

# SALUTE MENTALE IN PIEMONTE

## 2017

L'**IRES PIEMONTE** è un ente di ricerca della Regione Piemonte disciplinato dalla Legge Regionale 43/91 e s.m.i. Pubblica una relazione annuale sull'andamento socioeconomico e territoriale della regione ed effettua analisi, sia congiunturali che di scenario, dei principali fenomeni socioeconomici e territoriali del Piemonte..

#### CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

Mario Viano, Presidente  
Luca Angelantoni, Vicepresidente  
Gianluca Aimaretti, Antonio Amoroso, Lia Fubini

#### COLLEGIO DEI REVISORI

Maurizio Cortese, Presidente  
Paola Dall'Oco e Sara Ronaldo, Membri effettivi  
Annamaria Mangiapelo e Pierangelo Reale, Membri supplenti

#### COMITATO SCIENTIFICO

Nerina Dirindin, Presidente  
Gabriella Agnoletti, Andrea Barasolo, Sergio Conti, Fabrizio Faggiano, Ludovico Monforte, Stefania Ravazzi

#### DIRETTORE

Marco Sisti

#### STAFF

Luciano Abburrà, Marco Adamo, Stefano Aimone, Enrico Allasino, Loredana Annaloro, Cristina Aruga, Maria Teresa Avato, Davide Barella, Cristina Bargerò, Giorgio Bertolla, Marco Cartocci, Renato Cogno, Alberto Crescimanno, Alessandro Cunsolo, Elena Donati, Carlo Alberto Dondona, Fiorenzo Ferlino, Vittorio Ferrero, Anna Gallice, Filomena Gallo, Simone Landini, Eugenia Madonia, Maurizio Maggi, Maria Cristina Migliore, Giuseppe Mosso, Carla Nanni, Daniela Nepote, Sylvie Occelli, Giovanna Perino, Santino Piazza, Sonia Pizzuto, Elena Poggio, Lucrezia Scalzotto, Filomena Tallarico.

#### COLLABORANO

Marco Adamo, Stefania Bellelli, Roberto Cagliari, Marco Carpinelli, Stefano Cavaletto, Luisa Donato, Laura Formicola, Claudia Galetto, Silvia Genetti, Lorenzo Giordano, Enrico Gottero, Martino Grande, Ragnar Gullstrand, Giulia Henry, Carla Jachino, Ludovica Lella, Igor Lobascio, Sara Macagno, Serena Pecchio, Ilaria Perino, Gianfranco Pomatto, Samuele Poy, Chiara Rivoiro, Valeria Romano, Francesca Silvia Rota, Martina Sabbadini, Bibiana Scelfo, Luisa Sileno, Antonio Soggia, Nicoletta Torchio, Guido Tresalli, Roberta Valetti, Silvia Venturelli, Giorgio Vernoni, Paola Versino, Gabriella Viberti.

Il documento in formato PDF è scaricabile dal sito [www.ires.piemonte.it](http://www.ires.piemonte.it)

La riproduzione parziale o totale di questo documento è consentita per scopi didattici, purché senza fine di lucro e con esplicita e integrale citazione della fonte.

© 2017 IRES – Istituto di Ricerche Economico-Sociali del Piemonte  
via Nizza 18 – 10125 Torino – [www.ires.piemonte.it](http://www.ires.piemonte.it)

# SALUTE MENTALE IN PIEMONTE 2017

© IRES  
Novembre 2017  
Istituto di Ricerche Economico Sociali del Piemonte  
Via Nizza 18 - 10125 Torino

[www.ires.piemonte.it](http://www.ires.piemonte.it)





## GLI AUTORI

### Il gruppo di lavoro

Vittorio Demicheli – Dirigente del Settore Assistenza Sanitaria e Socio Sanitaria Territoriale della Direzione Sanità della Regione Piemonte

#### Capitolo 5

Caterina Corbascio – Direttore Dipartimento Interaziendale di Salute Mentale ASL AT, ASL AL, AO AL

#### Capitoli 1 e 4

Roberto Diecidue – Osservatorio dipendenze e Salute Mentale, Servizio Sovrazonale di Epidemiologia

#### Capitoli 3, 4 e 5

Giovanni Geda – Dirigente medico Distretto Asl Biella

#### Capitolo 4

Francesco Riso – Direttore Dipartimento di Salute Mentale ASL Cn1

#### Capitolo 6

Massimo Rosa – Direttore Struttura Complessa Psichiatria Area Ovest ASL TO3

#### Capitolo 4

Giovanni Scuderi – Collaboratore Amministrativo Professionale ASL Cn1

#### Capitoli 7

Giuseppe Tibaldi – Responsabile Centro di Salute Mentale ASL Città di Torino

#### Capitoli 3, 4, 5 e 7

Gabriella Viberti – Ricercatrice Ires Piemonte

#### Capitolo 6

Vincenzo Villari – Direttore Dipartimento Neuroscienze e Salute Mentale, Direttore SC Psichiatria SPDC, AOU Città della Salute e della Scienza di Torino

#### Capitoli 2, 3 e 5

Enrico Zanalda – Direttore Dipartimento Interaziendale di Salute Mentale ASL To3 e AOU San Luigi Gonzaga

#### Capitolo 4

Lidia Zanuttini – Analista CSI Piemonte

#### Capitoli 2, 3 e 6

Marco Zuffranieri – Unità di monitoraggio e programmazione clinica e Osservatorio della Salute mentale ASL To3

### Hanno fornito contributi

#### Capitolo 7

Giorgio Gallino – Direttore Struttura Complessa Psichiatria – ASL Città di Torino – ha coordinato il gruppo di lavoro che ha predisposto il documento regionale sintetizzato nel Capitolo

#### Capitolo 6

Margherita Garino – Elaborazione dei dati raccolti con il questionario i cui risultati sono riportati nel Capitolo

#### Capitoli 2 e 3

Elisabetta Latragna – Elaborazione dei dati raccolti con il questionario i cui risultati sono riportati nei Capitoli

#### Capitolo 7

Paola Rocca – Professore Ordinario di Psichiatria, Dipartimento di Neuroscienze “Rita Levi Montalcini”, Università degli Studi di Torino

#### Capitolo 5

Patrizia Santinon – Direttore FF SPDC ASO Alessandria

#### Capitolo 6

Francesca Ragazzo – Responsabile Struttura complessa di Neuropsichiatria Infantile ASL Cn1



# INDICE

INTRODUZIONE – RENATO BOTTI.....	V
OBIETTIVI E STRUTTURA DEL RAPPORTO.....	VI

## CAPITOLO 1

<b>IMMAGINI DI SALUTE.....</b>	<b>1</b>
IMMAGINI DELLA SALUTE PSICOLOGICA E MENTALE.....	1
DIMINUISCONO I RICOVERI PER DISTURBI PSICHICI.....	2
AUMENTA IL CONSUMO DI FARMACI.....	6
UN INDICATORE DI RISULTATO: IL TASSO DI SUICIDIO.....	8

## CAPITOLO 2

<b>FOTOGRAFIA E ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI.....</b>	<b>11</b>
UN QUESTIONARIO PER SCATTARE LA FOTOGRAFIA.....	11
LE STRUTTURE DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE.....	13

## CAPITOLO 3

<b>SALUTE MENTALE E RISORSE.....</b>	<b>19</b>
SERVONO PIÙ RISORSE PER LA SALUTE MENTALE.....	19
LAVORARE AL BUDGET DELLA RESIDENZIALITÀ, PRESUPPOSTO PER “LIBERARE” RISORSE.....	20
IL PERSONALE NEI DSM È INFERIORE AGLI STANDARD.....	22

## CAPITOLO 4

<b>I LIVELLI DI ASSISTENZA DELLA SALUTE MENTALE IN PIEMONTE.....</b>	<b>27</b>
I LIVELLI DI ASSISTENZA DELLA SALUTE MENTALE: UN QUADRO IN EVOLUZIONE.....	27
IL RODAGGIO DEL SISTEMA INFORMATIVO DELLA SALUTE MENTALE.....	28
LA PRESA IN CARICO TERRITORIALE: UTENTI E PATOLOGIE.....	30
LA RESIDENZIALITÀ.....	33
L’OFFERTA OSPEDALIERA.....	34

## CAPITOLO 5

<b>PERCORSI E RETI DI CURA.....</b>	<b>39</b>
I PERCORSI DI CURA NEI DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE.....	39
MAGGIORE ATTENZIONE AI PERCORSI DELL’ETÀ CRITICA 14-18.....	40
UN PROBLEMA EMERGENTE, LA SALUTE MENTALE TRA GLI IMMIGRATI.....	42
LE RETI DI CURA, RISORSE E COMPETENZE PER RISPONDERE AI BISOGNI PRIORITARI.....	44

## CAPITOLO 6

<b>I PUNTI CALDI IN AGENDA.....</b>	<b>51</b>
EMERGENZE COMPORTAMENTALI E ACCERTAMENTI SANITARI OBBLIGATORI.....	51
LA RETE REGIONALE PER LA PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI AUTORI DI REATO.....	53

## CAPITOLO 7

<b>PROSPETTIVE DI SALUTE E DI RIORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI.....</b>	<b>63</b>
PROGETTARE LA RECOVERY .....	63
PROSPETTIVE DEI PERCORSI DI PRESA IN CARICO TERRITORIALE .....	67

CONCLUSIONI E PROSPETTIVE – VITTORIO DEMICHELI.....	72
---	----

GLOSSARIO (IN PROGRESS) DEI PERCORSI DI SALUTE MENTALE.....	75
---	----

QUADRO DELLA NORMATIVA NAZIONALE E REGIONALE.....	79
---	----

## INTRODUZIONE

Grazie ai primi frutti del “giovane” Sistema Informativo per la Salute Mentale cominciamo ad avere le informazioni su quel che si sta facendo per i circa 60.000 pazienti che afferiscono ogni anno ai Dipartimenti di Salute Mentale delle ASL piemontesi, con quali risorse e quale organizzazione dei servizi: di questi aspetti il presente Rapporto rende conto, in forma sintetica e per quanto consentono le informazioni disponibili.

Il Rapporto esplora, indirizzando i processi, i percorsi di cura che il Piemonte sta sviluppando per categorie cruciali di persone oggetto di attenzione - adolescenti, immigrati, autori di reato e Trattamenti Sanitari Obbligatori - e le principali reti di cura, che mettono insieme risorse e competenze per rispondere ai bisogni prioritari emergenti nei territori.

In una regione dove la spesa pro capite di 67 euro per la Salute Mentale fa registrare qualche punto in meno rispetto al valore medio nazionale, si pone il problema della qualità e dell'efficienza dei servizi: nel Rapporto troviamo prime anticipazioni di quel che il Sistema sanitario piemontese ha in cantiere in questa direzione, attraverso un rafforzamento dei servizi domiciliari e semiresidenziali, che aumentino l'appropriatezza clinico-organizzativa, risparmiando al contempo risorse: lo strumento allo studio, alla prova in alcune ASL piemontesi, è il budget di salute.

I dati che il Rapporto illustra ci dicono anche che è molto più elevato, rispetto agli utenti, il numero di cittadini - in Piemonte e nelle altre regioni italiane - a rischio di incorrere nella loro vita in problemi di salute mentale: secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, tra i pazienti che si rivolgono ai servizi, uno su quattro ha problemi mentali.

In Piemonte circa 800.000 persone sono quindi a rischio di incorrere, nel corso della loro vita, in qualche problema di salute mentale. Alcuni studi di riferimento ci dicono che una percentuale molto elevata di persone sofferenti - il 35-50% nei paesi a reddito elevato e il 76-85% nelle nazioni povere - non riceve supporto, né cura.

Nei prossimi anni sarà opportuno intensificare gli sforzi finalizzati a prendersi carico di questa grossa fetta di popolazione, lavorando, come ci esorta il Piano Nazionale della Cronicità che le regioni stanno sviluppando nei propri territori, per intercettare i bisogni agli esordi, mettendo in atto tempestivamente interventi efficaci e efficienti.

Una risposta vincente è fornita dall'integrazione delle cure, dalla presa in carico complessiva delle persone, evitando di frammentare le risposte in tanti percorsi e luoghi di cura differenti. Come indicato di seguito, l'integrazione degli interventi destinati alla salute mentale, all'interno delle 69 Case delle Salute, nella costituenda rete piemontese delle Cure Primarie va in questa direzione.

## OBIETTIVI E STRUTTURA DEL RAPPORTO

Il Rapporto è frutto di un percorso di lavoro intrapreso nel 2016 - all'interno della Direzione Sanità della Regione Piemonte - da un gruppo di esperti e professionisti del settore sul sistema di tutela della salute mentale in Piemonte.

Il suo obiettivo è quello di mettere insieme, in forma sintetica, buona parte di quel che oggi si sa e si fa in questo ambito, con l'apporto di contesti metodologici e disciplinari differenti, spesso eterogenei. Il lavoro e il confronto operato nel corso della stesura del documento rappresentano un primo passo per mettere in comune e integrare conoscenze.

Quel che emerge è l'immagine, ancora un po' sfocata per la carenza di dati certi, di un servizio sanitario regionale vitale e presente di fronte alla complessità dei bisogni, capace di intercettare l'evoluzione (si vedano i percorsi delineati di presa in carico degli adolescenti e degli immigrati), pur tra disomogeneità - alcune aree della regione sono più presenti - carenze - soprattutto di risorse, finanziarie e personale - e necessità di una maggior focalizzazione sull'appropriatezza dei servizi.

