Salute Mentale in Lombardia:
una priorità non più rimandabile

Gestione di una quota straordinaria del FSN per le Aziende Ospedaliere: bilanciare efficacia, efficienza ed equità

Intervenire oggi per costruire benessere mentale domani:
un investimento per le persone, non un costo per il sistema

CALACIURA SALVATORE
CIREA MATTIA ALESSANDRO
GRAFFEO PAOLO FRANCESCO
LANFRANCONI BEATRICE
PAGLIARA PIERPAOLO PIO
PASQUALE SAMUELE MARIANO

FASE 1

ASSESSMENT DEL CONTESTO REGIONALE E DELLE RELATIVE AZIENDE OSPEDALIERE

FASE 2

PROPOSTA DI UNA STRATEGIA DI ALLOCAZIONE DELLE RISORSE

FASE 3

DEFINIZIONE DI UN MODELLO DI GOVERNANCE TRA REGIONE E AZIENDE OSPEDALIERE

NOTA INTRODUTTIVA

Questo elaborato è il risultato di un lavoro di gruppo svolto da studenti nell'ambito del corso di Economia e Management delle Amministrazioni Pubbliche, parte del corso di laurea in Economia Aziendale e Management presso l'Università Bocconi.

Desideriamo inoltre sottolineare che si tratta di un'attività di approfondimento condotta autonomamente da studenti e non rappresenta in alcun modo una ricerca ufficiale o una posizione dell'Università Bocconi.

Ringraziamo inoltre i docenti Agnese Palvarini, Andrea Rotolo e Alessandro Furnari per il supporto e i suggerimenti che ci hanno guidato nella realizzazione della ricerca.

SALUTE MENTALE: Una priorità sociale e sanitaria

LA SALUTE MENTALE RIGUARDA TUTTI. RICONOSCERLA, PROTEGGERLA E INVESTIRCI È UN ATTO DI CIVILTÀ.

COS'È?

La salute mentale è una componente fondamentale del **benessere individuale e collettivo**. Salute non significa solo assenza di malattia, ma anche la capacità di affrontare lo stress, lavorare in modo produttivo, instaurare relazioni significative e partecipare attivamente alla vita sociale.

IMPORTANZA

I disturbi mentali sono in costante aumento; colpiscono milioni di persone in ogni fascia d'età. Ansia, depressione, disturbi alimentari e da dipendenza sono spesso sottovalutati o stigmatizzati, con gravi **conseguenze sulla qualità della vita.** Queste si riflettono su scuola, lavoro, famiglia e sull'intero sistema sanitario.

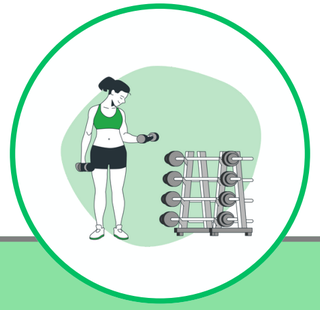
UN DIRITTO, NON UN LUSSO

Promuovere la salute mentale significa difendere i diritti umani, ridurre le disuguaglianze e migliorare la coesione sociale. La salute mentale deve essere **garantita** come parte integrante del sistema di welfare. Investire in salute mentale oggi vuol dire prevenire costi sociali ed economici enormi domani.

SALUTE MENTALE: Il caso della Lombardia

SFIDE DA AFFRONTARE

- **Sovraccarico** dei servizi territoriali, in particolare nei CPS (Centri Psico Sociali)
- **Carenza di personale** e turnover elevato
- Servizi spesso frammentati e con **scarsa continuità assistenziale**
- Progetti validi ma **precari e sotto-finanziati**



PUNTI DI FORZA

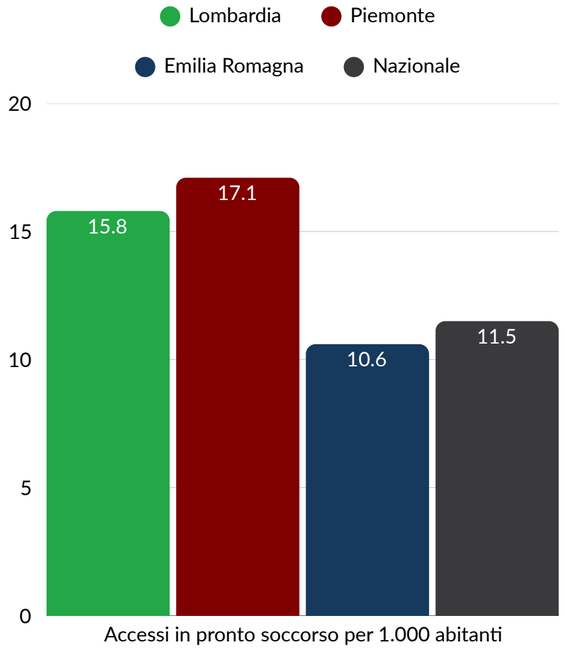
- **Digitalizzazione:** Sistema Informativo Socio Sanitario (SISS) della Lombardia consente la tracciabilità dei percorsi di cura e il monitoraggio degli esiti, supportando la valutazione della qualità dei servizi
- **Collaborazione con aziende del terzo settore:** Organizzazioni come U.R.A.Sa.M

I BENCHMARK

Come benchmark si utilizzeranno i valori dei medesimi indicatori riferiti a:

- **Emilia-Romagna**: presenta un modello “aziendalizzato” per certi versi simile a quello lombardo
- **Piemonte**: dimensione e complessità simili
- **Italia**: per comprendere l’andamento rispetto alla media nazionale

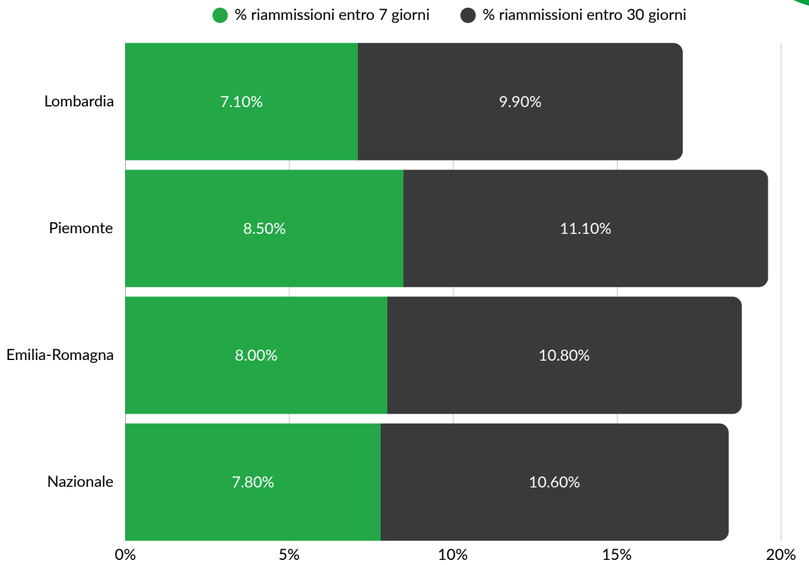
SOVRACCARICO DEI PRONTO SOCCORSO



Fonte: Rapporto Salute Mentale (SIMS)

Il grafico mostra come gli accessi nei pronto soccorsi lombardi di pazienti psichiatrici siano superiori alla media nazionale mostrando un sovraccarico dei pronto soccorsi e una chiara **carenza assistenziale preventiva e pregressa.**

