

CONSIGLIO REGIONALE DEL PIEMONTE - Deliberazione del Consiglio
Deliberazione del Consiglio regionale 22 gennaio 2019, n. 355 - 1817.
Approvazione del Piano d'azione per la salute mentale in Piemonte.

(omissis)

Il Consiglio regionale

premesso che l'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel Piano di azione per la salute mentale 2013-2020, sostiene il benessere mentale quale componente essenziale della definizione di salute definendo alcuni obiettivi per rafforzare la governance nell'ambito della salute mentale ed invitando gli Stati membri ad impegnarsi per la loro realizzazione;

considerato l'Accordo tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, le province, i comuni e le comunità montane del 24 gennaio 2013 sul Piano di azioni nazionale per la salute mentale, recepito della Regione con deliberazione di Giunta regionale 2 agosto 2013, n. 87-6289;

vista deliberazione di Giunta regionale 29 giugno 2015, n. 26-1653 con la quale sono stati approvati gli interventi per il riordino della rete territoriale in attuazione del Patto per la salute 2014-2016 e della deliberazione di Giunta regionale 19 novembre 2014, n. 1-600, prevedendo un processo di riorganizzazione del sistema sanitario rivolto ad ottimizzare l'appropriatezza delle risposte fornite dalle diverse reti assistenziali, con l'obiettivo di garantire la centralità delle persone nell'ambito di tali reti integrate e coordinate tra loro;

vista anche la deliberazione di Giunta regionale 19 settembre 2016, n. 29-3944 e s.m.i., con la quale è stata approvata, ad integrazione dei contenuti di cui alla precedente deliberazione di Giunta regionale 3 giugno 2015, n. 30-1517, la revisione del modello regionale per la residenzialità psichiatrica ed è stato definito, nel Piano di azione per la salute mentale in Piemonte, di cui all'allegato A), il percorso e le relative azioni che la Regione intende intraprendere per l'attuazione del Piano sul proprio territorio, in coerenza con quanto definito a livello nazionale;

tenuto conto che l'Istituto di ricerche economico sociali del Piemonte (IRES Piemonte), in conformità alla deliberazione del Consiglio regionale 10 ottobre 2017, n. 234-36975 (Approvazione del programma pluriennale di ricerca 2017-2019 dell'Istituto di Ricerche Economico Sociali del Piemonte (IRES Piemonte), del programma annuale di ricerca 2017 e del piano di lavoro dell'IRES Piemonte 2017-2019 'L'analisi dei servizi sanitari e la valutazione delle politiche per la salute'), ha avviato un percorso per l'elaborazione di un Piano di azione regionale per salute mentale e, a tal fine, si è costituito un apposito gruppo di pilotaggio per il coordinamento di tale percorso composto da esperti in materia provenienti dalle aziende sanitarie, dagli enti gestori dei servizi socio-assistenziali, dai soggetti erogatori di servizi e dalle università;

considerato che, in seguito, sono stati costituiti tre tavoli di lavoro tematici relativi alle politiche per la prevenzione e la promozione della salute, ai percorsi terapeutici- riabilitativi e agli interventi per l'emancipazione e l'abilitazione;

preso atto di alcuni fondamentali obiettivi da perseguire e rispettare quali il miglioramento della governance, il contrasto alla stigmatizzazione, la promozione della salute mentale nelle comunità,

l'accessibilità ai servizi, l'integrazione dei percorsi di cura, il rafforzamento di percorsi di autonomia e l'ampliamento dell'offerta formativa per gli operatori, gli utenti e i loro familiari;

vista la deliberazione del Consiglio regionale 10 luglio 2018, n. 306-29185 (Recepimento dell'Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sancito in sede di Conferenza Stato-Regioni in data 15 settembre 2016 sul Piano nazionale della cronicità e approvazione delle linee di indirizzo regionali per le annualità 2018 – 2019);

vista la deliberazione della Giunta regionale 18 maggio 2018, n. 34-6880 e preso atto delle motivazioni ivi addotte;

acquisito il parere favorevole condizionato del Consiglio delle autonomi locali espresso in data 26 luglio 2018;

acquisito il parere favorevole della IV commissione consiliare permanente, espresso a maggioranza in data 15 ottobre 2018

d e l i b e r a

- di approvare, in attuazione del Piano nazionale per la salute mentale, un Piano di azione per la salute mentale in Piemonte (PASM) allegato al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale (allegato A);

- di dare atto che la presente deliberazione non comporta oneri aggiuntivi a carico del bilancio regionale, trattandosi di linee d'indirizzo generali;

- di dare atto che la Giunta regionale definirà con successivi atti le specifiche modalità di implementazione delle azioni, le risorse necessarie per realizzarle ed i soggetti competenti, anche sulla base delle indicazioni fornite dal Consiglio regionale e previa consultazione degli enti locali e degli altri soggetti portatori di interesse presenti sul territorio.

Allegato

PIANO D'AZIONE PER LA SALUTE MENTALE

20 azioni per la salute mentale

Indice

1. Dai valori ispiratori al percorso partecipato per il Piano d'azione regionale	4
1.1 I valori ispiratori: i riferimenti nella programmazione nazionale e sovranazionale	4
1.2 Il percorso partecipato di elaborazione del piano	5
1.3 La valutazione del piano	6
2. Migliorare la <i>governance</i>	7
2.1 La situazione attuale e i problemi	7
2.2 Gli obiettivi operativi.....	7
2.3 Le azioni	8
<i>Azione 1 – Consulta regionale per la salute mentale</i>	8
<i>Azione 2 – Comitato di monitoraggio del Piano d'Azione per la Salute Mentale</i>	8
<i>Azione 3 - Monitoraggio dei percorsi di cura</i>	8
<i>Azione 4 – Valutazione della qualità dei servizi e degli esiti</i>	9
3. Superare lo stigma	10
3.1 La situazione attuale e i problemi	10
3.2 Gli obiettivi operativi.....	10
3.3 Le azioni	11
<i>Azione 5 – Campagne informative e di sensibilizzazione</i>	11
4. Promuovere la salute mentale nelle comunità	12
4.1 La situazione attuale e i problemi	12
4.2 Gli obiettivi operativi.....	12
4.3 Le azioni	13
<i>Azione 6 – Genitorialità</i>	13
<i>Azione 7 – Life skill nell'infanzia e nell'adolescenza</i>	13
<i>Azione 8 – Invecchiamento attivo</i>	13
<i>Azione 9 – Sostegno ai care giver</i>	14
<i>Azione 10 – Attività motoria</i>	14

<i>Azione 11 – Prevenzione e promozione della salute mentale</i>	14
5. Assicurare accessibilità ai servizi	15
5.1 La situazione attuale e i problemi	15
5.2 Gli obiettivi operativi.....	15
5.3 Le azioni	16
<i>Azione 12 – Accessibilità</i>	16
<i>Azione 13 – Cure primarie e salute mentale</i>	16
<i>Azione 14 – Sito internet</i>	16
6. Integrare i percorsi di cura	17
6.1 La situazione attuale e i problemi	17
6.2 Gli obiettivi operativi.....	18
6.3 Le azioni	18
<i>Azione 15 – Organismi e strumenti per l'integrazione dei percorsi di cura</i>	18
<i>Azione 16 – Interventi precoci sugli esordi</i>	19
7. Garantire percorsi di autonomia	20
7.1 La situazione attuale e i problemi	20
7.2 Gli obiettivi operativi.....	20
7.3 Le azioni	21
<i>Azione 17 – Sostegno all'abitare</i>	21
<i>Azione 18 – Sostegno al lavoro</i>	21
<i>Azione 19 – Socialità</i>	21
8. Garantire la formazione	22
8.1 La situazione attuale e i problemi	22
8.2 Gli obiettivi operativi.....	22
8.3 Le azioni	23
<i>Azione 20 – Formazione continua</i>	23
Allegato 1 – I partecipanti	24

1. Dai valori ispiratori al percorso partecipato per il Piano d'azione regionale

1.1 I valori ispiratori: i riferimenti nella programmazione nazionale e sovranazionale

Che cos'è la salute mentale

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la salute mentale come uno stato di benessere in cui una persona può realizzarsi a partire dalle proprie capacità, affrontare lo stress della vita di ogni giorno, lavorare in maniera produttiva e contribuire alla vita della sua comunità. Diviene pertanto evidente quanto la salute mentale sia cruciale per il benessere di tutti gli individui. Nelle comunità si creano o si perdono le opportunità di salute e di salute mentale.

