e trasparenza

Il sistema prevede:

- report semestrali di avanzamento, centrati sullo stato di attuazione delle linee di intervento e sull'analisi degli scostamenti rispetto ai target;
- valutazioni intermedie annuali, con approfondimenti tematici e proposte di aggiornamento del PSSR;
- valutazione finale alla conclusione del ciclo di programmazione, utile per la definizione del Piano successivo.

I risultati sono diffusi tramite:

- pubblicazione di rapporti regionali e report di sintesi per territorio;
- aggiornamento periodico della sezione dedicata del portale istituzionale;
- presentazioni pubbliche e momenti di confronto con i portatori di interesse.

UTILIZZO DEI RISULTATI E MIGLIORAMENTO CONTINUO

Il monitoraggio non rappresenta solo un'attività di controllo, ma uno strumento di apprendimento e innovazione.

I risultati ottenuti vengono utilizzati per:

- ☒ orientare la programmazione annuale e la ripartizione delle risorse;
- ☒ definire piani di miglioramento e azioni correttive;
- ☒ promuovere l'integrazione delle politiche sociali e sanitarie;
- ☒ sostenere la valutazione di impatto delle strategie regionali.

La Regione Umbria considera il sistema di monitoraggio come una leva di governo intelligente, in grado di coniugare responsabilità, trasparenza e capacità di adattamento alle sfide emergenti in materia di salute e welfare.

Obiettivi di riferimento PANSM-PARSM: Salute mentale, percorsi di promozione, prevenzione e cura

OBIETTIVO	AZIONI	ATTORI	INDICATORI
Implementazione della telemedicina (Da realizzarsi entro 5 anni)	Definizione di procedure e di interventi per l'attuazione di televisita e teleconsulto medico in salute mentale	Regione/ASL e AA.OO.	Definizione di una procedura dedicata
Sviluppo e validazione dell'utilizzo dell'IA in salute mentale: ricerca, prevenzione, interventi (Da realizzarsi entro 5 anni)	Monitoraggio ed analisi degli strumenti di IA validati in medicina nei suoi campi di impiego Sviluppo regolamentazione normativa specifica per la sicurezza, <i>privacy</i> , rispetto relazione con gli utenti, etica.	Gruppo di lavoro dedicato per la salute mentale all'interno del Centro Regionale per l'Intelligenza Artificiale in Sanità	Definizione formale del gruppo di lavoro

Obiettivi di riferimento PANSM-PARSM: Risk management e sicurezza

OBIETTIVO	AZIONI	ATTORI	INDICATORI
Valutazione e prevenzione dei Rischi logistici presenti nei reparti ospedalieri e negli SPDC per attuazione di comportamenti suicidari o di aggressività eterodiretta ed autodiretta (Da realizzarsi entro 3 anni)	- Stesura di indicatori specifici di riferimento a livello regionale sulla base dell'analisi degli <i>incident reporting</i> verificatesi e della Letteratura internazionale attuale, per l'Adeguatezza strutturale e organizzativa degli SPDC in termini di appropriatezza e sicurezza degli arredi, dei dispositivi, degli spazi, degli ambienti, rispetto attuazione di agiti auto ed etero aggressivi. - Report Annuale degli <i>incident reporting</i> verificatesi per problematiche strutturali/ambientali in ogni AA.OO, ASL e messa in atto di azioni di miglioramenti specifiche	Regione/ASL e AA.OO	- Presenza di procedure e indicatori regionali specifici di riferimento per la sicurezza logistica degli SPDC con avvio di processi di adeguamento delle singole strutture ai requisiti richiesti. - Presenza di Report annuali aziendali e regionali in termini di adeguatezza strutturale e/o di miglioramento organizzativo messo in atto in relazione agli eventi sentinella verificatesi e alle indicazioni regionali Riduzione degli eventi sentinella - Numero di analisi approfondite delle cause degli eventi sentinella

