

PLS nel percorso di cura e promuovere il lavoro in equipe multidisciplinare per l'assistenza alla persona;

- garantire un'assistenza adeguata presso le strutture residenziali territoriali, anche incrementando l'offerta di posti letto laddove risulta tuttora carente, in linea con gli impegni assunti per il perseguimento degli obiettivi di equilibrio economico;
- implementare attività formative degli operatori nell'ambito della prevenzione, presa

in carico e trattamento dei pazienti nelle strutture intermedie.

Bibliografia essenziale

- AA.VV. Il piano di riorganizzazione dell'Assistenza sanitaria nelle Regioni in Piano di rientro. Monitor 2011; 27
- Decreto Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 "Definizione dei Livelli essenziali di assistenza"
- Piano Sanitario Nazionale 2006-2008

5.5. La salute mentale

5.5.1. Quadro programmatico

L'impegno a investire in salute mentale rappresenta un imperativo centrale delle strategie sia dell'OMS sia dell'Unione Europea (UE), dal momento che va a impattare sulla sostenibilità ed efficacia di tutte le politiche sanitarie e sociali del continente.

Alcuni tra i principi che queste recenti strategie internazionali hanno enunciato sono non solo assolutamente condivisibili, ma anche facilmente applicabili alla realtà italiana.

In particolare può essere utile richiamare, ancora una volta, l'attenzione su:

- imprescindibilità del lavoro multidisciplinare e multisettoriale, sia a livello di pianificazione generale (nazionale, regionale e locale) sia nella quotidianità della pratica clinica;
- contestuale riconoscimento di una specificità di approccio basata sul genere e sulla classe di età. In particolare i bambini e i giovani, così come gli anziani, presentano problematiche che necessitano di interventi specialistici mirati. Allo stesso modo un analogo impegno al rispetto delle esigenze del genere femminile dovrebbe essere presente in tutti i servizi;
- organizzazione della rete dei servizi di salute mentale che sia accessibile a tutti, con uno spettro di offerta di cure basate su appropriatezza, qualità ed efficacia;
- promozione di servizi che mirino a facilitare, anche per le persone con patologie

mentali croniche, la possibilità di vivere a pieno titolo una vita normale nella società, anche attraverso il supporto alle necessità dei familiari e dei *carers*.

Più specificamente, nell'attuale contesto diffuso di crisi socioeconomica, occorre sottolineare l'importanza di non ridurre la disponibilità di risorse economiche e umane nei servizi e di mantenere alto il livello di qualità delle competenze professionali degli operatori del settore.

5.5.2. Rappresentazione e valutazione dei dati

I dati nazionali relativi all'offerta di servizi e alle caratteristiche dell'assistenza alle persone con disturbo mentale sono rilevati dal Sistema Informativo del Ministero della salute e si riferiscono all'anno 2012.

I dati concernenti le caratteristiche dei pazienti e dei trattamenti, basati su record individuali, vengono prodotti dal Sistema Informativo Salute Mentale (SISM), attivato a partire dal 2011 e, come previsto dal decreto ministeriale del 15 ottobre 2010 istitutivo del flusso, entrato a regime dal 1° gennaio 2012. Il percorso di collaborazione tra il Ministero della salute e le Regioni, attuato attraverso un tavolo congiunto istituito allo scopo, ha portato a un costante miglioramento della copertura nazionale, tanto che il SISM viene popolato, per l'anno 2012, con i dati di

Tabella 5.4. Centri di Salute Mentale (CSM) e Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) [Anno 2012]

Regione	CSM		DSM	
	N. CSM	CSM per 150.000 abitanti di 18 anni e più	N. DSM	Bacino di utenza medio per DSM
Piemonte	82	3,34	15	245.571
Valle d'Aosta	8	11,37	1	105.584
Lombardia	310	5,77	30	268.663
PA di Bolzano	8	2,96	ND	ND
PA di Trento	10	3,50	1	428.394
Veneto	89	3,31	21	191.908
Friuli Venezia Giulia	24	3,48	6	172.449
Liguria	22	2,45	5	269.883
Emilia Romagna	229	9,40	11	332.051
Toscana	145	7,00	12	259.083
Umbria	23	4,63	4	186.455
Marche	33	3,83	13	99.532
Lazio	136	4,44	12	382.453
Abruzzo	24	3,27	4	275.161
Molise	3	1,70	3	88.354
Campania	66	2,14	7	661.563
Puglia	88	3,97	6	554.559
Basilicata	1	0,31	2	241.558
Calabria	31	2,87	7	231.232
Sicilia	198	7,26	9	454.363
Sardegna	44	4,73	8	174.249
Italia	1.574	4,78	177	279.076

ND, non disponibile.

