

## **I problemi di salute mentale della popolazione: bisogni di salute, priorità, azioni, monitoraggio**

### **Introduzione**

La tutela della salute mentale della popolazione costituisce uno degli obiettivi principali del Paese, in tutte le sue articolazioni istituzionali (Stato, Regioni, Autonomie locali), attraverso atti programmatici rivolti ad orientare l'azione dei servizi sanitari, dei servizi sociali, del volontariato e del privato sociale.

Al fine di orientare in maniera mirata azioni e interventi, è necessario fare riferimento a un quadro conoscitivo aggiornato, sia sui bisogni di salute della popolazione, sia sull'efficacia dei risultati nell'intero territorio nazionale, in termini di equità e qualità. Riguardo a quest'ultimo punto, è necessario che i livelli essenziali di assistenza, a prescindere dai formali assetti organizzativi, di esclusiva competenza regionale, si uniformino, soprattutto rispetto alla qualità di processo, che attiene alle competenze professionali degli operatori.

Ciò premesso, il Ministero della Salute e le Regioni e Province autonome ritengono opportuno procedere alla stesura di un Documento programmatico mirato ad individuare le criticità principali relative ai bisogni di salute mentale della popolazione, per definire le aree di priorità di intervento e, per ciascuna area, le azioni da realizzare nell'intero territorio nazionale al fine di garantire risultati misurabili e verificabili, .

In preparazione di tale Documento, che dovrà essere posto all'approvazione della Conferenza Unificata fra lo Stato, le Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano, e le Autonomie Locali, un gruppo di lavoro interistituzionale (costituito da rappresentanti del Ministero Salute e del Coordinamento delle Regioni per la Salute mentale) ha predisposto il presente testo, con l'obiettivo di individuare i principali problemi di salute mentale della popolazione che andranno presi in considerazione nella stesura del suddetto Documento programmatico.

Per la premessa al Documento è opportuno tener conto:

sia delle indicazioni delle istituzioni internazionali:

- Declaration and Action Plan di Helsinki dell'OMS, 2005
- Green Paper (2006) ed European Pact for Mental Health and Well-being (2008) dell'Unione Europea,
- MH Gap (WHO Geneva 2008),  
([http://www.who.int/mental\\_health/mhgap\\_final\\_english.pdf](http://www.who.int/mental_health/mhgap_final_english.pdf) )
- Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, recepita nel nostro ordinamento con la Legge n.18/2009,
- Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia, recepita con legge 176/1991,

sia dei contenuti normativi e programmatici nazionali in materia:

- Linee di Indirizzo per la Salute Mentale, 20.3.2008
- DPCM 1 aprile 2008 sul trasferimento della sanità penitenziaria dall'Amministrazione della Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale
- Piano Nazionale Prevenzione 2010-2012
- Patto per la Salute 2010-2012

La declinazione delle aree prioritarie su bisogni di salute e interventi deve basarsi sui seguenti criteri:

- introduzione descrittiva, attingendo ai dati disponibili, sia relativi alla situazione italiana che a quella internazionale

- definizione degli obiettivi
- definizione delle azioni
- definizione dei criteri e indicatori di verifica e valutazione
- previsione di un Comitato di monitoraggio, con rappresentanti del Ministero Salute e del Coordinamento delle Regioni per la Salute mentale, in collaborazione con l'Agencia per i servizi sanitari regionali (AGENAS), col compito di verificare la reale applicazione in tutto il territorio nazionale, a garanzia dei principi di equità e qualità.

Ciò premesso, vengono fornite più dettagliate indicazioni sui bisogni di salute da focalizzare, unitamente alle azioni e agli strumenti operativi.

### **Bisogni di Salute emergenti**

L'attenzione va posta ai "bisogni di salute" della popolazione, in tutte le fasi della vita, nell'area della salute mentale, attraverso una puntuale ricognizione dei problemi di salute più rilevanti, sia per la loro diffusione nella popolazione, sia per le diseguaglianze riscontrabili negli interventi sanitari e sociali da parte dei servizi deputati, presenti nel territorio, facendo riferimento ai dati epidemiologici disponibili e ai dati della Relazione sullo stato sanitario del Paese.

