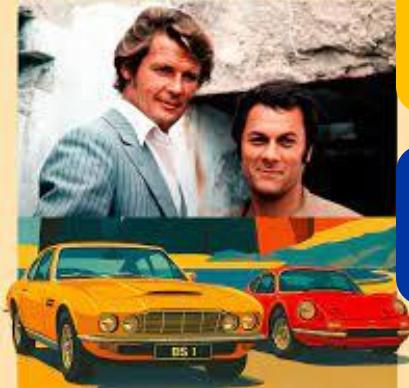




## **Integrazione in salute mentale DSM e DM 77**

**Enrico Pompili**  
**ASL Roma 5**



Genesi del DM  
77/2022

Cronologia  
dell'assistenza  
psichiatrica

• Legge  
328/2000  
(principi  
dell'integrazione  
socio-  
sanitaria e del  
welfare  
locale)

•Atti LEA  
– Livelli  
Essenziali  
di  
Assistenza  
(2001–  
2017)

•Riforme  
sanitarie  
2012–  
2020  
(“DM  
territoriale”  
parallelo DM  
70/2015)

25-28 NOVEMBRE 2025  
AREZZO FIERE E CONGRESSI

20  
Years  
2005-2025

•Criticità  
emerse  
durante il  
**COVID-19**  
•Progr.  
NextGen  
erationEU  
(2020)

•PNRR –  
Missione  
6,  
Componen-  
te 1 (2021)

•Legge  
234/2021  
(Legge di  
Bilancio 2022)  
•Intesa Stato  
Regioni (fine  
2021 – inizio  
2022)  
•DM 77/2022

2025

Rep.  
atto n.  
174/CSR

2025

1978

1992

1994

1999

2000

2001

2012

2013

2016

2020

2021

2022

2025

• Legge 13  
maggio  
1978, n.  
180  
(Abolizione  
dei manicomii  
– Riforma  
Basaglia)

• Legge 23  
dicembre  
1978, n.  
833  
(Istituzione  
del Servizio  
Sanitario  
Nazionale)

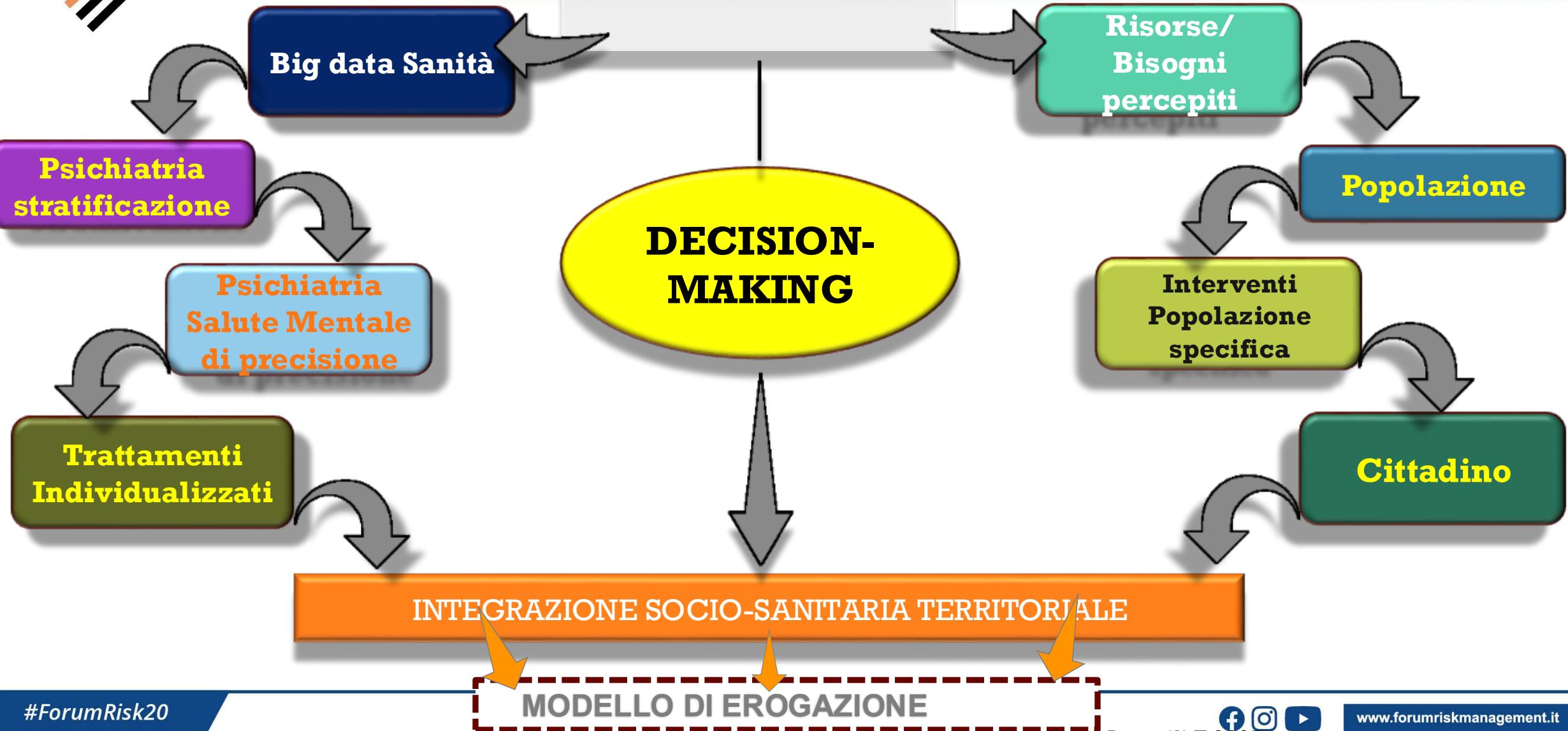
• Decreto  
Legislativo  
30 dicembre  
1992, n.  
502  
(Riordino  
organizzativo  
del SSN –  
aziendalizzazio-  
ne)

• Decreto  
del Presiden-  
te della  
Repubbli-  
ca 7  
aprile  
1994  
(Progetto  
Obiettivo  
“Tutela  
salute  
mentale”  
1994-1996)

