

SERVIZI DI SALUTE MENTALE IN ITALIA: DALLA RICERCA NUOVI APPROCCI DI VALUTAZIONE

Antonella Gigantesco, Angelo Picardi

Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Introduzione

Nel 1978 l'approvazione della Legge 180 ha prodotto una riforma radicale dell'assistenza psichiatrica in Italia, che ha avuto ampia risonanza anche all'estero. Gli ospedali psichiatrici sono stati gradualmente chiusi, ed è stata creata una rete di servizi assistenziali di tipo comunitario, che fanno capo ai Dipartimenti di Salute Mentale (DSM). In particolare, uno dei cambiamenti più rilevanti prodottosi in Italia ha riguardato l'apertura di numerose strutture residenziali non ospedaliere su tutto il territorio nazionale.

Successivamente all'approvazione della Legge, per molti anni, si è lamentata la scarsità se non addirittura l'assenza di informazioni dettagliate sui nuovi servizi istituiti a seguito dell'applicazione della stessa, in particolare per quanto riguardava le caratteristiche delle strutture residenziali e di ricovero acuto e le caratteristiche dei pazienti ivi assistiti nonché i tipi e le modalità di trattamento loro erogati. La scarsità di informazioni sulle strutture residenziali e di ricovero acuto appariva particolarmente problematica se si considerava che esse accoglievano, e tuttora accolgono, una popolazione clinica caratterizzata da elevati livelli di gravità, che richiede quindi un notevole impegno assistenziale.

In questo contesto, alla fine degli anni '90 del secolo scorso, nell'ambito del Progetto Nazionale Salute Mentale, l'Istituto Superiore di Sanità ha avviato due progetti nazionali di ricerca con l'obiettivo di valutare, con metodologie standardizzate, le strutture residenziali (studio PROGRES, PROGetto RESidenze) e i reparti di ricovero, pubblici e privati, per pazienti acuti (studio PROGRES-Acuti). Sulla scorta degli importanti risultati ottenuti attraverso i progetti PROGRES, altre iniziative riguardanti la ricerca sui servizi di salute mentale sono state in seguito messe in campo dal Reparto Salute Mentale del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS).

Il presente contributo intende fornire una panoramica dei principali progetti e programmi di ricerca condotti dal 2000 ad oggi sui servizi, partendo proprio dagli studi PROGRES PROGRES-Acuti e proseguendo con il progetto SEME (Sorveglianza Epidemiologica integrata in salute MEntale) e i programmi SiVeAS (Sistema nazionale di Verifica e controllo sull'Assistenza Sanitaria) fino ad arrivare al più recente progetto "Valutazione dei pazienti ricoverati negli ospedali psichiatrici giudiziari finalizzata a proposte di modifiche degli assetti organizzativi e di processo", descritto in modo articolato nei capitoli che seguono.

Studio PROGRES

Nello studio PROGRES, in una prima fase, sono state censite tutte le Strutture Residenziali (SR) con almeno 4 posti letto presenti sul territorio nazionale (de Girolamo *et al.*, 2002); successivamente, nella seconda fase, è stata condotta una valutazione approfondita per il 20%

circa di esse, delineando nel contempo le caratteristiche sociodemografiche, cliniche e assistenziali dei pazienti ospiti. Complessivamente, nella seconda fase sono state coinvolte 265 SR, con 2.962 residenti, di età media relativamente elevata: 48,6 anni per i maschi, 50,9 per le femmine (de Girolamo *et al.*, 2005).

Lo studio PROGRES ha consentito di ottenere un gran numero di informazioni sulle caratteristiche dell'ambiente fisico delle SR, sui pazienti ivi ospitati, sul personale operante, sui trattamenti farmacologici erogati, gli interventi psicosociali e riabilitativi forniti e i principali esiti della permanenza in tali strutture sia in termini di funzionamento personale e sociale sia, in generale, di qualità di vita. Per una conoscenza approfondita dei risultati di questo studio rimandiamo alla produzione scientifica pertinente. Qui si vogliono sottolineare solo alcuni punti in una chiave di lettura volta a evidenziare i punti di forza e le criticità di queste strutture.