I disturbi mentali e del comportamento¹ includono i disturbi che generano un elevato carico di malattia come la depressione, i disturbi d'ansia (classificati anche come disturbi mentali comuni) e i disturbi affettivi bipolari, la schizofrenia (disturbi mentali gravi).

Il Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale identifica i bisogni di salute mentale:

Bisogni prioritari

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

Altre tematiche di rilievo clinico, sociale e organizzativo

- Disturbi del comportamento alimentare
- Disturbi di personalità
- Disturbi psichici in età geriatrica
- Disturbi psichici associati alle dipendenze patologiche
- Disturbi psichici associati agli autori di reato
- Disturbi dell'umore
- Prevenzione del suicidio
- Disturbi dello spettro autistico
- Bisogni di salute mentale della popolazione immigrata.

A quali valori facciamo riferimento

Il settore sanitario, come sottolinea l'Organizzazione Mondiale della Sanità, da solo non può rispondere a tutti i bisogni per la promozione della salute mentale e la prevenzione dei disturbi psichici, ma può farsi promotore di azioni opportune. Così le declina il Piano d'Azione Mondiale per la Salute Mentale OMS 2013-2020:

1. rafforzare *leadership* e *governance* nella salute mentale
2. fornire servizi di salute mentale e supporto sociale comprensivi, integrati e capaci di risposte
3. progettare e realizzare strategie di prevenzione e promozione della salute mentale
4. rafforzare i sistemi informativi, le evidenze scientifiche e la ricerca.

Queste azioni poggiano su 6 "Pilastrì" valoriali¹, validi universalmente, che rappresentano i principi ispiratori delle politiche per la salute mentale in tutti gli Stati membri e che la Regione Piemonte pone alla base di questo Piano d'azione:

- a) accesso alla copertura sanitaria universale
- b) diritti umani

¹ Dal PASM OMS 2013—2020.

- c) interventi basati sulle evidenze scientifiche
- d) approccio orientato a tutte le fasi della vita
- e) approccio multisettoriale
- f) *empowerment* delle persone con disturbo mentale e disabilità psico-sociali.

In particolare, per la Regione europea l'OMS enfatizza tre aspetti rilevanti dei sei "Pilastri": l'equità, l'*empowerment* dei pazienti e l'efficacia di tutte le azioni.

Dai valori alle strategie alle azioni

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

La Regione Piemonte aderisce pienamente a questo modello, sottolineando il carattere universale, inclusivo e proporzionale ai bisogni degli interventi di promozione della salute mentale e la necessità di attribuire particolare attenzione alla relazione nei percorsi di cura.

In merito ai diritti umani la Regione Piemonte si propone come obiettivo il superamento del ricorso alle tecniche di contenimento meccanica e la partecipazione degli utenti e dei loro familiari alla costruzione del progetto di cura.

1.2 Il percorso partecipato di elaborazione del piano

Per coinvolgere le istituzioni, il mondo professionale, i soggetti economici collegati, le associazioni, i pazienti, le loro famiglie e, più in generale la collettività regionale, a riflettere insieme sulle politiche a tutela della salute mentale in Piemonte, all'inizio del 2017 l'IRES Piemonte ha avviato un percorso partecipato per l'elaborazione di un Piano d'azione regionale per la Salute Mentale (PASM).

Ad inizio 2017 si è costituito il Gruppo di lavoro composto da 12 esperti in materia, provenienti da Aziende Sanitarie, Enti gestori dei servizi sociali, erogatori di servizi, Università che ha supportato il team di ricerca IRES Piemonte-Eclectica nel coordinamento del percorso di elaborazione del Piano (Allegato 1).

Tra Maggio e Giugno, in cinque workshop territoriali – a Torino, Ivrea, Omegna, Alessandria e Cuneo – 240 persone si sono incontrate per un'intera giornata. Partendo dalle esperienze in corso nelle realtà locali piemontesi e da pratiche nazionali e internazionali i partecipanti hanno individuato 23 temi prioritari destinati a diventare la prima ossatura del PASM. I temi prioritari riguardavano principalmente problemi legati alla disponibilità delle risorse, la necessità di approcci più coraggiosi quali il lavoro integrato e il maggiore coinvolgimento degli utenti e dei loro familiari, co-progettazione e relazioni tra operatori, la precocità degli interventi, l'esigenza di dotarsi di strumenti di valutazione.

Al fine di garantire il coinvolgimento attivo di tutti gli intervenuti, la scelta delle tecniche di gestione dei gruppi è ricaduta su due metodi qualitativi partecipati: il World Café, un metodo per avviare conversazioni informali su temi specifici, e il Nominal Group, un processo strutturato per raggiungere il consenso del gruppo sulla priorità da assegnare a una lista di problemi o soluzioni prodotta dagli stessi partecipanti.

Nell'estate 2017, raccogliendo le candidature dei soggetti interessati – 124 persone, 74 nei workshop e 50 in seguito a un secondo invito – sono stati costituiti tre tavoli di lavoro tematici, relativi a:

- *iniziative e politiche per la prevenzione e la promozione della salute*
- *percorsi di cura*
- *interventi per l'emancipazione e l'abilitazione.*

Ogni tavolo, composto da 14 membri, ha dato voce ai diversi mondi che si occupano di salute mentale: ASL (Dipartimenti di salute mentale e altri servizi), Associazioni di utenti e familiari, Enti gestori dei servizi socio-assistenziali, Enti locali o altri Enti pubblici, Cooperative, Fondazioni o altri erogatori di servizi (Allegato 1).

Tra Ottobre e Dicembre 2017 si sono tenuti 4 incontri per ciascun tavolo – condotti da facilitatori, con la partecipazione di un ricercatore IRES Piemonte – finalizzati a elaborare la proposta di Piano.

Il primo incontro ha preso le mosse dai temi prioritari emersi dai workshop ed ha individuato un elenco di obiettivi per il Piano; il secondo incontro ha prodotto un elenco di azioni utili a perseguire gli obiettivi; nel terzo e nel quarto incontro sono state progettate le azioni che hanno incontrato il consenso tra i partecipanti e sono state considerate attuabili. Gli obiettivi da perseguire e le venti azioni utili a realizzarli sono contenuti nella proposta di PASM che segue.

1.3 La valutazione del piano

Per verificare la reale efficacia di un piano è necessario monitorarne l'attuazione e valutare l'impatto delle azioni sulla salute della popolazione.

Sarà quindi strutturato un sistema di monitoraggio e di valutazione delle 20 azioni del Piano avendo come riferimento le indicazioni contenute nei documenti di programmazione nazionali e internazionali. Particolare attenzione sarà posta allo sviluppo della valutazione partecipata.

Il funzionamento a regime del Sistema Informativo per la Salute Mentale costituisce un prerequisito per lo sviluppo del sistema di monitoraggio e valutazione.