•Decreto  
Legislativo  
19 giugno  
1999, n.  
229 (Riforma  
del SSN)  
•Decreto  
del Pres.  
Repub. 1°  
nov. 1999  
(Progetto  
Obiettivo  
“Tutela salute  
mentale”  
1998-2000 /  
fino al 2002)

•Piano di  
Azione  
Nazionale  
per la  
Salute  
Mentale  
(PANSM)  
2013-2020,  
approvato nel  
2013 (Strategia  
nazionale per la  
salute mentale)

•Piano di  
Azione  
Nazionale  
per la  
Salute  
Mentale  
(PANSM)  
2025-  
2030,  
approvato  
successivam-  
ente



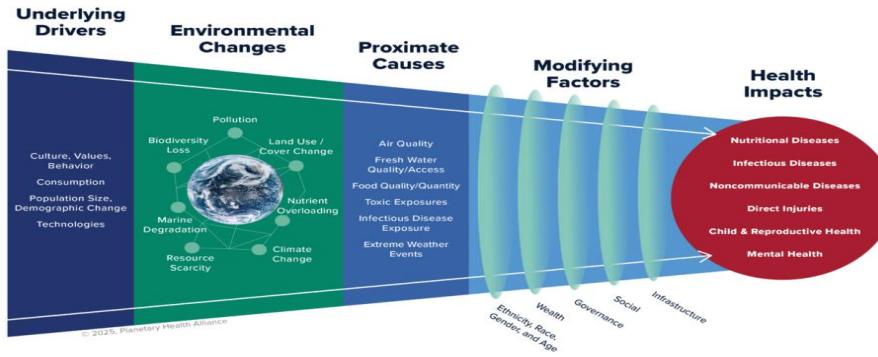
- Nel preambolo del **DM 77/2022** è indicato che il SSN è considerato "parte di un più ampio sistema di welfare comunitario secondo:



- un approccio **one health**



- una visione olistica ('**Planetary Health**')).



- conferenza stato regioni 2024



**PANSM**  
**2025**

"l'elefante nella stanza" è un'espressione della lingua inglese usata per indicare un argomento importante o una questione controversa che tutti conoscono ma che nessuno menziona, di cui nessuno vuole parlare oppure che viene minimizzata.



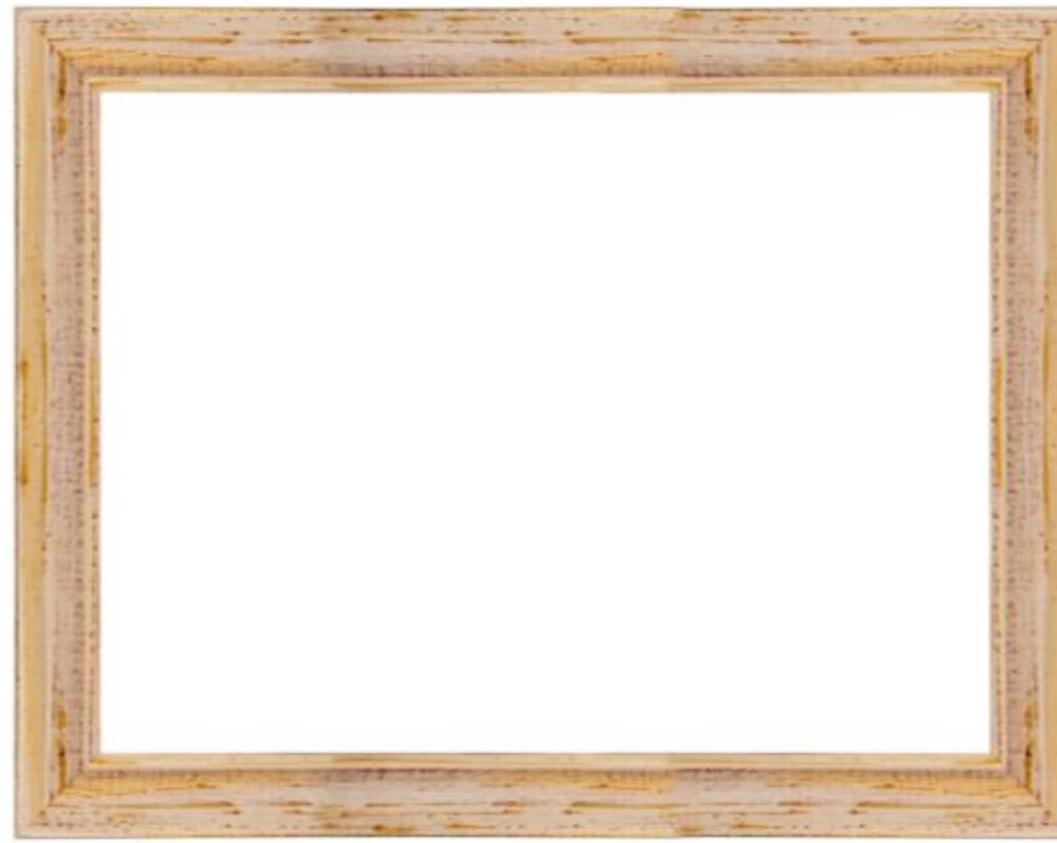
**25-28 NOVEMBRE 2025**  
**AREZZO FIERE E CONGRESSI**

**20**  
*Years*  
2005-2025

## Come proseguire nei prossimi anni ?

**DM 77/2022**

**DSM  
PANSIM**



Theories, models and frameworks for health systems integration. A scoping review

Celia Piquer-Martinez <sup>a,\*</sup>, Amaia Urionagüena <sup>b</sup>, Shalom I. Benrimoj <sup>a</sup>, Begoña Calvo <sup>b</sup>, Sarah Dineen-Griffin <sup>c</sup>, Victoria Garcia-Cardenas <sup>a</sup>, Fernando Fernandez-Llimos <sup>d</sup>, Fernando Martinez-Martinez <sup>a</sup>, Miguel Angel Gastelurrutia <sup>a,b</sup>