Le lacune sono ancora tante, il lavoro non è certo un punto di arrivo, forse più un punto di partenza.

Alcuni capitoli, come il primo e il secondo, descrivono e fotografano la realtà, degli utenti e dell'organizzazione dei Servizi di Salute Mentale in Piemonte.

Il primo capitolo fornisce sintetiche immagini di salute, mentale e psicologia dei piemontesi, insieme ad analisi sul consumo di ricoveri e farmaci per la salute mentale e sul fenomeno dei suicidi, colte attraverso indicatori epidemiologici che danno una dimensione dell'importanza della salute mentale nella popolazione generale.

Segue, nel capitolo 2, il resoconto di un'indagine condotta dall'Osservatorio Regionale Salute Mentale nel 2016 sull'organizzazione dei Dipartimenti di Salute Mentale piemontesi.

I capitoli centrali, dal terzo al sesto, contengono un'analisi delle risorse utilizzate e delle attività erogate nei Dipartimenti di Salute Mentale: qui la descrizione si fa più mirata, operando delle selezioni, tra le necessità imposte dalle carenze nei dati attendibili e la virtù delle buone pratiche già oggi esistenti nel territorio regionale.

Il capitolo 3 contiene primi ragionamenti sulle risorse destinate alla Salute Mentale, attendendo flussi informativi attendibili sulla spesa sostenuta per il funzionamento dei servizi che tutelano la salute mentale in Piemonte.

Nel capitolo 4, che rappresenta un "antipasto" di un menù più ricco, in corso di elaborazione (una volta completato il lavoro in corso sui dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale), si tratteggia quel che oggi erogano i Dipartimenti di Salute Mentale.

Nel capitolo 5 ancora quel che si fa, in una dimensione più processuale: i percorsi, per categorie cruciali di persone all'attenzione, adolescenti e immigrati e le reti di cura, che mettono insieme risorse e competenze per rispondere ai bisogni prioritari che emergono nei territori.

Il capitolo 6 sviluppa due punti caldi in agenda, ai quali il Piemonte sta dedicando attenzione e risorse: i Trattamenti Sanitari Obbligatori e il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari per i pazienti autori di reato: le scelte regionali in merito vengono descritte e presentate nel dettaglio.

Il capitolo 7, più prospettico, traccia infine la direzione verso la quale il Sistema sanitario regionale tende, prefigurando possibili scenari per progettare, supportare e valutare i risultati degli

interventi e descrivendo prime ipotesi di riorganizzazioni in corso nei servizi tese a condurli nella direzione posta dagli obiettivi delineati.

Le conclusioni contestualizzano i contenuti del Rapporto all'interno degli scopi e del contesto di programmazione socio sanitaria internazionale, nazionale e regionale in cui è nato, tracciando al contempo una possibile direzione per il percorso di programmazione regionale in corso.

In chiusura si avvia la costruzione di un glossario della salute mentale piemontese: un lavoro in progress finalizzato a costruire un patrimonio di conoscenze comuni sul tema.

Si tratta di un lavoro che andrà completato, perfezionato e innanzitutto condiviso tra le comunità professionali, gli operatori e tutti i portatori di interesse coinvolti alla ricerca di consigli e proposte di perfezionamento.

Il gruppo di lavoro





# CAPITOLO 1

## IMMAGINI DI SALUTE<sup>1</sup>

Le immagini della salute psicologica e mentale in Piemonte, tratteggiate nel capitolo attraverso l'andamento di due indici dalle Indagini Multiscopo Istat, evidenziano come il problema, perlomeno così come percepito da cittadini, si stia tendenzialmente amplificando.

Con riferimento alla domanda di servizi, si rileva che i ricoveri per disturbi psichiatrici fanno rilevare una tendenza alla diminuzione negli ultimi anni. Per contro il consumo di farmaci è cresciuto. Le disomogeneità tra ASL emerse, in corso di verifica, saranno esaminate nella versione 2018 del Rapporto.

Segue l'analisi di un indice considerato un risultato del buon funzionamento dei servizi psichiatrici di un'area: il tasso di suicidio. Il Piemonte è una delle regioni in cui tale tasso è più elevato.

### IMMAGINI DELLA SALUTE PSICOLOGICA E MENTALE

In Italia e in Piemonte, secondo le elaborazioni del Servizio Sovrazonale di Epidemiologia, il problema della salute psicologica e mentale<sup>2</sup>, così come percepito dai cittadini, si sta tendenzialmente amplificando. È stato utilizzato come indicatore la percentuale di popolazione con basso punteggio di salute psicologica e mentale.

Nel passaggio dal 2005 al 2013 in Piemonte:

- sono aumentati gli uomini con basso indice di salute psicologica<sup>3</sup>;
- tra le donne è aumentata la percentuale con basso indice di salute mentale.

Per quanto riguarda la salute psicologica si leggono differenze all'interno del Piemonte, i cui valori sono sovrapponibili a quelli nazionali:

- uomini: bassa salute psicologica per area metropolitana, quadranti est e nord;
- donne: è bassa nei quadranti sud, est e nord.

Per contro la salute mentale, in Piemonte, è più bassa rispetto ai valori nazionali:

- uomini: è più bassa la salute mentale rispetto ai valori regionali nei quadranti est e nord
- donne: è più bassa nei quadranti sud, est e nord.

<sup>1</sup> Si ringraziano per il supporto nell'elaborazione dei dati Marco Dalmaso e Umberto Falcone (SEPI). I dati sono aggiornati al 2014 per mortalità e farmaci, 2015 per i ricoveri (mancano i ricoveri extraregionali). Le elaborazioni relative al livello regionale sono state effettuate utilizzando PATED, procedura per analisi epidemiologiche descrittive su base territoriale. I confronti coi dati nazionali sono stati condotti utilizzando Health for All (HFA) Italia, dicembre 2016.

<sup>2</sup> Gli strumenti utilizzati sono:

- Mental Component Summary (MCS) per lo stato psicologico. Un indice molto basso sta a indicare scarsa energia, limitate attività sociali, sofferenza psicologica, limitazioni funzionali dovute a problemi emotivi;

- Mental Health (MH): rileva la sofferenza psicologica che fa riferimento ad alcuni aspetti collegati alla salute mentale: agitazione, umore depresso, tristezza e abbattimento. Valori molto bassi indicano stati emotivi che potrebbero far riferimento a sintomi ansioso depressivi e/o a una condizione generica di malessere psicologico.

<sup>3</sup> Utilizzata come indicatore la percentuale di popolazione con basso punteggio (sotto il 25° percentile) dell'indice.

**Tab. 1 Popolazione a basso indice di salute psicologica e di salute mentale - 2013**

	Popolazione con basso indice di salute psicologica					
	Valori assoluti		Valori percentuali		2013-2005	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Città di Torino	87.782	96.918	23,7	22,1	-5,7	-11,6
Area metropolitana	164.730	150.858	28,7	23,5	+12,6	-6,4
Quadrante Sud	63.182	67.024	25,6	25,2	+1,9	+0,1
Quadrante Est	102.459	97.183	36,6	30,1	+41,9	+20,1
Quadrante Nord	117.726	117.870	32,2	28,1	+28,5	+12,1
Piemonte e Valle D'Aosta	504.376	533.162	26,6	24,7	+6,0	-1,2
ITALIA	7.392.399	7.539.869	29,4	27,7	+17,1	+10,8
	Popolazione con basso indice di salute mentale					
	Valori assoluti		Valori percentuali		2013-2005	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Città di Torino	100.786	104.400	27,0	23,4	-6,2	-9,6
Area metropolitana	164.136	177.757	28,4	27,6	-3,1	-5,6
Quadrante Sud	59.650	86.112	24,4	31,6	-9,0	+9,6
Quadrante Est	111.263	117.276	39,5	35,7	+32,6	+20,0
Quadrante Nord	121.687	153.381	33,3	36,3	+21,0	+29,8
Piemonte e Valle D'Aosta	570.113	618.524	37,1	28,4	+7,3	+5,5
ITALIA	7.714.795	7.588.758	30,7	27,9	+21,3	+10,4

Fonte: [www.disuguaglianzedisalute.it](http://www.disuguaglianzedisalute.it)

Nota: in rosso le percentuali superiori al valore regionale statisticamente significative

Per quanto riguarda l'andamento temporale la salute psicologica diminuisce dal 2005 al 2013 (aumenta la percentuale di popolazione con basso indice); diminuzione statisticamente significativa, in Piemonte, per i quadranti est e nord tra gli uomini e il quadrante est tra le donne.

Per quanto riguarda la salute mentale, all'interno della regione è diminuita significativamente per i quadranti est e nord in entrambi i generi.

## DIMINUISCONO I RICOVERI

I primi ricoveri per disturbi psichici nel complesso sono diminuiti, conformemente all'andamento dei ricoveri per tutte le cause (Figura 1), tra il 1997 e il 2015:

- tra gli uomini, da 7.087 (tasso standardizzato 335/100.000 residenti) a 4.671 (221/100.000)
- tra le donne da 7.967 (362/100.000) a 5.100 (224/100.000),

Il tasso standardizzato per età di primi ricoveri per disturbi psichici aumenta fino a 45 anni negli uomini (339/100.000) e 55 nelle donne (354/100.000) per poi scendere progressivamente nelle età successive (Figura 2).

Di seguito l'analisi al 2015 per le principali diagnosi riportate nel Rapporto Salute Mentale 2015 del Ministero Salute<sup>4</sup>.

La distribuzione per età varia al variare del gruppo diagnostico considerato<sup>5</sup> (Figure 3, 4).

**Diagnosi di depressione:** picco intorno ai 50-54 anni tra gli uomini (73/100.000), si stabilizzano fino ai 75-79 anni (73/100.000) per diminuire col progredire dell'età. Nelle donne il picco è a 55-59 anni (110/100.000), si stabilizzano fino a 75-79 anni (104/100.000), per poi diminuire. I tassi sono più alti tra le donne in tutte le fasce di età. Ricoverati, nel 2015, 1.476 donne e 892 uomini.

**Mania e disturbi affettivi bipolari:** il tasso negli uomini aumenta fino a 50-54 anni (54/100.000) stabilizzandosi fino a 65-69 anni (56/100.000), diminuendo nelle età successive. Tra le donne aumenta fino a 50-54 anni (87/100.000) e scende progressivamente nelle età successive. Dopo i 35-39 anni i tassi sono più elevati tra le donne. Ricoverati, nel 2015, 989 donne e 711 uomini.

**Schizofrenie e altre psicosi funzionali:** picco tra gli uomini ai 20-24 anni (133/100.000). Il tasso standardizzato oscilla fino ai 40-44 anni (143/100.000) per poi diminuire progressivamente. Nelle donne picco a 45-49 anni (101/100.000), per poi diminuire. I tassi sono più elevati tra gli uomini fino ai 55-59 anni. Ricoverati, nel 2015, 1.374 donne e 1.750 uomini.

Si osservano differenze nella **propensione al ricovero tra ASL**. Le disomogeneità emerse sono in corso di verifica e saranno analizzate nel dettaglio nella versione 2018 del Rapporto.

I tassi più alti per i **ricoveri per disturbo psichico** si trovano nelle ASL Città di Torino, AT e CN1 in entrambi i generi. Le ASL NO, TO3, TO4, TO5, VC e VCO presentano valori inferiori alla media regionale in entrambi i generi, BI e CN2 solo tra gli uomini.

Analizzando per gruppo diagnostico, per la **depressione** si rileva un eccesso di ricoveri, rispetto alla media regionale, statisticamente significativo nelle ASL Città di Torino e CN1 in entrambi i generi. Valori inferiori alla media regionale per le ASL BI, NO, VC e VCO in entrambi i generi e solo tra le donne nell'ASL TO5.

Nel gruppo diagnostico **mania e disturbi affettivi bipolari** eccesso in entrambi i generi nell'ASL AT e, per le donne, nell'ASL CN1. Inferiori alla media le ASL NO, TO4 e VCO in entrambi i generi e tra le donne nell'ASL TO5.

Nelle **schizofrenie e altre psicosi funzionali** eccesso in entrambi i generi nelle ASL AT e Città di Torino e nell'ASL AL per i maschi e CN1 per le femmine. Valori inferiori alla media regionale nelle ASL CN2, NO e VC in entrambi i generi; TO4 e VCO tra gli uomini e TO3 e TO5 tra le donne.

Il 55% dei ricoveri per disturbo psichico nel suo insieme è effettuato presso i reparti di psichiatria (SPDC) pubblici, il 25% presso le case di cura convenzionate (CCC), il 20% presso reparti non psichiatrici degli ospedali pubblici. (Figura 4).

<sup>4</sup> [http://www.salute.gov.it/portale/news/p3\\_2\\_1\\_1\\_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=2769](http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=2769)

<sup>5</sup> Analisi condotta conteggiando i primi ricoveri raggruppando le diagnosi (in diagnosi principale) secondo lo schema:

Schizofrenia e altre psicosi funzionali	295, 297, 298 (escl. 298.0), 299
Mania e disturbi affettivi bipolari	296.0, 296.1, 296.4-8,
Depressione	296.2-3, 296.9, 298.0, 300.4, 309.0, 309.1, 311
Sindromi nevrotiche e somatoformi	300 (escl. 300.4), 306, 307.4, 307.8-307.9, 308, 316
Disturbi di personalità e comportamento	301, 302, 312

La proporzione è differente in base al gruppo diagnostico.