2. Migliorare la *governance*

2.1 La situazione attuale e i problemi

I percorsi di presa in carico e di cura e l'organizzazione dei servizi

Alla promozione della salute mentale partecipano vari soggetti: servizi socio-sanitari dedicati, servizi pubblici primari (istruzione, agenzie di formazione, enti locali), altri attori sociali come le associazioni sportive, culturali e il volontariato.

Nelle ASL i percorsi di presa in carico e cura sono realizzati dai servizi per la salute mentale (DSM e/o servizi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza), con la rete dei servizi socio-sanitari nei Distretti. In Piemonte sono presenti 9 DSM.

Il DSM contiene in sé servizi territoriali (i servizi ambulatoriali dei Centri di Salute Mentale, domiciliari, di sostegno territoriale integrato e le strutture residenziali) e ospedalieri (il Servizio Psichiatrico Ospedaliero di Diagnosi e Cura - SPDC) ed è chiamato a garantire:

- il supporto complessivo in tutto il percorso del paziente
- la flessibilità, adattando gli interventi alle potenzialità evolutive del paziente
- la continuità terapeutica
- la documentazione dei casi gravi presi in carico e la rilevazione dei *drop out*.

La sfida da affrontare è creare le condizioni affinché i DSM siano effettivamente in grado di svolgere queste funzioni focalizzandosi sulle domande e i bisogni degli utenti, coordinandosi con le altre realtà esistenti sui territori.

Le risorse per la salute mentale

Secondo i dati riportati nel Primo Rapporto Nazionale sulla Salute Mentale del Ministero della Salute nel 2015 il Piemonte ha speso, per i servizi di salute mentale, 66,60 Euro per residente, circa il 10% in meno dei 73,80 Euro pro capite della media nazionale.

Monitoraggio e valutazione

Nel quadro d'insieme sui servizi di salute mentale nelle regioni italiane elaborato a fine 2015 dal Ministero della Salute emergono differenze nei modelli regionali di monitoraggio e valutazione. Anche tra le ASL della nostra Regione si riscontrano forti disomogeneità nella raccolta e nella disponibilità dei dati.

Esiste dunque una carenza di dati raccolti in modo sistematico e uniforme sui bisogni della popolazione, i servizi e gli interventi. Per questo motivo è necessario investire nel monitoraggio e nella valutazione per una programmazione delle risorse basata su rigorose evidenze.

2.2 Gli obiettivi operativi

Il Piano d'Azione per la Salute Mentale persegue i seguenti obiettivi operativi:

- a) perfezionare il sistema informativo regionale sulla salute mentale
- b) istituire organi di partecipazione e controllo delle politiche per la salute mentale in Piemonte
- c) estendere e rafforzare l'uso della valutazione della qualità dei servizi e degli esiti

d) Integrazione e collegamento tra i diversi soggetti, istituzionali e non, coinvolti nella tutela della salute mentale.

2.3 Le azioni

Azione 1 – Consulta regionale per la salute mentale

E' costituita una Consulta regionale per la salute mentale che veda la partecipazione degli attori che nei diversi territori hanno competenze in questo ambito: associazioni di utenti e famigliari; associazioni attive nel campo della cultura, del volontariato, dello sport; operatori sanitari e sociali pubblici (aziende sanitarie ed enti gestori delle funzioni socio-assistenziali); operatori sanitari e sociali privati; operatori sanitari e sociali del terzo settore; università, istituti scolastici e agenzie formative; sindacati e associazioni di categoria; l'Associazione delle fondazioni di origine bancaria; l'Agenzia Piemonte Lavoro; le ATC; l'Anci; l'Inps.

La Consulta ha come funzioni far emergere e segnalare i problemi che riguardano la salute mentale nel Piemonte, avanzare proposte di soluzione, rivolgere domande conoscitive e di ricerca a tutti i soggetti competenti e ha il diritto di ricevere risposte nel merito, trasparenti e tempestive.

La Consulta è costituita da un Comitato promotore transitorio, composto da un numero limitato di membri, individuati in modo tale da garantire una rappresentanza equilibrata di operatori sanitari e sociali, associazioni di utenti e famigliari, altre associazioni. Il Comitato promotore può inoltre avvalersi della consulenza di esperti in materia. La Consulta, una volta costituita, nomina un rappresentante che prenderà parte al Comitato di monitoraggio del PASM (si veda l'Azione 2).

Azione 2 – Comitato di monitoraggio del Piano d'Azione per la Salute Mentale

E' costituito un Comitato di monitoraggio del PASM. Il Comitato di monitoraggio è composto da un minimo di 9 e un massimo di 15 membri, in modo da comprendere una rappresentanza numericamente equilibrata dei tavoli di lavoro e del gruppo di lavoro regionale che hanno collaborato all'elaborazione del PASM, oltre al rappresentante della Consulta per la salute mentale.

Il Comitato ha come funzioni verificare su base periodica l'effettiva attuazione delle azioni del PASM, evidenziare i problemi che lo riguardano, rivolgere domande conoscitive e di ricerca alle Direzioni regionali competenti e ha il diritto di ricevere risposte nel merito, trasparenti e tempestive.

Azione 3 - Monitoraggio dei percorsi di cura

Il sistema informativo su percorsi di cura e utenti in carico è sviluppato in modo da raccogliere dati omogenei sul territorio e produrre rapporti di monitoraggio periodici, almeno annuali. Particolare attenzione è posta alla verifica del rispetto degli standard già esistenti, anche in riferimento alle figure professionali impegnate. I rapporti di monitoraggio e i relativi dati sono resi pubblici e facilmente accessibili a tutti coloro che siano interessati.

L'azione è svolta dalla Direzione Sanità della Regione attraverso l'Osservatorio epidemiologico sulla salute mentale del Piemonte. La Consulta regionale per la salute mentale e il Comitato di monitoraggio del PASM hanno il potere di rivolgere domande conoscitive alle Direzioni regionali competenti e il diritto di ricevere risposta in tempi adeguati.

Sulla base dei dati di monitoraggio sono inoltre definiti obiettivi di miglioramento dei servizi, anche in sede di definizione annuale degli obiettivi delle direzioni aziendali, in termini univoci e verificabili. I flussi informativi, anche connessi ai sistemi di controllo di gestione utilizzati dalle aziende sanitarie, sono resi coerenti e confrontabili a livello regionale.

Azione 4 – Valutazione della qualità dei servizi e degli esiti

La Regione Piemonte promuove e realizza specifiche analisi di approfondimento e di valutazione della qualità dei servizi e degli esiti delle cure e degli interventi, anche su richiesta della Consulta regionale per la salute mentale e del Comitato di monitoraggio del PASM.

Possibili temi oggetto di approfondimento e valutazione, anche attraverso la valutazione partecipata, sono l'uso dei farmaci, il ricorso al trattamento sanitario obbligatorio (TSO), il ricorso alla contenzione.

Gli esiti delle analisi di approfondimento e di valutazione sono resi pubblici, facilmente accessibili a chiunque sia interessato e sono utilizzati per migliorare la qualità dei servizi.

3. Superare lo stigma

3.1 La situazione attuale e i problemi

Almeno una persona su quattro sperimenta nella sua vita una malattia mentale. Se i numeri sono così elevati, perché la malattia mentale è ancora un tabù?

Lo stigma è un termine complesso, che comprende problemi di conoscenza (ignoranza o disinformazione), di atteggiamento (pregiudizio) e di comportamento (discriminazione) diffusi sia nella popolazione in generale sia tra gli operatori e i professionisti del settore.

La paura di essere stigmatizzati o etichettati può rappresentare una delle principali cause per cui molte delle persone che convivono con la malattia mentale non chiedono aiuto. Nonostante non vi siano ormai dubbi che le cure abbiano tanto più successo quanto più è precoce la diagnosi, purtroppo, a causa dello stigma, molte persone che soffrono di disturbi mentali decidono di ricorrere alle cure solo dopo diversi anni dall'esordio dei sintomi (in media 8 per i disturbi dell'umore, 9 per i disturbi d'ansia).

