

Piano di Formazione Nazionale - PFN 2025

Modulo 1

LABORATORI COMUNITA' DI PRATICA DEL PNES

**UL9: PROGETTI IN ATTIVAZIONE PRENDERSI CURA DELLA SALUTE MENTALE
NELLE DIVERSE REGIONI**

TEMI CHIAVE DA APPROFONDIRE

1. Modelli territoriali di intervento

- Quali modelli organizzativi avete adottato per l'attuazione dei progetti sulla salute mentale?
- Come vengono integrate le attività dei Dipartimenti di Salute Mentale con i servizi di medicina generale e i servizi sociali?
- Sono previste azioni specifiche per la promozione della salute mentale nelle scuole o in altri contesti comunitari?

2. Accessibilità e Prossimità dei Servizi

- Quali strategie sono state implementate per migliorare l'accessibilità ai servizi di salute mentale, soprattutto per le popolazioni vulnerabili?
- Esistono iniziative per portare i servizi di salute mentale più vicino ai cittadini, ad esempio attraverso l'utilizzo di Case della Comunità o unità mobili?
- Come vengono affrontate le barriere linguistiche e culturali nell'erogazione dei servizi?

TEMI CHIAVE DA APPROFONDIRE

3. Integrazione interistituzionale e governance

- Quali meccanismi di coordinamento interistituzionale sono stati attivati per la gestione dei progetti sulla salute mentale?
- Come viene garantita la collaborazione tra le diverse figure professionali coinvolte (psichiatri, psicologi, assistenti sociali, educatori)?
- Esistono protocolli o accordi formali che regolano la cooperazione tra i diversi enti e servizi?
- Esiste un protocollo o modello regionale condiviso per l'attivazione e il monitoraggio del Budget di Salute?
- Come viene valutata l'idoneità delle proposte progettuali individuali? Chi decide?
- Quali strumenti utilizzate per il coordinamento tra i servizi sanitari e quelli sociali nella gestione del BdS?

4. Sfide e opportunità

- Quali criticità avete riscontrato nella messa in atto del Budget di Salute?

5. Risultati attesi e monitoraggio

- Avete previsto indicatori per monitorare l'efficacia dei progetti finanziati tramite Budget di Salute?
- Quali elementi valutate nella definizione degli esiti attesi: autonomia, benessere, reinserimento lavorativo, inclusione sociale?
- Avete strumenti per la rendicontazione e la sostenibilità nel tempo dei progetti individualizzati?

1. Modelli territoriali di intervento

- Nel progetto della Regione Molise, il modello organizzativo per la salute mentale si pone l'obiettivo di attuare il Budget di Salute come strumento di integrazione tra servizi sanitari, sociali e comunità.
- La governance è multilivello: la Regione coordina, l'ASReM cura la parte sanitaria e formativa ed individua i potenziali beneficiari, gli Ambiti Territoriali Sociali gestiscono la parte amministrativa del budget insieme agli Enti del Terzo Settore, selezionati tramite co-progettazione.
- Il cuore operativo è l'équipe sociosanitaria integrata, composta da psichiatra del CSM, assistente sociale dell'ATS, medico di base, educatore e rappresentanti degli ETS, insieme alla persona e alla sua famiglia, più altri attori sociali che possono provenire dal welfare locale e dalle agenzie formative come la Scuola.
- Questa équipe costruisce e gestisce il Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato, basato su una valutazione multidimensionale bio-psico-sociale.
- Le attività dei Dipartimenti di Salute Mentale sono pienamente integrate con medicina generale e servizi sociali grazie a un Accordo interistituzionale che definisce ruoli, procedure condivise e strumenti comuni di monitoraggio — incluso il teleconsulto psichiatrico.
- In sintesi, il modello molisano promuove una presa in carico partecipata, continuativa e personalizzata, centrata sulla persona e sulla comunità, per garantire prossimità, continuità, coesione e inclusione socio-sanitaria.

2. Accessibilità e Prossimità dei Servizi

- Il progetto prevede un rafforzamento della rete territoriale grazie all'integrazione tra Dipartimenti di Salute Mentale, Ambiti Sociali, medicina generale e Terzo Settore. Le équipe sociosanitarie lavorano direttamente nei contesti di vita dell'utente — casa, quartiere, scuola, luoghi di lavoro — favorendo così la presa in carico nel territorio e limitando il ricorso all'ospedalizzazione.
- Sono inoltre previste azioni per portare i servizi più vicino ai cittadini attraverso:
 - la collaborazione con le Case della Comunità e i Centri di Salute Mentale per garantire punti di accesso diffusi;
 - l'uso di piattaforme di telemedicina e teleconsulto psichiatrico, sviluppate con fondi PNRR, che consentono continuità assistenziale anche nelle aree interne;
 - la partecipazione degli Enti del Terzo Settore e delle reti di volontariato per intercettare precocemente le situazioni di fragilità e accompagnare le persone nei percorsi di cura.