Fonte: Ministero della salute – Sistema Informativo Sanitario Nazionale.

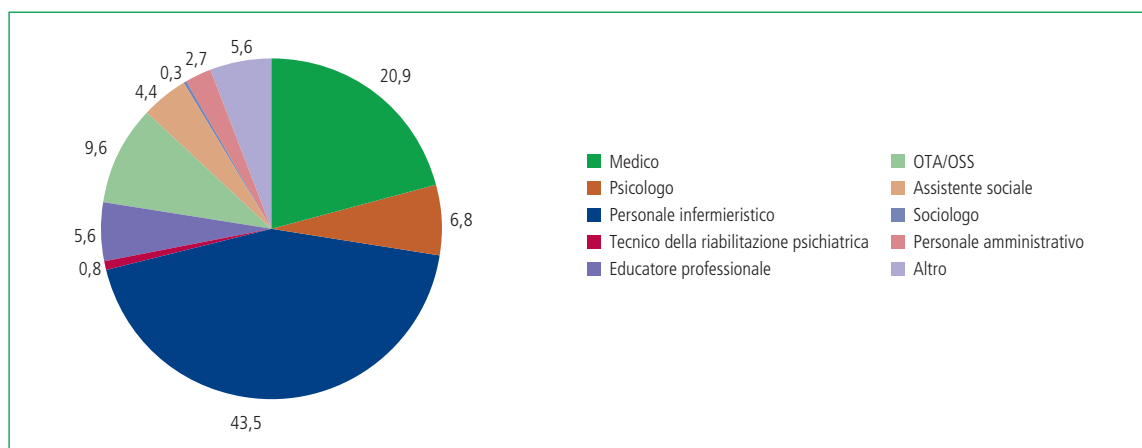
17 Regioni. I Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) che alimentano il flusso sono 131, dei quali 99 inviano attività territoriale, 91 attività residenziale e 86 attività semiresidenziale. Parallelamente sta terminando il suo lavoro un sottogruppo specifico (Ministero della salute, Regioni e ISS) che ha costruito, sulla base proprio dei dati SISM, una serie di indicatori che consentiranno il loro utilizzo a fini di programmazione nazionale, regionale e locale.

La [Tabella 5.4](#) mostra come, a fronte di una diminuzione del numero di DSM (da 208 del 2009 a 177 del 2012), probabilmente dovuta agli accorpamenti di Aziende sanitarie che continuano in Italia, si registri un aumento dei Centri di Salute Mentale (CSM) che sono la loro articolazione ambulatoriale sul territorio (da 1.387 a 1.574).

La dotazione di personale dipendente e convenzionato dei DSM al 31 dicembre 2012 è pari, a livello nazionale, a 31.727 unità. Nella [Figura 5.2](#) viene mostrata la distribuzione percentuale per singolo profilo professionale. La dotazione dei posti letto ospedalieri per 10.000 adulti residenti (18 anni e più) nei reparti di psichiatria è evidenziata nella [Figura 5.3](#). L'indicatore fa riferimento all'offerta complessiva delle strutture pubbliche e private accreditate in degenza ordinaria e in day-hospital.

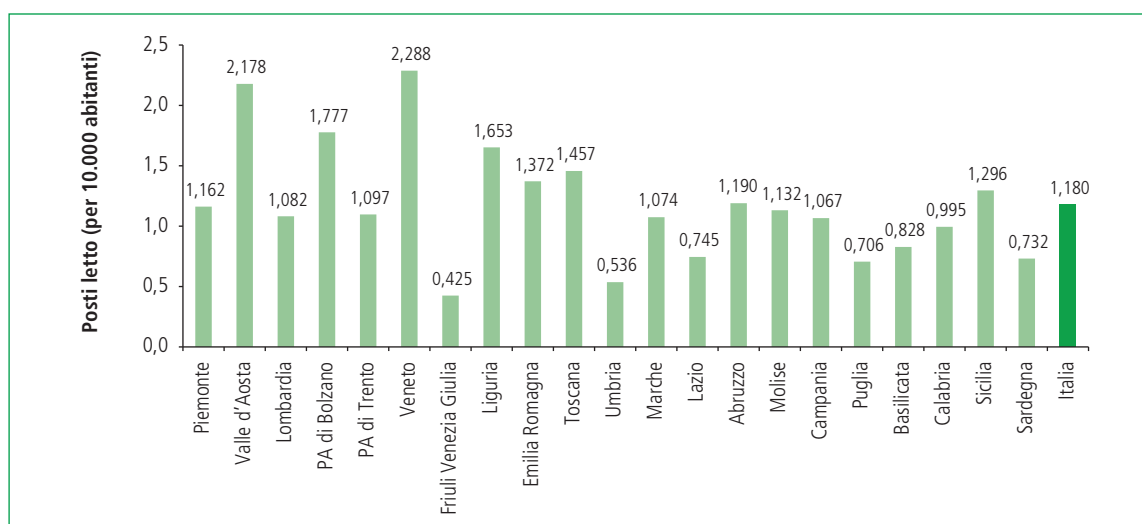
I dati per l'anno 2012 relativi all'assistenza territoriale per la salute mentale evidenziano un potenziamento dell'offerta rispetto ai dati del 2009, riportati nella Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2009-2010. Le strutture territoriali che erogano assistenza residenziale passano da 1.679 a 1.882 e i relativi posti