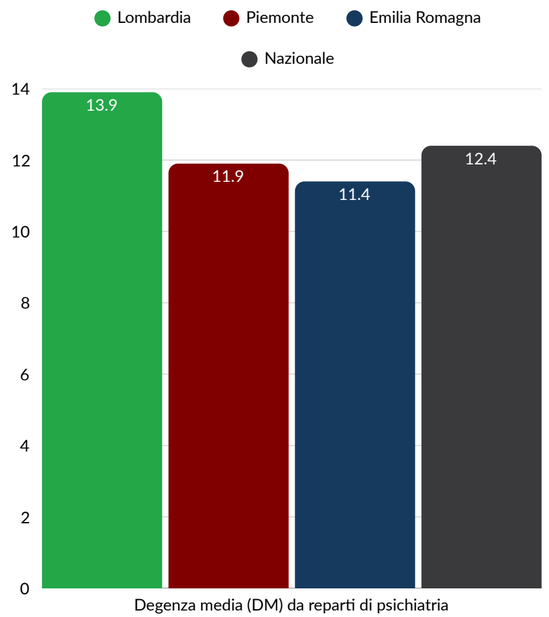
RIAMMISSIONI NON PROGRAMMATE



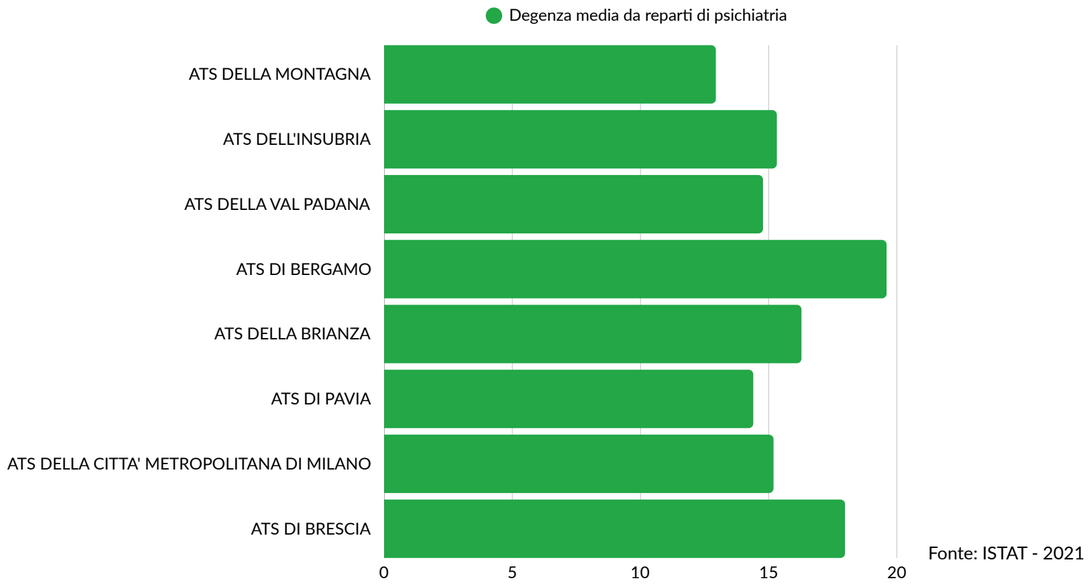
Fonte: Rapporto Salute Mentale (SIMS)

Questi numeri mostrano come ci siano margini di miglioramento anche nella continuità assistenziale, dato che una percentuale non trascurabile dei pazienti viene **riammessa nei reparti di psichiatria** entro pochi giorni dalla dimissione.
Tuttavia, tali percentuali sono inferiori a quelle delle regioni utilizzate come benchmark, dunque non è considerata una criticità.

DEGENZA MEDIA



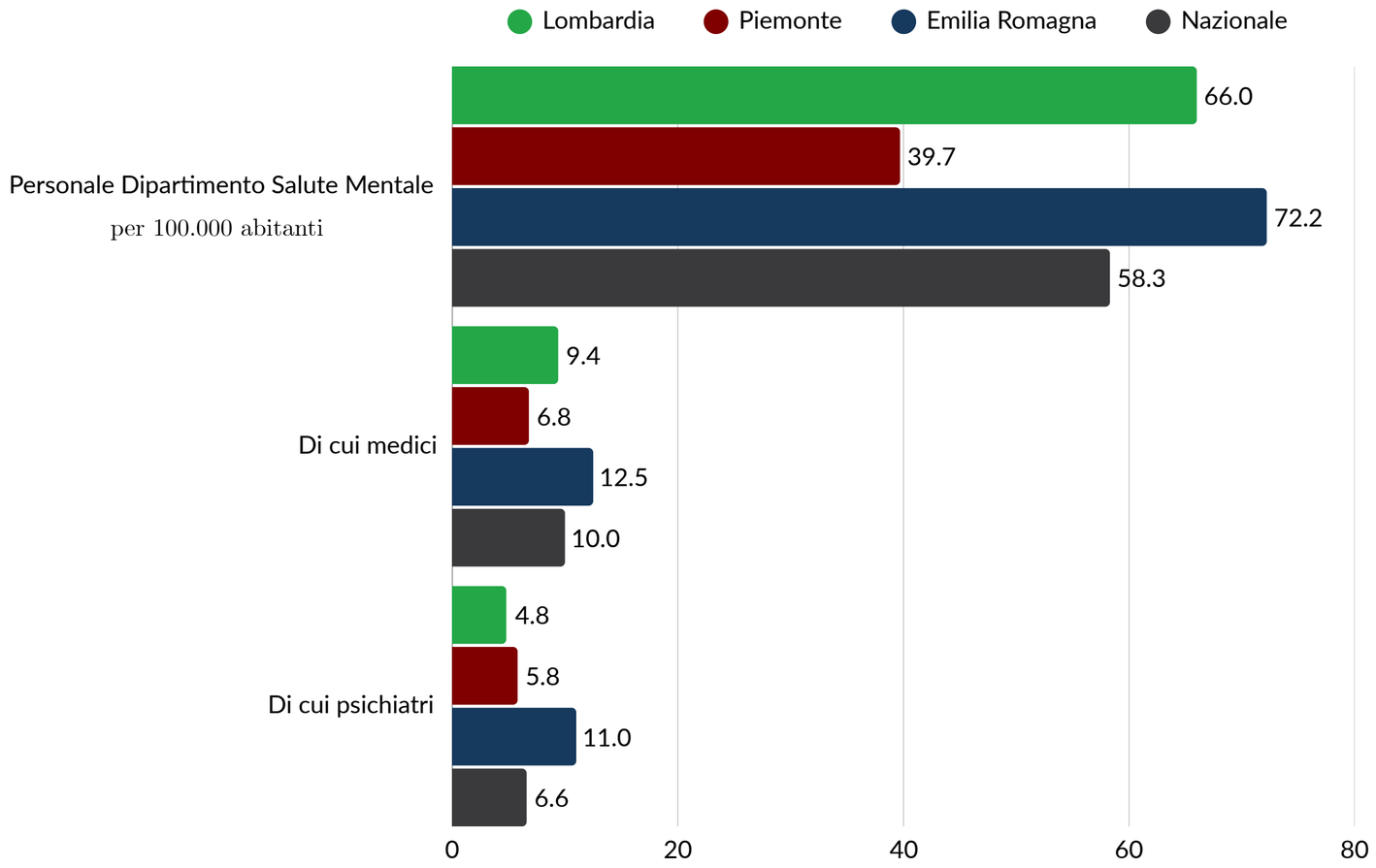
Fonte: Rapporto Salute Mentale (SIMS)



La Lombardia registra degenze psichiatriche mediamente **più lunghe** rispetto alle altre regioni. Tale valore non ha tuttavia un'interpretazione univoca (in assenza di altre informazioni) dato che potrebbe essere dovuto a cure più approfondite (e dunque una maggiore efficacia) ma potrebbe essere anche le **conseguenza di ritardi nelle dimissioni** (e dunque indicativo di una scarsa efficienza, a causa dello spreco di risorse).