In particolare vengono evidenziate le seguenti aree di bisogno prioritarie:

- Disturbi psichici gravi all'esordio e salute mentale nell'adolescenza e nella giovane età adulta
- Disturbi dell'umore, suicidi e tentati suicidi in tutte le età della vita
- Disturbi del Comportamento Alimentare in età evolutiva e nell'adulto
- Disturbi psichici correlati con le dipendenze patologiche e i comportamenti da abuso
- Disabilità complesse e disturbi psichici correlati in età evolutiva e adulta
- Disturbi psichici "comuni"
- Disturbi psichici correlati alla patologia somatica specialmente ad evoluzione cronica
- Disturbi psichici nell'anziano
- Disturbi psichici dei detenuti, degli internati e dei minori sottoposti a provvedimento penale
- Disturbi di personalità
- Salute mentale del paziente adulto con disabilità intellettiva
- Salute fisica del paziente psichiatrico

Tali bisogni prioritari sono stati individuati sulla base di vari fattori, sia generali (quadro epidemiologico, prevalenza e incidenza) che specificamente connessi al contesto operativo di riferimento (storia e organizzazione dei servizi e delle offerte, dati di attività, standard assistenziali, eventi critici, aree di carenza assistenziale, risorse di vario tipo allocate ...).

I contenuti delle linee di intervento devono inoltre essere coerenti con gli Atti prima richiamati (si ricorda che il PNP assume come priorità l'intervento sui Disturbi dell'umore con i connessi comportamenti autolesivi e sui Disturbi del comportamento alimentare), articolandosi con gli aspetti metodologici ed organizzativi, che costituiscono l'asse portante delle "reti e percorsi di cura", come punto di raccordo tra governo clinico e governo economico-gestionale.

Per ciascuna delle aree di bisogno occorre delineare motivazioni, contenuti, obiettivi prioritari da raggiungere, strumenti e metodi, secondo quattro dimensioni:

- a) Livelli essenziali di assistenza (LEA) e Percorsi di cura
- b) Strumenti e metodologie: percorsi clinici, reti, integrazione

- c) Programmi innovativi e formazione degli operatori
- d) Sistemi di monitoraggio.

## A – LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA (LEA) E PERCORSI DI CURA

In via preliminare si assume – in linea con quanto già proposto in altre occasioni - (documenti di lavoro del Ministero, documento sui LEA in salute mentale del GISM 2008)- il concetto di LEA come “percorsi di presa in carico e di cura esigibili”, e non come singole prestazioni, tenuto conto della particolare complessità, multifattorialità e necessità di trattamenti integrati per i disturbi psichiatrici maggiori, ma anche in relazione ai fattori di rischio biopsicosociale e agli interventi di riabilitazione ed inclusione sociale.

In sintesi, il modello di approccio deve garantire:

- Accessibilità, presa in carico, continuità delle cure, personalizzazione del progetto
- Percorsi a differente intensità assistenziale, in rapporto ai bisogni di cura
- Servizi flessibili, orientati sui bisogni e sulle persone, “recovery-oriented”
- LEA garantiti dalla ASL nel suo complesso, sulla base della sua organizzazione dei servizi, e non solo dal DSM o dai Servizi per i Disturbi Neuropsichici in Infanzia ed Adolescenza nelle loro varie articolazioni ed espressioni organizzative
- Percorsi esigibili individualmente, percorsi per gruppi di pazienti con caratteristiche omogenee, percorsi comunitari fondati su prevenzione e promozione della salute, come sviluppato nel successivo paragrafo.