Un primo punto, messo in luce dalla fase 1 di censimento delle SR condotta nel 2000, riguarda la notevole variabilità interregionale nella dotazione di posti-letto residenziali (in media 2,9 per 10.000 abitanti; range: 1,5-6,9 per 10.000 abitanti), che è risultata essere direttamente proporzionale al numero di posti letto in strutture di ricovero per acuti (sia pubbliche che private), e inversamente proporzionale alla dotazione di centri di salute mentale e centri diurni. Se da un lato ciò può indicare la capacità delle strutture di rispondere a specifiche esigenze locali, allo stesso tempo si traduce in un ostacolo alla individuazione di standard adeguati all'assistenza di una popolazione particolare come quella degli ospiti delle SR.

Un secondo punto riguarda la caratterizzazione dei pazienti ospiti delle SR, valutati nella fase 2. Questi presentavano notevoli gravità psicopatologica e compromissione psicosociale e funzionale, oltre che una significativa carenza nella rete di supporto esterno alla struttura. La metà di essi risultavano aver trascorso più di 5 anni in una SR. Relativamente al processo di cura e riabilitazione, gli interventi genericamente «risocializzanti», le attività espressivo-motorie e le attività manuali erano quelle maggiormente praticate, mentre i programmi strutturati volti al recupero delle abilità della vita quotidiana e delle abilità relazionali e sociali erano molto meno diffusi (ad es., social skills training, addestramento lavorativo, e riabilitazione fisica) (Santone *et al.*, 2005). Circa 1/3 delle SR valutate nella fase 2 non aveva dimesso alcun paziente nell'anno precedente la rilevazione (Santone *et al.*, 2005).

Sicuramente la presenza di un grave disturbo mentale penalizza la possibilità di dimissione, con il rischio che la mission di struttura intermedia delle SR venga annullata, e la struttura si trasformi in una residenza a tempo indefinito, non assolvendo un compito riabilitativo, preparatorio a una vita più indipendente, ma offrendo sostegno e protezione a soggetti che verosimilmente non riusciranno a raggiungere maggiori livelli di autonomia. Probabilmente, quindi, il punto di maggior criticità va individuato nell'antinomia fra due possibili ruoli delle SR. Il primo di questi individua nelle SR delle strutture per promuovere una sempre maggiore autonomia dei pazienti, così da potere permetterne un reinserimento sociale, attraverso il recupero di abilità di base e di reintegrazione. Il secondo ruolo, che dovrebbe riguardare perlopiù pazienti di età avanzata (50-55 anni), va individuato nella capacità di garantire una qualità di vita soddisfacente, con i più ampi spazi di autonomia possibili, ma accettando la possibilità di una permanenza indefinita.

Un ultimo punto riguarda l'elevato livello di protezione interno alle strutture, con 3/4 circa delle stesse con una copertura sulle 24 ore. Sarebbe importante verificare il ruolo svolto dal personale, in quanto si è segnalato che una elevata presenza di figure di assistenza favorisce gli scambi sociali dei pazienti, ma anche che una minore assistenza può spingere i pazienti a cercare all'esterno un'adeguata rete di supporto, favorendo la ricerca di contatti sociali extra-struttura.

Studio PROGRES-Acuti

Anche a questo studio, realizzato come il precedente con un disegno a due fasi, hanno aderito tutte le Regioni italiane, in questo caso con l'eccezione della Sicilia. Il PROGRES-Acuti nella sua prima fase ha censito 308 strutture pubbliche con un totale di 3.984 posti letto: 262 Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC; 3.431 letti), 23 Cliniche Psichiatriche Universitarie (CPU; 399 letti), 16 Centri di Salute Mentale aperti sulle 24 ore (CSM-24h; 98 letti) e 8 reparti di medicina con posti letto psichiatrici (20 letti). Erano inoltre presenti 54 Case di Cura Private, con un totale di 4.862 letti. Da questi risultati è emerso subito con chiarezza il peso significativo dei posti letto privati nell'ambito della dotazione complessiva per pazienti acuti: i posti letto nelle strutture pubbliche, nel 2001, rappresentavano infatti solo il 45,8% del totale di posti letto per pazienti psichiatrici acuti. Tra la Regione con la maggiore dotazione di posti letto complessivi, pubblici e privati (Calabria) e la Regione con la minore dotazione (Umbria), vi era un rapporto di oltre 8:1.