All'interno della regione, le ATS mostrano **evidenti disparità**: alcune gestiscono percorsi di dimissione più rapidi, come ad esempio le ATS di Pavia e Milano, mentre altre hanno tempi medi molto più lunghi (ATS di Bergamo). Anche in questo caso, le differenze potrebbero essere dovute a **maggiori attenzioni** nei confronti dei pazienti ma anche a **carenze di servizi post-ricovero**, che allungano i tempi di degenza.

CARENZA DI PERSONALE

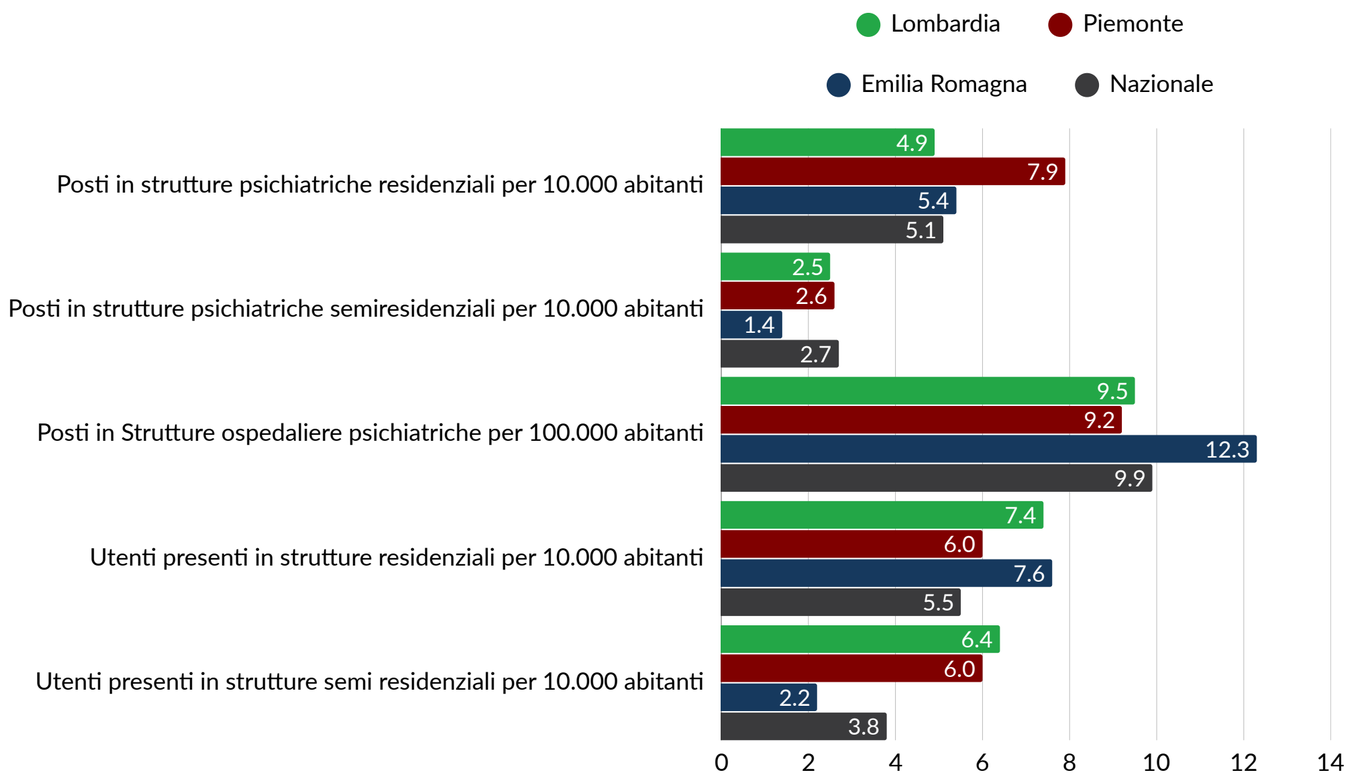


Fonte: Rapporto Salute Mentale (SIMS)

Il grafico indica un'evidente carenza di personale medico e psichiatri all'interno dei DSM lombardi: i numeri sono **inferiori alla media nazionale** e il problema dei sovraccarichi, come ci viene segnalato da professionisti del settore, è anche legato alla **carenza di personale medico.**

Nello specifico, i numeri del personale complessivo non sembrano essere una grande criticità, mentre è sicuramente più preoccupante il numero di medici e psichiatri.

CARENZA DI POSTI LETTO

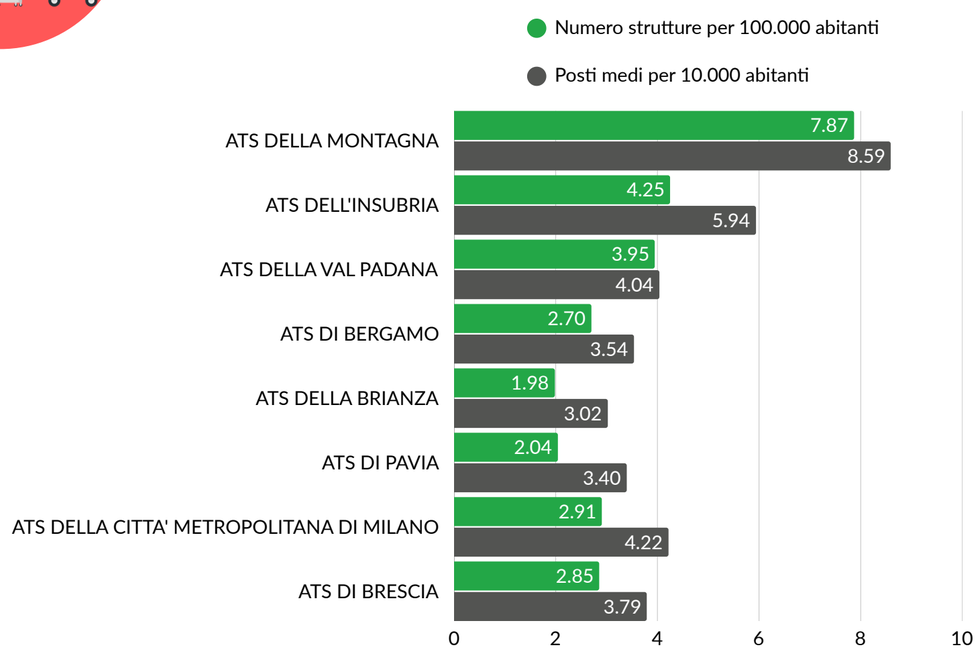


Fonte: Rapporto Salute Mentale (SIMS)