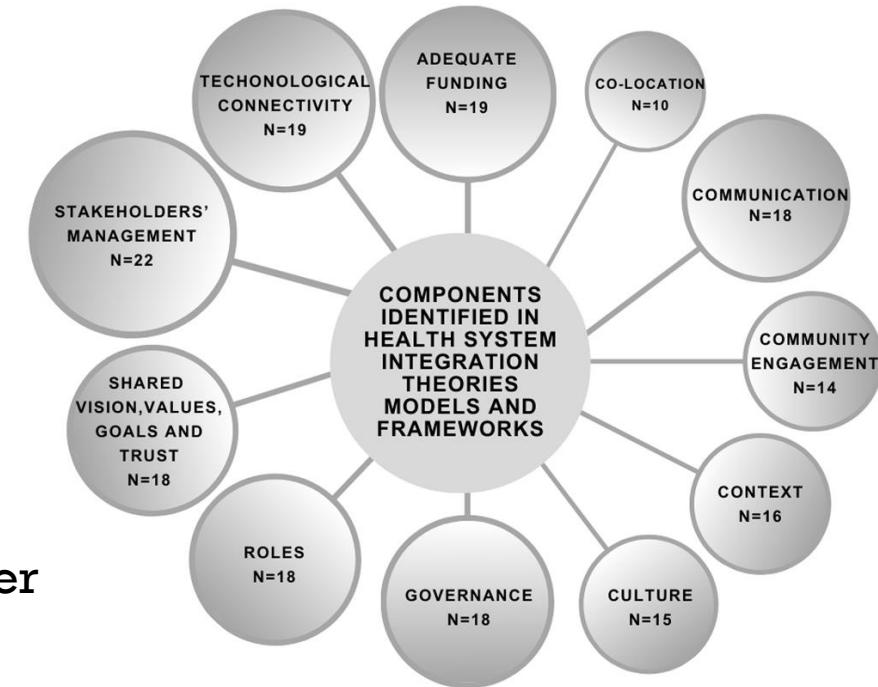
**L'integrazione dei sistemi sanitari è un processo complesso e multifattoriale, che richiede la partecipazione e la gestione di molteplici stakeholder.**

Le **11 componenti chiave** identificate costituiscono un punto di partenza per comprendere i fattori essenziali all'integrazione, applicabili a:

**livelli:** micro, meso, macro

**scale:** locale, regionale, nazionale

**confini organizzativi:** interni o tra diverse organizzazioni





## Mind the Gap

Drawing and text by Frits Ahlefeldt

### Treatment gap

The treatment gap refers to the difference in the proportion of people who have disorders (prevalence) and the proportion of those individuals who receive care (Kohn, Saxena, Levav, & Saraceno, 2004; Patel, Maj et al., 2010). The research on adults has elab-

caratteristiche chiave degli interventi e  
dei modelli di erogazione nei servizi

Nell'ingegneria del software, nelle telecomunicazioni, in informatica e in altre discipline tra cui economia e business, la **scalabilità** denota la capacità di un sistema di aumentare o diminuire la potenza di erogare il servizio al quale è destinato.

2019

The Journal of Child  
Psychology and Psychiatry

Journal of Child Psychology and Psychiatry 60:4 (2019), pp 455-472

ACAMH  
The Association  
for Child and Adolescent  
Mental Health  
doi:10.1111/jcpp.12937

### Annual Research Review: Expanding mental health services through novel models of intervention delivery

Caratteristiche chiave dei modelli di erogazione del trattamento	Definizione
Scalabilità (Scalability)	La capacità dell'intervento di essere applicato in modo da raggiungere un grande numero di persone
Estensione	La capacità di estendere il trattamento a individui abitualmente non serviti o non ben serviti dal tradizionale modello dominante di erogazione dei servizi
Sostenibilità	Costo relativamente basso rispetto al modello abituale che si basa sul trattamento individuale da parte di professionisti di elevata formazione (master, dottorato)
Ampliamento delle forze di lavoro non professionali	Aumentare il numero di coloro che possono fornire un intervento
Fattibilità	Garantire che gli interventi possano essere attuati e adattati a varie condizioni locali per raggiungere diversi gruppi di persone che ne hanno bisogno
Flessibilità	Garantire che vi siano opzioni e scelte perché è probabile che nessun modello riesca a raggiungere tutti coloro che ne hanno bisogno
Accettazione	si riferisce ai giudizi delle persone per le procedure di intervento come appropriate, eque e ragionevoli per il problema da trattare. Il modello di erogazione del trattamento deve essere accettato distintamente rispetto all'accettabilità

## I vari modelli presenti in letteratura

### MODELLI ORGANIZZATIVI E DI EROGAZIONE DEI SERVIZI

- **Community Mental Health Model (CMH)** (Harvey et al., 2023)
- **Stepped-Care Model** (Jeitani et al., 2024)
- **Integrated Care (Primary–Mental Health Integration)** (Isaacs and Mitchell, 2024)

### MODELLI DI GOVERNANCE E MANAGEMENT DEL SISTEMA

- **Value-Based Mental Health Care** (de Mattia et al., 2024)
- **Population Mental Health Management** (Wang et al., 2025)
- **Learning Health System (LHS) applicato alla salute mentale** (Kilbourne et al., 2025)

### MODELLI ANALITICI E DECISIONALI

- **Data-Driven Decision Support Models: SOMNet** (Chung, Carulla et al., 2018)
- **System Dynamics e Agent-Based Modelling** (Crosland et al., 2024)
- **Configurational Management (QCA e mixed-methods configurazionali)** (Kyaw et al., 2025)

### MODELLI CLINICI GESTIONALI (CHE INFLUENZANO IL MANAGEMENT)

- **Collaborative Care Model (CoCM)** (Isaacs et al., 2024; Mauer-Vakil et al., 2024)
- **Early Intervention in Psychosis (EPPIC) Service Model** (Mc Gorry et al., 2025; Aceituno et al., 2019)
- **Trauma-Informed Care (TIC)** (Cunha & Gomes, 2024)
- **Chronic care model** (Gee et al., 2015)

**La ricerca sugli ecosistemi della salute mentale è una disciplina emergente**

### **IPBES Conceptual Framework**

Modello per collegare natura, società e decisioni politiche

Integra conoscenza scientifica e locale

Valuta come i cambiamenti negli ecosistemi influenzano il benessere umano

### **Adattamento ai sistemi sanitari**

Selezione di indicatori rilevanti

Costruzione di scenari

Modelli previsionali

Analisi esperti-dati

### **Strumenti per supportare le decisioni politiche in SM :**

(a) Logic models, mappe concettuali e tassonomie

(b) Strumenti visivi

**GIS (Geographical Information Systems)** per visualizzare la distribuzione geografica dei servizi, delle risorse e dei bisogni.