OBIETTIVO	AZIONI	ATTORI	INDICATORI
Sviluppo di protocolli operativi per la salute mentale in carcere e la prevenzione del suicidio (Da realizzarsi entro 3 anni)	Da valutare con UO penitenziarie. - Censimento: esigenza di salute mentale in ambito penitenziario a livello regionale. - Differenziazione dell'esigenza di salute mentale in base alle specificità delle CC e CR - Sviluppo di interventi psicologici specifici e valutabili per i nuovi giunti, interventi specifici per i detenuti a rischio suicidio etc. (procedure prevenzione suicidio in carcere)	Regione/ASL e AA.OO	Report ASL e Regione su indicatori specifici
Segnalazione e analisi di eventi avversi legati all'aggressività etero diretta e attuazione di procedure di prevenzione e gestione dell'aggressività specifiche. (Da realizzarsi entro 3 anni)	Audit per ogni evento rilevante connesso a comportamenti aggressivi, con identificazione e messa in atto di azioni di miglioramento specifico. Attuazione di misure di prevenzione, quali ad es.: A) Stesura di procedure di gestione e prevenzione dell'aggressività. B) Identificazione dei pazienti a rischio, (ad es. con uso di scale di valutazione validate) C) Formazione del personale a tecniche di <i>d'escalation</i> e riconoscimento situazioni a rischio	Regione/ASL e AA.OO	- Presenza di procedure specifiche a livello DISMeD aggiornate periodicamente sulla base degli audit effettuati. Report annuali con analisi casistica da ASL/AA.OO a Regione per eventi sentinella (omicidi, aggressione fisica gravi crisi psicotipiche). - Percentuale di operatori che hanno effettuato corsi obbligatori di de-escalation (100%) - Riduzione degli eventi sentinella - Report annuali aziendali e Regionali in termini di adeguatezza strutturale e/o miglioramento organizzativo messo in atto in relazione agli eventi sentinella e eventi avversi verificatisi e alle indicazioni regionali
Prevenzione segnalazione e monitoraggio, dei tentativi di suicidio e autolesionismo messi in atto in ambiente ospedaliero (Da realizzarsi entro 5 anni)	- Recepimento delle raccomandazioni ministeriali per la prevenzione del suicidio all'ambito del ricovero psichiatrico. Stesura di procedure aziendali specifiche per la psichiatria. - Sviluppo di <i>audit</i> per ogni evento verificatosi. - Formazione del personale all'identificazione e gestione del rischio	Regione/ASL e AA.OO.	- Presenza di procedure aggiornate ogni tre/quattro anni a livello aziendale, che abbiano recepito le indicazioni delle linee guida nazionali - Report annuali con analisi casistica delle ASL/AA.OO - Percentuale di personale che ha effettuato corsi di formazione specifica - Numero di suicidi/tentati suicidi avvenuti in ambito ospedaliero