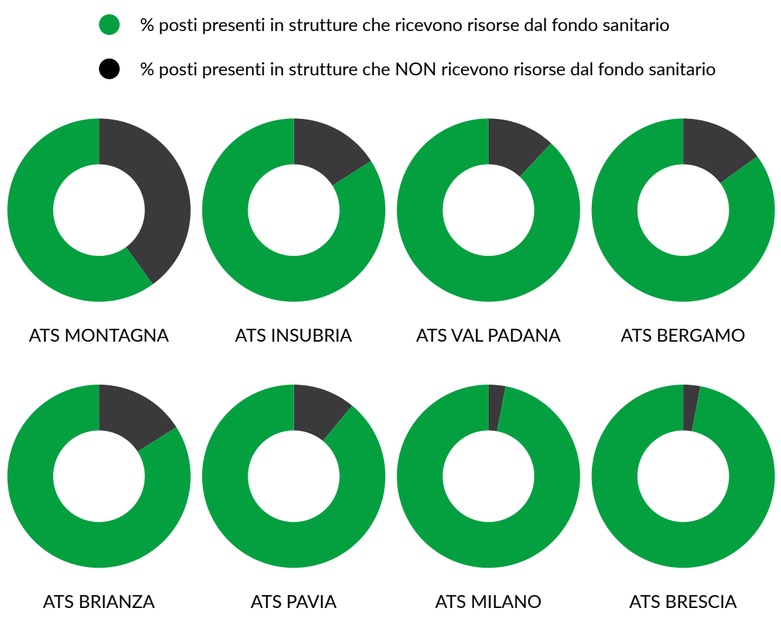
Per quanto riguarda le strutture residenziali e semiresidenziali, la Lombardia sembra offrire un numero di posti letto per abitante inferiore ai benchmark. Tuttavia, il numero di utenti effettivamente presenti in queste strutture è quasi sempre maggiore rispetto alle altre regioni, suggerendo un **elevato tasso di occupazione** dei posti disponibili.

Analizzando i posti letto in strutture ospedaliere psichiatriche, la Lombardia presenta una capacità allineata con il Piemonte e la media nazionale, ma inferiore all'Emilia-Romagna.

CARENZA DI POSTI LETTO



Fonte: Rapporto Salute Mentale (SIMS)



Fonte: Regione Lombardia

Dal grafico emergono rilevanti differenze tra le ATS in termini di **offerta di strutture residenziali** e relativi **posti letto**. L'ATS della Montagna ad esempio ha una disponibilità molto più elevata rispetto alle altre ATS. Particolarmente scoperte sembrano essere le ATS della Brianza e di Pavia.

Nei diagrammi sono rappresentate le percentuali di posti letto appartenenti a strutture finanziate (e non) dal fondo sanitario. Le ATS che più si discostano dalla media sono:

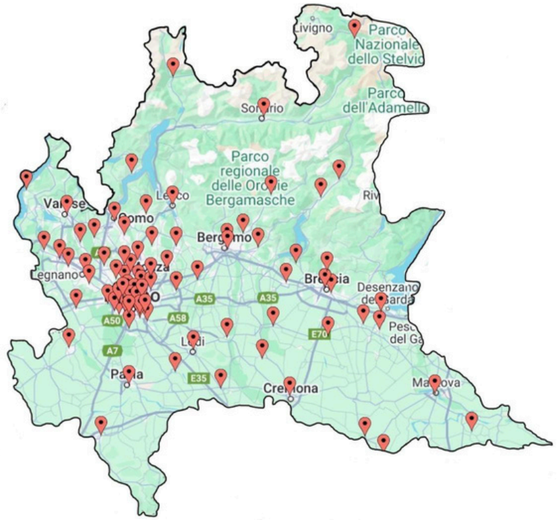
- l'ATS della Montagna, dove il 40% delle strutture non riceve risorse dal FSN, evidenziando una rilevante mancanza;
- le ATS di Milano e di Brescia, dove invece la copertura del FSN è quasi totale.

LA COPERTURA DEL TERRITORIO

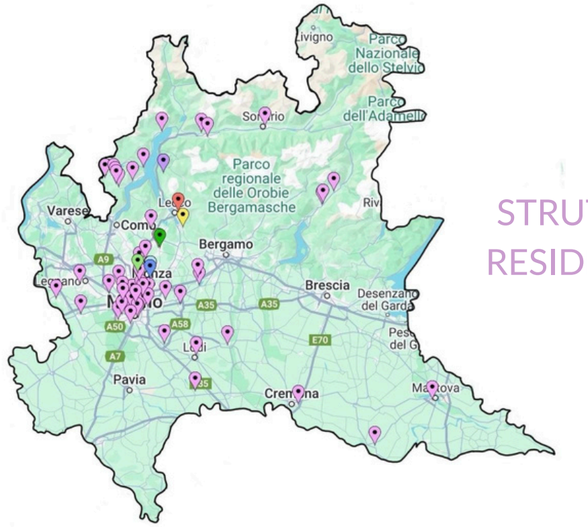
Un'ulteriore problematica della regione Lombardia è quella della **copertura non uniforme** del territorio. Al contrario, le strutture che si occupano di salute mentale dovrebbero essere distribuite in modo **capillare** per una serie di ragioni:

- **Accessibilità per tutti**: strutture vicine ai cittadini incrementano la possibilità di intervenire ai primi segnali di disagio, facilitando il contatto con l'utenza
- **Continuità e prossimità delle cure**: i pazienti possono ricevere assistenza continuativa vicino al loro contesto di vita, mantenendo i legami familiari e sociali, che spesso rivestono un ruolo chiave nel processo di riabilitazione
- **Integrazione con i servizi territoriali**: le strutture ben distribuite possono collaborare meglio con altri servizi locali, come medici di base, assistenti sociali, scuole o centri diurni. Si promuove così un approccio multidisciplinare e centrato sulla persona
- **Riduzione del rischio di ospedalizzazione forzata**: interventi più tempestivi e locali possono prevenire crisi gravi, evitando ricoveri d'urgenza o in strutture lontane

CENTRI PSICO-SOCIALI



In entrambi i casi, si noti come le strutture sono concentrate nei pressi dei grandi centri urbani. Nonostante sia scontato che centri con maggiore densità abitativa richiedano più strutture, questo non può giustificare la scarsa copertura in alcune zone del territorio.



STRUTTURE RESIDENZIALI

TRANSIZIONE ALLA MAGGIORE ETÀ

- Un grave problema del DSM è quello della **continuità assistenziale** nel passaggio dalla **Neuropsichiatria infantile alla Psichiatra per Adulti,** imposto dalla legislazione attuale al compimento della maggiore età
- Oggi questo passaggio dovrebbe avvenire tramite un'équipe di transizione che **non è però sufficiente** a far comprendere al nuovo psichiatra la situazione del paziente
- Questo causa spesso un a**bbandono del processo di terapia** da parte dei pazienti o il **ricorso al settore privato** che però non può fornire lo stesso tipo di servizio (oltre il 40% dei ragazzi bisognosi si perde in questa fase di transizione)
- La scarsa capacità dei servizi di dare riscontro effettivo ai giovani è da imputarsi anche alla **carenza di personale** e alla **mancanza di una formazione specifica** sufficientemente adeguata

«È prioritario oggi, ripensare all'organizzazione dei servizi, soprattutto per quanto riguarda l'età della transizione, 14 - 24 anni, che appare essere la più scoperta in termini di presa in carico e continuità dei percorsi di cura, nonostante sia quella in cui esordiscono la maggior parte dei disturbi psichici. Appare inderogabile la creazione di servizi dedicati, che vedano la collaborazione della UONPIA e della Psichiatria, alla costituzione di equipe multidisciplinari che si occupino degli esordi, fornendo loro un trattamento integrato, continuativo e peculiare alle esigenze dell'età oltre che della cura della patologia»

Emi Bondi, Presidente Sip 2023

«È un lavoro d'équipe quello che va condotto – spiega Elisa Fazzi – con interventi multidisciplinari e multiprofessionali, il che significa che occorrono particolari risorse. Che mancano sempre, specie in neuropsichiatria infantile. Pensi che ci sono 5 regioni senza posti letto per la neuropsichiatria infantile. In generale, in Italia la pediatria e la psichiatria degli adulti hanno più di 4.000 posti letto negli ospedali ciascuna: ebbene, per la neuropsichiatria infantile i letti in totale sono 403»

Elisa Fazzi, Direttore della U.O. Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza - ASST Spedali Civili – Brescia

FASE 1

ASSESSMENT DEL CONTESTO REGIONALE E DELLE RELATIVE AZIENDE OSPEDALIERE

FASE 2

PROPOSTA DI UNA STRATEGIA DI ALLOCAZIONE DELLE RISORSE

FASE 3

DEFINIZIONE DI UN MODELLO DI GOVERNANCE TRA REGIONE E AZIENDE OSPEDALIERE

L'ALLOCAZIONE DELLE RISORSE: Ripartizione per tipologia di servizio

Fondo Aggiuntivo:
(4% FSR Ospedaliero)

363.519.041,12 €

La suddivisione è stata effettuata in base alla rilevanza delle criticità riscontrate e all'onerosità degli interventi previsti nel dettaglio per ogni ambito.