Figura 5.2. Personale dipendente e convenzionato dei Dipartimenti di Salute Mentale per profilo professionale (distribuzione percentuale) [Anno 2012].



Fonte: Rilevazione Conto Annuale al 31 dicembre 2012 (Tabella 1D).

Figura 5.3. Posti letto ospedalieri nei reparti di psichiatria per 10.000 abitanti (popolazione 18 anni e più) [Anno 2012].



Fonti: Ministero della salute – Sistema Informativo Sanitario Nazionale (modelli di rilevazione HSP12 e HSP13 decreto del Ministro della salute 5 dicembre 2006); Istat – Popolazione residente al 1° gennaio 2012.

passano da 19.299 a 20.419, con un incremento pari a circa il 6%. Le strutture territoriali che erogano assistenza semiresidenziale passano da 763 a 794 e i relativi posti passano da 12.835 a 13.261, con un incremento pari a circa il 3%. L'attività di assistenza psichiatrica territoriale risulta conseguentemente incrementata, sia in termini di numero di assistiti presi in carico sia in termini di giornate di assistenza (*Tabella 5.5*).

Un significativo spaccato di dettaglio è offerto dai dati relativi ai servizi di salute mentale operanti in 6 Regioni (Trentino Alto Adige, Lombardia, Emilia Romagna, Toscana e Lazio, con una popolazione pari al 41% della popolazione italiana), dove i sistemi informativi informatizzati sono stati implementati da alcuni anni.

Nel 2010 la prevalenza trattata, cioè il tasso di pazienti con almeno un contatto nell'anno

Tabella 5.5. Attività di assistenza psichiatrica erogata in strutture sanitarie residenziali e semiresidenziali (Anno 2012)

Regione	Assistenza residenziale					Assistenza semiresidenziale					Utenti residenziali e semiresidenziali per 100.000 abitanti di 18 anni e più	Popolazione residente con 18 anni e più
	N. strutture	Posti	Posti per 10.000 abitanti di 18 anni e più	Utenti	Giornate di assistenza per utente	N. strutture	Posti	Posti per 10.000 abitanti di 18 anni e più	Utenti	Giornate di assistenza per utente		
Piemonte	264	1.865	5,06	1.897	274,75	41	1.021	2,77	3.320	50,51	141,63	3.683.562
Valle d'Aosta	6	77	7,29	80	303,43	2	31	2,94	42	82,55	115,55	105.584
Lombardia	312	3.966	4,92	6.074	220,27	153	2.532	3,14	6.796	80,67	159,68	8.059.891
PA di Bolzano	9	137	3,38	240	184,83	5	55	1,36	343	33,94	143,91	405.109
PA di Trento	14	141	3,29	173	208,77	6	94	2,19	379	34,30	128,85	428.394
Veneto	204	1.888	4,68	2.132	272,58	107	1.559	3,87	3.856	74,69	148,58	4.030.061
Friuli Venezia Giulia	53	368	3,56	1.653	60,78	38	468	4,52	2.235	39,75	375,76	1.034.694
Liguria	73	957	7,09	1.005	291,53	15	265	1,96	827	66,73	135,76	1.349.414
Emilia Romagna	234	2.011	5,51	6.766	89,84	61	918	2,51	3.056	94,01	268,91	3.652.556
Toscana	140	1.024	3,29	1.327	232,61	65	1.156	3,72	2.482	85,84	122,52	3.108.997
Umbria	43	455	6,10	642	234,39	19	236	3,16	417	89,67	141,99	745.820
Marche	38	491	3,79	807	197,55	19	256	1,98	469	117,43	98,62	1.293.911
Lazio	75	1.457	3,17	3.014	147,04	56	1.557	3,39	2.501	60,99	120,17	4.589.440
Abruzzo	36	530	4,82	692	263,33	13	242	2,20	312	137,83	91,22	1.100.642
Molise	15	148	5,58	177	287,97	13	50	1,89	63	252,43	90,54	265.063
Campania	83	840	1,81	1.016	234,70	76	955	2,06	3.510	52,11	97,73	4.630.942
Puglia	161	1.855	5,57	1.810	287,57	49	924	2,78	4.299	52,13	183,60	3.327.356
Basilicata	26	288	5,96	352	275,19	5	70	1,45	67	172,13	86,73	483.116
Calabria	18	342	2,11	363	276,40	9	80	0,49	522	19,20	54,68	1.618.621
Sicilia	48	1.287	3,15	1.652	252,83	30	553	1,35	1.665	48,84	81,11	4.089.269
Sardegna	30	292	2,09	330	262,17	12	239	1,71	673	35,03	71,95	1.393.993
Italia	1.882	20.419	4,13	32.202	195,69	794	13.261	2,68	37.834	66,44	141,78	49.396.435