**Schizofrenia e altre psicosi:** 67% ricoverato in SPDC, il 22% in CCC e l'11% in altri reparti.

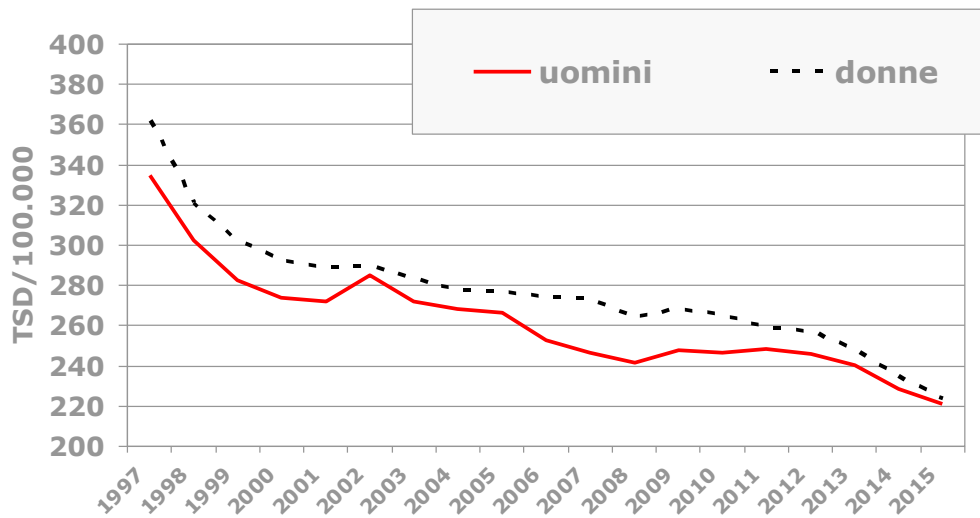
**Mania e disturbi affettivi bipolari;** 64% ricoverato in SPDC, il 26% in CCC e l'10% in altri reparti.

**Disturbi della personalità e comportamento:** cala la quota dei ricoverati presso SPDC (56%) e aumenta quella presso le CCC (29%) e altri reparti 15%.

Cala ulteriormente la quota di ricoverati in SPDC (48%) per **depressione** mentre aumenta la quota delle CCC (34%) e altri reparti (18%).

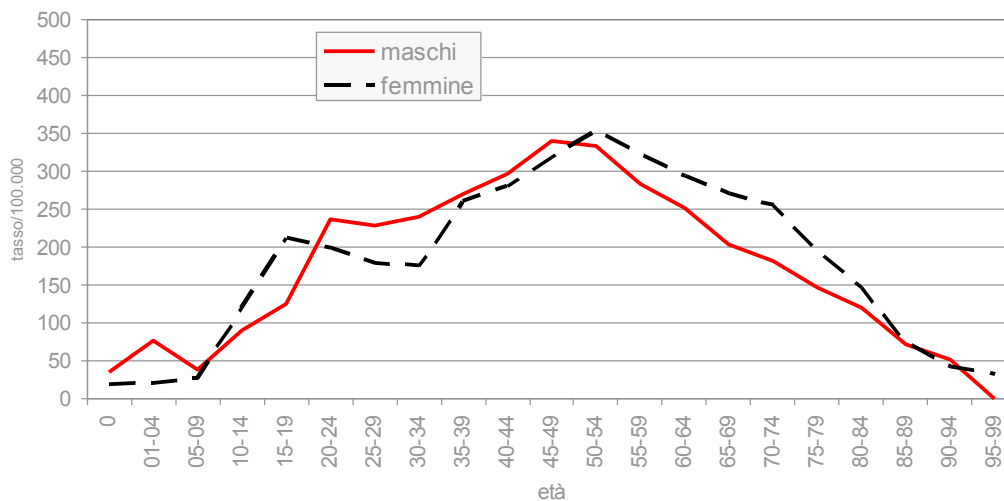
**Sindromi nevrotiche e somatoformi:** è maggioritaria la quota dei ricoverati presso altri reparti (49%) rispetto agli SPDC (42%); il 9% è ricoverato in CCC.

**Fig. 1 Primi Ricoveri disturbo psichico. Diagnosi principale – Piemonte 2015**



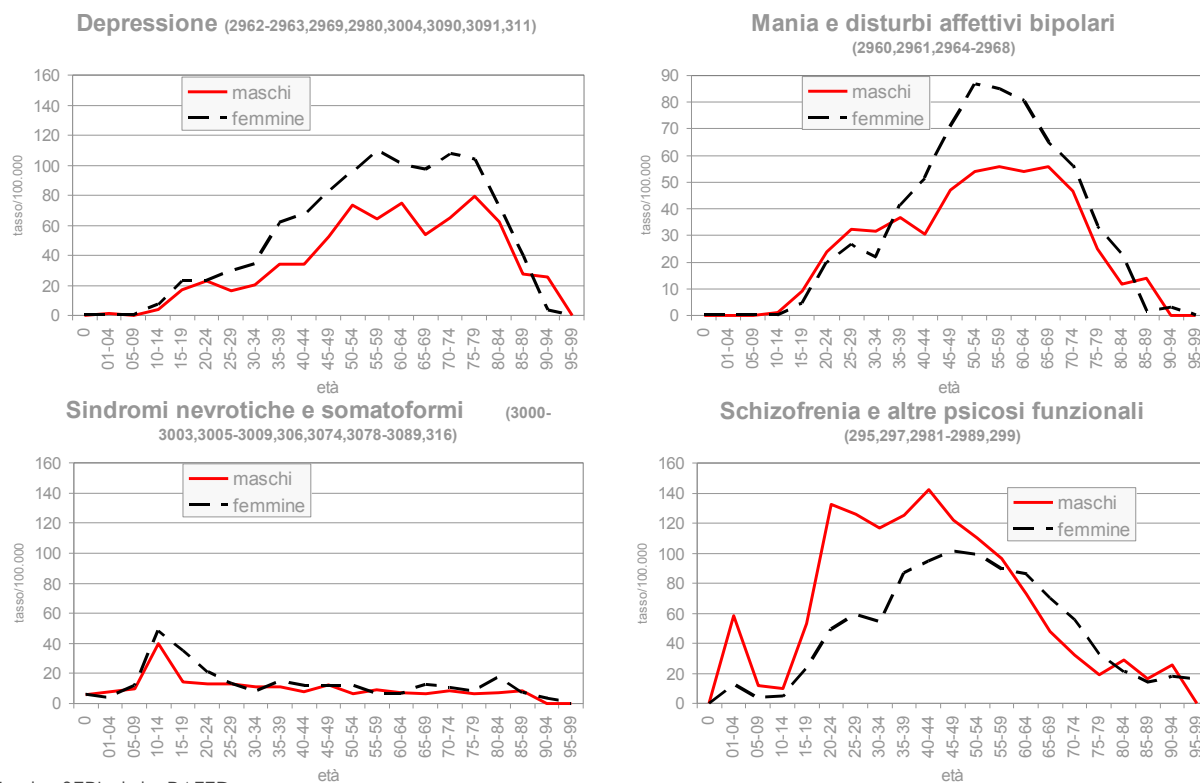
Fonte: SEPI elab. PATED  
ICD-9 291-292,295-309,311-314,316

**Fig. 2 Primi Ricoveri disturbo psichico. Età e genere - Tasso standardizzato/100.000. Piemonte 2015**

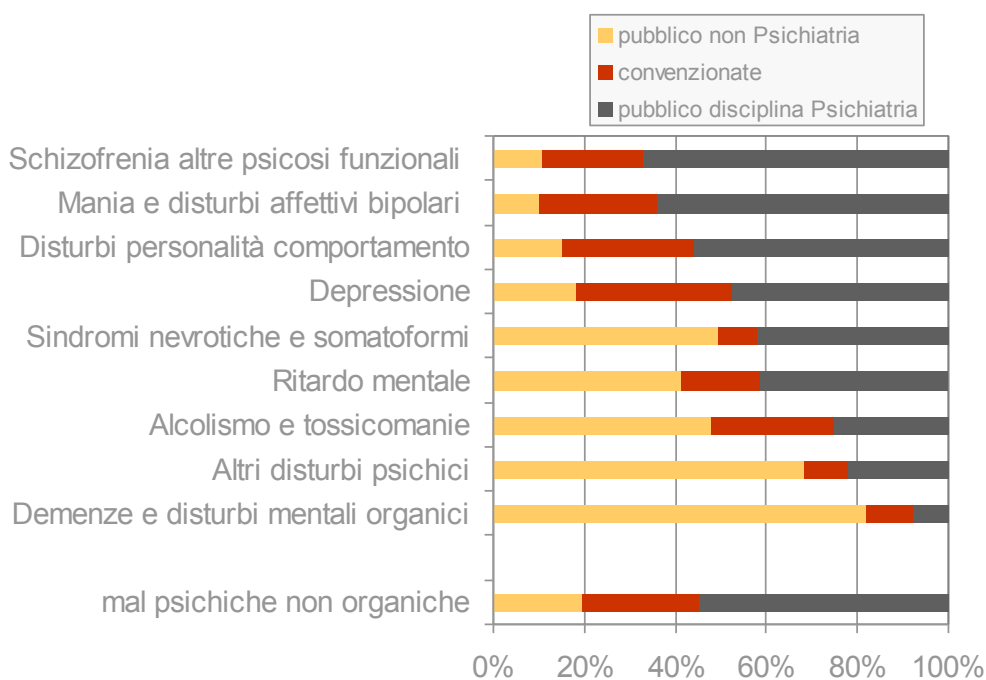


Fonte: SEPI elab. PATED  
ICD-9 291-292,295-309,311-314,316

**Fig. 3 Primi Ricoveri Depressione, Disturbi bipolari, Sindrome nevrotiche, Schizofrenia. Età e genere - Tasso stand/100.000 - Piemonte 2015**



**Fig. 4 Ricoveri per gruppo diagnostico e per reparto di ammissione. Percentuale. Piemonte 2015. Diagnosi principale**



## AUMENTA IL CONSUMO DI FARMACI

Sono stati analizzati gli archivi delle prescrizioni su ricetta SSN e le erogazioni dirette (file F) degli antipsicotici, degli antidepressivi e del litio.

La **distribuzione per età** (Figura 5) dei soggetti con prescrizioni o somministrazione di antipsicotici<sup>6</sup> evidenzia un aumento col progredire dell'età fino a quelle più avanzate, dove è verosimile che tali farmaci siano impiegati per controllare i sintomi comportamentali della demenza. È questo un possibile indicatore di rischio di inappropriata prescrizione poiché l'uso degli antipsicotici negli anziani affetti da demenza, soprattutto vascolare o mista, aumenta la mortalità di 1,5-1,7 volte<sup>7</sup>. L'andamento per età è simile negli uomini e nelle donne. Nel 2015 sono stati prescritti o somministrati antipsicotici a 30.986 uomini e 40.619 donne.

Il **tasso per età di prescrizioni e somministrazioni di antidepressivi**<sup>8</sup> aumenta fino a 85 anni nelle donne e 90 negli uomini e cala nelle età successive. Importante la **differenza di genere**: le prescrizioni di antidepressivi sono costantemente più elevate per le donne con tassi doppi di quelli negli uomini in particolare nelle classi età 40-70. Nel 2015 sono stati prescritti o somministrati antidepressivi a 102.835 uomini e 225.182 donne.

L'età di prescrizioni e somministrazioni di litio aumenta fino a 40 anni, è stabile nelle età successive, scendono dopo i 65. Nel 2015 prescritto o somministrato litio a 2.302 uomini e 2.830 donne.

**Modalità di erogazione**: gli antipsicotici sono erogati direttamente nell'84% dei casi, gli antidepressivi nel 5% e il litio nel 7% (Figura 6). Analizzando i principi attivi si osservano importanti differenze tra antipsicotici: alcuni sono esclusivamente, o quasi, erogati direttamente (quetiapina, olanzapina, aripiprazolo, risperidone, clozapina, paliperidone), altri principalmente prescritti su ricetta SSN (aloperidolo, levomepromazina, clorpromazina, clotiapina, periciazina).

Si osservano differenze tra le ASL del tasso di soggetti cui sono prescritti queste categorie di farmaci. Le disomogeneità emerse tra ASL sono in corso di verifica.

Antipsicotici: si osserva, in entrambi i generi, che le ASL AL, AT, Città di Torino, TO5 e VCO presentano un eccesso di prescrizioni rispetto al valore regionale mentre le ASL NO, TO4 e VC prescrivono meno. Le ASL TO3, BI, CN21 e CN2 prescrivono meno tra gli uomini.

Si osserva in entrambi i generi un eccesso di prescrizioni di antidepressivi nelle ASL AL, CN1, CN2 e TO5 mentre NO, TO3, TO4, VC e VCO prescrivono meno. L'ASL AT presenta un eccesso nelle donne e Città di Torino nei maschi, mentre BI e Città di Torino prescrivono meno tra le donne.