Come per lo studio PROGRES, il PROGRES-Acuti ha permesso di raccogliere un gran numero di informazioni sulle caratteristiche dei pazienti assistiti in regime di ricovero, sui criteri di ammissione al ricovero, sulla durata e gli esiti del ricovero, sul personale operante in questi servizi e sul processo di cura. Anche in questo caso per una conoscenza più approfondita dei risultati di questo studio rimandiamo alla produzione scientifica pertinente. Qui, tra i risultati, ne evidenziamo solo alcuni. Come per le SR, i dati relativi alle strutture di ricovero per pazienti psichiatrici acuti hanno messo in luce una disomogeneità fra le varie aree, e macro-aree, del paese non solo nella disponibilità di posti letto, ma anche nella dotazione di personale, in molti indicatori strutturali e organizzativi, e infine anche nella durata media della degenza che andava, nel periodo di rilevazione, da 12,5 giorni nelle Regioni centrali e meridionali a 25 giorni nelle Regioni del Nord-Est (de Girolamo & Tansella, 2006).

Relativamente al processo di cura interno alle strutture, come prevedibile la psicofarmacoterapia rappresentava il trattamento di elezione, mentre emergeva la necessità di potenziare l'intervento psicoterapico. Infatti, se si escludeva l'intervento di sostegno, il più delle volte aspecifico e senza risultati duraturi, psicoterapie strutturate erano presenti in una minoranza delle strutture (non si dispone peraltro di dati in grado di verificare la qualità degli interventi). Confortante il dato relativo alla proporzione, ridotta, di ricoveri obbligatori, indice indiretto della efficienza dell'assistenza al di fuori delle strutture ospedaliere. Infatti la percentuale dei ricoveri obbligatori è risultata essere sensibilmente inferiore di quelle di altri paesi europei, dove rappresentano sino al 30% del totale dei ricoveri. Il rilievo di un'elevata percentuale di soggetti "revolving-door" in contatto con i servizi psichiatrici territoriali ha messo in luce come la prevenzione del ricovero dipenda non tanto dalla dotazione di servizi territoriali, quanto dall'efficacia della loro azione, in particolare per quanto riguarda la loro integrazione con le strutture di ricovero (Morlino *et al.*, 2006). La percentuale di pazienti ricoverati a seguito di un tentativo di suicidio è apparsa elevata (il 15% circa) e le analisi dei dati hanno evidenziato la necessità di porre in atto adeguate strategie di prevenzione anche al di fuori del circuito psichiatrico, in considerazione del rischio maggiore presentato da soggetti non in trattamento. Relativamente alle condotte aggressive è apparsa interessante la possibilità di individuare quei pazienti che avevano condotte aggressive ripetute, e l'identificazione dei determinanti ambientali delle condotte stesse.

Progetto SEME

I due progetti di ricerca nazionali PROGRES e PROGRES-Acuti non solo hanno consentito di raccogliere molte informazioni, in precedenza non disponibili, sulle strutture residenziali e di ricovero per acuti ma hanno anche mostrato che era possibile creare una rete di collaborazione costruttiva ed efficiente tra un ente centrale come l'ISS, le istituzioni regionali, e i DSM.

Nel 2007, il Reparto Salute Mentale, forte della esperienza accumulata coi PROGRES e dei molti risultati ottenuti nei campi dell'epidemiologia psichiatrica e della valutazione psichiatrica e psicologica standardizzata, ha deciso di proporre un programma nazionale di sorveglianza per valutare gli andamenti nel tempo di specifici disturbi mentali gravi. La proposta nasceva dalla constatazione che in Italia, sebbene vi fossero dati nazionali sulla prevalenza dei disturbi mentali più comuni (de Girolamo *et al.*, 2005), non si disponeva di dati sulla frequenza dei nuovi casi dei disturbi mentali gravi, diagnosticati con metodologia standardizzata, osservati nei servizi specialistici ambulatoriali del Servizio Sanitario Nazionale, ossia i CSM.

Con il progetto SEME, finanziato dal Ministero della Salute nell'ambito del bando del Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) a partire dalla fine del 2007 fino al 2010, si è inteso sperimentare un sistema di sorveglianza volto a rilevare con elevato grado di accuratezza e riproducibilità diagnostica i nuovi casi di specifici disturbi mentali gravi, di particolare rilevanza in termini di salute pubblica, che giungevano per la prima volta all'osservazione di un gruppo di CSM sentinella sul territorio nazionale.