30%
CENTRI PSICO-SOCIALI
109.055.712,34 €

Rappresentano il perno dell'**organizzazione territoriale** dell'assistenza psichiatrica in quanto struttura di primo accesso e luogo di coordinamento dei programmi di cura.
Svolgono un ruolo fondamentale anche nella **prevenzione** e nell'integrazione sociale dei pazienti.

45%
STRUTTURE RESIDENZIALI
163.583.568,50 €

Sono **comunità terapeutiche** che accolgono pazienti in trattamento a lungo termine, offrendo supporto clinico, riabilitativo e assistenziale in un ambiente protetto.
Si articolano in diverse tipologie a seconda della finalità prevalente e del grado di protezione garantito.
Generalmente hanno una capienza massima inferiore ai 20 posti.

25%
REPARTI PSICHIATRICI
90.879.760,28 €

Unità ospedaliere per il ricovero temporaneo di pazienti in **fase acuta**, accessibili tramite pronto soccorso o su indicazione specialistica.
Offrono ricoveri brevi, in regime volontario o talvolta in TSO (Trattamento Sanitario Obbligatorio), con l'obiettivo di stabilizzare il quadro clinico del paziente attraverso interventi farmacologici e psicoterapeutici.

L'ALLOCAZIONE DELLE RISORSE: Ripartizione tra i Centri Psico-sociali

I fondi a disposizione sono pari a: **109.055.712,34 €**
Per allocare le risorse tra i CPS delle diverse ATS lombarde facciamo riferimento alla funzione:

$$f = 0{,}8k(1) + 0{,}2k(2)$$

Dove:

- **K(1)** è un vettore che rappresenta il **numero assoluto di CPS presenti sul territorio di ciascuna ATS**. Questo indicatore ha un peso prevalente (0,8), in quanto si ritiene che il numero di strutture possa essere una proxy della dimensione del numero di utenti serviti;
- **K(2)** è un **vettore che misura il numero di CPS per 100.000 abitanti in ogni ATS**. Questo indicatore, meno rilevante (peso 0,2), consente di riequilibrare in parte l'allocazione, favorendo le ATS in cui l'offerta di CPS è relativamente scarsa rispetto alla popolazione.

L'obiettivo è quello di garantire un'**equa distribuzione dei fondi**, bilanciando il volume dell'offerta attuale con l'effettivo bisogno del territorio.

	K1	K2	SCORE	%	FONDI ASSEGNATI
ATS DELLA MONTAGNA	5	1,711	0,220	10%	10.905.571,23 €
ATS DELL'INSUBRIA	11	0,806	0,269	12%	13.086.685,48 €
ATS DELLA VAL PADANA	8	1,053	0,230	10%	10.905.571,23 €
ATS DI BERGAMO	7	0,63	0,180	8%	8.724.456,99 €
ATS DELLA BRIANZA	7	0,578	0,176	8%	8.724.456,99 €
ATS DI PAVIA	3	0,557	0,098	4%	4.362.228,49 €
ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	36	1,036	0,767	35%	38.169.499,32 €
ATS DI BRESCIA	11	0,872	0,275	12%	13.086.685,48 €

CPS: DOVE DESTINARE LE RISORSE?

FASCE-ORARIE

Creazione di nuovi centri psico-sociali aperti per almeno **12 ore al giorno, 7 giorni su 7**.
Altri fondi dovranno essere utilizzati per coprire le spese dovute all'**aumento delle ore lavorative** anche per i CPS esistenti. L'obiettivo è quello di garantire la **continuità della presa in carico e un presidio costante sul territorio.**

PREVENZIONE

Azione su 3 livelli:

- **Primario**: promuovere il benessere e prevenire l'insorgenza dei disturbi
- **Secondario**: intercettare precocemente i segnali di disagio e intervenire rapidamente
- **Terziario**: ridurre le conseguenze dei disturbi esistenti e favorire il recupero e il reinserimento

PERSONALE

Ripristinare e potenziare gli organici, gravemente carenti, definendo per ogni ASST la dotazione del numero di operatori della salute mentale (infermieri, psichiatri, psicologi, assistenti sociali, educatori, tecnici della riabilitazione psichiatrica, operatori socio sanitari, esperti in supporto tra pari...)

L'ALLOCAZIONE DELLE RISORSE: Ripartizione tra le strutture residenziali

L'allocazione dei **163.583.568,50 €** avviene con la funzione:

f = 0,6 k(1) + 0,25 k(2) + 0,15 k(3)

Dove:

- **K(1)** rappresenta il **numero di strutture residenziali presenti nel territorio dell'ATS**; questo indicatore ha il peso maggiore (0,6), poiché riflette in modo diretto l'ampiezza del bacino d'utenza;
- **K(2)** rappresenta il **reciproco del numero di posti letto per 10.000 abitanti**: con un peso pari a 0,25, questo indicatore consente di premiare le ATS che, in proporzione alla popolazione, dispongono di un numero limitato di posti letto. L'obiettivo è riequilibrare l'offerta assistenziale, garantendo maggiori risorse ai territori con minori opportunità.
- **K(3)** è la **percentuale di posti letto presenti in strutture non finanziate dal FSN**: ha un peso più contenuto (0,15), ma rappresenta un elemento importante per identificare le ATS con minore copertura da parte del servizio sanitario pubblico o accreditato. In coerenza con i principi del Welfare State, si tende a sostenere maggiormente le aree in cui il supporto regionale è più carente.

	K1	K2	K3	SCORE	%	FONDI ASSEGNATI
ATS DELLA MONTAGNA	23	8,589	40,24%	0,262	11%	17.994.192,54 €
ATS DELL'INSUBRIA	58	5,949	15,89%	0,367	15%	24.537.535,28 €
ATS DELLA VAL PADANA	30	4,039	11,73%	0,257	11%	17.994.192,54 €
ATS DI BERGAMO	30	3,539	15,01%	0,279	12%	19.630.028,22 €
ATS DELLA BRIANZA	24	3,025	16,39%	0,272	11%	17.994.192,54 €
ATS DI PAVIA	10	3,398	10,93%	0,170	7%	11.450.849,80 €
ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	100	4,219	3,14%	0,544	23%	37.624.220,76 €
ATS DI BRESCIA	36	3,791	2,93%	0,264	11%	17.994.192,54 €

STRUTTURE RESIDENZIALI: DOVE DESTINARE LE RISORSE?

NUOVE STRUTTURE

Potenziamento dell'offerta territoriale residenziale: utilizzo dei fondi per aumentare il **numero di strutture** (e dunque di posti letto) e la loro **distribuzione sul territorio**, in particolare in aree scoperte. Nel caso di aree con copertura sufficiente, i fondi andrebbero a finanziare **investimenti strutturali e tecnologici** per le strutture già esistenti.