(c) Indici composti o sintetici

Permettono di combinare diversi indicatori in misure riassuntive per confronti territoriali o temporali.

(d) Atlanti integrati e mappe del sistema.

(e) Strumenti di navigazione

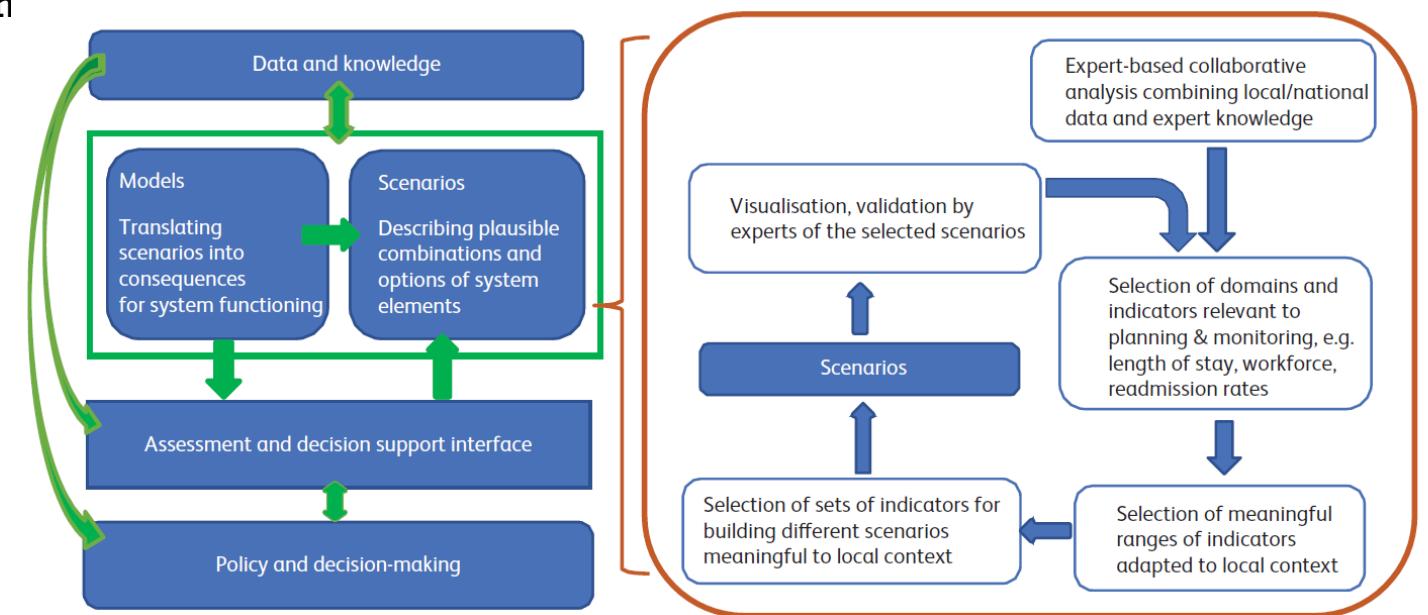
(f) Decision Support Systems (DSS).

(g) Strumenti di analisi dell'impatto

**2020**

### **An ecosystems approach to mental health services research**

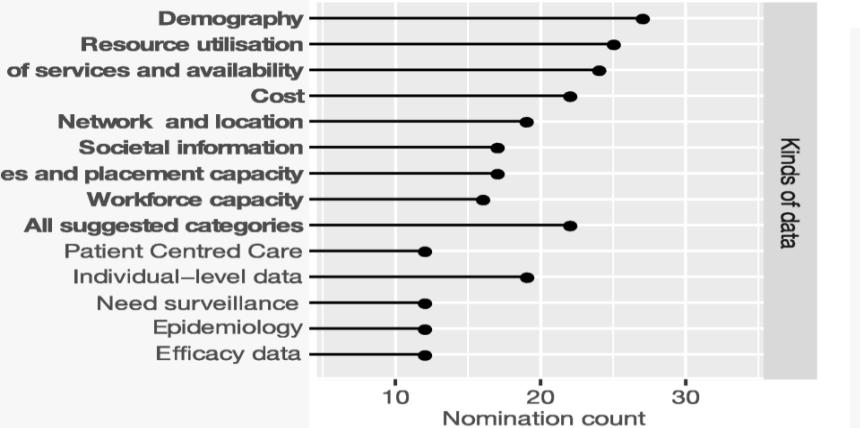
Mary Anne Furst,  Nasser Bagheri and Luis Salvador-Carulla



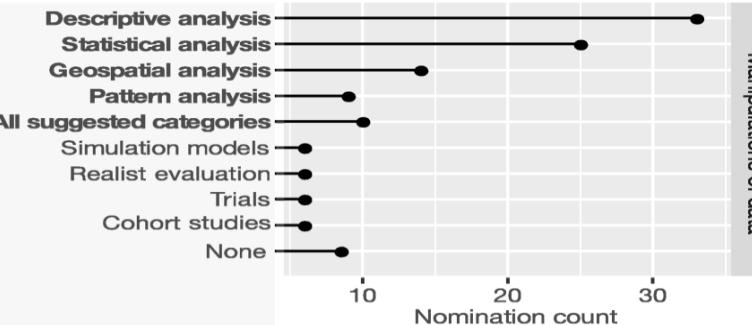
**Fig. 1**

Modified IPBES conceptual framework (summary for policymakers of the methodological assessment of scenarios and models of systems of mental health care delivery).