OBIETTIVO	AZIONI	ATTORI	INDICATORI
Promozione della trasparenza e della conoscenza delle attività e delle modalità della degenza, sia in SPDC che nelle comunità riabilitative, per una adesione consapevole ai progetti di cura e alle regole applicate alla degenza (Da realizzarsi entro 3 anni)	Stesura di "carte dei servizi" da consegnare ai pazienti e famigliari all'ingresso in struttura/degenza che contengano l'offerta di cura erogabile nello specifico SPDC o nella comunità terapeutica in oggetto, le regole di convivenza e di sicurezza applicate	ASL e AA.OO	• Presenza di protocolli di accoglienza, con regole di comportamento da tenere, interne agli SPDC, e alle comunità protette. • Presenza di "carte dei servizi" che illustrino l'offerta di cura prevista, le attività svolte, le regole di comportamento richieste
Valutare il livello di soddisfazione dei famigliari e utenti (Da realizzarsi entro 3 anni)	Stesura di questionari di gradimento da dare ai pazienti alla dimissione dai reparti e annualmente agli utenti nei servizi territoriali	ASL e AA.OO	Analisi semestrali di <i>customer</i> dei questionari somministrati ai famigliari e ai pazienti;
Monitoraggio della contenzione, teso alla riduzione ed al superamento di tale procedura nella gestione delle gravi agitazioni psicomotorie (Da realizzarsi entro 3 anni)	• Stesura per ogni azienda Ospedaliera o ASL di Protocolli e procedure della contenzione in armonia con le linee di indirizzo del ministero per il superamento della contenzione. • Registrazione delle contenzioni effettuate su registro regionale. • Promozione delle pratiche previste dalle linee di indirizzo ministeriale, tese al superamento della necessità di dover ricorrere alla pratica contenzione per gestione aggressività.	Regione/ASL e AA.OO	• Presenza di protocolli operativi dettagliati per la contenzione per ogni AA.OO • Registro delle contenzioni, ospedaliero e regionale • Report semestrale dei dati, con riduzione della pratica
Prevenzione effetti collaterali dei trattamenti farmacologici (Da realizzarsi entro 3 anni)	Segnalazione di: eventi avversi verificatisi, implementazione e /o strutturazioni di protocolli di Monitoraggio effetti collaterali	Regione/ASL e AA.OO	Riduzione o non comparsa di eventi avversi segnalati a livello DISMeD
Miglioramento gestione casi complessi, che richiedano interventi multidisciplinari (Da realizzarsi entro 3 anni)	Stesura di protocolli condivisi con SERD e NPIA e servizi di disabilità cognitiva, sulla gestione di pazienti complessi	Regione/ASL e AA.OO	Presenza per ogni AA.OO, ASL di protocolli di gestione adolescenti in acuzie, pazienti doppia diagnosi, disabilità, disturbi del neurosviluppo con SERD NPIA, psicologia clinica
Migliorare gli interventi sulle acuzie psichiatriche, nei luoghi di cura: sul territorio, servizi d'urgenza-emergenza, pronto Soccorso Reparto (Da realizzarsi entro 3 anni)	Creazione di procedure condivise fra vari "attori" del processo di gestione delle acuzie psichiatriche, creazione di raccomandazioni e/ linee-guida di trattamento farmacologico e comportamentale	Regione/ASL e AA.OO Servizi di Emergenza urgenza, Forze dell'ordine, Pronto soccorso	• Presenza, per ogni A.O./ ASL, di protocolli di gestione delle acuzie psichiatriche con Pronto Soccorso, SPDC//118/Forze dell'ordine. • Riduzione degli eventi sentinella e <i>incident</i> reporting specifici

**Obiettivi di riferimento PANSM-PARSM: Risk Management e sicurezza**

OBIETTIVO	AZIONI	ATTORI	INDICATORI
Formazione del personale sanitario e prevenzione (Da realizzarsi entro 3 anni)	Programmi di formazione e addestramento del personale sanitario con obbligatorietà corsi di <i>deescalation</i> per gli operatori. Linee guida o procedure per il trattamento dei comportamenti aggressivi	ASL-AAOO-Centro Unico di Formazione in ambito sanitario (CUF)	Percentuale di Operatori che hanno aderito alle iniziative formative per le attività indicate
Sicurezza del paziente e degli operatori: prevenzione ambientale e organizzativa (Da realizzarsi entro 5 anni)	Interventi di attuazione di cambiamenti strutturali: adeguamento delle strutture a criteri di sicurezza anche con il ricorso a dispositivi tecnologici (videocamere, allarmi alle porte, apertura delle porte con codice o con tag che innescano allarme all'avvicinarsi a una porta, ecc.) e di maggior vivibilità (spazi adeguati). Miglioramento e adeguamento dei reparti a standard organizzativi che permettono nella degenza, attività anche risocializzanti e riabilitative.	ASL e AA.OO.	Programmazione dei lavori ed effettuazione degli interventi, adeguamento organico con presenza figure professionali necessari, verifica annuale, <i>working progress</i>

Obiettivi di riferimento PANSM-PARSM: Formazione e Ricerca

OBIETTIVO	AZIONI	ATTORI	INDICATORI
Formazione alla ricerca dei professionisti della salute mentale (Da realizzarsi entro 5 anni)	Corsi ECM	CUF -Università-ASL-AAOO	Almeno un corso per ASL e AAOO
Incremento ricerca in salute mentale di progetti finalizzati in aziende e ospedali (Da realizzarsi entro 5 anni)	Finanziamenti dedicati	Regione-Università	Strumenti di valutazione della ricaduta oggettiva assistenziale dei progetti di ricerca
Facilitazione accesso ai dati raccolti (Da realizzarsi entro 3 anni)	Sviluppo Software e piattaforme uniche e comuni collegate e collegabili tra loro per registrazione e analisi dei dati	Regione HUB di Ricerca e Formazione	Produzione di analisi relative ai percorsi assistenziali ed alle variabili di esito basati sui dati SISM o su campioni specifici dei dati SISM.
Implementazione di percorsi di cura specialistici (Da realizzarsi entro 3 anni)	Sviluppo di protocolli	Regione/ASL e AA.OO./IRCCS	N di protocolli sviluppati ed implementati