Uno studio recente condotto su un campione di medici di medicina generale in Italia suggerisce, tra le strategie per superare lo stigma, l'educazione degli operatori, con il coinvolgimento degli utenti nei percorsi educativi, nonché una miglior collaborazione tra medici di medicina generale e psichiatria che mitighi la percezione di pericolosità dei pazienti, ancora diffusa tra i medici di medicina generale².

3.2 Gli obiettivi operativi

Il Piano d'Azione per la Salute Mentale persegue il seguente obiettivo operativo:

d) contrastare la stigmatizzazione, intervenendo sui pregiudizi e la disinformazione nella popolazione in generale, tra gli operatori e i professionisti del settore.

² Lorenza Magliano, *Salute mentale, stigma e accesso alle cure*, "Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici", Volume 15, 10 Novembre 2017.

3.3 Le azioni

Azione 5 – Campagne informative e di sensibilizzazione

Sono promosse e realizzate:

- campagne informative rivolte alla popolazione in generale e non solo agli addetti ai lavori, attraverso vari canali mediatici e basate su messaggi chiari, positivi e ripetuti nel tempo. Come strategia per lottare contro lo stigma queste campagne mirano a creare e diffondere la consapevolezza che la sofferenza mentale è una questione che riguarda tutti, che la guarigione è possibile, che il disagio psichico non è mai una colpa e non è mai una scelta, né della persona interessata, né della sua famiglia
- campagne informative mirate a specifici target, come ad esempio le scuole, le aziende (anche attraverso le associazioni di categoria), i proprietari di casa e finalizzate a facilitare l'inserimento sociale, l'inserimento lavorativo, la ricerca dell'abitazione
- eventi strutturati e specifici sul tema in grado di coinvolgere attori del territorio e cittadini, anche durante la loro progettazione. Questi eventi possono ad esempio consistere in festival e manifestazioni culturali, rassegne cinematografiche e teatrali, manifestazioni sportive, mostre itineranti sul territorio, convegni di carattere divulgativo con la partecipazione di esperti del settore e di esperti per esperienza, iniziative specifiche all'interno di altre manifestazioni locali già esistenti.

4. Promuovere la salute mentale nelle comunità

4.1 La situazione attuale e i problemi

Secondo l'OMS la prevenzione e la promozione della salute mentale hanno definizioni differenti. La promozione indica un intervento che ha per obiettivo il miglioramento del benessere psicologico attraverso la modifica delle condizioni individuali e socio-ambientali associate in modo positivo alla salute mentale. La prevenzione dei disturbi mentali fa riferimento a interventi che hanno per obiettivo la riduzione dell'incidenza di una o più specifiche malattie mentali definite da criteri diagnostici riconosciuti, attraverso la riduzione di uno o più fattori di rischio associati alla malattia stessa (WHO, 2002). Esistono in ogni caso ampie sovrapposizioni tra i due ambiti, poiché sono entrambi orientati a supportare le persone nel raggiungimento di uno stato di benessere in cui ciascuno possa realizzare le proprie capacità, far fronte alle normali tensioni della vita, sia in grado di lavorare in modo produttivo e fruttuoso, sia in grado di dare un contributo alla comunità in cui vive (OMS 2007). Nel nostro contesto, esistono ancora carenze nel coordinamento tra gli interventi di prevenzione e promozione della salute per la popolazione, essendo a oggi eccessivamente frammentati e non in tutti i casi basati su evidenze scientifiche aggiornate.

Promuovere la salute mentale e prevenire i disturbi mentali è responsabilità di tutti i settori e di tutti i servizi pubblici: la salute mentale è infatti fortemente influenzata da una serie di determinanti non solo biologici ma anche sociali ed economici, tra cui il reddito, la situazione lavorativa, il grado di istruzione, il tenore di vita, la salute fisica, la coesione familiare, la discriminazione, le violazioni dei diritti umani e l'esposizione a eventi di vita sfavorevoli, quali violenze sessuali, abuso e abbandono dei bambini (PASM WHO 2013-2010).

I bisogni in materia di salute mentale richiedono un'attenzione particolare per ogni fase della vita. Il contesto socio-culturale contemporaneo fa emergere, in particolare, la fragilità delle reti primarie: un tempo costituivano un riferimento più stabile soprattutto per i famigliari più fragili, mentre oggi sono connotate da frammentarietà, instabilità, disorientamento. Mancano azioni nella comunità che facilitino i rapporti, le relazioni d'aiuto reciproco e di scambio che, come dimostrato dalle evidenze empiriche, possono migliorare la qualità della vita di bambini e adulti.

Le azioni da mettere in campo sono svariate, ma tutte ormai ritenute valide per lo sviluppo e il sostegno del benessere delle persone: ad esempio supportare i genitori nei momenti più delicati quali la nascita di un bimbo, durante la preadolescenza e l'adolescenza dei figli, sostenere i *care giver* nei lunghi tempi dedicati all'accudimento di persone disabili o anziane, realizzare azioni volte allo sviluppo delle qualità intrinseche di ciascun individuo nell'età evolutiva (*life skill*), sono tutti interventi che si dimostrano efficaci nel migliorare la qualità della vita dei singoli e nel prevenire eventi secondari negativi. Nel territorio regionale emergono particolari carenze di iniziative per la promozione della salute nell'infanzia e nell'adolescenza, pur a fronte di evidenze scientifiche robuste e validate sulla loro utilità.

4.2 Gli obiettivi operativi

Il Piano d'Azione per la Salute Mentale persegue i seguenti obiettivi operativi:

- e) superare la frammentazione degli interventi di prevenzione e promozione della salute e la scarsa attenzione alle evidenze degli stessi
- f) sviluppare e coordinare le reti primarie a supporto delle fragilità e le iniziative per la promozione della salute nell'infanzia e nell'adolescenza.

4.3 Le azioni

Le azioni che seguono sono promosse dai Dipartimenti di Salute Mentale, dai Distretti, dai Dipartimenti di prevenzione, dai Dipartimenti delle dipendenze patologiche, dai Dipartimenti materno infantile, dalla Neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza, dai servizi di psicologia laddove presenti, dagli Enti locali. Le iniziative coinvolgono e mettono in rete le esperienze già esistenti promosse da attori pubblici, privati e del terzo settore.

Azione 6 – Genitorialità

E' attivato un servizio di accompagnamento, sostegno e promozione universale alla genitorialità. E' curato da un soggetto pubblico competente in materia (come ad esempio i Centri famiglie), in rete con i servizi e le risorse dei territori.

Il servizio di accompagnamento alla genitorialità si articola in diverse attività come ad esempio: *peer education* e *peer support* tra genitori, visite domiciliari ai neo-genitori da parte di operatori professionali specificatamente formati sulle relazioni di attaccamento e sulla valorizzazione delle risorse genitoriali, consulenza educativa e familiare ai genitori di pre-adolescenti e adolescenti all'interno di luoghi non connotanti.

Azione 7 – Life skill nell'infanzia e nell'adolescenza

Sono costituiti specifici tavoli territoriali di co-progettazione che, in raccordo con i gruppi di lavoro già esistenti, elaborano progetti per potenziare, estendere e connettere gli interventi di promozione delle *life-skill* nell'infanzia e nell'adolescenza, nel contesto scolastico ed extrascolastico (ad esempio: i centri di aggregazione).