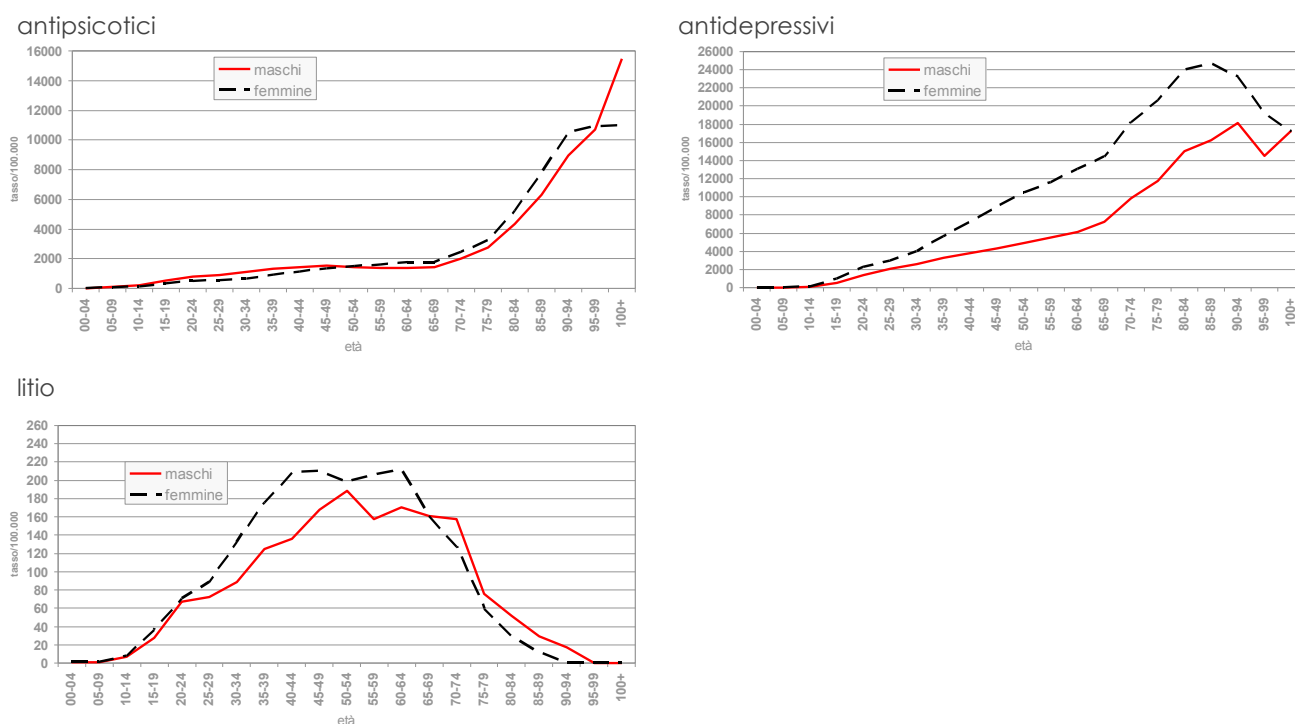
<sup>6</sup> Sono incluse le seguenti categorie ATC: N05AA Phenothiazines with aliphatic side-chain; N05AB Phenothiazines with piperazine structure; N05AC Phenothiazines with piperidine structure; N05AD Butyrophenone derivatives; N05AE Indole derivatives; N05AF Thioxanthene derivatives; N05AG Diphenylbutylpiperidine derivatives; N05AH Diazepines, oxazepines, thiazepines and oxepines; N05AL Benzamides; N05AX Other antipsychotics

<sup>7</sup> Steinberg M, Lyketsos CG. Atypical antipsychotic use in patients with dementia: managing safety concerns. *Am J Psychiatry*. 2012 Sep; 169(9): 900-906. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3516138/>. Ultimo accesso 29 giugno 2017.

<sup>8</sup> Sono incluse le seguenti categorie ATC: N06AA Non-selective monoamine reuptake inhibitors; N06AB Selective serotonin reuptake inhibitors; N06AF Monoamine oxidase inhibitors, non-selective; N06AG Monoamine oxidase A inhibitors; N06AX Other antidepressants

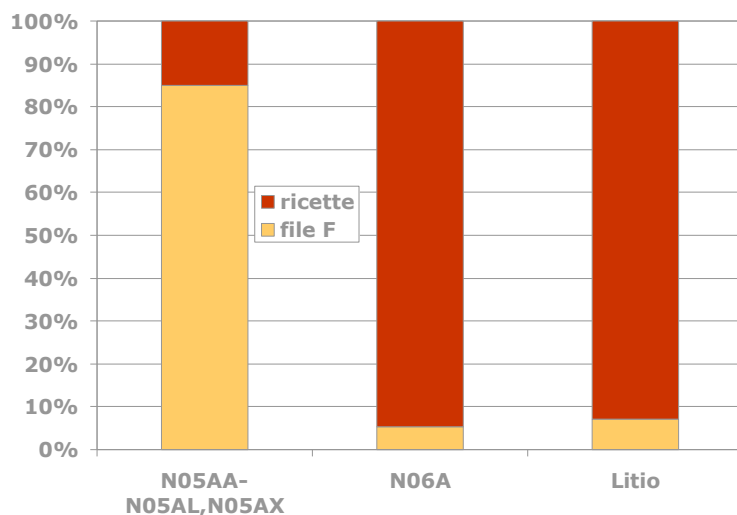
Il litio è prescritto in entrambi i generi in eccesso rispetto ai valori regionali nelle ASL CN1 e CN2 e prescritto meno nelle ASL NO, TO3, TO4 e VC. L'ASL TO5 prescrive meno tra le donne, e Città di Torino presenta un eccesso tra gli uomini e VCO prescrive meno tra gli uomini.

**Fig. 5** Soggetti con Prescrizioni di farmaci per genere e per età - Piemonte 2015



Fonte: elaborazioni SEPI  
Antipsicotici (ATC N05AA-N05AL,N05AX) antidepressivi (ATC N06A) e litio (ATC N05AN01)

**Fig. 6** Farmaci antipsicotici, antidepressivi e Litio per modalità di erogazione - Piemonte 2015



Fonte: elaborazioni SEPI  
Nota: inclusi i soggetti non residenti

## UN INDICATORE DI RISULTATO: IL TASSO DI SUICIDIO

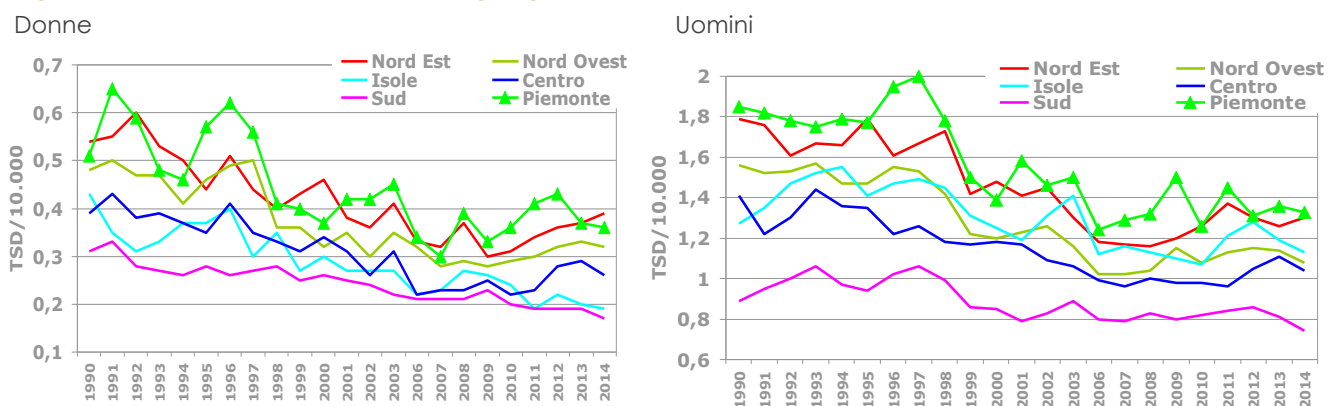
In Piemonte nel triennio 2012-2014 si sono verificati 910 decessi per suicidio tra gli uomini e 293 tra le donne. Il Piemonte si colloca tra le regioni italiane con i tassi più elevati: al quinto posto tra gli uomini e al sesto tra le donne (Figure 7 e 8). I suicidi sono più frequenti tra i maschi in tutto il periodo considerato e in tutte le fasce di età.

Il tasso standardizzato per età<sup>9</sup> è diminuito da 19/100.000 residenti tra gli uomini e 6/100.000 tra le donne nel triennio 1981-83 a, rispettivamente, 13 e 4 nel triennio 2012-14 (Figura 9).

I tassi di decesso per suicidio aumentano all'aumentare dell'età tra gli uomini da 8/100.000 a 20-24 anni a 45/100.000 a 95-99 anni, mentre tra le donne, dopo un aumento fino ai 40-44 anni da 2/100.000 a 4/100.000, i tassi si stabilizzano nelle età successive intorno a 6-7/100.000 (Figura 10).

Oltre ai decessi per suicidio si può valutare la distribuzione dei tentativi di suicidio anche se costituiscono un fenomeno diverso e di difficile rilevamento. In base ai dati delle Forze dell'Ordine, i tentativi di suicidio sono stati 277 nel 2008, ultimo anno disponibile sul sito ISTAT<sup>10</sup>. Questo valore è molto inferiore rispetto a quello che verrebbe stimato in riferimento ai decessi per suicidio: negli Stati Uniti si stima un rapporto di 25 o più tentati suicidi per ogni registrato suicidio<sup>11</sup> e l'OMS riporta un rapporto superiore a 20<sup>12</sup> tentati suicidi per ogni suicidio accertato.

**Fig. 7 Decessi per suicidio per zona geografica. Italia 1990-2014. Tasso standardizzato per età**



Fonte: HFA

<sup>9</sup> Le misure grezze non sono adatte a confrontare tra loro realtà territoriali (o sociali) diverse, fortemente influenzate dalla diversa distribuzione, nelle relative popolazioni, di variabili che incidono sull'evento in studio. Per effettuare confronti tra realtà diverse occorre assicurarsi che fattori noti per influenzare la probabilità dell'evento non siano distribuiti in modo diverso fra le diverse realtà in confronto (variabili di confondimento). Il fattore più importante è rappresentato dall'età. Effettuare confronti tra popolazioni rispettivamente più giovani e più anziane senza tener conto della diversa distribuzione per età potrebbe portare a conclusioni fuorvianti. Per ovviare al problema vengono costruite misure in grado di annullare (o ridurre fortemente) l'effetto confondente dell'età. In questa pubblicazione viene utilizzato il tasso standardizzato.

<sup>10</sup> Suicidi e tentativi di suicidio. <http://www.istat.it/it/archivio/55646>. Ultimo accesso 2 giugno 2017.

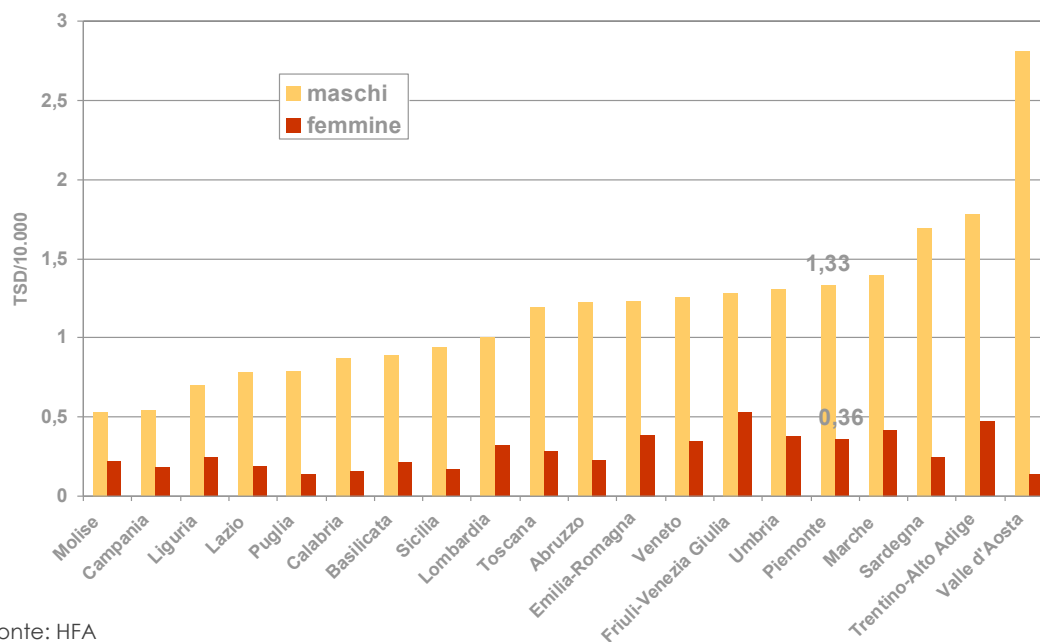
<sup>11</sup> <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/suicide-datasheet-a.pdf>. Ultimo accesso 27 giugno 2017.

<http://www.emorycaresforyou.emory.edu/resources/suicidestatistics.html>. Ultimo accesso 27 giugno 2017.

<sup>12</sup> [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/). Ultimo accesso 27 giugno 2017.