Gli obiettivi specifici del progetto sono stati: 1) costituire una rete di CSM sentinella sul territorio nazionale e formare il personale ivi operante all'attività di segnalazione dei nuovi pazienti affetti da schizofrenia, disturbo schizofreniforme, disturbo schizoaffettivo, disturbo delirante, disturbo bipolare I, disturbo depressivo maggiore grave e anoressia nervosa; 2) misurare la frequenza delle nuove diagnosi e descriverne gli andamenti nel tempo; 3) descrivere le caratteristiche del percorso assistenziale del paziente, la gestione da parte dei servizi e gli esiti di salute.

Il progetto ha previsto diverse fasi inclusa una preparatoria molto articolata. Sono stati individuati 22 CSM con standard operativi e di struttura giudicati in grado di garantire la partecipazione al sistema di sorveglianza (numero di psichiatri rispetto al bacino di utenza uguale o superiore alla media nazionale, collegamento a internet, ecc.). È stato realizzato un sistema di segnalazione via web, atto a consentire la trasmissione dei dati in tempo reale dai CSM sentinella al centro di coordinamento dell'ISS. Due psichiatri referenti per ciascun centro clinico hanno partecipato presso l'ISS a un corso di formazione specifico sulle attività di diagnosi, raccolta dati e segnalazione richieste dalla sorveglianza. Ciascun CSM è stato dotato di un PC dedicato all'attività di sorveglianza. Gli psichiatri referenti hanno ricevuto un account e una password personale per accedere al sistema di segnalazione via web.

Infine la sorveglianza è stata avviata il 22 marzo 2009. Per una conoscenza approfondita dei risultati dell'attività di sorveglianza effettuata si rimanda a uno specifico lavoro (Gigantesco *et al.*, 2012). Tra i risultati dell'attività di sorveglianza, quello più importante da un punto di vista di salute pubblica è il riscontro di una latenza molto lunga, di alcuni anni, tra la comparsa dei primi sintomi del disturbo e il momento in cui i pazienti si rivolgono ai servizi di salute mentale territoriali. La mediana della durata di malattia precedente al primo contatto con il CSM è risultata infatti pari a 4 anni. La crescente disponibilità di trattamenti efficaci e la migliore prognosi associata a interventi terapeutici attuati all'esordio anche nei disturbi mentali più gravi spingono alla ricerca di strategie capaci di fare in modo che i pazienti ricorrano ai servizi e al trattamento in una fase più precoce.

Dal punto di vista della fattibilità, si può dire che la rete di 22 CSM ha dimostrato di essere in grado di segnalare, con soddisfacente affidabilità, tempestività e completezza, i dati relativi ai

nuovi casi di disturbi mentali gravi giunti all'osservazione. L'utilizzo, per l'individuazione dei casi, dell'intervista diagnostica SCID-I (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders - Axis I*) (First *et al.*, 2002) che costituisce lo standard di riferimento per la diagnosi dei disturbi mentali in base ai criteri diagnostici internazionali (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-4th edition, DSM-IV*) (APA, 1994) è un importante punto di forza del sistema, giacché le diagnosi psichiatriche formulate nella pratica clinica presentano limitate accuratezza e riproducibilità. Diversi studi hanno, infatti, messo in evidenza che le diagnosi formulate nei registri psichiatrici oltre ad avere tipicamente limitata riproducibilità, sono anche frequentemente meno accurate rispetto a quelle derivanti da interviste psichiatriche strutturate (Ramirez Basco *et al.*, 2000).

Programmi SiVeAS

Progetto PRISM

Il progetto, le cui attività si sono articolate a partire dalla fine del 2008 fino ai primi mesi del 2012, ha avuto come obiettivo lo sviluppo di un sistema di indicatori per valutare e monitorare la qualità dell'assistenza fornita dalle strutture psichiatriche residenziali e di ricovero presenti in Italia. Allo sviluppo del sistema di indicatori e alla realizzazione della rilevazione pilota dello studio hanno contribuito anche la Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica, le Università "Sapienza" di Roma e Politecnica delle Marche, e l'IRCCS Centro S. Giovanni di Dio Fatebenefratelli di Brescia.