Fonte: Ministero della salute – Sistema Informativo Sanitario Nazionale (modello di rilevazione STS24 decreto del Ministro della salute 5 dicembre 2006); Istat – Popolazione residente al 1° gennaio 2012.

con i DSM, è stata pari a 170,3 per 10.000 abitanti > 17 anni, con tassi maggiori per il genere femminile (187,21) che per quello maschile. Le fasce di età medie (35-64 anni) mostrano i tassi più alti (189,3/10.000) rispetto ai giovani (18-34 anni: 156,4) e agli anziani (> 64 anni: 143,3). Per quanto riguarda le diagnosi, formulate secondo ICD 10, i tassi più elevati sono relativi ai disturbi nevrotici

(48,9/10.000), affettivi (42,7) e schizofrenici (36,35). Circa un quinto dei pazienti (21,0%) riceve una diagnosi di disturbo schizofrenico, mentre i disturbi nevrotici rappresentano un terzo del totale.

A partire dai dati di prevalenza trattata e di quelli del *Global Burden of Disease*, relativi alla prevalenza dei disturbi psichici nella popolazione generale, è possibile calcolare

per la schizofrenia il *treatment gap*, ovvero la percentuale di soggetti che, pur avendo un disturbo schizofrenico, non sono in contatto con i DSM, che è pari al 39,0%, il che significa che più di 1 paziente su 3 non riceve un trattamento. Questo indicatore, per quanto non includa i pazienti trattati privatamente, è utile a monitorare in buona approssimazione il grado di accessibilità dei DSM per disturbi mentali gravi.

L'incidenza trattata ($56,7/10.000 > 17$ anni), espressa dal tasso di pazienti al primo contatto con il DSM, rappresenta circa un terzo della prevalenza annua ed è più alta nel genere femminile ($63,7/10.000$) rispetto a quello maschile ($49,1/10.000$). Anche in questo caso i pazienti della fascia 35-64 anni ($58,9/10.000$) hanno un tasso più elevato, seguiti dai giovani ($55,2$) e dagli anziani ($53,6$), ma le differenze tra i gruppi di età non sono così rilevanti come per i casi prevalenti. Per quanto riguarda la diagnosi, i tassi più elevati sono relativi ai disturbi nevrotici ($25,2/10.000$), seguiti dai disturbi affettivi ($12,9$), schizofrenici ($6,8$) e di personalità ($4,2$). I disturbi schizofrenici rappresentano il 10,8% dei nuovi casi, quelli nevrotici il 40,0%.

Fra i tassi dei pazienti ricoverati in SPDC e quelli dei pazienti seguiti in CSM vi è un rapporto di 1:6. Relativamente alla diagnosi, la percentuale di disturbi schizofrenici in SPDC è maggiore rispetto a quella trattata in CSM ($34,1\%$ vs $20,7\%$). In misura minore questo è valido anche per i disturbi affettivi ($30,5\%$ vs $24,7\%$) e di personalità ($13,3\%$ vs $8,1\%$). Le diagnosi più frequenti nei CSM sono disturbi nevrotici ($29,5\%$), seguiti da disturbi affettivi ($24,7\%$) e schizofrenici ($20,7\%$).