Con *life skill* si fa riferimento a un nucleo fondamentale di abilità e competenze personali e sociali che riguardano: l'autocoscienza, la gestione delle emozioni, la gestione dello stress, il senso critico, prendere decisioni e risolvere problemi, la creatività, la comunicazione efficace, l'empatia, interagire e relazionarsi con gli altri.

I tavoli territoriali coinvolgono le figure di riferimento (ad esempio: insegnanti, educatori, allenatori sportivi, animatori) e tutti gli attori rilevanti di carattere pubblico, privato, del terzo settore e dell'associazionismo. Progetti e interventi fanno riferimento alle evidenze derivate dagli studi esistenti in materia e individuano specifici criteri minimi di qualità dei progetti, riguardanti aspetti cruciali quali ad esempio: la continuità nel tempo delle azioni; la formazione degli operatori coinvolti nell'attuazione delle azioni; il coinvolgimento attivo e partecipato dei destinatari; il monitoraggio delle azioni attraverso strumenti ad hoc; la valutazione dei risultati conseguiti.

I progetti di *life skill* sono oggetto di un'attività di monitoraggio strutturata e periodica.

Azione 8 – Invecchiamento attivo

Sono realizzate iniziative e attività di invecchiamento attivo (*healthy aging*), connettendo le diverse generazioni e trasmettendo saperi tra esse, a partire dall'infanzia fino alla quarta età.

Le iniziative e le attività possono consistere in: uscite organizzate, anche utilizzando videocamere, fotocamere e specifiche applicazioni; percorsi di alfabetizzazione digitale promossi da ragazzi e giovani, anche nell'ambito dell'alternanza scuola-lavoro; percorsi di trasmissione di conoscenze, esperienze e memoria storica; percorsi di trasmissione di saperi pratici riguardanti mestieri tradizionali, lavori manuali, passatempi; esperienze di *co-housing* tra anziani e giovani; attività didattiche, educative e ludiche, comprese attività di tutoraggio qualificato (*mentoring*) da parte di anziani verso ragazzi e giovani; esperienze strutturate di accudimento e/o adozione di animali di affezione; esperienze di provata efficacia nella prevenzione delle demenze; azioni informative per la prevenzione dei reati verso gli anziani; azioni di sostegno agli anziani vittime di reato.

Le iniziative pongono particolare attenzione al coinvolgimento attivo degli anziani.

Azione 9 – Sostegno ai care giver

Sono realizzate iniziative e attività di sostegno ai *care giver*.

Le iniziative e le attività possono consistere in: gruppi di auto-mutuo-aiuto strutturati in modo da facilitare l'effettiva partecipazione dei *care giver*; azioni di supporto pratico e di sostituzione temporanea, anche a domicilio, modulate sui bisogni reali dei *care giver*; luoghi di incontro per *care giver* (ad esempio i *care giver* café); supporto e accompagnamento ai *care giver* nell'accesso a servizi e benefici riconosciuti dalla normativa vigente; informazione e formazione per *care giver*.

Azione 10 – Attività motoria

Sono promossi e realizzati progetti per la promozione del movimento ludico non agonistico e dell'attività motoria.

I progetti contrastano la sedentarietà e favoriscono la socialità, sia per promuovere il benessere psico-fisico della popolazione in generale, sia come misura di prevenzione universale e selettiva.

I progetti coinvolgono le figure di riferimento, compresi studenti in scienze motorie, potenziando, estendendo e connettendo le azioni già esistenti in questo ambito, come ad esempio: attività sportive individuali e di squadra; pedibus; gruppi di cammino; escursionismo; ginnastica dolce; altre attività all'aperto.

Azione 11 – Prevenzione e promozione della salute mentale

E' realizzato almeno un progetto per Area sovraaziendale, ulteriore rispetto alle Azioni 7, 8, 9 e 10, in tema di prevenzione e promozione della salute mentale, anche nei contesti aziendali pubblici e privati, da finanziare attraverso un budget dedicato.

I progetti sono finanziati in seguito a una valutazione basata sui seguenti criteri:

- la capacità di intervenire sui bisogni più rilevanti del territorio in tema di prevenzione e promozione della salute mentale
- il grado di innovazione. Sono considerati innovativi sia i progetti che prevedano nuovi servizi e interventi prima non esistenti sul territorio sia i progetti che prevedano di rivolgere servizi e interventi già esistenti a nuovi destinatari
- il grado di integrazione. L'integrazione consiste nel connettere, coordinare e/o armonizzare servizi e interventi già esistenti sul territorio, anche coinvolgendo le Case della Salute
- il grado di sostenibilità nel tempo dei servizi e degli interventi previsti nei progetti.

I progetti devono essere sviluppati adottando un approccio partecipativo e devono prevedere un piano di valutazione strutturato.

5. Assicurare accessibilità ai servizi

5.1 La situazione attuale e i problemi

Quasi 1 italiano su 5 usa il web per informarsi su questioni di salute e lo indica come fonte dalla quale ha acquisito la maggior parte di quanto sa sulla sua salute. Cresce anche il numero di chi utilizza la rete per aspetti pratici, quali prenotare visite, esami, comunicare tramite e-mail con il proprio medico.

Nel caso della salute mentale l'informazione attualmente in rete sull'insieme dei servizi e operatori disponibili nei territori risulta frammentaria oppure difficilmente accessibile. L'accesso diretto a questi servizi può inoltre comportare stigma sociale – come per i servizi per le dipendenze, i consultori, i servizi sociali.

Più in generale chi accede ai servizi alla persona non sempre riesce a presentare i suoi diversi bisogni, che talvolta si sovrappongono, soprattutto per persone in condizioni di fragilità.

Talvolta è difficile accedere a prestazioni "leggere", infermieristiche o fisioterapiche. Inoltre i servizi alla persona, compresi quelli per la salute mentale, hanno spesso limiti negli orari di apertura. Un sistema di cure primarie ai cittadini fornite su un arco temporale più esteso (24h/7gg) e con varie professionalità, oltre a migliorare il servizio, porterebbe benefici agli stessi professionisti della sanità, favorendo ad esempio l'accesso alle informazioni cliniche sul paziente o una maggiore complementarietà tra il lavoro dei medici di famiglia e degli infermieri di territorio.

L'*empowerment* del paziente e la partecipazione dei famigliari ai percorsi di cura possono beneficiare grandemente dalla condivisione di conoscenza su attori e servizi attivi, loro approcci e metodi, evidenze sugli esiti. L'esistenza di strumenti informativi e mezzi di *advocacy* e auto aiuto, riguarda specifiche situazioni di fragilità (disabilità, dipendenze, talune malattie rare). Altre situazioni sono meno coperte e sono rare le organizzazioni a vocazione universale, in grado di rispondere a uno spettro più ampio di bisogni delle persone.

Da tempo, anche in Piemonte, si sperimentano soluzioni che affrontano queste questioni quali ad esempio la rete delle Case delle Salute, presenti ormai su tutto il territorio. E' inoltre in corso il tentativo di integrare progressivamente l'azione dei servizi sociali, di quelli per l'impiego, con i servizi sanitari e le agenzie formative: l'obiettivo sono i 30 ambiti in cui dovrebbe confluire l'azione coordinata degli oltre 50 Enti gestori, dei Distretti sanitari, dei Centri per l'impiego.

Come sottolinea anche l'OMS, lo sviluppo di servizi di salute mentale di buona qualità richiede l'uso di protocolli e pratiche basati su evidenze, che comprendono l'intervento precoce, l'inclusione dei principi riguardanti i diritti umani, il rispetto dell'autonomia dell'individuo e la salvaguardia della sua dignità.