Il progetto, sostenuto dal Dipartimento della Qualità del Ministero della Salute, è partito dalla base di conoscenza acquisita con gli studi PROGRES e PROGRES-Acuti sulle caratteristiche strutturali e di funzionamento delle strutture psichiatriche residenziali e di ricovero, e si è posto l'obiettivo di realizzare un sistema di indicatori di processo e di processo/esito utili per valutare e monitorare nel tempo la qualità dell'assistenza fornita da tali strutture.

Una prima fase del progetto è stata dedicata alla selezione, attraverso una valutazione standardizzata da parte di un gruppo di lavoro di esperti, di un sistema di indicatori ritenuti di particolare interesse in termini di significatività (importanza dell'indicatore dal punto di vista del valutatore; percezione, nell'area oggetto di valutazione dell'indicatore, di un divario tra pratica clinica attuale e ideale; probabile associazione tra un miglioramento del punteggio dell'indicatore e migliori esiti in termini di salute mentale) e fattibilità (chiarezza nella sua descrizione, modesto carico derivato dal rilevamento dei dati ad esso associato, ridotta necessità di modifiche per il confronto tra contesti clinici differenti) a partire da un insieme di 251 indicatori sviluppati da organismi ed enti italiani e internazionali di particolare qualificazione e rilevanza. Tra questi, figurano gli indicatori sviluppati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'*Australian Council on Healthcare Standards*, il *Canadian Institute for Health Information*, il *Center for Quality Assessment and Improvement in Mental Health* e la *Joint Commission*, nonché gli indicatori sviluppati nel progetto SIEP DIRECT'S per la valutazione delle discrepanze tra pratiche di routine ed evidenze nell'assistenza fornita nei Dipartimenti di Salute Mentale ai pazienti affetti da schizofrenia, e alcuni indicatori derivati dalle raccomandazioni presenti nel Manuale di accreditamento professionale per il Dipartimento di Salute Mentale dell'Associazione Italiana Qualità e Accreditamento in Salute Mentale.

Il sistema di indicatori così definito, e denominato PRISM (*PRocess Indicator System for Mental health*), comprendeva nella versione utilizzata nella rilevazione pilota 31 indicatori, riguardanti diverse caratteristiche relative alle strutture di ricovero e residenziali, quali la

presenza e l'utilizzo di procedure per la collaborazione con la direzione sanitaria, il pronto soccorso, i servizi di neuropsichiatria infantile e per anziani e i SerT (Servizi per le Tossicodipendenze), le procedure per la gestione della contenzione fisica, la disponibilità di spazio per gli oggetti personali dei pazienti e di stanze per colloqui clinici, l'utilizzo di strumenti per la valutazione standardizzata degli interventi riabilitativi, l'organizzazione dei trattamenti psicosociali, la formazione degli operatori, e la presenza di elementi strutturali che favoriscano la sicurezza di pazienti e operatori. Altri indicatori valutano l'occorrenza di eventi sentinella (suicidio o tentato suicidio durante la permanenza nella struttura, lesioni fisiche a carico di pazienti e operatori), e processi assistenziali come la formulazione del progetto terapeutico e la dimissione.

La rilevazione pilota del sistema di indicatori PRISM, effettuata per validare il sistema degli indicatori, ha coinvolto 13 SR e 17 strutture di ricovero situate in Lombardia, Emilia-Romagna, Umbria, Abruzzo, Marche e Lazio. L'analisi dei dati, oltre a riguardare il calcolo degli indicatori, ha inteso valutare la qualità di questi ultimi in riferimento ai singoli item presenti nella scheda struttura e nella scheda pazienti. Per ciascun indicatore sono stati valutati il livello di completezza delle informazioni rilevate e la variabilità nei punteggi tra strutture. Sono stati esaminati anche i commenti formulati dai rilevatori circa alcune ambiguità nelle domande presenti nei questionari o nelle istruzioni della guida alla rilevazione.