PERSONALE

Assunzione e formazione di medici psichiatri, psicologi, infermieri, educatori... **Proposta di contratti a lungo termine** che possano garantire un percorso di cura duraturo tra paziente ed équipe medica. Necessità di investire in corsi di specializzazione, borse di studio e soluzioni abitative, al fine di rendere attrattive tali professioni.

REINTEGRAZIONE SOCIALE

Investimento delle risorse in **percorsi di reintegrazione sociale e lavorativa post-residenza:** housing sociale, borse lavoro, corsi di formazione professionale, ruolo attivo nelle campagne di sensibilizzazione...

L'ALLOCAZIONE DELLE RISORSE: Ripartizione tra i reparti psichiatrici

Ai reparti psichiatrici sono destinati **90.879.760,28 €**, che si possono distribuire sul territorio utilizzando la funzione:

$$f = 0{,}75\ k(1) + 0{,}25\ k(2)$$

Dove:

- **K(1)** è il **numero di dimissioni dai reparti psichiatrici avvenute nell'anno di riferimento (2021)**: questo indicatore ha il peso prevalente (0,75), in quanto rappresenta il volume di pazienti effettivamente trattati nei reparti psichiatrici di ciascuna ATS. L'obiettivo principale è quindi distribuire le risorse in base al numero di utenti serviti, riconoscendo l'impegno assistenziale delle singole aree.
- **K(2)** rappresenta la **durata media delle degenze nei reparti psichiatrici**: ha un peso minore (0,25), ma contribuisce ad attribuire maggiori fondi alle ATS che registrano una maggiore durata media delle degenze. Questo criterio tiene conto delle situazioni in cui i percorsi di cura risultano più complessi o meno efficienti, richiedendo quindi maggiori risorse per essere gestiti.

	K1	K2	SCORE	%	FONDI ASSEGNATI
ATS DELLA MONTAGNA	729	12,936	0,116	5%	4.543.988,01 €
ATS DELL'INSUBRIA	3353	15,322	0,286	12%	10.905.571,23 €
ATS DELLA VAL PADANA	2122	14,776	0,209	9%	8.179.178,43 €
ATS DI BERGAMO	3129	19,600	0,297	12%	10.905.571,23 €
ATS DELLA BRIANZA	3680	16,281	0,311	13%	11.814.368,84 €
ATS DI PAVIA	1780	14,400	0,187	8%	7.270.380,82 €
ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	10065	15,194	0,689	29%	26.355.130,48 €
ATS DI BRESCIA	3406	17,980	0,304	13%	11.814.368,84 €

OSPEDALI: DOVE DESTINARE LE RISORSE?

PERSONALE

Potenziamento del personale nei reparti acuti. Affrontare la mancanza strutturale di personale per evitare sovraffollamento, burn-out e migliorare la qualità delle cure.

GESTIONE ADOLESCENTI

Creare percorsi dedicati alla fascia 14-25 anni, **potenziando le risorse** a disposizione delle équipe di transizione in collaborazione con la neuropsichiatria infantile, per evitare vuoti assistenziali al compimento della maggiore età, momento in cui la responsabilità della cura del paziente si trasferisce alla psichiatria generale.

CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Implementazione di un **miglior collegamento con i servizi territoriali**.
Rafforzare l'integrazione SPDC-CPS per garantire continuità assistenziale e prevenire ricoveri ripetuti.
La riduzione di ricoveri ripetuti contribuirebbe a ridurre la pressione sui pronto-soccorsi.

MODELLO DI ASSEGNAZIONE DELLE RISORSE:

DISTRIBUZIONE EX ANTE

TIPOLOGIA INDICATORI

La **ripartizione dei fondi** tra le varie ATS si è basata prevalentemente su indicatori previsionali e strutturali (numero di strutture o posti letto, numero di utenti serviti...); tali dati, per una questione di coerenza, possono essere utilizzati per predisporre la ripartizione prima dell'erogazione effettiva delle risorse, non sulla base di risultati già raggiunti.

FINALITÀ PERSEGUITE

Si intende favorire una **programmazione equilibrata**, incentivando gli investimenti nelle aree più carenti, a prescindere dai risultati raggiunti. Uno degli obiettivi principali è infatti quello di **garantire servizi omogenei su tutto il territorio**. Nel caso in cui si utilizzassero meccanismi di allocazione delle risorse merit-based (basati dunque sul livello di performance) si rischierebbe di ampliare ancora di più il divario tra le varie ATS.

FASE 1

ASSESSMENT DEL CONTESTO REGIONALE E DELLE RELATIVE AZIENDE OSPEDALIERE

FASE 2

PROPOSTA DI UNA STRATEGIA DI ALLOCAZIONE DELLE RISORSE

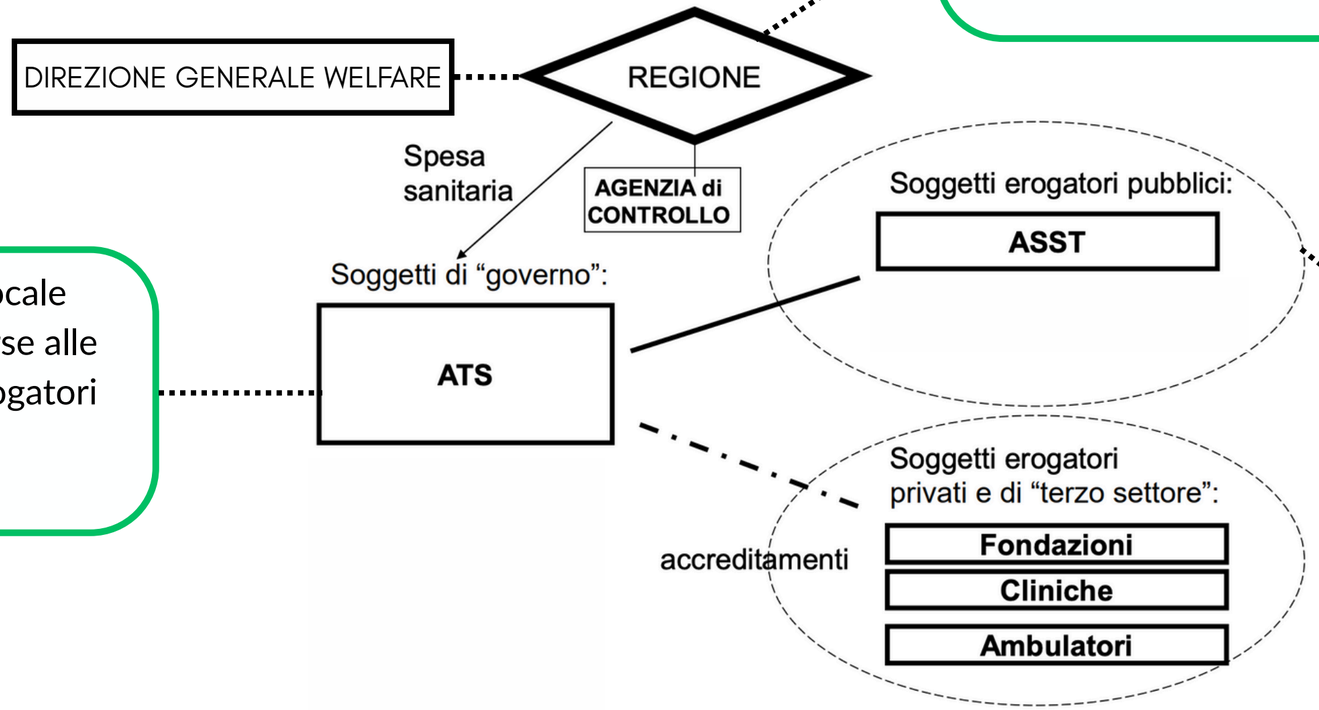
FASE 3

DEFINIZIONE DI UN MODELLO DI GOVERNANCE TRA REGIONE E AZIENDE OSPEDALIERE

L'ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA SANITARIO LOMBARDO (SSL): Le funzioni rivestite dai principali organi

In Lombardia, a differenza di altre regioni, il sistema è molto aziendalizzato: c'è una netta divisione tra chi **programma** (ATS) e chi **eroga** (ASST e privato accreditato).