OBIETTIVO	AZIONI	ATTORI	INDICATORI
Coinvolgimento di utenti e familiari nei progetti di ricerca finalizzati alla definizione di percorsi di cura (Da realizzarsi entro 3 anni)	Creazione di reti tra associazioni di utenti e familiari	Regione/ASL e AA.OO.	N. di protocolli che vedono l'inclusione di utenti e familiari
Potenziamento delle attività di trasferimento tecnologico nei progetti di ricerca su salute mentale (Da realizzarsi entro 5 anni)	Sviluppo di device e applicazioni	Regione/ASL e AA.OO.	N di device/applicazioni trasferite nella pratica clinica

9. CRONOPROGRAMMA E SINTESI OPERATIVA DEL PIANO DI SALUTE MENTALE

AREA STRATEGICA	OBIETTIVI OPERATIVI CHIAVE	AZIONI (TARGET DI MONITORAGGIO)	SCADENZA INDICATIVA
Governance e Organizzazione	Istituzione del Dipartimento a matrice integrato della Salute Mentale e delle Dipendenze (DISMeD).	Superamento della frammentazione tra aree Adulti, NPIA, DNA e Dipendenze; realizzazione tavoli di collaborazione tra UOC.	entro 1 anno
Epidemiologia e Sistemi Informativi	Monitoraggio rigoroso dei dati e valutazione degli esiti clinici.	Costituzione dell'Osservatorio epidemiologico regionale; omogeneizzazione dei sistemi informativi e degli indicatori di qualità della vita.	entro 18 mesi
Strumenti di Gestione e Programmazione	Standardizzazione dei modelli di intervento e dei percorsi di cura (PDTA)	Definizione e validazione dei Piani di Rete e dei relativi PDTA (Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali) per Adulti, NPIA, DNA e Dipendenze; revisione dei PDTA esistenti e sviluppo di nuovi percorsi per Autismo, ADHD, Disabilità psichiche e neuromotorie, Doppia Diagnosi e transizione protetta 14-24 anni.	entro 12 mesi (per NPIA); Periodo del piano per completamento rete
Partecipazione e Diritti	Coinvolgimento attivo di familiari e utenti nella <i>governance</i> .	Istituzione della Consulta regionale per la salute mentale e delle Consulte di dipartimento.	entro 6 mesi
Risorse Umane	Adeguamento degli organici agli standard nazionali.	Definizione risorse economiche, analisi del fabbisogno ed espletamento concorsi.	entro 3 anni

AREA STRATEGICA	OBIETTIVI OPERATIVI CHIAVE	AZIONI (TARGET DI MONITORAGGIO)	SCADENZA INDICATIVA
Formazione e Capitale Umano	Consolidamento della cultura dell'integrazione e delle competenze multidisciplinari.	Implementazione di un Piano di formazione congiunta; Formazione degli Psicologi di base; Addestramento su modelli "Open Dialogue" e tecniche di de-escalation.	Sviluppo triennale
Formazione e Prevenzione	Creazione di una rete diffusa di "Gatekeepers" per l'intercettazione precoce.	Programmi formativi per MMG, PLS, insegnanti ed educatori sulla prevenzione del suicidio e dei disturbi del neurosviluppo.	entro 2 anni
Comunicazione Strategica	Promozione di una cultura dell'inclusione e contrasto sistematico allo stigma.	Implementazione del Piano di comunicazione regionale; lancio della campagna "Il Consultorio c'è per te".	entro 1 anno
Comunicazione e Accesso	Miglioramento della conoscibilità e accessibilità dei servizi di prossimità.	Produzione di materiale informativo multilingue, digitale e accessibile (LIS, Braille); potenziamento presenza sul web e social.	entro 1 anno
Ricerca Clinica e Innovazione	Istituzione di un Hub di ricerca e innovazione su vulnerabilità-fattori di rischio/fragilità nel life course e sul processo e sugli esiti clinici degli interventi.	Mappatura capillare di prevalenza e incidenza; sviluppo di modelli integrati tra Università e Servizio Sanitario Regionale; ricerca su processi ed esiti (anche in ambito forense); validazione scientifica dell'Intelligenza Artificiale applicata alla salute mentale.	entro 12 mesi (per proposte all'Osservatorio) / 5 anni (IA)
Gestione dell'Acuzie	Superamento della coercizione e dei trattamenti coattivi.	Monitoraggio sistematico dei TSO e applicazione immediata del nuovo protocollo regionale sulla contenzione.	entro 6 mesi