I dati raccolti hanno evidenziato la corretta comprensione e compilazione di gran parte degli indicatori, con un complessivo apprezzamento da parte di operatori e responsabili. I carichi di lavoro aggiuntivi sono risultati modesti, tranne che per le strutture con elevato ricambio di pazienti. Nel corso di una riunione conclusiva del gruppo di esperti, finalizzata alla revisione degli indicatori sulla base dei risultati della rilevazione pilota e dei riscontri ottenuti dai rilevatori, sono stati passati in rassegna gli indicatori al fine di raggiungere un consenso sulle eventuali modifiche da effettuare al sistema. Al termine della riunione si è deciso di estendere tutti gli indicatori del sistema a entrambe le tipologie di struttura, di eliminare dal sistema tre indicatori il cui calcolo ha presentato le maggiori difficoltà a fronte di una limitata quantità di informazione apportata, e di operare alcune modifiche a singoli indicatori al fine di aumentare l'accuratezza e la riproducibilità della misurazione e per diminuire il carico connesso alla rilevazione. Il sistema di indicatori PRISM, nella sua forma definitiva, consiste dunque di 28 indicatori.

In conclusione, la procedura seguita per lo sviluppo del sistema di indicatori è stata riproducibile e innovativa. Per la prima volta in Italia, si è infatti messa in opera una valutazione standardizzata che, partendo da un vasto insieme di indicatori identificati in campo internazionale, ha permesso la messa a punto di un sistema costituito dagli indicatori ritenuti particolarmente significativi e fattibili da parte di un gruppo di esperti, composto da professionisti di comprovata esperienza negli ambiti della clinica, dell'organizzazione dei servizi, dell'epidemiologia psichiatrica e del miglioramento continuo di qualità.

Questa metodologia ha permesso di selezionare gli indicatori del sistema il più possibile sulla base di elementi condivisi e oggettivi, piuttosto che di opinioni, pur se influenti. La rilevazione pilota del sistema di indicatori ha poi permesso di valutare la qualità del sistema e di rifinirlo ulteriormente.

Progetto EUSAM

Tra gli esiti valutabili di un servizio sanitario rivestono oggi un ruolo centrale la soddisfazione degli utenti e quella dei familiari (la cosiddetta qualità percepita). La misura di questi esiti è fondamentale per l'effettuazione di studi di miglioramento continuo di qualità delle prestazioni sanitarie, studi che sono raccomandati dai Piani Sanitari Nazionali e obbligatori in

tutti i programmi di accreditamento. Valutare la soddisfazione degli utenti dei servizi è importante sia perché rappresenta un esito intermedio fondamentale dell'assistenza, sia perché è dimostrato che una scarsa soddisfazione è associata a una scarsa adesione al trattamento che verosimilmente impedisce il raggiungimento di esiti positivi di salute.

Negli ultimi anni, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha proposto di valutare, per quanto riguarda gli aspetti di qualità percepita, la capacità dei servizi sanitari di rispondere ai bisogni personali degli utenti (*responsiveness*) attraverso le specifiche esperienze degli utenti nella consapevolezza che i giudizi di soddisfazione nei confronti delle prestazioni ricevute possano facilmente essere influenzate dalle attese e non siano quindi confrontabili, almeno tra classi sociali diverse.

Gli studi sulla soddisfazione dei pazienti e dei familiari sulla qualità dell'assistenza ricevuta nei servizi di salute mentale hanno mostrato una disomogeneità nella definizione del concetto di soddisfazione, e in relazione a ciò sono stati proposti diversi strumenti di valutazione, di cui, attualmente, non si ritiene ve ne sia uno migliore degli altri. Questo ha contribuito a che la valutazione della qualità percepita nella routine dei servizi fosse, e sia ancora, assai eterogenea, anche per la tendenza da parte dei servizi a costruirsi ciascuno il proprio strumento di rilevazione, le cui caratteristiche di accuratezza e riproducibilità sono perlopiù non valutate.

Sulla base di tali considerazioni, il progetto EUSAM (Esperienze degli Utenti in SALute Mentale), sostenuto anch'esso dal 2008 al 2012 dal Dipartimento della Qualità, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute, ha avuto come obiettivo la definizione e diffusione nei servizi di un programma metodologico omogeneo per la valutazione della qualità percepita mediante l'uso di tecniche e strumenti standardizzati e riproducibili, sviluppati a partire da quelli già disponibili anche in campo internazionale, e il più possibile basati sulle più recenti acquisizioni nel campo. Al fine di perseguire tale obiettivo, nel corso del programma sono stati sviluppati strumenti e tecniche riproducibili per:

- definire il concetto di soddisfazione e rendere possibile la valutazione della stessa nei confronti delle prestazioni ricevute alla luce delle più recenti acquisizioni in campo internazionale e di quanto sperimentato nello svolgimento di studi già condotti nei DSM italiani;
- definire e misurare le componenti della dimensione "soddisfazione degli utenti";
- promuovere il confronto degli esiti di soddisfazione tra strutture, ASL e/o aree territoriali;
- favorire l'individuazione di possibili problemi su cui avviare iniziative di miglioramento continuo di qualità dell'assistenza;
- monitorare l'andamento degli esiti di soddisfazione nel tempo.