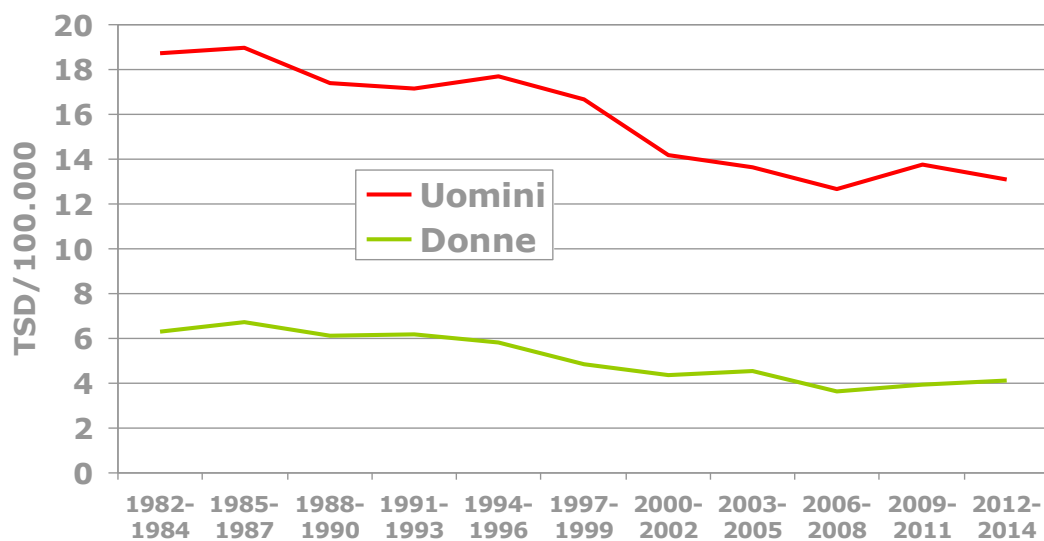


**Fig. 8 Decessi per suicidio per regione e per genere. Italia 2014. Tasso standardizzato per età**



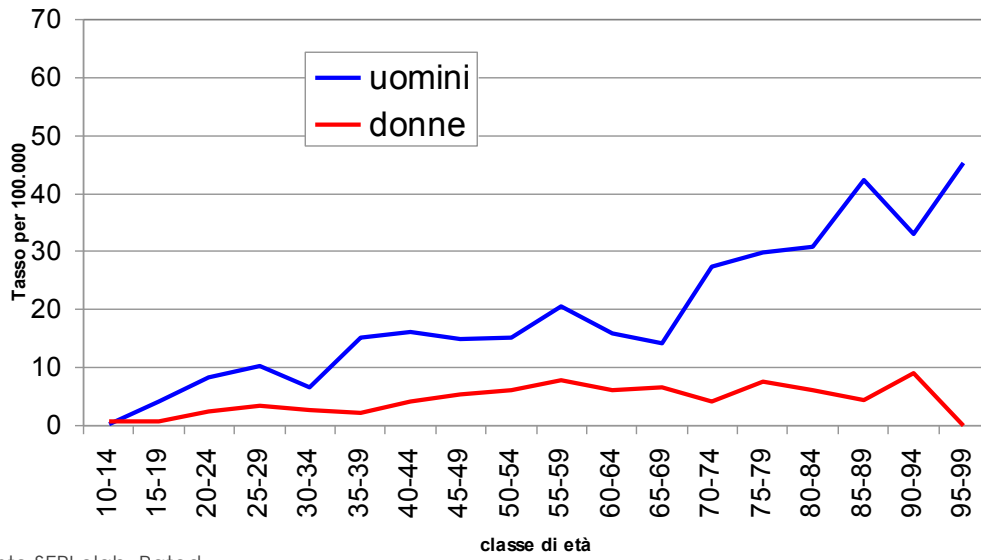
Fonte: HFA

**Fig. 9 Decessi per suicidio per genere. Piemonte 1982-2014. Tasso standardizzato per età. M=10.827, F=3.742**



Fonte SEPI elab. Pated

**Fig. 10 Decessi per suicidio per genere e per età. Tasso. Piemonte 2012-2014. M=910, F=293.**



Fonte SEPI elab. Pated

# CAPITOLO 2

## FOTOGRAFIA E ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI

Il capitolo descrive i risultati di un questionario sottoposto ai Dipartimenti di Salute Mentale delle ASL piemontesi nell'autunno 2016, relativo all'organizzazione dei Dipartimenti e alla diffusione delle strutture e dei servizi, confrontati con gli standard (e alla dotazione di personale, descritta nel capitolo 3 relativo alle risorse).

Emerge una situazione eterogenea a livello regionale. Le strutture dei DSM – Centri di Salute Mentale, Centri Diurni – fanno peraltro rilevare, in Piemonte, una dotazione costantemente più elevata degli standard posti.

### UN QUESTIONARIO PER SCATTARE LA FOTOGRAFIA

Nell'autunno 2016<sup>13</sup> è stato sottoposto un questionario<sup>14</sup> ai Direttori dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) delle Aziende Sanitarie regionali, con l'obiettivo di aggiornare il quadro delle risorse e dei servizi disponibili sul territorio piemontese: gli accorpamenti di ASL e ASO intervenuti dopo la precedente rilevazione hanno modificato anche le competenze territoriali dei DSM. La raccolta effettuata con il questionario ha permesso di completare le informazioni già disponibili grazie al censimento effettuato in occasione della predisposizione della D.G.R. 19 settembre 2016, n. 29-3944 in merito alle strutture residenziali. I vari ambiti esaminati sono stati rapportati agli standard di riferimento della normativa vigente che risale ai Progetti Obiettivo Tutela della Salute Mentale (POTSM, 1994-1996 e 1998-2000 di cui ai DPR 07.04.1994 e 10.11.1999).

### IL SISTEMA INFORMATIVO PER LA SALUTE MENTALE, PER FOTOGRAFARE E COMPRENDERE I SERVIZI

Il primo elemento di valutazione riguarda l'utilizzo, da parte dei Dipartimenti di Salute mentale piemontesi, del Sistema Informativo per la Salute Mentale recentemente introdotto per raccogliere informazioni circa le caratteristiche e le attività dei servizi (SISM, illustrato nel cap. 4: le rilevazioni disponibili a livello del Ministero possano essere ritenute complete?

Dalle risposte ottenute attraverso il questionario sottoposto risulta che SISMAS è stato adottato dai Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) che non disponevano già di un sistema informatico, mentre i DSM che ne avevano sviluppato uno proprio, alla fine del 2015 non avevano aderito all'offerta di utilizzo (i DSM delle ASL TO1 e TO3, al 31/12 2015, non utilizzavano SISMAS). Tra i DSM che avevano già adottato SISMAS, circa la metà lo utilizzava come sistema unico di ge-

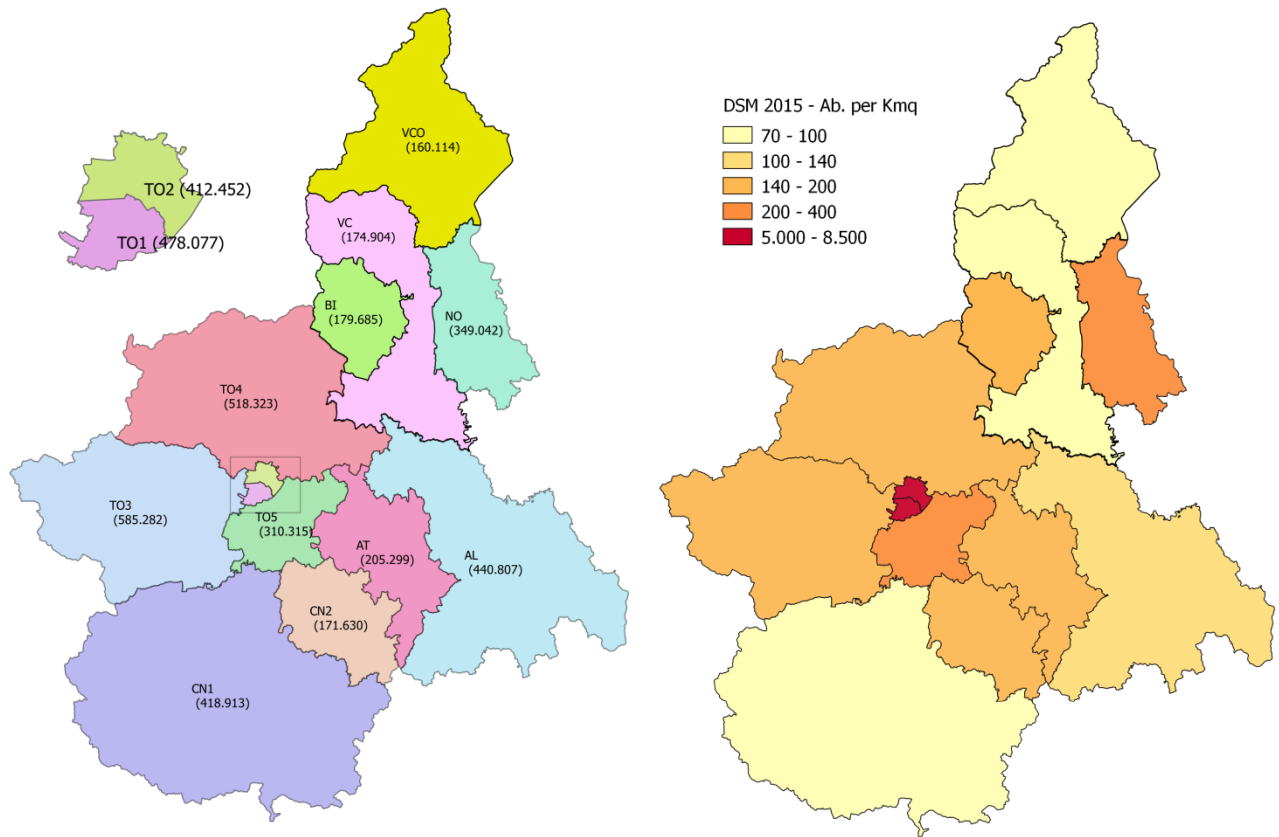
<sup>13</sup> Al fine di uniformare la data di censimento si è chiesto ai compilatori di riferirsi alla situazione al 31.12.2015, data alla quale sono disponibili anche i dati più recenti forniti dal Sistema Informativo Salute Mentale delle Aziende Sanitarie (SISMAS) che dal 2015 copre quasi tutto il territorio nazionale

<sup>14</sup> Il questionario è stato compilato tramite un form elettronico disponibile sul web con cui sono stati raccolti i dati relativi a tutta la regione, convalidati dai direttori dei DSM

stione dei dati dipartimentali, i restanti DSM lo usano in integrazione con altri sistemi che avevano già in uso.

La situazione descritta è però in evoluzione: dal 2016, grazie anche a diffuse iniziative di formazione programmate a livello regionale, tutte le ASL trasmetteranno i dati dei DSM attraverso SISM.

**Fig. 1 Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) del territorio piemontese: densità e popolazione**



**Tab. 1 Utilizzo del Sistema informatico SISMAS nei DSM AL 31.12.15**

Esclusivo Utilizzo di SISMAS	SISMAS ad integrazione ad altri Sistemi	Nessun utilizzo di SISMAS
ASL TO5	ASL TO2	ASL TO1
ASL BI	ASL TO4	ASL TO3
ASL VC	ASL CN1	-
ASL VCO	ASCL CN2	-
ASL NO	ASL AT	-
ASL AL	-	-

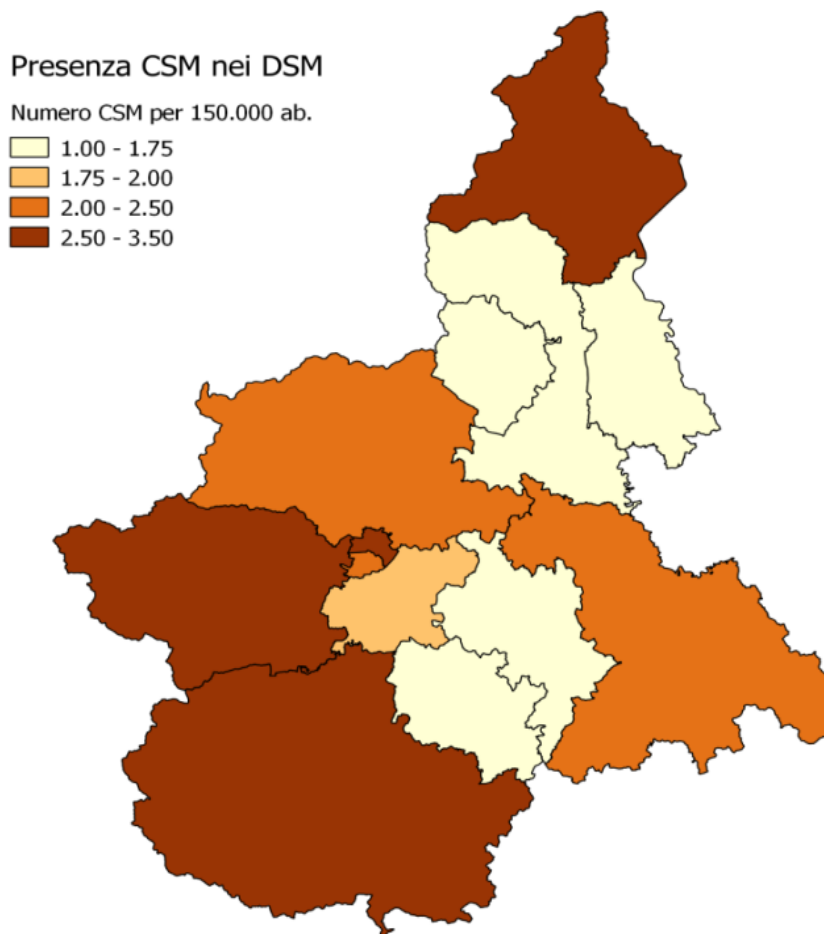
## LE STRUTTURE DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