What kind of mental healthcare systems data have you been involved with? (select all that apply)

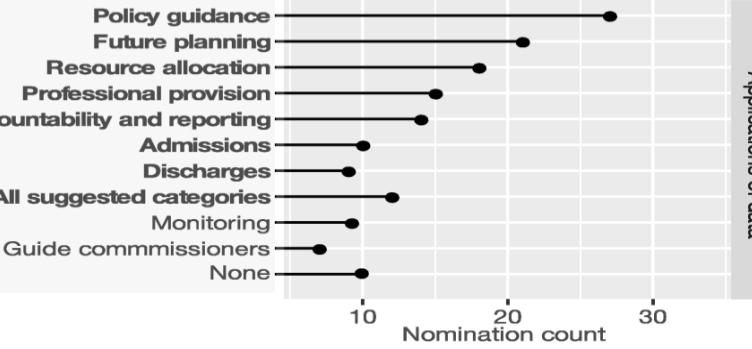


In the course of working with your mental healthcare systems data, what analytical approaches or models have you directly experienced? (select all that apply)



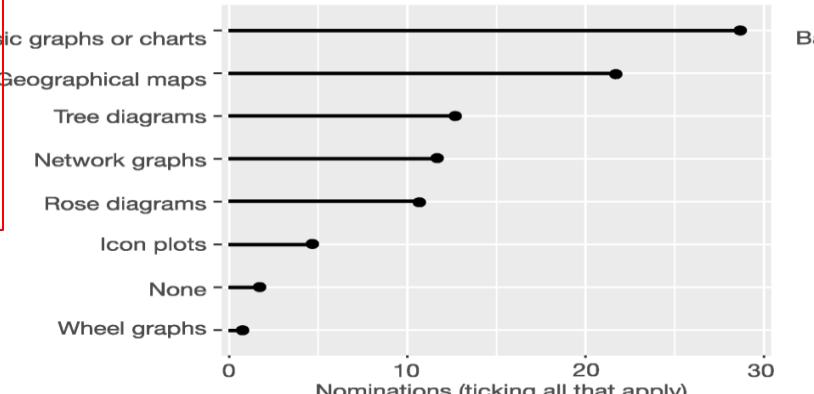
Manipulations of data

What decisions or outcomes have been informed by your work with mental healthcare systems data? (select all that apply)

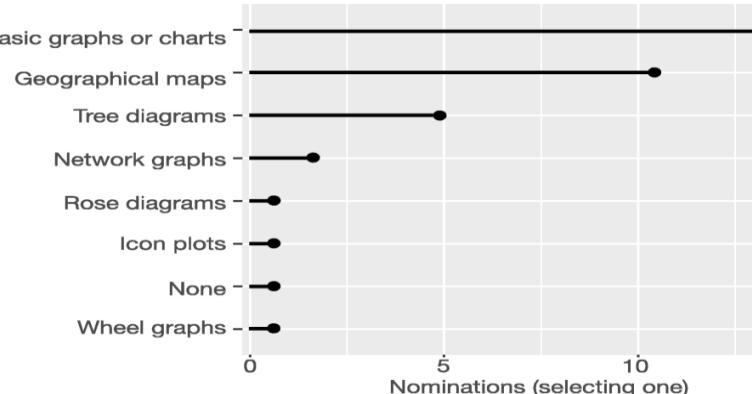


Applications of data

Which of the following visualisations have you applied to mental healthcare systems data? (select all that apply)



Which of the following visualisations have you most preferred working with? (select all that apply)



RESEARCH ARTICLE  
Experts' perceptions on the use of visual  
analytics for complex mental healthcare  
planning: an exploratory study

Open Access



Erin I. Walsh<sup>1,2</sup>, Younjin Chung<sup>3</sup>\*, Nicolas Cherbuin<sup>1</sup> and Luis Salvador-Carulla<sup>3</sup>



## Visual analytics :

- Analisi di dati complessi e di diversa origine (es clinici, geografici)
- Algoritmi
- Modelli predittivi e filtri

Es simulazioni: cosa succede se ..?  
crea scenari interattivi (mappe)

Visive e modificabili con interazione umana

**Survey su esperti: direttori di strutture sanitarie,  
esperti di politica sanitaria  
Ricercatori in epidemiologia**

La maggior parte usa i dati anche di natura differente  
Maggiore inclinazione nel interpretare i dati su fatti  
accaduti  
Rispetto alla pianificazione.  
Non dimostrichezza con Mappe interattive



► World Psychiatry. 2025 Jan 15;24(1):50–51. doi: [10.1002/wps.21268](https://doi.org/10.1002/wps.21268)

## Learning health systems for community-based mental health

[Amy M Kilbourne](#)<sup>1,2,3</sup>, [Alexandra Vinson](#)<sup>2</sup>, [Melvin McInnis](#)<sup>2,3</sup>, [Celeste Leibrecht](#)<sup>2,3</sup>, [Gail Daumit](#)<sup>4</sup>

modello organizzativo in cui **pratica clinica, ricerca, dati e miglioramento continuo** sono integrati in un ciclo costante che permette al sistema sanitario di **apprendere automaticamente dall'esperienza e di migliorare progressivamente la qualità dell'assistenza**.

Tre pilastri principali:

### 1. Learning Community identifica priorità e dirige il ciclo di apprendimento e innovazione.

- Un gruppo stabile di attori che condivide lo stesso obiettivo di miglioramento della salute:
- pazienti, familiari e caregiver
- clinici e frontline providers
- ricercatori
- leader organizzativi
- responsabili del sistema sanitario

**25-28 NOVEMBRE 2025**  
**AREZZO FIERE E CONGRESSI**



2. **Infrastruttura dati condivisa, cura, integra e rende interpretabili** i dati clinici necessari a prendere decisioni in tempo reale.. È la “spina dorsale” del LHS. Comprende:

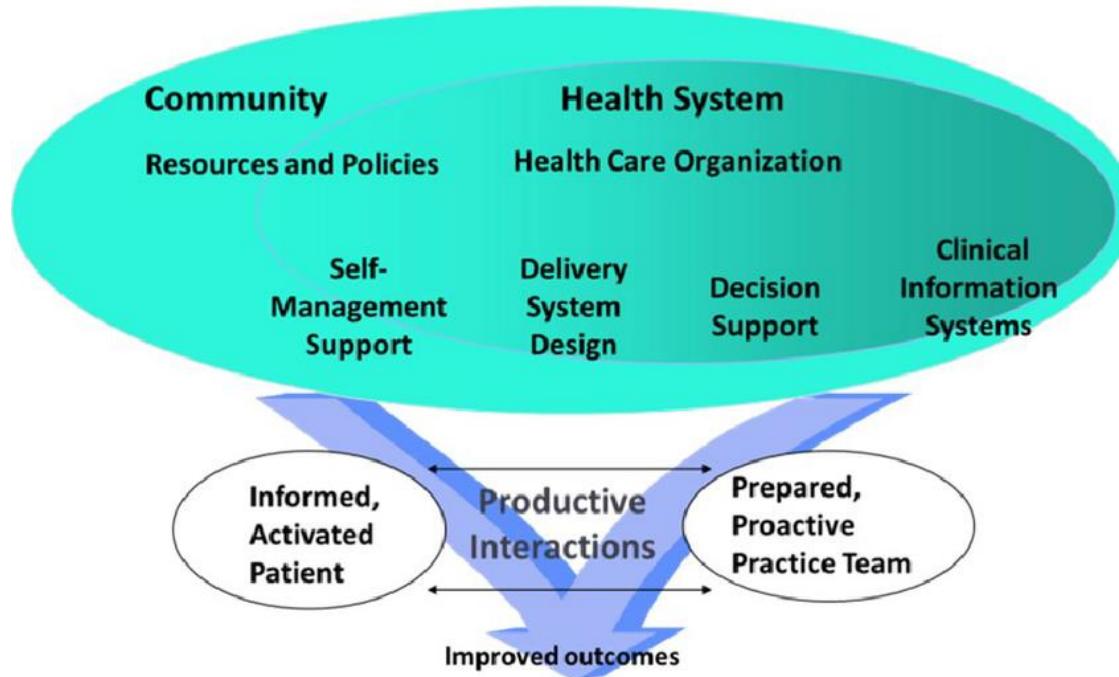
- **Electronic Health Records (EHR)**
- database clinici e amministrativi
- dati sugli outcome del paziente
- social determinants of health
- sistemi di governance per uso dei dati
- procedure standard per privacy, etica e sicurezza
- La funzione dell'infrastruttura è

### 3. Ciclo ripetibile di ricerca + Quality Improvement (QI). È il cuore del modello:

- Raccolta e analisi dei dati clinici reali
- Identificazione di problemi, gap e nuove opportunità
- Progettazione di innovazioni:
  - nuove pratiche
  - nuovi interventi
  - nuovi percorsi
- Test in routine care (trial pragmatici, audit, feedback)
- Scalabilità delle pratiche efficaci
- Nuovi dati vengono generati → il ciclo riparte

## Risorsa utile per l'implementazione del DM/77 in ambito salute mentale

### Chronic Care Model



**The Chronic Care Model. Developed by the MacColl Institute**

- si basa su due principi:
- • **l'alleanza tra comunità e sistema sanitario**: per migliorare la salute è necessario il coinvolgimento della società, delle sue istituzioni e di tutte le sue varie risorse;
- • nello sviluppo di una buona assistenza per i pazienti cronici è importante **agire su sei fondamentali elementi**, efficaci nel migliorare i risultati di salute:
  - **strategie e risorse della comunità**
  - **organizzazione del Sistema Sanitario**
  - supporto all'auto-cura
  - riorganizzazione del sistema delle cure primarie
  - adozione di linee-guida evidence-based
  - sistemi informativi clinici computerizzati

**25-28 NOVEMBRE 2025**  
**AREZZO FIERE E CONGRESSI**

**20**  
*Years*  
2005-2025



**Il decreto è composto da 4 articoli e tre allegati:**

- **Articolo 1:** Standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza territoriale
- **Articolo 2:** Monitoraggio degli standard
- **Articolo 3:** applicabilità del decreto alle Regioni a statuto speciale e province autonome
- **Articolo 4:** Clausola di invarianza finanziaria
- **Allegato 1** (di valore descrittivo): **“Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel SSN”** . Il documento ricorda che il Distretto è un'articolazione organizzativo-funzionale dell'Azienda sanitaria locale (ASL).

- **Allegato 2** (di valore prescrittivo): **“Riconuzione Standard”**: obblighi “minimi” per le strutture territoriali (Standard strutturali, tecnologici, qualitativi e quantitativi)
- Casa della Comunità : *Raccomandati nelle CdC hub e spoke Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza; Medicina dello sport*
- Centrale operativa territoriale – COT
- Centrale operativa 116117
- Unità di Continuità Assistenziale (USCA)
- Assistenza Domiciliare
- Ospedale di Comunità
- Rete delle cure palliative
- Servizi per la salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie Il Consultorio Familiare
- **Allegato 3: Glossario**



## Cosa ha fatto la Conferenza Stato-Regioni rispetto al DM/77



*Presidenza del Consiglio dei Ministri*  
CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO,  
LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO

Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Criteri di sicurezza e qualità delle strutture sociosanitarie residenziali per l'assistenza alle persone affette da dipendenze patologiche (comunità terapeutiche)".

Repertorio Atti n. 39/CSR del 21 marzo 2024

VISTO il decreto del Ministro della Salute 23 maggio 2022, n. 77, "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale", di cui all'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, in attuazione della Missione 6, componente 1, riforma 1, del Piano Nazionale per la Ripresa e la Resilienza;

VISTO il decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, del 24 gennaio 2023, previa intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni del 21 dicembre 2022 (Rep. Atti n. 267/CSR) di adozione della metodologia per la definizione del personale degli enti del Servizio Sanitario Nazionale per gli anni 2022, 2023 e 2024, che riporta, in allegato, il documento del gruppo di lavoro salute mentale che ha operato presso Agenas, contenente "Standard per l'assistenza territoriale dei servizi salute mentale adulti, dipendenze patologiche, neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e salute in carcere";

VISTO il citato allegato di cui al suddetto decreto del 24 gennaio 2023, che stabilisce che l'assistenza sanitaria e sociosanitaria, rivolta alle persone con dipendenze patologiche nell'intero ciclo di vita, sia dovuta a consumo di sostanze psicotrope legali e illegali, sia di tipo comportamentale, è assicurata da ciascuna Regione e Provincia autonoma attraverso i Servizi pubblici per le dipendenze (Ser.D) ed è organizzata funzionalmente in diversi livelli di assistenza, in relazione all'intensità dei trattamenti, ai target di popolazione e ai bisogni espressi, tra i quali sono compresi i trattamenti nelle strutture semiresidenziali e residenziali accreditate e convenzionate;