Il sistema di salute mentale di queste Regioni evidenzia percentuali maggiori di disturbi mentali gravi tra i casi prevalenti e di disturbi emotivi comuni tra i pazienti al primo contatto. Questo trend è abituale nei Paesi in cui è sviluppato un maturo sistema comunitario di salute mentale, dove la prevalenza è influenzata dai pazienti con disturbo mentale grave, che utilizzano per periodi lunghi i servizi, mentre l'incidenza dipende essenzialmente da disturbi emotivi comuni con episodi di cura più brevi.

Tra i progetti di ricerca sui servizi attual-

mente in atto o recentemente portati a conclusione meritano una segnalazione due studi coordinati dall'ISS, a partire del 2008 fino ai primi mesi del 2012: il progetto PRISM (*PRocess Indicator System for Mental health*), che ha realizzato un sistema di indicatori di processo e processo/esito per valutare e monitorare nel tempo la qualità dell'assistenza fornita dalle strutture psichiatriche residenziali e di ricovero presenti in Italia, e il progetto EUSAM (Esperienze degli Utenti in Salute Mentale), che ha avuto come obiettivo la definizione, e diffusione nei servizi, di un programma omogeneo per la valutazione della qualità percepita (da oltre 2.700 utenti) mediante l'impiego di tecniche e strumenti standardizzati e riproducibili. I riscontri ottenuti hanno permesso di mettere a punto schede e manuali per facilitare la messa in atto di iniziative analoghe nella realtà anche di altri servizi italiani, allo scopo di promuovere la valutazione e il miglioramento della qualità, in un'ottica di *benchmarking* e di *accountability*.

Anche la Regione Lombardia ha promosso nel 2012 il "Progetto Indicatori Clinici nei Disturbi Mentali Gravi" per la valutazione routinaria della qualità della cura erogata nei DSM attraverso la misura dello scostamento dalle evidenze scientifiche e dagli standard raccomandati dalle Linee guida. Tali indicatori coprono i domini più rilevanti per la valutazione della qualità (es. accessibilità, appropriatezza, sicurezza e continuità della cura), sono divisi per fasi di cura (primo episodio, episodio acuto e mantenimento), sono specifici per le singole patologie. Il campione è formato da circa 55.000 pazienti e le informazioni sono elaborate mettendo in relazione i dati provenienti dai sistemi informativi della salute mentale, della specialistica ambulatoriale, della farmaceutica e dei ricoveri ospedalieri.

Anche alla luce di queste considerazioni si può affermare che vi sono molte ragioni per ritenere prioritario il potenziamento di servizi di salute mentale in grado di fornire trattamenti efficaci, di alta qualità e accessibili a tutti e il monitoraggio delle azioni sviluppate. Tra le indicazioni per formulare strategie di intervento più qualificate ed efficaci, nonché

per promuovere ricerca mirata, si possono annoverare:

- formazione degli operatori dei servizi, con accento sulla promozione del lavoro multidisciplinare;
- formulazione e applicazione di percorsi di cura scientificamente validati;
- sviluppo, validazione e diffusione di interventi psicosociali efficaci;
- valutazione del rapporto bidirezionale tra salute fisica e salute mentale, con attenzione al coinvolgimento degli operatori delle cure primarie;
- impatto di interventi diretti a promuovere l'*empowerment* del paziente mediante il coinvolgimento nel trattamento e la partecipazione alle decisioni cliniche (gestione della sintomatologia, soddisfacente funzionamento personale e sociale).

Bibliografia essenziale

- Ferrannini L, Ghio L, Lora A; Italian Mental Health Data Group. Thirty-five Years Of Community Psychiatry in Italy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 2014; 202: 432-9
- Gigantesco A, Tarolla E, Del Re D; Gruppo collaborativo EUSAM. Un programma metodologicamente avanzato per la rilevazione della qualità percepita – Lo studio EUSAM. *Notiziario Istituto superiore di sanità* 2012; 25: iii-iv
- Ministero della salute. Sistema Informativo Sanitario Nazionale, Report 2012
- Monzani E, Lora A. La qualità della cura nei disturbi mentali gravi in Lombardia. Regione Lombardia, Direzione Generale Sanità, 2013
- Picardi A, Tarolla E, de Girolamo G; Gruppo di lavoro PRISM Valutare l'attività delle strutture ospedaliere e residenziali dei DSM: gli indicatori PRISM. *Rivista di Psichiatria* 2014