## B – STRUMENTI E METODOLOGIE: PERCORSI CLINICI, RETI, INTEGRAZIONE

Premesso che:

1) “il settore sanitario da solo non può fornire tutti i servizi necessari e non può rispondere a tutti i bisogni per la promozione della salute mentale e la prevenzione dei disturbi psichici” (Mental Health Policy Project, WHO 2001);

2) l’area infanzia e adolescenza richiede formazione, competenze e modelli di intervento multiprofessionali specifici (connessi alla peculiarità dello sviluppo e alla necessità di includere l’ambito della riabilitazione neuropsichica).

Si conferma che i percorsi di cura possono essere realizzati sia da parte dei servizi specialistici per la salute mentale (DSM e/o servizi per i disturbi neuropsichici dell’infanzia e dell’adolescenza) sia nell’integrazione con la rete dei servizi sanitari, sociali e educativi, formali e informali, istituzionali e non.

Sono due i principi guida da applicare:

- a. privilegiare la metodologia di “partire dal basso”, valorizzando le buone pratiche esistenti a livello locale, oltre che regionale;
- b. assumere come cornice di riferimento la “psichiatria e neuropsichiatria infantile di comunità”, promuovendo e rilanciando il lavoro nel territorio.

In tale prospettiva diviene rilevante, a livello dei servizi territoriali (CSM, Servizi NPJA ), differenziare le tipologie dei bisogni e delle domande per individuare percorsi territoriali di cura diversificati, quali ad esempio: la collaborazione con MMG e PLS o con altri servizi; la relazione di cura continuativa paziente – specialista; la presa in carico per pazienti portatori di bisogni gravi e/o complessi, con piano personalizzato di trattamento a cura dell’équipe multidisciplinare.

### *Percorsi clinici*

Vi sono infatti alcuni modelli operativi indicati per muoversi verso la direzione di una psichiatria e neuropsichiatria infantile di comunità fortemente integrata con le risorse del territorio: principalmente, l’identificazione di percorsi territoriali di cura coerenti con i diversi

bisogni dei soggetti e l'intervento in aree specifiche quali i disturbi comuni, i disturbi dell'umore, il riconoscimento precoce dei disturbi gravi.

Punto cruciale, destinato a crescere di importanza con la diffusione dei disturbi psichici e di quelli neuropsichiatrici dell'età evolutiva, è dato dal rapporto con i MMG e i PLS, snodo decisivo della relazione medico-paziente.

La metodologia dei percorsi clinici garantisce una valutazione approfondita delle esigenze degli utenti e percorsi di cura personalizzati per soggetti affetti da disturbi gravi con maggiori bisogni e a maggior rischio di abbandono (*drop out*) o di continua migrazione tra servizi.

I dati disponibili sulle attività dei DSM e dei servizi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza sembrano indicare una scarsa progettualità nei percorsi di assistenza. Tale situazione, riconducibile a una insufficiente differenziazione della domanda, genera il pericolo di un utilizzo delle risorse non appropriato alla complessità dei bisogni presentati dagli utenti. In molti casi, gli utenti con disturbi gravi ricevono percorsi di assistenza simili agli utenti con disturbi comuni e viceversa.

Dal punto di vista metodologico, l'aspetto critico principale consiste nella difficoltà di individuare degli indicatori di ingresso che permettano di prevedere quale dovrà essere il percorso del paziente all'interno del servizio. Per superare tale difficoltà si propongono alcuni modelli clinico-organizzativi atti a governare il processo assistenziale:

- i) la collaborazione/consulenza: una modalità di lavoro organizzata tra DSM e medicina generale o tra servizi NPIA, PLS, servizi psicologici o sociali e scuola per gli utenti che non necessitano di cure specialistiche continuative;
- ii) l'assunzione in cura: percorso di trattamento per gli utenti che necessitano di trattamento specialistico ma non di interventi complessi e multiprofessionali;
- iii) la presa in carico: percorso di trattamento integrato per gli utenti che presentano bisogni "complessi". Il percorso clinico di "presa in carico" prevede la definizione di un Piano di Trattamento Individuale per il singolo utente, l'istituzione della figura del "case manager" e la ricerca e il recupero del rapporto con gli utenti 'persi di vista', oltre a una maggiore attenzione alle famiglie nell'ambito dei programmi di cura e lo sviluppo di programmi di prevenzione in collaborazione con gli Enti locali e con la scuola.