- Programmazione strategica
- Definizione obiettivi annuali e triennali
- Supervisione generale



- Programmazione locale
- Allocazione di risorse alle ASST e agli enti erogatori accreditati
- Controllo

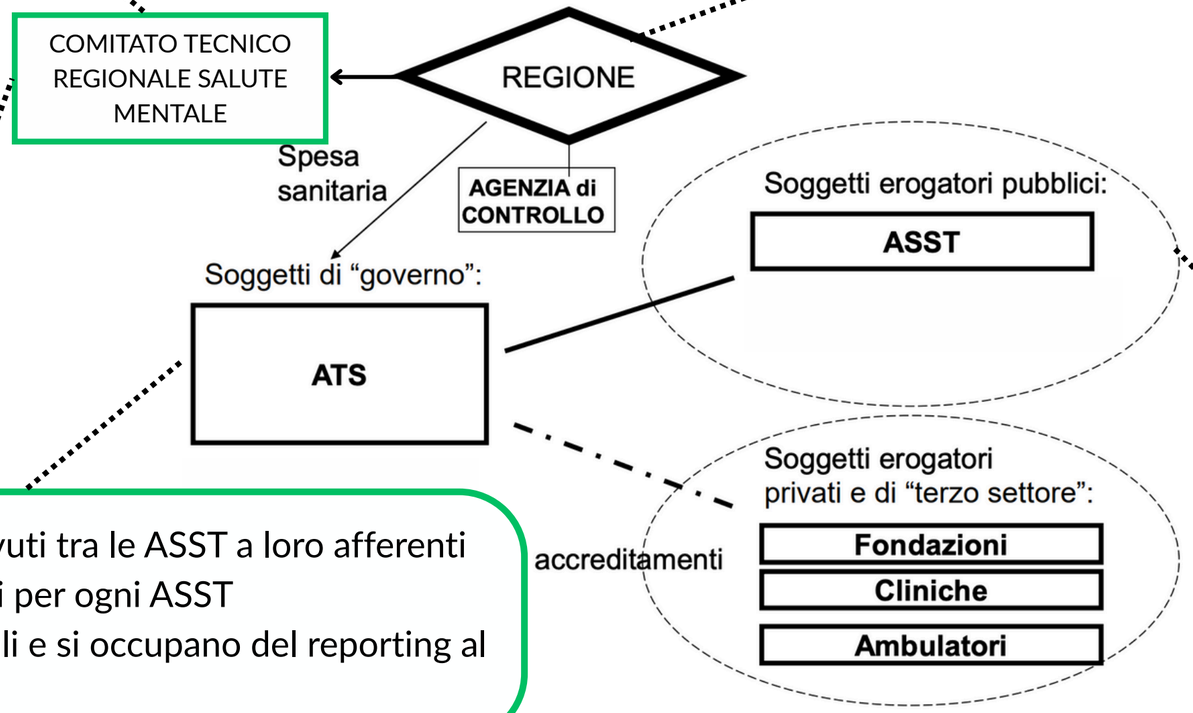
Erogazione diretta di servizi sanitari e sociosanitari

IL MODELLO DI GOVERNANCE PER LA GESTIONE DELLE RISORSE: Ruoli e Responsabilità

- Definisce i criteri di riparto dei fondi tra gli ambiti di intervento
- Alloca i fondi sul territorio in base ai dati forniti dalle ATS e definisce linee guida per gli investimenti
- Garantisce trasparenza, equità e coerenza tecnica nella distribuzione delle risorse

- Definisce budget complessivo e macro-obiettivi (ambiti di intervento)
- Nomina i membri del CTR-SM
- Approva i criteri di riparto

Per una gestione ottimale delle risorse è richiesta la nomina di un comitato ad hoc (in carica per almeno 3 anni) composto da un mix di figure tecniche, cliniche e istituzionali.

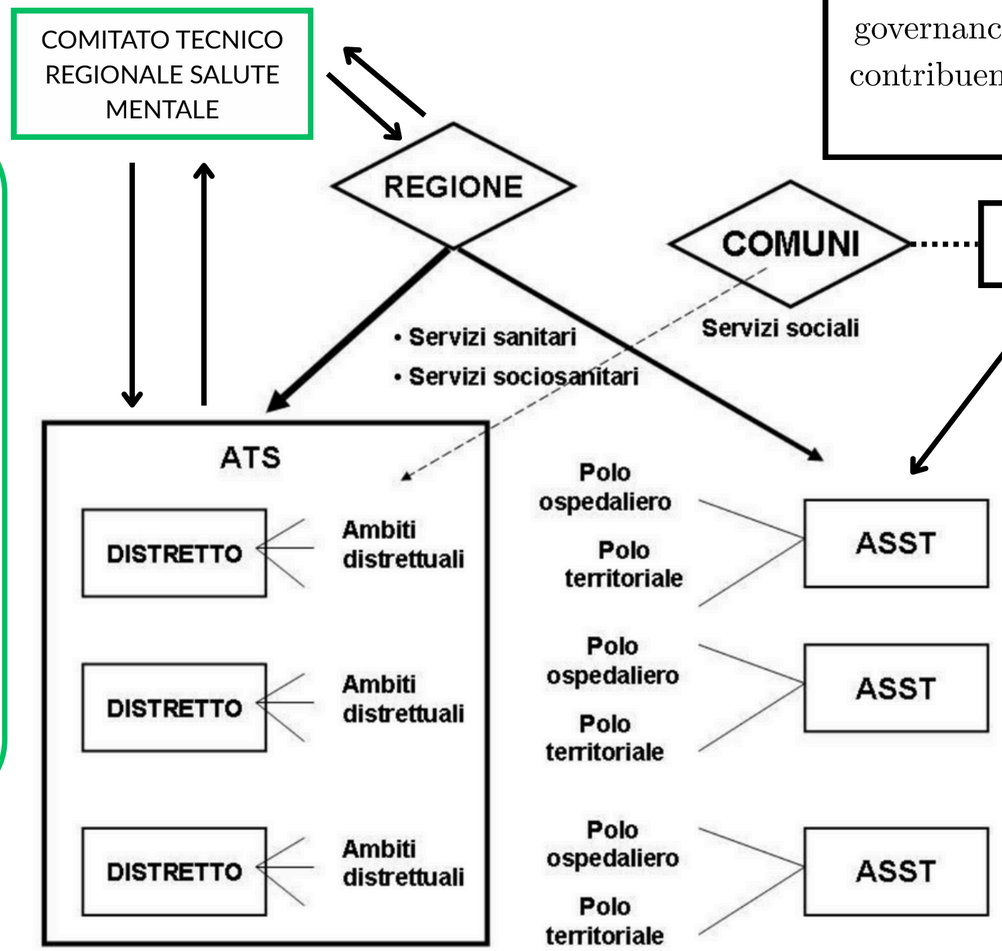


- Implementano interventi su CPS, strutture residenziali e reparti SPDC secondo il budget e le direttive ricevute
- Gestiscono la parte operativa delle assunzioni del personale e degli investimenti strutturali e tecnologici
- Producono i rendiconti dei costi e degli output (n. ore CPS, posti letto, dimissioni, ecc.)