### Centri di Salute Mentale e Ambulatori Periferici

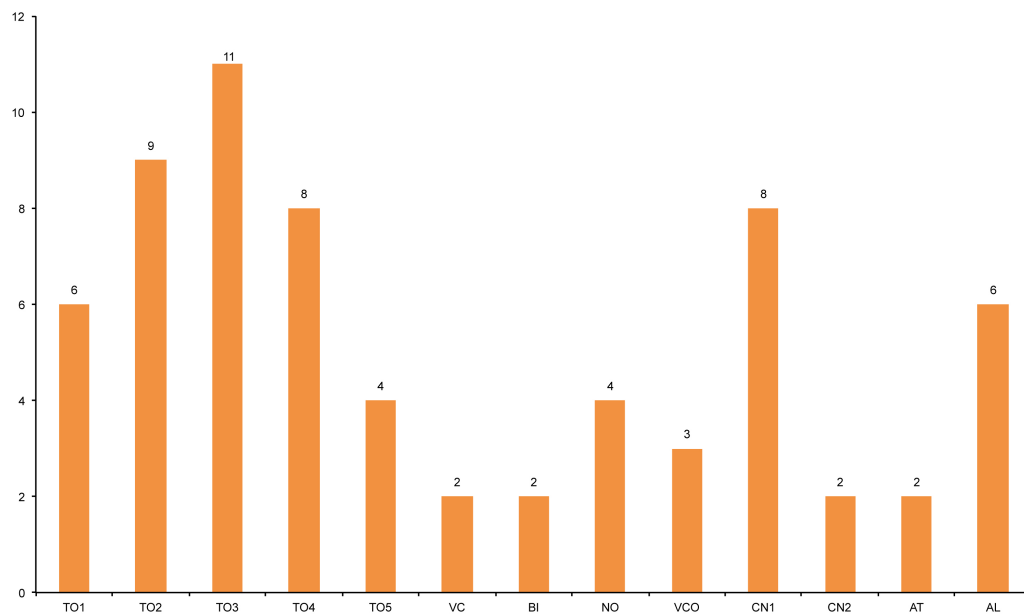
Il *Centro di Salute Mentale* avrebbe uno standard di riferimento normativo, rispetto alla popolazione della catchment area di 1/150.000 abitanti (POTSM 1994-1996 e 1998-2000); si rileva che tutti i DSM sono presenti con una distribuzione territoriale più elevata rispetto al minimo richiesto, con un valore medio regionale di 2,18 CSM/150.000 abitanti. Questo probabilmente a scapito degli orari di apertura che nella maggioranza dei CSM non raggiungono le 12 ore al giorno, né sono aperti la mattina del sabato. Il numero limitato di personale delle equipe territoriali non consente delle aperture maggiori delle 8 ore feriali; questo orario facilita il lavoro di equipe perché consente la contemporanea presenza del personale.

La distribuzione dei CSM sul territorio è eterogenea: varia da 1,46/150.000 abitanti nel DSM di Asti a 3,27/150.000 abitanti nel territorio dell'ASL TO2. In teoria una maggiore densità di popolazione dovrebbe permettere una minore presenza di punti di erogazione ambulatoriale, tuttavia non bisogna dimenticare che le ASL derivano dall'accorpamento dei servizi istituiti ai tempi delle USSL che erano diffuse capillarmente anche nel territorio urbano.

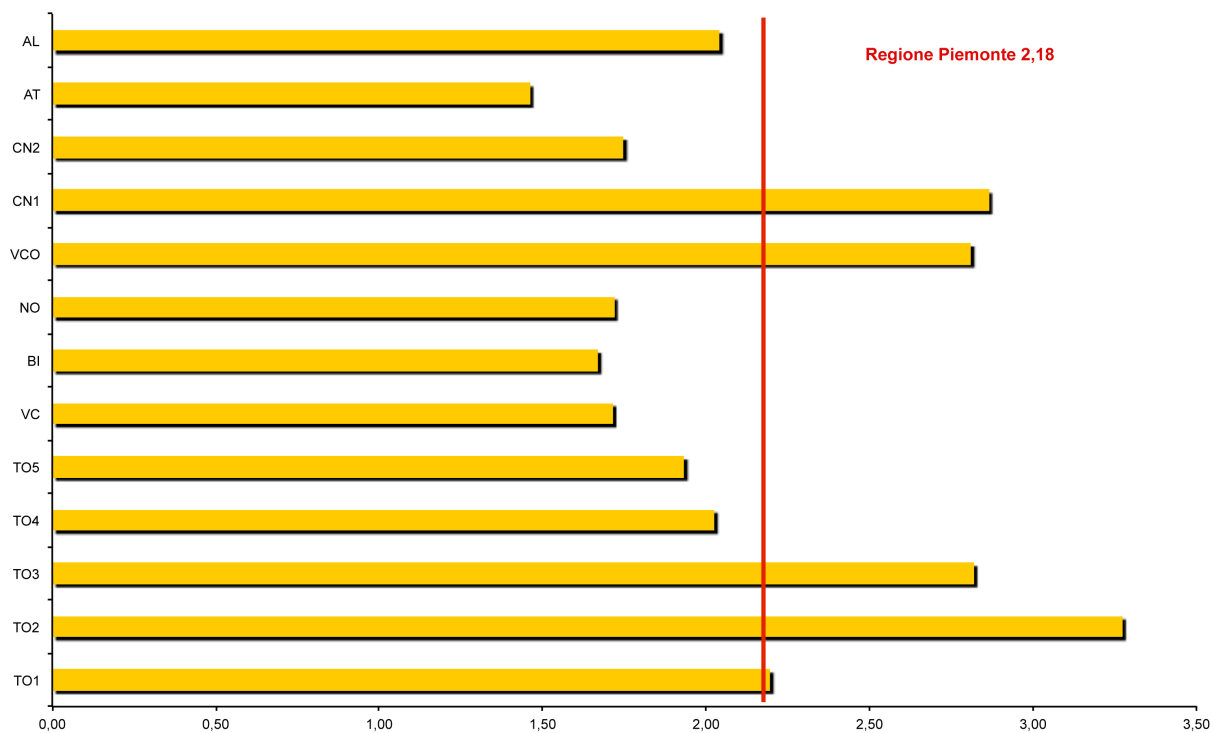
**Fig. 2 Centri di Salute Mentale per ASL/150.000 abitanti**



**Fig. 3 Numero di CSM suddivisi per ASL**

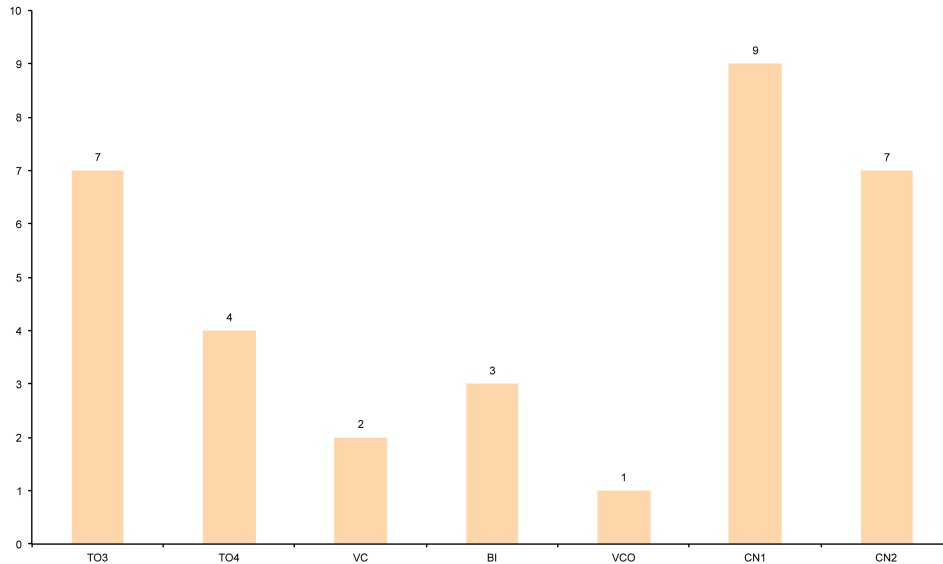


**Fig. 4 Numero di CSM ogni 150.000 abitanti**

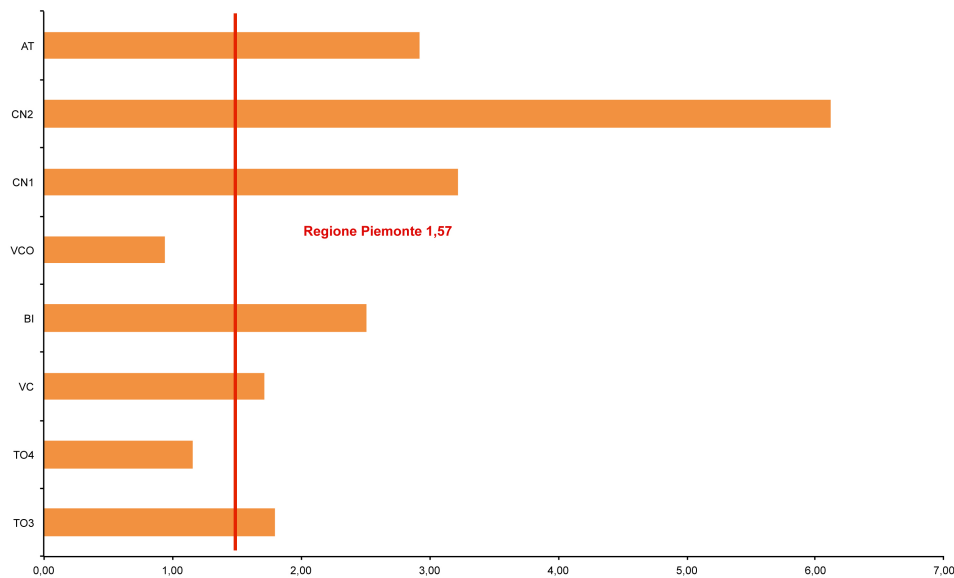


Si rileva infine la presenza di ambulatori periferici molto differenziata tra i vari territori delle ASL regionali. I punti di supporto ambulatoriale risultano presenti nelle ASL con territori più vasti e collegamenti meno agevoli, con una distribuzione che non sembra evidenziare determinanti in grado di spiegarla accuratamente.

**Fig. 5 Numero di Ambulatori periferici suddivisi per ASL che ne dispongono**



**Fig. 6 Numero di Ambulatori Periferici ogni 150.000 abitanti\***

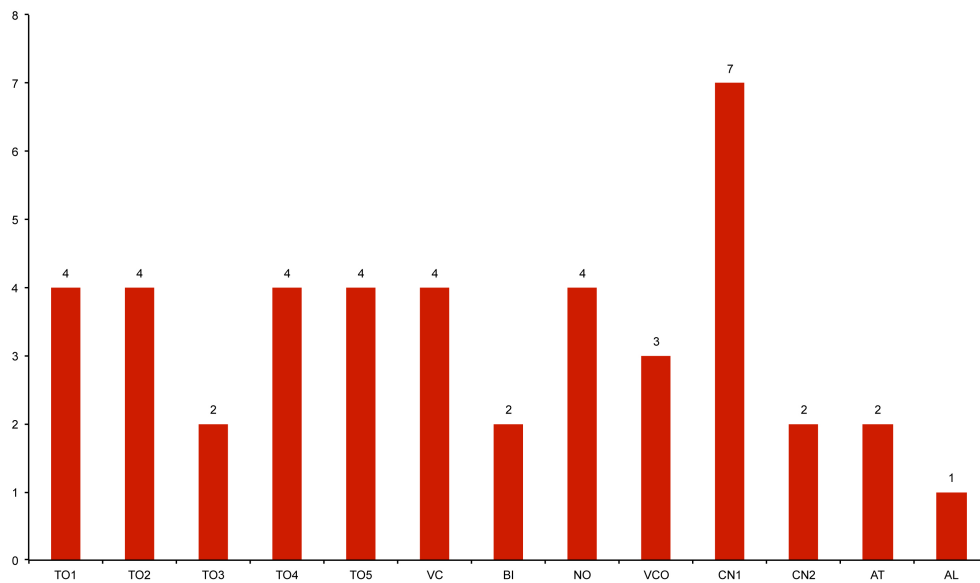


\*I DSM delle ASL TO2-TO4-TO5-NO-AL non dispongono di Ambulatori Periferici

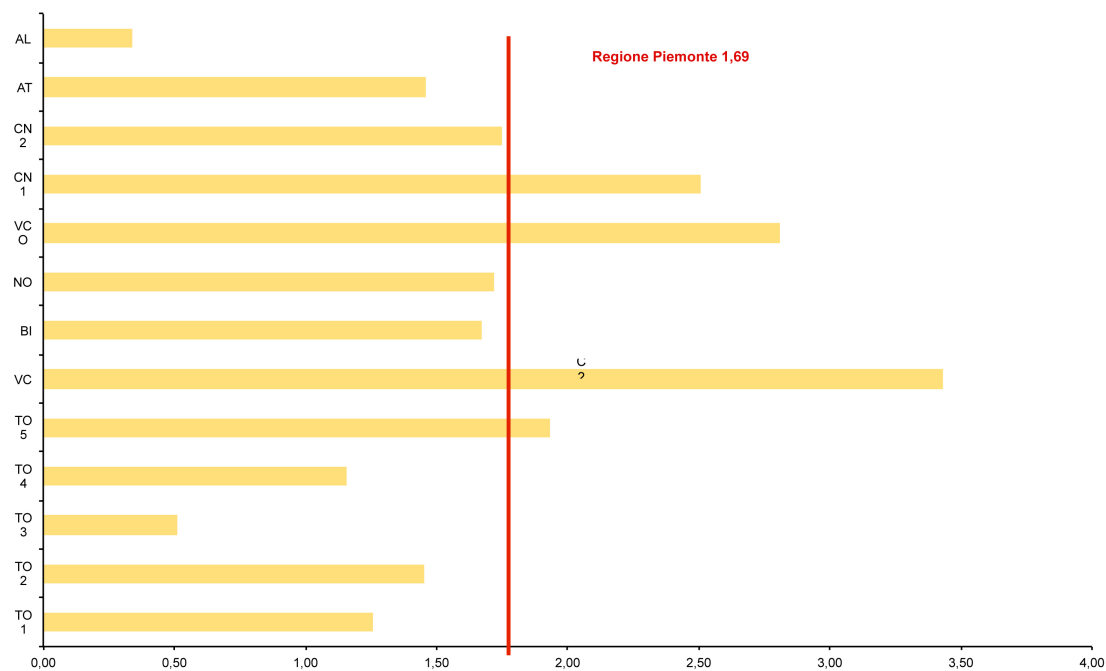
## I Centri Diurni a Direzione Dipartimentale e Privati Autorizzati