Ulteriori specificità sono riservate ai programmi per l'individuazione e l'intervento precoce delle psicosi, validati dalla letteratura internazionale e già inseriti con specifiche Linee Guida nel PNLG, che peraltro sono in atto con appositi protocolli di valutazione e trattamento in diverse regioni.

*Il percorso clinico di presa in carico nell'adulto e il lavoro di rete.*

Nel caso del paziente adulto, la presa in carico si rivolge ad un soggetto che è riconosciuto comunque parte attiva di una relazione di cura e si fonda su un rapporto di alleanza e di fiducia con l'utente, i suoi familiari e le persone del suo ambiente di vita. Il servizio psichiatrico che si assume la titolarità della presa in carico di un utente deve comunque offrire un supporto complessivo in tutto il percorso del paziente (interventi territoriali, ospedalieri, di emergenza/urgenza, residenziali e semiresidenziali) ed assumere la responsabilità di tutte le fasi del trattamento.

Compito del DSM che assume la titolarità di un percorso di presa in carico, correlata ad una prassi orientata alla continuità terapeutica, è garantire alcuni requisiti:

- supporto complessivo in tutto il percorso del paziente (interventi territoriali, ospedalieri, di emergenza/urgenza, residenziali e semiresidenziali);
- flessibilità, attraverso una costante verifica delle potenzialità evolutive del paziente e il conseguente adattamento delle linee di intervento;

- coerenza, mediante l'impegno congiunto di tutta l'Unità Operativa e del DSM, a realizzare il principio della continuità terapeutica;
- attivazione di un registro dei casi gravi presi in carico (ammessi e dimessi) e attenzione volta a rilevare eventuali drop out (i cosiddetti "persi di vista").

Un percorso di presa in carico si basa operativamente sull'integrazione di attività specifiche cliniche e riabilitative, di assistenza, di intermediazione e di coordinamento.

Dal punto di vista organizzativo il percorso di presa in carico deve fondarsi su un Piano di Trattamento Individuale, contenuto nella cartella clinica e regolarmente aggiornato in funzione dell'andamento clinico, indicando le caratteristiche funzionali dell'utente, le motivazioni del programma di cura e la tipologia delle prestazioni erogate dall'équipe.

Il Piano di trattamento rappresenta la sottoscrizione di un "accordo/impegno di cura" tra DSM e utente, con la partecipazione delle famiglie e il coinvolgimento della rete sociale.

Il lavoro di rete costituisce un metodo di essenziale importanza, anche utilizzando strumenti di esplorazione delle reti sociali informali (naturali) e formali (servizi). Nella presa in carico del paziente complesso, con l'integrazione dei trattamenti e il lavoro di rete, l'introduzione della figura del "case manager" può costituire una novità significativa, in quanto identifica un "referente" complessivo del progetto che all'interno di una relazione significativa con il paziente, assume una funzione specifica di monitoraggio del progetto nella sua attuazione e ne favorisce le indispensabili valenze di integrazione, assicurando una funzione di garanzia della presa in carico.

#### *La presa in carico nei disturbi neuropsichici dell'infanzia e adolescenza*

Nel caso della tutela della salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza, benché valgano principi analoghi e anche qui sia opportuna una riflessione sulla differenziazione dei percorsi di assistenza, vi sono però alcuni aspetti peculiari connessi alla specificità dei disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza e agli interventi in età evolutiva.