5.2 Gli obiettivi operativi

Il Piano d'Azione per la Salute Mentale persegue i seguenti obiettivi operativi:

g) migliorare l'accessibilità ai servizi avendo come riferimenti la medicina di iniziativa che va incontro al paziente, in maniera pro-attiva e programmata, la *recovery*, la partecipazione di utenti e famigliari

h) costruire un quadro conoscitivo condiviso sui servizi, le risorse, le esperienze, le opportunità disponibili nei territori.

5.3 Le azioni

Azione 12 – Accessibilità

Sono promossi e realizzati progetti sull'accessibilità dei servizi che prevedano:

- la continuità delle cure nei Dipartimenti di Salute Mentale, anche attraverso l'apertura lunga dei Centri di Salute Mentale
- la garanzia di risposta all'urgenza psichiatrica sul territorio da parte dei Centri di Salute Mentale
- la definizione di specifici protocolli per favorire l'accessibilità ai servizi per persone in condizioni di grave emarginazione: senza dimora, stranieri temporaneamente presenti senza permesso di soggiorno, comunitari con tessera europea non iscrivibile, richiedenti asilo e rifugiati
- margini di flessibilità al vincolo di residenza sull'assunzione in cura da parte del servizio territoriale di riferimento e della libera scelta per i pazienti dello specialista a cui rivolgersi all'interno di uno stesso Centro di Salute Mentale.

E' inoltre posta attenzione al miglioramento sotto il profilo estetico e funzionale degli spazi utilizzati per i servizi, considerando che anche la bellezza e il confort degli ambienti costituiscono elementi di cura.

Azione 13 – Cure primarie e salute mentale

Sono promossi percorsi per valorizzare il ruolo delle cure primarie nella tutela della salute mentale e per implementare, laddove necessario, il collegamento strutturale e/o funzionale tra le cure primarie, in particolare le Case della Salute e il sistema dei servizi di assistenza psichiatrica.

A titolo di esempio, sono definiti:

- specifici percorsi di cura della salute mentale nelle Case della Salute
- specifiche modalità di comunicazione tra Centri di Salute Mentale e medici dell'assistenza primaria.

Azione 14 – Sito internet

E' realizzato un portale regionale *on line* istituzionale per l'accessibilità ai servizi sulla salute mentale.

Il sito è progettato coinvolgendo potenziali utenti in modo da essere facilmente reperibile *on line*, agevolmente utilizzabile da tutti, attraverso modalità di interrogazione intuitive e *user friendly*.

Il sito ha come obiettivo diffondere informazioni:

- sui servizi e sulle opportunità esistenti sui territori attraverso un database periodicamente aggiornato
- sulle attività svolte dalla Consulta regionale per la salute mentale, dal Comitato di monitoraggio del Piano d'Azione per la salute mentale, dall'Osservatorio epidemiologico sulla salute mentale del Piemonte
- sulle iniziative sui territori.

Il sito è adeguatamente connesso con i *social media*.

6. Integrare i percorsi di cura

6.1 La situazione attuale e i problemi

Le persone con problemi di salute mentale presentano bisogni complessi, che richiedono un approccio sistemico e cure appropriate. Si distinguono tre categorie di utenti:

- utenti che non necessitano di cure specialistiche e continuative (collaborazione e consulenza)
- utenti che necessitano di trattamento specialistico ma non di interventi complessi e multi professionali (assunzione in cura)
- utenti che presentano bisogni complessi e necessitano di una valutazione multidimensionale e intervento di diversi profili professionali (presa in carico)³.

Tra le criticità più diffuse nei servizi per la salute mentale, anche in Piemonte vi sono l'uso eccessivo di farmaci, la scarsità dei servizi domiciliari, la carenza degli interventi di prevenzione. L'approccio alla cura è spesso sbilanciato sul versante della prescrizione farmacologica, poco concordato con i destinatari e focalizzato sulle emergenze. Dei circa 300 Milioni di Euro spesi annualmente per la salute mentale in Piemonte il 34,4% è destinato all'assistenza residenziale, il 31% all'assistenza ambulatoriale, il 14,5% a farmaci antidepressivi, il 7,5% all'attività di ricovero in case di cura, il 6,6% all'assistenza territoriale nei DSM, il 6% a farmaci antipsicotici.

I nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) prevedono l'erogazione di "Percorsi assistenziali integrati alle persone con disturbi mentali", attraverso la presa in carico multidisciplinare e un Programma terapeutico individualizzato (PTI) - per intensità, complessità e durata - che include prestazioni specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e riabilitative.

Le evidenze internazionali e le raccomandazioni nazionali sottolineano l'efficacia dell'integrazione delle cure. Un punto di forza del Piemonte è rappresentato dalla presenza di alcune reti di cura integrate nell'ambito della salute mentale con competenze multidisciplinari. Le principali reti di questo tipo sono:

- l'Inserimento eterofamiliare supportato di adulti (IESA)
- la Rete regionale per la presa in carico di soggetti con disturbi del comportamento alimentare
- i percorsi per i disturbi psicotici resistenti al trattamento
- i percorsi per i disturbi della personalità
- il Centro Pilota regionale autismo adulti
- il Centro per la sindrome da deficit di attenzione e iperattività (ADHD) dell'adulto.

Ancora troppo spesso, tuttavia, si lavora per compartimenti stagni e l'integrazione tra servizi è lasciata all'iniziativa di singoli. Oggi i DSM non sempre creano rete con altri servizi. Un'opportunità in tal senso è fornita in Piemonte dalla possibilità di integrare interventi e cure nella costituenda Rete delle Cure Primarie, nelle 69 Case della Salute in avvio.

³ Si veda l'Accordo della Conferenza Stato Regioni del 13 novembre 2014 "Definizione dei Percorsi di Cura da attivare nei Dipartimenti di Salute Mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità".

6.2 Gli obiettivi operativi

Il Piano d'Azione per la Salute Mentale persegue i seguenti obiettivi operativi:

- i) assicurare la presa in carico dei pazienti
- l) superare un approccio alla cura eccessivamente orientato alle emergenze
- m) promuovere la domiciliarità individuando risorse adeguate
- n) promuovere percorsi strutturati in reti integrate istituzionali tra servizi sanitari e territoriali
- o) promuovere una presa in carico precoce ed adeguata degli esordi psichiatrici.

6.3 Le azioni

Azione 15 – Organismi e strumenti per l'integrazione dei percorsi di cura

A livello locale, nell'ambito dei Comitati dei Sindaci di Distretto, integrati dai referenti istituzionali dei servizi distrettuali territoriali, sono definiti gli strumenti operativi necessari ad attuare l'obiettivo dedicato all'integrazione dei percorsi di cura, sulla base delle risorse regionali e locali definite nel bilancio distrettuale e in coerenza con gli indirizzi della Conferenza dei Sindaci.

Uno degli strumenti di cui si prevede l'attivazione è l'Unità Multidisciplinare di Valutazione della Salute mentale. L'Unità Multidisciplinare è la commissione che definisce le modalità di presa in carico dei singoli pazienti e valida un Progetto Individuale in relazione ai bisogni della persona. Essa è presieduta dai direttori di Distretto e dai direttori degli Enti gestori dei servizi socio-assistenziali o da loro delegati: è composta da referenti istituzionali dei servizi distrettuali territoriali (Neuropsichiatria Infantile, Dipartimento Salute Mentale, Dipartimento di Patologia delle Dipendenze, Geriatria, Dipartimento Prevenzione, Disabilità, Servizio sociale aziendale, Servizio Sociale di Comuni ed Enti gestori) ed è integrabile caso per caso da altri referenti di enti e da soggetti competenti, compresi utenti e famigliari.

L'Unità Multidisciplinare sposta il modello di intervento dalla focalizzazione sul singolo dipartimento all'integrazione nel distretto, dall'accento sulla malattia alla promozione della salute, dall'intervento sul malato all'azione sul cittadino a tutto tondo, occupandosi anche delle problematiche connesse all'abitare e all'inserimento lavorativo.