3. Integrazione interistituzionale e governance

- La governance della progettazione si fonda su una integrazione istituzionale strutturata tra Regione, ASReM, Ambiti Territoriali Sociali e Terzo Settore, regolata da un Accordo di Collaborazione interistituzionale ai sensi dell'art. 15 della Legge 241/1990. Questo accordo definisce compiti, ruoli e responsabilità di tutti i soggetti coinvolti e costituisce il quadro di riferimento per la gestione condivisa dell'attuazione del Budget di Salute.
- L'idoneità delle proposte progettuali individuali viene valutata attraverso un processo multidimensionale e partecipato, coordinato dall'équipe sociosanitaria integrata su proposta del CSM. Più che di valutazione possiamo dire che il CSM individua i potenziali pazienti e l'équipe sociosanitaria si pone nell'ottica di verificare piuttosto che valutare la cantierabilità del PTRP.
- La messa a verifica tiene conto non solo degli aspetti clinici, ma anche di quelli relazionali, abitativi, lavorativi e sociali, con il diretto coinvolgimento dell'utente e della sua famiglia. Sulla base di questa analisi viene elaborato il Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRP) e il relativo Budget di Salute, che diventa operativo solo dopo la sottoscrizione di un accordo formale tra tutte le parti: la persona, l'équipe sanitaria e sociale, e gli ETS partner.
- La decisione finale è quindi collegiale, presa dall'équipe, con l'eventuale supervisione dell'Unità di Valutazione Multiprofessionale dell'ASReM, per garantire coerenza e sostenibilità.
- Per quanto riguarda il coordinamento tra servizi sanitari e sociali, vengono utilizzati diversi strumenti operativi:
 - Tavoli interistituzionali e di co-progettazione, per la programmazione congiunta e la gestione condivisa dei casi;
 - Piattaforme digitali e telemedicina, che favoriscono il monitoraggio continuo dei progetti e la comunicazione tra operatori;
 - Riunioni periodiche di équipe e report condivisi, secondo il modello PDCA (plan–do–check–act), per la verifica degli esiti e l'eventuale rimodulazione degli interventi.

4. Sfide e opportunità

Le criticità che si incontrano nell'attuare il BDS in una regione come il Molise sono:

- una potenziale deriva della progettazione che tende più verso dimensioni prettamente sociali o formative/es. tirocini, più che come vero strumento clinico-terapeutico integrato. Il rischio è svilire la presa in carico multidisciplinare. La cultura del voucher è difficile da modificare!
- Rigidità nella progettazione che spesso tende in modo forzato a svilupparsi su tutti e 3 gli assi di intervento (socialità, casa, lavoro) piuttosto che adottare un modello più plastico ed orientato ai «veri» bisogni e alla «vera» domanda di salute.
- difficoltà nel coordinamento operativo tra servizi sanitari e sociali: tempi e linguaggi diversi, mancanza di piattaforme condivise e procedure non sempre uniformi rallentano l'attuazione delle progettazioni. Gli ATS avendo una struttura organizzativa più snella rispetto all'ASReM pur garantendo una maggiore «velocità» di attuazione rischiano di far decentrare il ruolo dei CSM nella progettazione;
- Difficoltà nell'integrare nella progettazione le diverse risorse economiche che gravitano intorno al paziente, con una tendenza a concentrarsi solo quelle prettamente stanziate al BdS;
- la co-progettazione con il Terzo Settore e le famiglie risulta ancora debole e ancora legate a dinamiche tipiche della gara d'appalto;
- manca il coinvolgimento sistematico e soprattutto una strategia formativa degli Esperti per Esperienza (ESP) figure centrali nel modello nazionale per la salute mentale di comunità.
- L'implementazione della cultura del BdS può trovare particolari difficoltà in un territorio dove il ricorso al ricovero e al collocamento in struttura assume contorni significativi.
- La governance di intervento, seppur nella sua sperimentazione, rischia di non riuscire ad intervenire con tempestività negli esordi psicotici

5. Risultati attesi e monitoraggio

- Si sta lavorando alla definizione di Indicatori orientati da una logica Value Based Healthcare, ovvero all'interno di una logica dove gli esiti sanitari e sociali sono messi in relazione con le risorse impiegate, con l'obiettivo di massimizzare il valore generato per paziente e comunità;

I potenziali indicatori:

- Esiti clinici: es. riduzione episodi acuti, ricoveri.
- Esiti sociali: numero di giorni in attività produttive, riduzione del carico familiare, partecipazione a reti sociali.
- Esiti economici: differenza tra costo residenzialità/ semi-residenzialità e costo PTRP.
- Soddisfazione utenti e caregiver (survey pre-post).
- Utilità gestionale: il VBH diventa uno strumento per:
 - Comparare i risultati tra distretti (benchmark).
 - Guidare decisioni di investimento su progetti più efficienti.
 - Supportare la rendicontazione aziendale