Il *Centro Diurno*, struttura semiresidenziale con funzioni terapeutico/riabilitative, secondo le indicazioni del POTSM, dovrebbe essere presente con un tasso di riferimento di 1/150.000 abitanti; complessivamente nel territorio regionale lo standard rilevato è di 1,69/150.000 abitanti. Tuttavia la distribuzione nelle ASL non è omogenea e sembra derivare dalle scelte strategiche piuttosto che dalle caratteristiche dei territori interessati. Solo tre DSM hanno un tasso superiore a 2. Due DSM registrano tassi inferiori a 1.

**Fig. 7 Numero di Centri Diurni suddivisi per ASL**



**Fig. 8 Numero Centri Diurni ogni 150.000 abitanti**

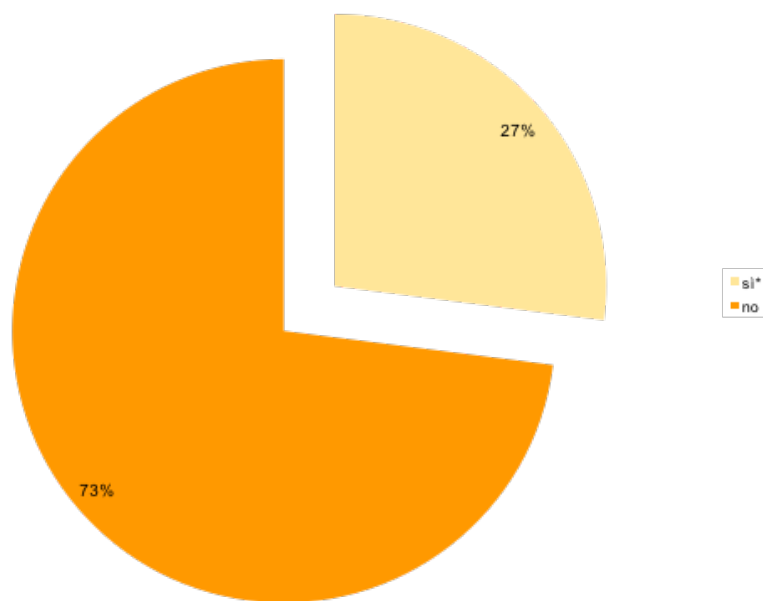




## Le Strutture Semplici o Complesse non di Psichiatria

Solo il 27% dei DSM ha delle strutture semplici o complesse non psichiatriche, per lo più di psicologia. Nella regione Piemonte si era ipotizzato di inserire i Servizi per le Dipendenze nei DSM ma la riorganizzazione territoriale del 2015 ha escluso tale possibilità. Di fatto i DSM, in Piemonte, sono nel 70% dei casi dei Dipartimenti di Psichiatria e nel rimanente 27% di Psichiatria e Psicologia. I DSM che al momento della rilevazione hanno dichiarato di disporre di Strutture Complesse di Psicologia sono Vercelli e Alessandria. L'ASL Cn1 ha una Struttura Semplice Dipartimentale all'interno del Dipartimento.

Fig. 9 Presenza di Strutture Semplici e/o Complesse non di Psichiatria al 31.12.15



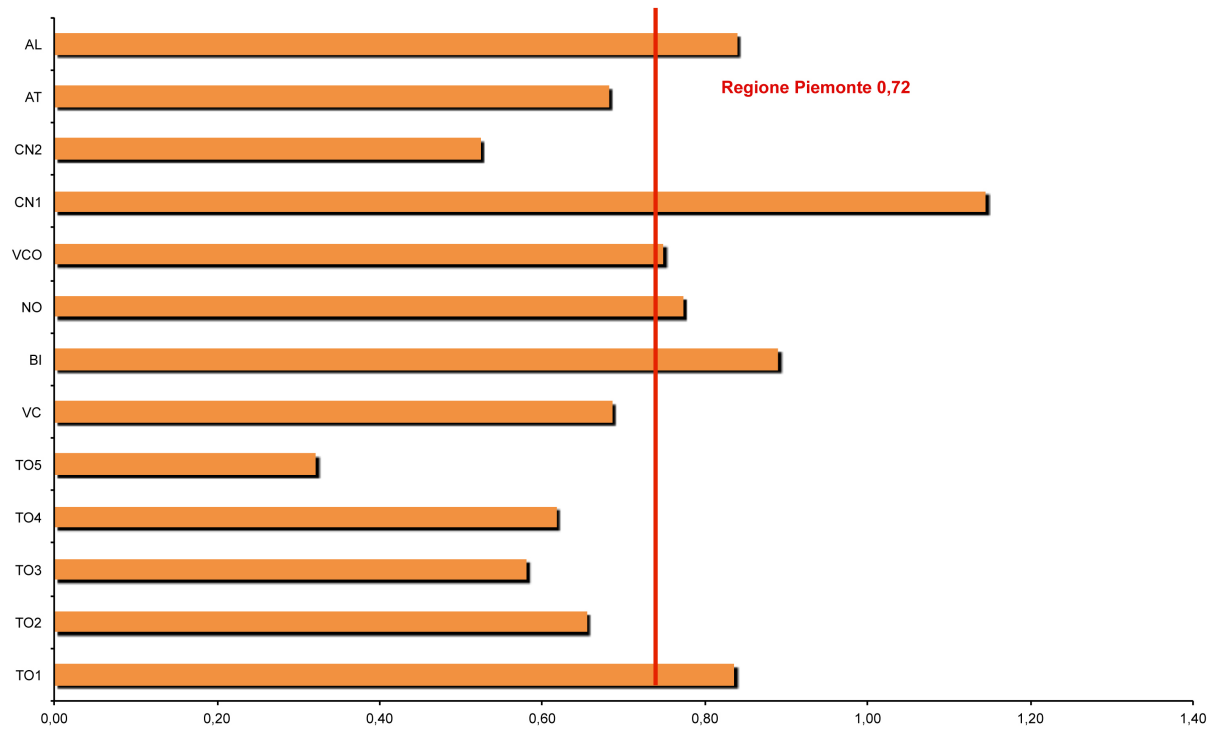
\*Sono state rilevate Strutture Semplici di Psicologia (ASL BI-VC-VCO, ASL AL, ASL CN1)

## Dentro l'ospedale: il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)

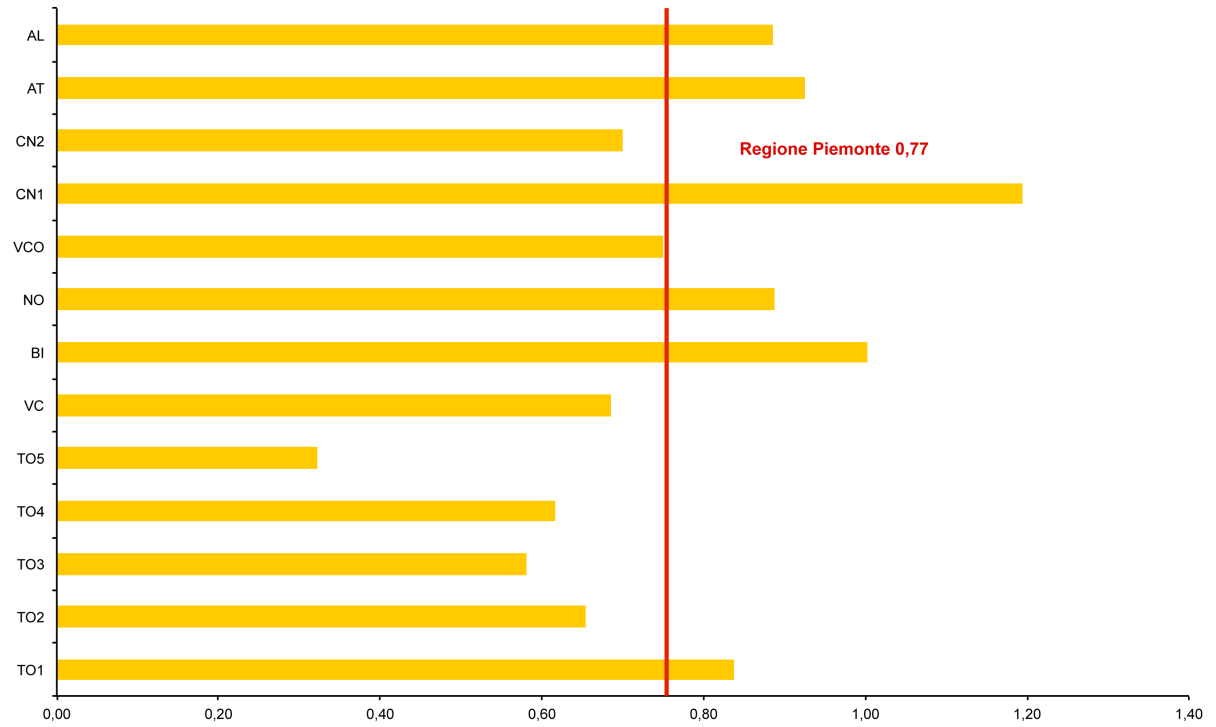
Lo standard di riferimento del POTSM è di un posto letto ospedalieri di psichiatria ogni 10.000 abitanti, comprendente sia quelli degli SPDC che quelli dei Day Hospital (DH).

In Piemonte, solo il DSM dell'ASL CN1 raggiunge lo standard normativo richiesto; la media per la Regione è di 0,77/10.000 ab. (comprendendo i posti in DH). Particolarmente problematica la situazione della ASL TO5 che ha un tasso di posti letto per 10.000 abitanti pari a 0.32, oltre il 50% in meno della media regionale

**Fig. 10 Posti Letto SPDC ogni 10.000 abitanti**



**Fig. 11 Posti Letto SPDC e Day Hospital ogni 10.000 abitanti**



## CAPITOLO 3

### SALUTE MENTALE E RISORSE

L'obiettivo del capitolo è quello di rilevare le risorse a disposizione della Salute Mentale in Piemonte, finanziarie e personale. In entrambi i casi è stato necessario integrare le fonti informative ufficiali (documenti contabili per le risorse finanziarie e Conto Annuale per il personale) con informazioni provenienti da rilevazioni ad hoc condotte nel 2016 nei DSM delle ASL piemontesi.

In entrambi i casi i valori osservati sono inferiori agli standard posti.

Prioritario viene considerato il monitoraggio delle risorse oggi destinate all'attività di residenzialità psichiatrica: la loro razionalizzazione consentirà di sviluppare i servizi nella direzione richiesta dall'evoluzione dei bisogni.

#### SERVONO PIÙ RISORSE PER LA SALUTE MENTALE

Nella popolazione europea i disturbi mentali rappresentano di gran lunga la principale categoria di malattie croniche, pari a poco meno del 40 %. La salute mentale può avere effetti significativi sull'economia, comportando costi e oneri sia per i singoli cittadini sia per la società, che sono stati commisurati al 3-4 % del Prodotto Interno Lordo dei Paesi dell'Unione Europea<sup>15</sup>, dovuti sia ai costi diretti, sia a quelli indiretti, in particolare la ridotta produttività e gli anni di vita persi per disabilità o morte prematura.

La dimensione della salute mentale appare essere quella più influenzata dalle condizioni di insicurezza legate alla crisi economica: la letteratura internazionale riporta evidenza robuste circa gli effetti della crisi sulla salute mentale <sup>16</sup>.

Una recente revisione della letteratura internazionale<sup>17</sup> ha analizzato gli articoli pubblicati tra gennaio 2009 e luglio 2015, concernenti gli effetti sulla salute della crisi economica iniziata nel 2008, nei paesi a cosiddetto "alto reddito". Gli studi provenienti da numerosi paesi (Australia, Canada, Francia, Grecia, Ungheria, Islanda, Irlanda, Italia, Slovenia, Spagna, Svezia, Regno Unito e Stati Uniti, compresi alcuni studi multinazionali) sono concordi nel riportare un peggioramento in almeno un indicatore di salute mentale in associazione con la crisi economica.