Per superare un'impostazione parcellizzata esclusivamente focalizzata sulla malattia, l'Unità Multidisciplinare associa la valutazione di tipo clinico con la valutazione di tipo funzionale, ricorrendo a metodi adeguati ad integrare tutti gli aspetti biologici e psicosociali, valutando il "funzionamento" della persona nel contesto ambientale.

Su iniziativa delle Direzioni dei Dipartimenti di Salute Mentale, nell'ambito dell'assegnazione annuale degli obiettivi direzionali, sono definiti e attuati specifici protocolli di intesa per avviare, mantenere e rafforzare il collegamento strutturato e il lavoro in rete tra le varie articolazioni del Dipartimento di Salute Mentale (Servizi psichiatrici di diagnosi e cura - SPDC, Centri di Salute Mentale - CSM, residenzialità, altri interventi territoriali) e tra queste e la rete dei servizi territoriali (in particolare la costituenda rete delle Case della Salute).

Sono inoltre stilate procedure per il monitoraggio della contenzione meccanica in ogni Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura - SPDC.

Azione 16 – Interventi precoci sugli esordi

Sono definiti e attuati specifici protocolli di intesa riguardanti le modalità operative sulla presa in carico degli esordi in tutte le fasce di età e in particolare nella fascia 16-25 anni.

Più precisamente i protocolli di intesa riguardano:

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

I protocolli di intesa coinvolgono i Dipartimenti di Salute Mentale, i Dipartimenti Materno Infantile, i Dipartimenti di Patologia delle Dipendenze, i Dipartimenti Prevenzione, i Dipartimenti Emergenza Accettazione, i Distretti Socio-sanitari, gli Enti gestori dei servizi socio-assistenziali, gli istituti scolastici, le agenzie lavorative.

I protocolli di intesa devono prevedere l'individuazione di spazi neutri non connotanti e il ricorso a interventi di carattere domiciliare.

Per l'attuazione dei protocolli di intesa vengono costituiti gruppi di lavoro multidisciplinari adeguatamente formati.

7. Garantire percorsi di autonomia

7.1 La situazione attuale e i problemi

In Piemonte le persone con problemi di salute mentale, che vivono in famiglia o da soli, sono quasi 55mila. Delle prestazioni che ricevono dai DSM solo il 15% sono interventi di supporto, di rete oppure di risocializzazione.

Servono pertanto opportunità abitative in autonomia e di sostegno alla permanenza in famiglia. L'autonomia si basa inoltre su opportunità di lavoro e opportunità di socializzazione, anche per chi non possa svolgere attività retribuita. La carenza di queste opportunità limita l'efficacia dei percorsi di cura.

Gli alloggi di edilizia residenziale pubblica vengono assegnati con graduatorie basate su tre criteri: il disagio sociale (che valorizza i casi di provenienza da strutture sociali, come la conclusione di un progetto terapeutico; l'invalidità; i nubendi; i nuclei numerosi; la presenza in graduatorie precedenti); il disagio economico e abitativo. Si tratta di risposte insufficienti a fronte di una domanda complessiva in crescita, oltre a presentare alcune criticità: manutenzione, morosità, concentrazione di fragilità, occupazioni abusive.

La pratica degli ultimi dieci anni ha portato allo sviluppo di altre soluzioni, come quelle di mediazione sociale volte all'utilizzo di alloggi sfitti con contributi alla manutenzione e fornitura di garanzie e altri interventi nel mercato degli affitti. Ad esempio in Provincia di Cuneo si sono pattuiti ben 2300 patti di solidarietà tra proprietari ed inquilini, grazie ad apposite commissioni istituite nei maggiori comuni ed incentivi finanziari diversi, sostenuti da una fondazione bancaria (a fronte dei 3000 nuclei che ricevono forme di sostegno economico all'abitare dai propri Comuni, oppure del numero non dissimile di famiglie assegnatarie di alloggio gestito dall'ATC). Un'altra forma sono le varie soluzioni di *social housing* che si stanno sviluppando da parte di vari soggetti e che possono sviluppare anche funzionalità importanti di socializzazione e integrazione.

In presenza di disagio psichico le persone affrontano difficoltà di accesso al lavoro e di mantenimento dello stesso. Le risposte finora hanno puntato su forme di collocamento obbligatorio presso enti pubblici e aziende private. In secondo luogo si è sviluppata l'esperienza delle cooperative sociali di tipo B, imprese esplicitamente finalizzate a fornire ambiti di lavoro protetto, per le quali godono di agevolazioni fiscali. Un altro approccio punta a un rapido inserimento nel mercato del lavoro ordinario con il supporto esterno temporaneo di un tutor, senza ambienti ad hoc o altre forme di protezione.

Il Piemonte sperimenta da tempo molteplici risposte nell'ambito della socialità: dall'integrazione in attività a carattere agricolo, alla riabilitazione attraverso lo sport; ad esse si aggiungono nuove sperimentazioni, ad esempio la montagna-terapia. Le risposte richiedono spesso il coinvolgimento di più soggetti e la costruzione di partnership sui territori che possono coinvolgere anche servizi primari come quello dell'istruzione.

7.2 Gli obiettivi operativi

Il Piano d'Azione per la Salute Mentale persegue il seguente obiettivo operativo:

p) estendere e rafforzare gli interventi a sostegno dell'abitare, dell'inserimento lavorativo e delle opportunità di socializzazione e "mescolanza" sociale.

7.3 Le azioni

Azione 17 – Sostegno all'abitare

Sono promossi e realizzati progetti che riguardano:

- il sostegno all'abitare in modo autonomo. I progetti ricorrono a due principali strategie: individuare alloggi inutilizzati di proprietà pubblica e privata da destinare a pazienti e/o ex pazienti; facilitare l'accesso di pazienti e/o ex pazienti all'edilizia residenziale pubblica, anche attraverso specifici protocolli di intesa che coinvolgano la Regione Piemonte, le Agenzie Territoriali della Casa – ATC del territorio ed eventualmente altri soggetti competenti
- il sostegno all'abitare in varie forme di condivisione (*co-housing*, co-abitazione) promosse da istituzioni pubbliche e/o soggetti della società civile
- il mantenimento della permanenza al domicilio, attraverso servizi e interventi di sostegno, che consistano anche nell'estensione a pazienti e/o ex pazienti di servizi e interventi già previsti per altre categorie fragili. Possibili esempi di servizi e interventi da prevedere nei progetti sono la reperibilità telefonica, i pasti a domicilio, l'affido etero-famigliare, le forme di auto-mutuo-aiuto, i servizi a domicilio nelle situazioni a rischio di perdita dell'autonomia abitativa, il sostegno economico.

Relativamente a specifici progetti di domiciliarità la messa a disposizione delle risorse deve essere coerente con i livelli di intensità assistenziale previsti, le risorse umane dedicate disponibili in modo flessibile e, quando indicato, nell'arco delle 24 ore sette giorni su sette. L'obiettivo è limitare nel tempo i sostegni attivi di supporto erogati e sostituirli con la personale capacità di autogestione degli utenti stessi e/o con l'accesso alle prestazioni sociali previste per ogni cittadino.