- 1) L'intervento multidisciplinare d'équipe non è limitato ai casi particolarmente gravi e complessi, ma è invece la regola, a causa dell'interazione costante tra le diverse linee di sviluppo, e degli alti indici di comorbidità tra i disturbi dei diversi assi. La maggior parte degli utenti entrano dunque in un percorso di presa in carico, che può però essere caratterizzato da diverse intensità assistenziali a seconda dei disturbi, dei contesti e delle fasi evolutive, e non solo in base a complessità e gravità
- 2) In conseguenza di quanto sopra, il monitoraggio longitudinale dello sviluppo è molto più comune rispetto al singolo episodio di cura, perché i disturbi evolutivi si modificano nel tempo e col tempo secondo linee complesse e specifiche.
- 3) In modo analogo, il coinvolgimento attivo della famiglia e l'intervento di rete con i contesti (educativo e sociale) è imprescindibile e presente per la maggior parte degli utenti, con variabile intensità.

#### *L'integrazione socio-sanitaria*

La metodologia descritta dunque si avvale delle fasi di rilevazione dei bisogni, di individuazione del percorso di cura, di integrazione delle risorse con il coinvolgimento della rete sociale ed educativa: l'integrazione è essenziale per far fronte alla complessità .

Infatti, la costruzione di appropriati percorsi clinici dovrà garantire la continuità terapeutica e assistenziale e favorire l'adesione dei pazienti e, laddove necessario e possibile, delle famiglie, di particolare rilevanza per pazienti ad "alta priorità" per ragioni cliniche (gravità/complessità della patologia), comportamentali (rischio comportamenti aggressivi, violenti, o giuridicamente perseguibili), familiari (conflittualità, emotività espressa), sociali (condizioni di deriva sociale, vaganza, solitudine, abbandono, incapacità di risposta ai bisogni primari), culturali (immigrazione), per i quali è problematica l'adesione ai trattamenti e frequente l'abbandono degli stessi (drop out, continua migrazione tra servizi).

Il principio della continuità dei percorsi terapeutici assistenziali deve pertanto essere garantito sviluppando i raccordi nella rete dei servizi sanitari (DSM, Dipendenze patologiche, NPIA, MMG, PLS, servizi disabili, Distretti socio-sanitari e altro, secondo l'organizzazione specifica delle singole realtà regionali) favorendo l'integrazione tra assistenza sanitaria ed interventi sociali per l'inclusione (es. casa, lavoro, socialità) e la garanzia dei diritti di cittadinanza anche attraverso nuove forme organizzative che ne siano la necessaria cornice attuativa e di reale responsabilità.

A supporto di tali esigenze fondamentali per la buona pratica può essere proposta la creazione di tavoli o organismi di coordinamento per la salute mentale, che favoriscano istituzionalmente l'integrazione socio-sanitaria e il coinvolgimento di tutti i soggetti operanti in uno specifico territorio per la salute mentale in tutte le fasi della vita, in relazione ai modelli organizzativi regionali specifici. Ciò risponde alla necessità di collegare e mettere in rete le diverse risorse disponibili nella comunità riguardo al tema della tutela della salute mentale e di sviluppare organicamente le funzioni di integrazione nell'ambito del ruolo programmatico e di garanzia delle ASL.

## C - PROGRAMMI INNOVATIVI E FORMAZIONE DEGLI OPERATORI

La proposta di modelli di intervento innovativo si rivolge particolarmente ai disturbi e alle aree di bisogno emergenti, con l'intento di implementare modalità clinico organizzative di non comune impiego e con l'esito atteso di arricchire i servizi territoriali di ulteriori offerte nell'integrazione con la rete istituzionale e non.

Tale proposta può inoltre rappresentare un coerente sviluppo della metodologia dei percorsi di cura di cui sopra, anche relativamente a scelte di finanziamento "mirato".