AREA STRATEGICA	OBIETTIVI OPERATIVI CHIAVE	AZIONI (TARGET DI MONITORAGGIO)	SCADENZA INDICATIVA
Salute Mentale Adulti	Potenziamento della rete ospedaliera psichiatrica regionale.	Apertura del nuovo reparto SPDC per adulti presso l'Ospedale di Città di Castello (16 PL).	entro 2 anni
Salute Mentale Forense	Gestione efficace degli autori di reato e superamento delle liste d'attesa.	Attivazione della REMS regionale; Istituzione dell'Ufficio di psichiatria e psicologia Forense Regionale Attivazione del Punto Unico Regionale (PUR) Attivazione ATSM.	Entro 2026 stesura della progettualità. Attivazione nei i tempi previsti dal progetto
Salute Mentale Forense	Collaborazione istituzionale e integrazione percorsi.	Revisione dei protocolli operativi con la Magistratura e standardizzazione dei quesiti peritali.	Entro 6 mesi tutela minori
Neuropsichiatria Infantile (NPIA)	Potenziamento dell'assistenza ospedaliera e territoriale per minori.	Apertura reparto NPIA (6 PL) a Perugia e istituzione UOS sul trauma Minori e revisione PDTA Stesura e aggiornamento PDTA specifici	entro 1 anno sviluppo triennale
Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA) e Obesità	Consolidamento e sviluppo della rete dei servizi esistenti	Prosecuzione degli investimenti nello sviluppo dei servizi di eccellenza esistenti (es. Palazzo Francisci, Centro DAI Città della Pieve Centro DCA Umbertide, Centro C.U.R.I.A.Mo.); investimenti strutturati nella formazione specifica del personale.	entro 2 anni
Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA) e Obesità	Implementazione e costruzione dei PDTA	Aggiornamento ed implementazione del PDTA sui DNA attraverso l'unificazione dei percorsi delle 4 Aziende regionali; adozione di PDTA che integrino la prevenzione e il trattamento dei DNA con quelli dell'obesità.	entro 12-18 mesi

AREA STRATEGICA	OBIETTIVI OPERATIVI CHIAVE	AZIONI (TARGET DI MONITORAGGIO)	SCADENZA INDICATIVA
Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA) e Obesità	Omogeneizzazione dell'assistenza sul territorio regionale (Focus USL 2)	Potenziamento dell'offerta assistenziale nella USL Umbria 2 per ridurre la disomogeneità rispetto alla USL 1, garantendo equità di accesso ai diversi livelli di intensità (ambulatoriale, semiresidenziale, residenziale) in tutta la regione.	entro 2030
Rete delle Dipendenze e Rete Alcolica	Istituzione di un reparto regionale per la disassuefazione e disintossicazione specialistica	Creazione di un punto di trattamento per programmi di disintossicazione (alcol e policonsumi); gestione della fase acuta farmacologica (7-10 giorni) integrata con programmi brevi residenziali in sinergia con il Terzo Settore.	entro 2 anni
Transizione e Comorbidità	Garanzia della continuità assistenziale 14-24 anni e gestione Doppia Diagnosi.	Costituzione di équipe multidisciplinari di transizione e équipe per il trattamento integrato delle dipendenze in tutti i DISMeD.	entro 2 anni
Residenzialità e Riabilitazione	Riqualificazione e specializzazione della rete residenziale e semiresidenziale.	Ridefinizione dei posti letto secondo il fabbisogno reale e riclassificazione delle strutture (ex RR 2/2022).	entro 1 anno