Azione 18 – Sostegno al lavoro

Sono promossi e realizzati progetti per:

- garantire l'inserimento lavorativo di pazienti e/o ex pazienti in contesti aziendali, anche attraverso interventi per un'effettiva ed efficace attuazione della normativa già esistente in materia (Legge nazionale 68/99 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili", Legge 381/91 "Disciplina delle cooperative sociali" e successive modificazioni) e specifiche convenzioni che coinvolgano i Centri per l'impiego e le Aziende sanitarie
- sostenere iniziative di lavoro autonomo e imprenditoriale che coinvolgano pazienti e/o ex pazienti e/o operatori socio-sanitari e/o altri soggetti del territorio
- adottare buone pratiche di inserimento lavorativo di pazienti e/o ex pazienti nei servizi di salute mentale con il profilo di esperti in supporto tra pari
- estendere gli interventi di socializzazione al lavoro anche presso agenzie territoriali (enti pubblici, soggetti privati e del terzo settore) che non si occupano in termini prevalenti o esclusivi di salute mentale.

Azione 19 – Socialità

Sono attivate nuove forme di riabilitazione e di inclusione sociale con budget dedicato utilizzando anche presidi territoriali all'interno di agenzie e soggetti (associazioni, enti pubblici, ...) che non si occupano in termini prevalenti o esclusivi di salute mentale e attingendo alle buone pratiche già sviluppate sui territori.

8. Garantire la formazione

8.1 La situazione attuale e i problemi

Dagli operatori della salute mentale dipende in buona parte la qualità dei servizi psichiatrici.

La Regione Piemonte ha sviluppato nell'ultimo triennio progetti formativi diversificati per rispondere agli specifici bisogni di formazione: 167 nel 2015, 155 nel 2016 e 120 nel 2017, incentrati su molteplici temi.

Tra i principali temi trattati:

- aggiornamenti legislativi
- percorsi clinici
- percorsi riabilitativi
- percorsi di salute mentale degli adolescenti
- sistema informativo
- stili di vita (cibo) e promozione della salute
- contenzione in psichiatria
- urgenze in psichiatria
- standard in psichiatria
- integrazione e metodologie di lavoro in gruppi
- costi della salute mentale
- sostegno all'abitare
- aspetti organizzativi
- *recovery*.

La realizzazione delle azioni previste dal PASM richiedono il lavoro congiunto di molteplici équipes professionali e il coinvolgimento degli operatori in attività mirate di formazione.

8.2 Gli obiettivi operativi

Il Piano d'Azione per la Salute Mentale persegue il seguente obiettivo operativo:

q) definire l'offerta formativa sulla base dei fabbisogni e delle specifiche competenze necessarie per gli operatori.

8.3 Le azioni

Azione 20 – Formazione continua

Sono promosse attività di formazione continua e specifica, rivolte a operatori sanitari e sociali, insegnanti, familiari e utenti, altri soggetti a vario titolo attivi nei percorsi sulla salute mentale.

La formazione si articola in percorsi strutturati che hanno un carattere multidisciplinare, ricorrono anche all'utilizzo di esperienze professionali e di prossimità, a metodologie di didattica attiva e partecipata.

Possibili temi oggetto di formazione sono:

- l'appropriatezza delle cure
- le modalità di intervento innovative e basate sulle evidenze riguardanti la prevenzione, la promozione della salute mentale, la cura, l'emancipazione, l'autonomia e l'abilitazione
- lo stigma, le credenze e le rappresentazioni del disagio mentale
- la figura professionale degli esperti per esperienza
- i metodi di valutazione della qualità dei servizi e degli esiti conseguiti.

Allegato 1 – I partecipanti

I componenti del Gruppo di lavoro

<ul style="list-style-type: none"> - Claudia Alonzi, infermiera presso l'ASL TO1 - Anna Barbero, assistente sociale presso l'ASL TO4 - Mario Cardano, sociologo, Università degli Studi di Torino - Caterina Corbascio, psichiatra presso l'ASL AT - Thomos Epaminondas, educatore presso la cooperativa Il Margine e presso il Laboratorio Urbano Mente Locale - Giovanni Geda, psichiatra presso l'ASL VCO - Francesco Riso, psichiatra presso l'ASL CN1 - Alberto Taverna, psicologo e consulente dell'ASL Città di Torino - Livio Tesio, Settore programmazione della Coesione Sociale, Regione Piemonte - Antonino Trimarchi, direttore sanitario presso l'ASL VCO - Ugo Zamburru, psichiatra presso l'ASL Città di Torino e ideatore del Caffè Basaglia - Enrico Zanalda, psichiatra presso l'ASL TO3

Tavolo sulle iniziative e politiche per la prevenzione e la promozione della salute

Categoria	Componenti del tavolo
Asl DSM	<ul style="list-style-type: none"> - Massimo Baruchello, ASL TO5 - Cinzia Lamberti, ASL AT - Debora Marangon, A.O.U. Maggiore della Carità, Novara - Barbara Rosina, ASL TO3
Asl - altri servizi	<ul style="list-style-type: none"> - Rita Longo, ASL TO3
Associazioni	<ul style="list-style-type: none"> - Marilena Carpino, Più Diritti - Fausto Costero, Usacli - Lorenzo Lanfranco, Diapsi - Ivan Raimondi, Caritas
Erogatori	<ul style="list-style-type: none"> - Franca Piatti, Ass. Insieme - Annalisa Zanetta, Coop. Elios
Enti gestori di servizi sociali	<ul style="list-style-type: none"> - Eugenia Guerrini, Comune di Torino
Enti locali e altri enti pubblici	<ul style="list-style-type: none"> - Alessandro Zennaro, Università di Torino
Gruppo regionale	<ul style="list-style-type: none"> - Claudia Alonzi, ASL TO1

Tavolo sui percorsi di cura

Categoria	Componenti del tavolo
Asl DSM	<ul style="list-style-type: none"> - Cristina Boscolo, ASL TO4 - Gabriella Sala, ASL AT - Chiara Tarantino, ASL TO - Ermelinda Zeppetelli, ASL VCO
Asl altri servizi	<ul style="list-style-type: none"> - Carlo Romano, ASL TO2
Associazioni	<ul style="list-style-type: none"> - Daniela Destro, Diritti e Doveri - Maura Formica, Più Diritti - Benedetta Jaretti, Comitato per la Salute Mentale - Teresa Nicolini, Consulta Femm. TO – Azimut
Erogatori	<ul style="list-style-type: none"> - Flavio Ostorero, Coop. Progest - Francesca Simondi, Coop. Il Margine
Enti gestori di servizi sociali	<ul style="list-style-type: none"> - Massimo De Albertis, Comune di Torino
Enti locali e altri enti pubblici	<ul style="list-style-type: none"> - Alessandro Agate, UEPE
Gruppo regionale	<ul style="list-style-type: none"> - Enrico Zanalda, ASL TO3/ Francesco Riso, ASL CN1

Tavolo sugli interventi per l'emancipazione e l'abilitazione

Categoria	Componenti del tavolo
Asl DSM	- Maria Balice, DSM ASL Città TO - Lorena Colonnello, Asl Città TO - Gabriele Nigro, ASL TO4 - Daniela Toaldo, ASL TO5
Asl altri servizi	- Mara Simoncini, ASL TO3
Associazioni	- Daniele Bego, Più Diritti - Giorgio Cugno, Diapsi - Walter Nisi, Assoc. Diritti di Cittadinanza - Maria Teresa Pippione, Associazione Alzheimer
Erogatori	- Valentina Nicolini, Coop. Casetta - Orlando Monteleone, Coop. La Cometa
Enti gestori di servizi sociali	- Susanna Savoldi, CISA 12
Enti locali e altri enti pubblici	- Roberta Muzzone, Comune di Torino
Gruppo regionale	- Ugo Zamburru, ASL Città TO

I componenti del team di ricerca

IRES Piemonte: Marco Sisti, Renato Cugno, Maurizio Maggi, Gianfranco Pomatto, Chiara Rivorio e Gabriella Viberti

Eclectica Istituto di ricerca e formazione: Franca Beccaria, Antonella Ermacora, Sara Rolando e Alice Scavarda