Infatti, al fine di promuovere gli obiettivi e i contenuti del presente documento, nelle aree di sviluppo delle attività indicate relativamente ai DSM ed ai servizi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza possono essere previsti e finanziati programmi innovativi su tematiche prioritarie, in quanto rappresentano strumenti chiave per sostenere l'attuazione di specifici modelli organizzativi e gestionali nel campo della salute mentale. Gli obiettivi che i programmi innovativi intendono perseguire sono ad es.:

- promuovere i percorsi di cura per tutte le aree di bisogno individuate
- promuovere percorsi sia di prevenzione e di cura attraverso l'integrazione tra servizi sanitari e sociali, pubblici e privati, con particolare riferimento ai bisogni emergenti citati, sia percorsi diagnostici e terapeutico-riabilitativi integrati (multi-disciplinari e multi-professionali)
- introdurre flessibilità nei meccanismi organizzativi e nei percorsi di assistenza attraverso modelli di convenzione tra servizi psichiatrici, servizi di NPIA, soggetti non istituzionali e rete informale
- introdurre nell'operatività dei DSM e dei servizi di NPIA strumenti sia per promuovere la qualità dell'assistenza, con interventi basati sulle evidenze per il miglioramento dell'appropriatezza clinica, sia per monitorare le attività e i risultati.
- favorire e rafforzare il lavoro di equipe nei DSM e nei servizi di NPIA attraverso la valorizzazione delle diverse figure professionali e con idonei programmi di formazione coerenti con gli obiettivi dell'assistenza.

L'impegno fondamentale per la formazione degli operatori va inoltre promosso attraverso momenti di collaborazione sistematici tra DSM/servizi di NPIA e Scuole universitarie / riconosciute MIUR, sviluppando percorsi formativi per tutte le professionalità e la loro reale integrazione.

Assunti i precedenti come metodologia di lavoro, partendo dalla quale individuare obiettivi ed azioni a diversi livelli tecnico-professionali ed organizzativi, vengono qui

richiamati alcuni elementi imprescindibili per una effettiva innovazione del sistema, nel senso di renderlo più capace di intercettare ed intervenire sui bisogni di salute mentale della popolazione. In particolare:

- a) Sviluppare interventi interistituzionali ed interagenziali di prevenzione e di lotta allo stigma, che riduce l'accessibilità dei servizi e condiziona in modo significativo vissuti, qualità della vita ed *outcome*;
- b) Garantire la piena realizzazione dei diritti di cittadinanza a vari livelli, tenuto conto anche delle priorità individuate dalla Convenzione ONU sui disabili – citata in premessa – e le cui indicazioni, pur recepite con Legge nazionale, sono ancora largamente disattese (si pensi, ad esempio, ai problemi assicurativi);
- c) Sostenere il ruolo delle reti associative di utenti, di familiari, del privato sociale, quale componente essenziale dei processi di empowerment;
- d) Produrre Linee Guida sul trattamento dei disturbi psichici a maggiore impatto sulla salute della popolazione, per indicazioni di natura esclusivamente tecnico-scientifica – e senza nessuna ricaduta sulla organizzazione dei servizi – nell'ambito del Programma Nazionale Linee Guida ( PNLG ), ai fini di una maggiore omogeneità dei comportamenti professionali, in linea con la medicina basata sulle evidenze e nel rispetto della specificità dei singoli interventi clinici;
- e) Creare una forza lavoro sufficiente e competente, sulla base delle indicazioni contenute nella Dichiarazione OMS, Helsinki 2005, ed in linea con quanto già esplicitato al Punto C.

#### D - SISTEMI DI MONITORAGGIO

Un sistema di monitoraggio, affidato ad un Comitato permanente dotato di adeguati strumenti di analisi e valutazione, si rende necessario per verificare la reale applicazione a livello regionale delle azioni da porre in essere per garantire risposte adeguate ai bisogni di salute relativi alle aree prioritarie di intervento individuate.

Tra gli strumenti di monitoraggio, saranno definiti per ciascun obiettivo indicatori qualitativi e quantitativi, di processo e di risultato. Gli indicatori consentiranno valutazioni sia sulle caratteristiche dell'utenza ed i pattern di trattamento, sia sull'attività assistenziale e gestionale dei servizi relativamente allo specifico obiettivo.