Al termine del programma sono stati resi disponibili i seguenti prodotti:

- definizione di un programma di elevato standard metodologico per la valutazione della qualità percepita;
- schede tecniche su procedure raccomandate per il coinvolgimento degli utenti, la conduzione della valutazione, la diffusione dei risultati, la progettazione del piano d'azione, il monitoraggio dei risultati;
- risultati di applicazioni pilota del programma in alcuni DSM a diversi destinatari istituzionali e di popolazione. I punteggi migliori (percentuali di risposte positive maggiori del 70%, punteggio medio maggiore di 70) sono stati rilevati nelle aree dell'assistenza che riguardano gli aspetti connessi con il rapporto con i professionisti (cortesia, capacità di ascolto di psichiatri, infermieri, psicologi). Le aree in cui sono emersi i maggiori problemi sono state il comfort ambientale, il coinvolgimento nelle terapie, e in generale, la possibilità di ottenere informazioni circa la terapia e i suoi effetti collaterali, la gestione di eventuali crisi e i motivi dei ricoveri ospedalieri o di eventuali trattamenti sanitari obbligatori.

Conclusioni

Gli studi PROGRES hanno avuto una particolare rilevanza in termini di sanità pubblica rappresentando la più ampia esperienza di valutazione a livello nazionale di strutture assistenziali nate dopo l'approvazione della riforma psichiatrica. In questo contributo si è cercato di fornire un quadro complessivo della ricerca relativa alle SR e alle strutture per pazienti psichiatrici acuti, facendo riferimento a questi studi. Non è possibile delineare per queste strutture un modello universalmente valido di assistenza psichiatrica; sono infatti presenti differenti articolazioni del processo assistenziale anche tra aree appartenenti a una stessa Regione italiana (Munizza *et al.*, 2000). Va detto che i modelli assistenziali sono influenzati non solo dalla disponibilità di strutture, ma anche da altri fattori, come le preferenze degli operatori sanitari, le risorse alternative disponibili (es. il supporto da parte della famiglia), e il contesto socio-economico (Kovess *et al.*, 2005; Salvador-Carulla *et al.*, 2005).

Il progetto SEME ha consentito per la prima volta che le informazioni relative ai nuovi pazienti affetti dai disturbi mentali più gravi fossero raccolte con una procedura diagnostica standardizzata da una rete di servizi. La rete di CSM del sistema SEME rappresenta una risorsa disponibile non solo per la prosecuzione dell'attività di sorveglianza ma anche per l'attivazione di nuove iniziative e per la promozione del confronto fra centri clinici. L'esperienza e i risultati del progetto possono rappresentare il punto di partenza per un confronto più ampio con esperti di sistemi informativi per la salute mentale, operatori dei servizi e rappresentanti del Ministero della Salute e delle Regioni, volto a esplorare le possibili ricadute operative della sorveglianza della salute e dei disturbi mentali, anche alla luce della recente istituzione presso il Ministero della Salute del Sistema Informativo Salute Mentale.

Considerando la buona accettabilità e facilità di impiego del sistema di indicatori PRISM, tale sistema può essere utile sia per programmi di valutazione periodica della qualità professionale, sia a fini di ricerca sui servizi sanitari. Il suo uso può consentire di affiancare alle informazioni più routinarie, disponibili con i sistemi informativi, alcune informazioni più sofisticate sui processi assistenziali. Il sistema completo di indicatori PRISM, costituito dalle schede dettagliate di ciascun indicatore, dalle schede di rilevazione e dal manuale per la rilevazione, è a disposizione dei soggetti istituzionali interessati.