- Distribuiscono i fondi ricevuti tra le ASST a loro afferenti
- Pianificano gli investimenti per ogni ASST
- Monitorano i KPI territoriali e si occupano del reporting al CTR-SM

LE PROCEDURE DI COORDINAMENTO

1. la Regione fissa le **linee politiche**
2. il CTR-SM le traduce in **criteri tecnici** rigorosi
3. le ATS/ASST le implementano localmente e rimandano il **ciclo di feedback** al Comitato
4. il CTR-SM **rendiconta** l'andamento alla Regione con frequenza trimestrale
5. la Regione propone eventuali **aggiustamenti** o **cambiamenti**



Composta dai sindaci dei comuni che rientrano nel territorio dell'ASST, la Conferenza dei Sindaci diventa il ponte tra la governance sanitaria regionale e i bisogni psicosociali locali, contribuendo a una presa in carico realmente integrata delle persone con disagio mentale.

CONFERENZA DEI SINDACI

- Valuta e commenta le proposte di investimento, indicando le priorità territoriali
- Collabora con l'ATS per definire il fabbisogno di servizi per utenti con disturbi psichici gravi, fragilità sociale o rischio di esclusione
- Favorisce l'attivazione di progetti di housing sociale, borse lavoro, tirocini protetti, tramite coordinamento con i servizi sociali comunali

VALUTAZIONE E MONITORAGGIO

AGENZIA DI CONTROLLO

- **Monitoraggio** dei dati sugli accessi in pronto soccorso
- **Valutazione** dei report trimestrali, e suggerimenti per il miglioramento
- **Supervisione** del comitato di valutazione

TAVOLO DI LAVORO

Creazione di un tavolo di lavoro composto da:

- Rappresentanti delle ATS
- Rappresentanti delle Fondazioni
- Rappresentanti dei reparti ospedalieri

Il tavolo di lavoro sotto la supervisione dell'Agenzia di Controllo interviene:

- evidenziano le principali criticità
- suggerendo nuove soluzioni

COMITATO DI VALUTAZIONE

Creazione di un sotto-comitato di valutazione, interno al Comitato Tecnico per la Salute Mentale, che analizzi alcuni casi estratti per valutarne la gestione.

- Redazione di una relazione semestrale sulla situazione dei controlli
- Suggerimenti per una migliore gestione del paziente
- Segnalazione di irregolarità

MECCANISMI DI TRASPARENZA E ACCOUNTABILITY

PIATTFORMA UNICA

- Creazione di una **piattaforma unica di controllo** per la raccolta dei dati e il monitoraggio.
- **Trasparenza** e interfaccia di accesso dei dati al pubblico per favorire l'accountability

REPORT TRIMESTRALI

Pubblicazione semestrale di un Report sintetico a cura del CTR-SM contenente:

- Riparto effettivo vs. budget programmato per ATS e ASST
- Indicatori di esito (ricoveri ripetuti, tempi di attesa, ore di CPS erogate)
- Elenco delle azioni correttive approvate

MIGLIORAMENTI ATTESI

12 MESI

BREVE PERIODO

- **Riduzione del numero di accessi in Pronto Soccorso** grazie al rafforzamento della prevenzione e dei servizi territoriali
- Ottimizzazione dell'efficienza operativa dei CPS
- Rafforzamento immediato degli organici delle varie strutture attraverso l'avvio di **nuove assunzioni mirate**

3-5 ANNI

LUNGO PERIODO

- Garanzia di una **copertura omogenea** dei servizi di salute mentale su tutto il territorio;
- **Miglioramento del coordinamento** tra le diverse strutture, finalizzato a garantire una maggiore contintuità assistenziale tra i diversi livelli di cura;
- Creazione sostenibile di **valore condiviso** per tutti gli stakeholder coinvolti nel sistema sanitario.

LIMITI DELL'ANALISI

DATI DISPONIBILI

I dati disponibili, specialmente per quanto riguarda le prestazioni delle singole ATS, sono molto **limitati**. Maggiori dati legati alle performance avrebbero reso possibile un'analisi ancor più dettagliata e puntuale.

FONTI E RINGRAZIAMENTI

- **Ministero della Salute** - Rapporto Salute Mentale (SIMS): https://www.pnrr.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3369_0_alleg.pdf
- **Casa della Carità** - Primo ciclo di Assemblee Cittadine indette da Campagna Salute Mentale (ottobre 2024): https://www.casadellacarita.org/wp-content/uploads/2024/10/CSM-piattaforma-documento-.pdf
- **ISTAT**:https://esploradati.istat.it/databrowser/#/it/dw/categories/IT1,Z0810HEA,1.0/HEA_SERVICES/DCIS_OSPDISTPSICHRES/IT1,43_283_DF_DCIS_OSPDISTPSICHRES_5,1.0
- **Statista**: https://www.statista.com/statistics/794946/public-healthcare-expenditure-by-region-in-italy/
- **Statista**: https://www.statista.com/statistics/795209/public-expenditure-on-medical-technologies-by-region-in-italy/
- **Fondazione Umberto Veronesi**: https://www.fondazioneveronesi.it/magazine/articoli/neuroscienze/peggiora-la-salute-mentale-di-bambini-e-adolescenti
- **Sinpia**: https://sinpia.eu/wp-content/uploads/atom/allegato/358.pdf
- **Cergas Bocconi**: https://cergas.unibocconi.eu/sites/default/files/files/Report-OCPS-NOV18.pdf
- **Corriere della sera:** https://milano.corriere.it/notizie/cronaca/23_dicembre_18/lombardia-i-malati-psichici-nel-limbo-di-un-sistema-sbilanciato-medici-con-a-carico-300-pazienti-cosi-l-assistenza-si-complica-80a3942d-49d8-42e6-b67d-67f15b313xlk.shtml
- **Conferenza Stato-Regioni**: https://www.statoregioni.it/it/conferenza-unificata/sedute-2022/seduta-del-30112022/atti/repertorio-atto-n-188cu/
- **Sistema Penale:** https://www.sistemapenale.it/it/scheda/calcaterra-luci-ed-ombre-nuovo-accordo-conferenza-stato-regioni-rems
- **Psichiatria Oggi** - ***Fatti e opinioni dalla Lombardia:*** *https://www.researchgate.net/publication/376751927_The_world_forgetting_by_the_world_forgot_Un_passo_indietrotre_in_avanti_Una_riflessione_riabilitativa_sulla_condizione_di_Abelardo_ed_Eloisa*
- ***Regione Lombardia - Piano Sociosanitario:*** *https://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/DettaglioRedazionale/istituzione/direzioni-generali/direzione-generale-welfare/piano-socio-sanitario-regionale/piano-socio-sanitario-regionale*
- **ACSS Lombardia**: www.acsslombardia.it
- **Società Italiana Epidepidemiologia Psichiatrica (SIEP)**: https://siep.it/wp-content/uploads/2019/05/Analisi-dei-Sistemi-Regionali-per-la-Salute-Mentale-SIEP-03-2018.pdf

uma.na.mente

Umanamente - Associazione per la diffusione della cultura psichiatrica e psicoterapeutica e per il confronto integrativo tra scienze umane e naturali.

- ***Dott. Mauro Consolati***: medico psichiatra, psicoterapeuta, responsabile Centro Pilota Regionale per i Disturbi del Comportamento Alimentare ASST Spedali Civili di Brescia, docente Corso di Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Brescia