**25-28 NOVEMBRE 2025**  
**AREZZO FIERE E CONGRESSI**

**20**  
Years  
2005-2025

- **Esigenza di "armonizzazione dei requisiti di accreditamento delle unità di offerta residenziale" per servizi residenziali per dipendenze**
- **l'assistenza deve essere organizzata funzionalmente in diversi livelli ... in relazione all'intensità dei trattamenti, ai target di popolazione e ai bisogni espressi.**
- **La Conferenza Stato-Regioni ha recepito il DM/77 nelle sue deliberazioni (attuando intese), in particolare per quanto riguarda la costruzione di reti territoriali integrate.**

## The future of community psychiatry and community mental health services

Alan Rosen<sup>a,b,c</sup>, Neeraj S. Gill<sup>d,e</sup>, and Luis Salvador-Carulla<sup>f,g</sup>

2020

- Molti servizi di salute mentale rimangono troppo ospedale-centrici, spesso senza adeguati servizi esterni. Sulla base delle evidenze dei risultati, dobbiamo spostare l'equilibrio dei servizi di salute mentale ospedale-centrici con il coinvolgimento della comunità quando è conveniente per il personale, a un servizio incentrato sulla comunità e mobile, con un accesso all'ospedale solo quando è necessario.

**25-28 NOVEMBRE 2025**  
**AREZZO FIERE E CONGRESSI**

**20**  
Years  
2005-2025

### 1. Approccio sistematico ai servizi di salute mentale

La valutazione e la pianificazione dei servizi di comunità devono utilizzare un approccio di *systems thinking*, considerando i servizi come **ecosistemi sanitari complessi**.

### 2. Balance of care basato sul contesto locale

È necessario quantificare e bilanciare risorse e finanziamenti tra:  
ospedale e territorio  
sanità e servizi sociali  
cure primarie, secondarie e terziarie  
servizi generici e specialistici  
settore pubblico, non governativo e privato  
Il tutto adattato alle esigenze locali.

### 3. Implicazioni per i principi fondamentali della salute mentale

Queste prospettive incidono sui principali driver dei servizi di comunità:  
centralità della persona  
recovery  
diritti umani  
lotta allo stigma e alla discriminazione

### 4. Approcci ibridi: presenza + digitale

La combinazione di interventi in presenza e soluzioni digitali favorirà:  
co-design dei servizi  
migliore accesso  
nuovi modelli di servizio integrati e centrati sulla persona

### 5. Competenze micro e macro nei servizi

La formazione psichiatrica del futuro deve includere competenze relative a:  
componenti **micro** (servizi, équipe, relazioni di cura)  
componenti **macro** (sistemi, governance, pianificazione)

### 6. Priorità e modello metacommunity

La definizione delle priorità nei sistemi di salute mentale di comunità deve essere seguita da un **piano d'azione** basato su un modello multifattoriale *metacommunity*, capace di integrare diversi livelli e attori del sistema.

RESEARCH ARTICLE

Open Access



## Experts' perceptions on the use of visual analytics for complex mental healthcare planning: an exploratory study

Erin I. Walsh<sup>1,2</sup>, Younjin Chung<sup>3\*</sup> , Nicolas Cherbuin<sup>1</sup> and Luis Salvador-Carulla<sup>3</sup>

25-28 NOVEMBRE 2025  
AREZZO FIERE E CONGRESSI

Carulla è lo  
stesso  
autore  
dell'art  
Somnet  
20  
Years  
2025

- Lo scopo di questo studio era quello di esaminare la *real world experience* che gli esperti in pianificazione della salute mentale hanno con gli strumenti di analisi visiva, indagare come le attuali tecniche di visualizzazione soddisfano i loro bisogni, e suggerire priorità per il futuro sviluppo di strumenti di analisi visiva che possano apportare un beneficio pratico alla politica e al processo decisionale in materia di salute mentale.
- Le quaranta persone che hanno partecipato allo studio hanno riconosciuto la complessità dei dati relativi ai sistemi sanitari, ma hanno maggiore esperienza e preferenza per visualizzazioni relativamente semplici e familiari come i grafici a barre, i diagrammi di dispersione e le mappe geografiche.
- Il 65% ha valutato l'analisi visiva come importante per il proprio settore per i processi decisionali basati su dati concreti.
- Il 55% ha indicato che per l'analisi dei dati sono necessari strumenti di analisi visiva più avanzati;
- il 67,5% ha dichiarato la propria disponibilità ad apprendere nuovi strumenti.

#ForumRisk20



www.forumriskmanagement.it

# Extra appunti



Mary Anne Furst,  Nasser Bagheri and Luis Salvador-Carulla

Australian National University  
College of Health and Medicine.  
Email: [MaryFurst@anu.edu.au](mailto:MaryFurst@anu.edu.au)

**Keywords.** Mental health ecosystems; mental health services research; mental healthcare delivery.

First received 27 Nov 2019  
Final revision 24 Feb 2020  
Accepted 24 Mar 2020

doi:10.1192/bji.2020.24

© The Authors 2020. This is an Open Access article, distributed under the terms of the Creative Commons Attribution licence (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted re-use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

## Strumenti pratici per la ricerca sugli ecosistemi della salute mentale:

a) modelli logici e mappe concettuali del sistema e tassonomie dei domini e delle caratteristiche critiche, per esempio, classificazioni dei servizi di salute mentale, stili di vita, caratteristiche demografiche o indicatori del sistema sanitario;

(b) strumenti visivi inclusi sistemi di informazione geografica;

**DOPPIOLE**

(c) indici sintetici o compositi;

(d) atlanti e mappe integrate del sistema di erogazione dei servizi, i flussi di finanziamento o l'epidemiologia spaziale della condizione target;

(e) strumenti di navigazione per consumatori e professionisti;

■ **Standard strutturali, tecnologici e organizzativi**

- Il decreto stabilisce criteri minimi per strutture come Case della Comunità, Ospedali di Comunità, e Centrali Operative Territoriali (COT).
- Standard strutturali e tecnologici (ad esempio spazi per triage, stanze singole, dotazione di dispositivi medici e sistemi ICT) riducono il rischio di errori clinici e di incidenti.
- La presenza di protocolli e procedure uniformi nelle sedi di prossimità aiuta a minimizzare variazioni di pratica che possono generare rischio.

■ **Modello di presa in carico integrato e multidisciplinare**

- La centralità della persona e la stratificazione dei bisogni obbligano le équipe a valutare rischi clinici, sociali e ambientali.
- La presa in carico condivisa (medico di medicina generale, infermiere di comunità, assistente sociale, specialisti) consente di intercettare eventi avversi precocemente, migliorando la gestione del rischio.