Gli strumenti e le metodologie sviluppati e applicati nel corso del programma SiVeAS sulla qualità percepita, e i dati rilevati nel corso dell'applicazione pilota e relativi alla soddisfazione di oltre 2.700 utenti, forniscono una preziosa fonte di informazioni su elementi determinanti e criticità connesse con la soddisfazione degli utenti dei servizi ambulatoriali e di ricovero in salute mentale. I riscontri ottenuti nel corso del programma, anche in riferimento ai punti critici emersi dall'applicazione delle metodologie, hanno permesso di mettere a punto schede e manuali che sono fra i prodotti del progetto a disposizione di operatori e servizi interessati ad avviare iniziative analoghe, anche allo scopo di promuovere e rendere possibile la valutazione e il miglioramento interno ed esterno in un'ottica di benchmarking e di accountability.

Dal febbraio 2011 il Reparto Salute Mentale è impegnato nel coordinamento del progetto di ricerca sui pazienti ricoverati negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, oggetto del presente volume.

Il progetto ha inteso far luce sul cono d'ombra lasciato irrisolto dalla "Legge 180", dell'ambito di cura e tutela del paziente psichiatrico autore di reato. Successivamente, la Legge n. 9 del 17 febbraio 2012 ha stabilito la necessità del definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, le strutture fino ad oggi deputate alla presa in carico di questa popolazione di pazienti.

Mentre la complessa trasformazione dell'assistenza psichiatrico-forense italiana è in fase di realizzazione, l'auspicio è che le competenze sviluppate e i risultati di questa specifica attività di

ricerca possano contribuire al miglioramento della salute mentale di questi pazienti, così a lungo dimenticati.

Bibliografia

- APA. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
- de Girolamo G, Picardi A, Micciolo R, Falloon IRH, Fioritti A, Morosini P for the PROGRES Group. Residential care in Italy: a national survey of non-hospital facilities. *Br J Psychiatry* 2002;181:220-5.
- de Girolamo G, Picardi A, Santone G, Falloon I, Morosini P, Fioritti A, Micciolo R; PROGRES Group. The severely mentally ill in residential facilities: a national survey in Italy. *Psychol Med* 2005;35(3):421-31.
- de Girolamo G, Tansella M. Psychiatric units in general hospitals. Problems and perspectives in Europe. *Epidemiol Psichiatr Soc* 2006;15:85-90.
- First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Gibbon W, Janet BW. *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Research Version, Patient Edition. (SCID-I/P)* New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute; 2002.
- Gigantesco A, Lega I, Picardi A; SEME Collaborative Group. The Italian SEME surveillance system of severe mental disorders presenting to community mental health services. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2012;8:7-11.
- Italia. Legge 17 febbraio 2012, n. 9. Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, recante interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri. *Gazzetta Ufficiale* n. 42, 20 febbraio 2012.
- Italia. Legge 13 maggio 1978, n. 180. Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori. *Gazzetta Ufficiale* n. 133, 16 maggio 1978.
- Kovess V, Caldas de Almeida JM, Carta M, Dubuis J, Lacalmontie E, Pellet J, Roelandt JL, Moreno Kustner B, Walsh D, Wiersma D. Professional team's choices of interventions towards problems and needs of patients suffering from schizophrenia across six European countries. *Eur Psychiatry* 2005;20:521-8.
- Morlino M, Avvisati A, Schiavone V. I percorsi assistenziali dei pazienti ricoverati nei 5 Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura di Napoli e provincia. *Epidemiol Psichiatr Soc* 2006;15:77-83.
- Munizza C, Tibaldi G, Cesano S, Dazzi R, Fantini G, Palazzi C, Scala E, Zuccolin M. Mental health care in Piedmont: a description of its structure and components using a new technology for service assessment. *Acta Psychiatr Scand* 2000;405:47-58.
- Ramirez Basco M, Bostic JQ, Davies D, Rush AJ, Witte B, Hendrickse W, Barnett V. Methods to improve diagnostic accuracy in a community mental health setting. *Am J Psychiatry* 2000;157(10):1599-605.
- Salvador-Carulla L, Ribaldi G, Johnson S, Scala E, Romero C, Munizza C for the CSRP/RIRAG groups. Patterns of mental health service utilisation in Italy and Spain. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40:149-59.
- Santone G, de Girolamo G, Falloon I, Fioritti A, Micciolo R, Picardi A, Zanalda E; PROGRES Group. The process of care in residential facilities. A national survey in Italy. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40(7):540-50.