■ **Progetto di Salute e continuità delle cure**

- Il Progetto di Salute documenta percorsi assistenziali e piani individualizzati.
- Avere una mappatura completa dei bisogni del paziente permette di **tracciare e ridurre i rischi clinici**, evitando duplicazioni, omissioni o errori nella comunicazione tra professionisti.

■ **Telemedicina e sistemi informativi**

- L'uso di cartelle cliniche digitali e telemonitoraggio aiuta a prevenire ritardi diagnostici, errori di terapia e problemi di comunicazione, riducendo il rischio clinico.
- Le COT e la centralizzazione dei dati supportano la **gestione dei rischi organizzativi**, ad esempio individuando rapidamente pazienti a rischio di ricovero o di cronicità complessa.

- **Mortalità per cause esterne in Italia (2022) – ISTAT 2025**
  - **Trend generale:** aumento dopo il calo registrato durante la pandemia di COVID-19.
  - **Suicidi:**
    - **2020:** lieve diminuzione complessiva (-4%), aumento negli over 65.
    - **2021:** aumento quasi in tutte le fasce d'età (eccetto 50-64 anni).
    - **2022:** incremento in quasi tutte le fasce tranne 65-79 anni, dove si osserva una diminuzione.
    - **Giovani (0-24 anni):** aumento modesto tra 2021 e 2022, su base di un forte incremento 2020-2021.
  - **Tasso complessivo ultimi due anni (2021-2022):** 0,40 suicidi ogni 10.000 abitanti → **valore più alto dal 2015.**
  - Da qui la necessità, **esplicitamente riconosciuta dal Piano di Azione Nazionale per la Salute Mentale 2025-2030 (PANSM)**, di attuare trattamenti adeguati e strategie sistematiche di **prevenzione del suicidio**. Il PANSM inserisce infatti il rischio suicidario tra le **priorità nazionali di sicurezza e qualità delle cure**,
  - Approccio integrato che include:
    - **l'aggiornamento delle raccomandazioni ministeriali e delle procedure aziendali specifiche per la psichiatria**, estese all'ambito ospedaliero e ai Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC);
    - la **formazione del personale sanitario** per l'identificazione precoce e la gestione del rischio suicidario;
    - la **sorveglianza e il monitoraggio sistematico** dei tentativi di suicidio e dei comportamenti autolesivi, con audit clinici e report periodici a livello aziendale e regionale;
    - la promozione di **percorsi di cura integrati e continui** tra ospedale, territorio e comunità, per ridurre il rischio nei momenti di maggiore vulnerabilità, come la dimissione ospedaliera o la transizione tra servizi;
    - la valorizzazione della **prevenzione primaria e dell'educazione alla salute mentale** nei giovani, nelle scuole e nelle comunità, per contrastare i fattori di rischio psicosociale e ridurre lo stigma.
  - In questo senso, il PANSM 2025-2030 rappresenta un passo importante verso una **politica di prevenzione strutturale e multidimensionale del suicidio**, fondata sulla qualità delle cure, sulla sicurezza dei luoghi di trattamento e sull'integrazione tra i diversi livelli del sistema sanitario e sociale
- (Ministero della Salute, Tavolo tecnico per la Salute Mentale, 2025, pp. 72-73).

**La Conferenza Stato-Regioni ha promosso una rete organizzativa funzionale a più livelli (livelli di intensità per i SerD, integrazione con cronicità)**



*Presidenza del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO,  
LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO

Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Criteri di sicurezza e qualità delle strutture sociosanitarie residenziali per l'assistenza alle persone affette da dipendenze patologiche (comunità terapeutiche)".

Repertorio Atti n. 39/CSR del 21 marzo 2024

Allegato 1

**Criteri di sicurezza e qualità delle strutture sociosanitarie residenziali per l'assistenza alle persone affette da dipendenze patologiche (comunità terapeutiche)**

(ai sensi dell'art. 35 del DPCM 12 gennaio 2017 di definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza)

1° Criterio - Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sociosanitarie		
Razionale - "Fornisce garanzia di buona qualità dell'assistenza sociosanitaria una gestione della organizzazione che governi le dimensioni più fortemente collegate alle attività di cura e assistenza in una ottica di miglioramento continuo"		
REQUISITI	N° evidenza	EVIDENZE
1.1 pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto	1.1.1 1.1.2 1.1.3	È presente un documento di pianificazione strategica del servizio, coerente con le scelte della programmazione sociosanitaria dell'ambito territoriale di riferimento (anche sulla base di schemi tipo predisposti dalla Regione o dall'Azienda sanitaria) È presente il piano annuale delle attività (obiettivi di attività, di qualità) Sono definite le modalità e gli indicatori utili alla verifica annuale degli obiettivi indicati nella pianificazione (es. numero di nuovi inserimenti, numero di progetti realizzati nell'anno; numero di eventi di formazione a cui hanno partecipato gli operatori).
1.2 modalità per l'integrazione e il coordinamento dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali per la continuità assistenziale	1.2.1 1.2.2 1.2.3	La struttura promuove attività di integrazione con la rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali del territorio per l'assistenza durante il percorso e partecipa a modelli di continuità assistenziale. La struttura promuove attività di integrazione con i servizi invianti e partecipa a modelli di continuità assistenziale. L'organizzazione si attiene ai documenti di indirizzo, adottati a livello regionale/aziendale, e definisce e diffonde al suo interno le modalità di coordinamento/integrazione con i servizi per le dipendenze patologiche (Ser.D.), quali servizi principali di riferimento, nonché con gli altri servizi del territorio ed in particolare: - con i servizi di salute mentale, i servizi di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, i servizi per la disabilità; - con il Distretto Sociosanitario e le sue articolazioni per garantire l'assistenza di base (Medico di medicina generale, Continuità assistenziale) alle persone utenti della struttura; - con i Servizi sociali; - con le Forze dell'Ordine, nelle situazioni di emergenza attinenti alla sicurezza; - con la Magistratura per gli utenti sottoposti a misure di sicurezza non detentiva; - con le risorse della Comunità (ad es. terzo settore, associazioni, reti di vita delle persone); - con l'area della salute in carcere.