Un'analisi italiana<sup>18</sup> mostra un aumento dei decessi correlati a patologie mentali e un aumento dei disturbi comportamentali attribuiti alla crisi, per complessivi 548 morti in eccesso tra 2008 e il 2010.

<sup>15</sup> Gabriel P., Liimatainen M.R. (2000), *Mental Health in the workplace*, Geneva, International Labour Office

<sup>16</sup> Si vedano a questo proposito le analisi condotte dall'Ires in sede di predisposizione della Relazione Socio Economica 2017 (<http://www.ires.piemonte.it/index.php/relazione-annuale-2017>) e nell'articolo di Viberti G., *Ricerca e conoscenza sui temi della salute mentale in Piemonte: dai processi di cura ai percorsi di salute*, in *Informaires* n. 49

<sup>17</sup> Marina Karanikolos, Pia Heino, Martin McKee, David Stuckler, Helena Legido-Quigley, *Effects of the Global Financial Crisis on Health in High-Income Oecd Countries: A Narrative Review*, in *International Journal of Health Services* 2016, Vol. 46(2) 208-240.

<sup>18</sup> De Vogli R, Marmot M, Stuckler D. *Excess suicides and attempted suicides in Italy attributable to the great recession*. *J Epidemiol Community Health*. 2013;67(4):378-379

Secondo i dati riportati nel Primo Rapporto Nazionale sulla Salute Mentale diffuso nel dicembre 2016 dal Ministero della Salute, il Piemonte spendeva, per i servizi di salute mentale, nel 2015, 66,6 euro per residente, circa il 10 % in meno dei 73,8 euro pro capite media nazionale.

Le indicazioni della programmazione sanitaria nazionale prevedono che alla salute mentale sia dedicato almeno il 5 % del totale della spesa sanitaria pubblica. Nel 2015 tale percentuale era del 3,13 % in Piemonte, a fronte del 3,49 % media nazionale. Nelle Regioni italiane si passa dal 2,17 % speso in Basilicata per la salute mentale sul totale della spesa sanitaria pubblica al 6,26% della Provincia Autonoma di Trento.

I flussi informativi esistenti, tratti dai documenti di bilancio, non forniscono ancora dati attendibili che consentano di approfondire le diverse componenti della spesa per la salute mentale distribuita nelle ASL piemontesi: è possibile desumere prime indicazioni da un'indagine svolta sui costi della residenzialità psichiatrica e riportata di seguito: l'attenzione e l'analisi di dettaglio dei costi della residenzialità psichiatrica consentono di individuare le risorse utili per sviluppare alternative alla residenzialità e recuperare le abilità personali dei pazienti.

## LAVORARE AL BUDGET DELLA RESIDENZIALITÀ, PRESUPPOSTO PER “LIBERARE” RISORSE

La spesa per la residenzialità rappresenta oggi la voce del budget più significativa sotto il diretto governo dei Dipartimenti di Salute Mentale.<sup>19</sup>

Complessivamente il costo della residenzialità in Piemonte è pari a 98,2 milioni di Euro, dei quali:

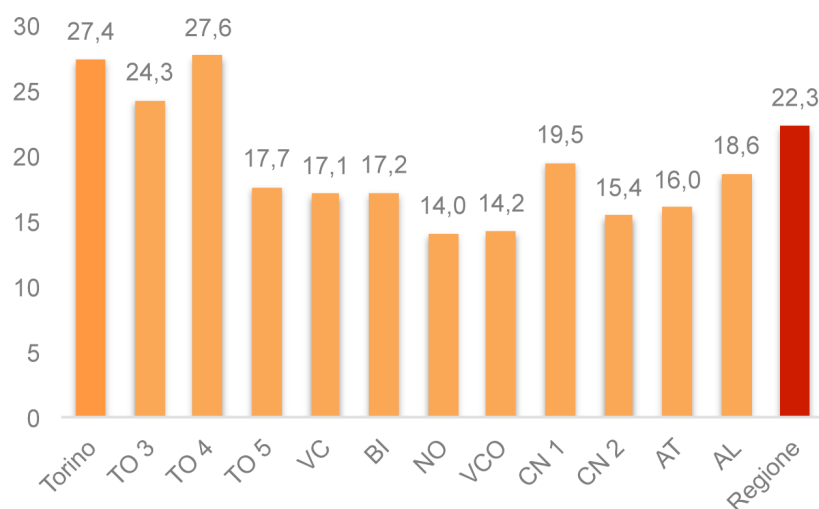
- Il 41% (40,8 milioni di euro) per l'assistenza in Comunità Protette (di tipo A e B)
- Il 38 % (37,8 milioni di euro) per l'assistenza in Comunità Alloggio/Gruppi Appartamento
- Il 4,3 % (4,1 milioni di euro) per l'assistenza in compartecipazione con altri servizi (SERD, Distretto, Neuropsichiatria Infantile...)
- Il 12,6 % (12,5 milioni di euro) per l'assistenza in strutture socio assistenziali e altro.
- Il 4,6 % (4,5 milioni di euro) finalizzati all'erogazione di assegni terapeutici per integrazione della retta alberghiera in strutture sia psichiatriche che socio assistenziali.

I costi pro capite fanno rilevare una grande difformità tra le ASL piemontesi sia nell'analisi della spesa complessiva sia in quella per tipologia di struttura, in parte spiegata dalla presenza storica di strutture.

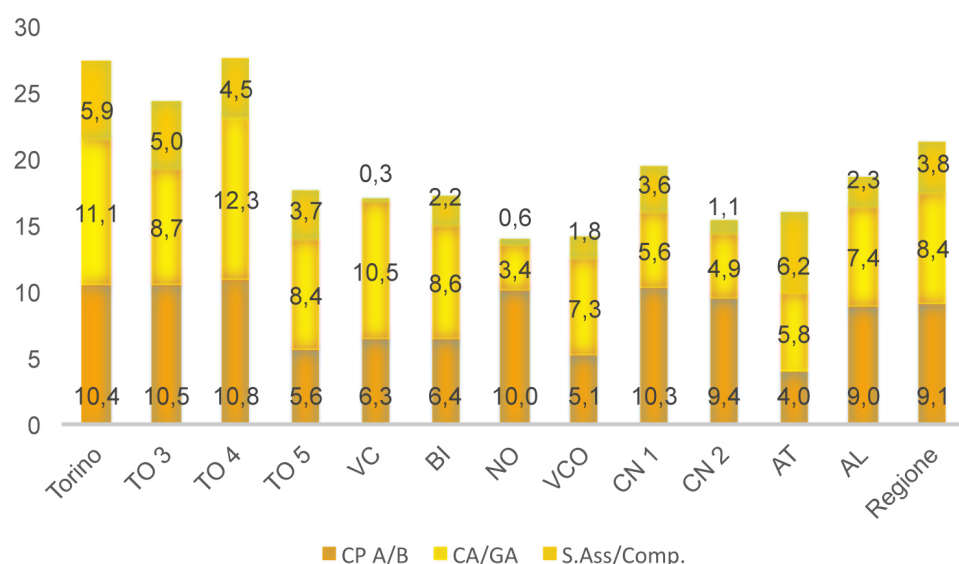
La disponibilità dei dati di spesa per l'assistenza territoriale consentirà di effettuare valutazioni sul mix dei servizi erogati.

<sup>19</sup> I dati utilizzati, riferiti al 2016, sono stati direttamente forniti dai DSM e integrati con le risultanze del controllo di gestione della Regione Piemonte per quanto attiene ai capitoli di spesa extralea.

**Fig. 1 Costo della residenzialità 2016 – Euro pro capite**



**Fig. 2 Costo della residenzialità per tipologia - 2016 – Euro pro capite**



Le tariffe applicate per le varie strutture (CP A/B – CA/GA) risultano notevolmente difformi. Anche per quanto riguarda la partecipazione degli utenti al pagamento delle rette nelle strutture socioriabilitative, la situazione è molto diversificata. Solo alcune ASL (TO 1/2, TO3, TO5, VC, BI, VCO, NO, CN2) prevedono tale partecipazione applicando modalità diverse di calcolo della stessa. Complessivamente tale contributo è pari a circa 2,8 Milioni di Euro.

## IL PERSONALE NEI DSM È INFERIORE AGLI STANDARD

Il personale dei DSM, rilevato con il questionario presentato nel capitolo 2, comprende quello presente nei servizi ambulatoriali (CSM), semiresidenziali (CD e DH) e ospedalieri (SPDC). Il personale operante nelle strutture residenziali gestito direttamente o in convenzione dal DSM non è stato oggetto della rilevazione condotta nel 2016 e illustrata nel capitolo 2.

Lo standard di riferimento per il personale del DSM previsto nel POTSM (1 operatore/1500 abitanti) dovrebbe comprendere anche quel personale dipendente ASL o del privato accreditato che opera nelle strutture residenziali. Il tasso regionale di tutti gli operatori censiti, presenti nel DSM è di 0,70 /1.500 abitanti. Verosimilmente anche sommando gli operatori delle residenze territoriali si raggiungerebbe un tasso inferiore al 0,8/1500 abitanti e, quindi, inferiore a quello auspicato dal POTSM. Peraltro dai dati provenienti dalla rilevazione nazionale effettuata con SISMAS il tasso regionale del personale risulterebbe addirittura inferiore.

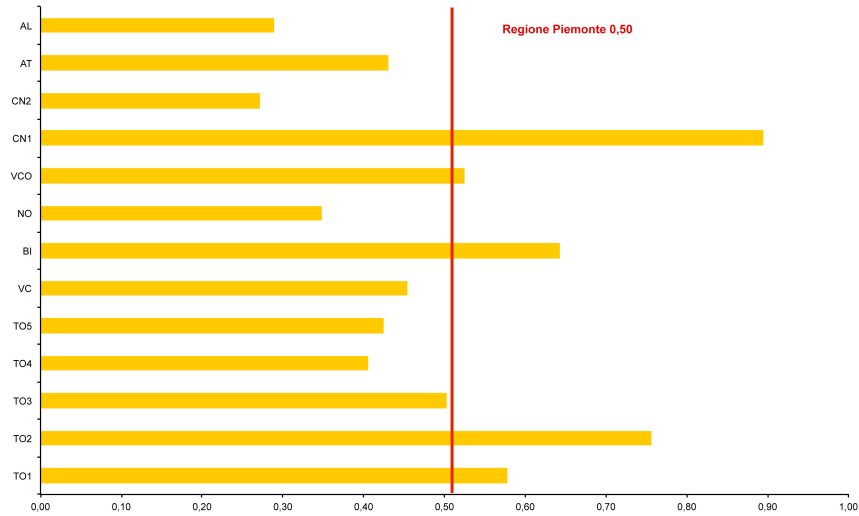
I DSM sono al di sotto dello standard auspicato dal POTSM con ben otto ASL sotto il valore di 0,5/1500 abitanti. La categoria professionale più rappresentata, sul territorio, è quella degli infermieri, seguita dai medici, quindi gli educatori professionali con i tecnici della riabilitazione psichiatrica, gli psicologi, gli operatori sociosanitari, gli assistenti sociali e gli amministrativi. Anche questa distribuzione varia notevolmente tra i DSM delle diverse ASL.

L'alto tasso di personale per abitanti riscontrato per il DSM CN1, di fatto l'unico superiore allo standard di un operatore ogni 1.500 abitanti, può essere giustificato dal peculiare assetto adottato, che prevede la presenza di cinque strutture residenziali accreditate a gestione diretta. In tali strutture opera personale dipendente che è attivo, parzialmente, anche in ambito ambulatoriale. Questa parte di organico è conteggiata nelle tabelle che seguono, con un effetto sovrastimante rispetto ai dipartimenti la cui attività residenziale è acquistata presso strutture private accreditate.

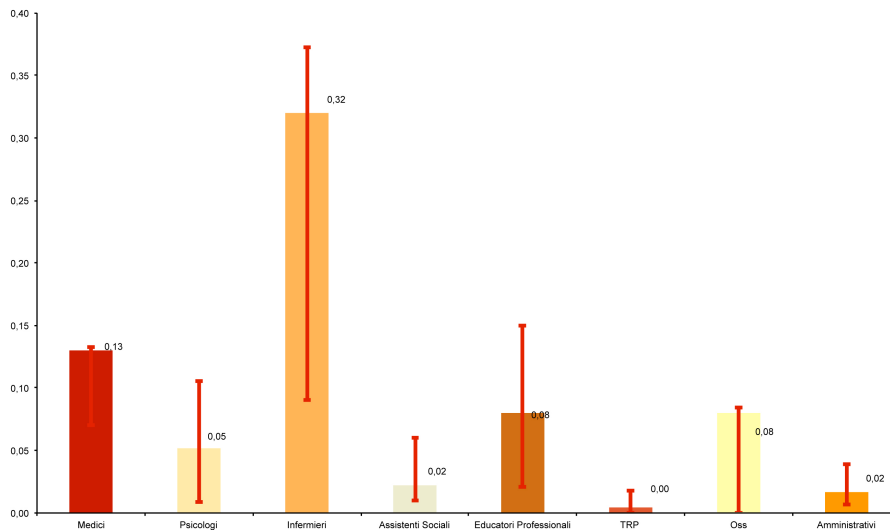
**Fig. 3 Personale DSM (compresi SPDC) ogni 1.500 abitanti**



**Fig. 4 Personale Ambulatoriale e Semiresidenziale ogni 1.500 abitanti**

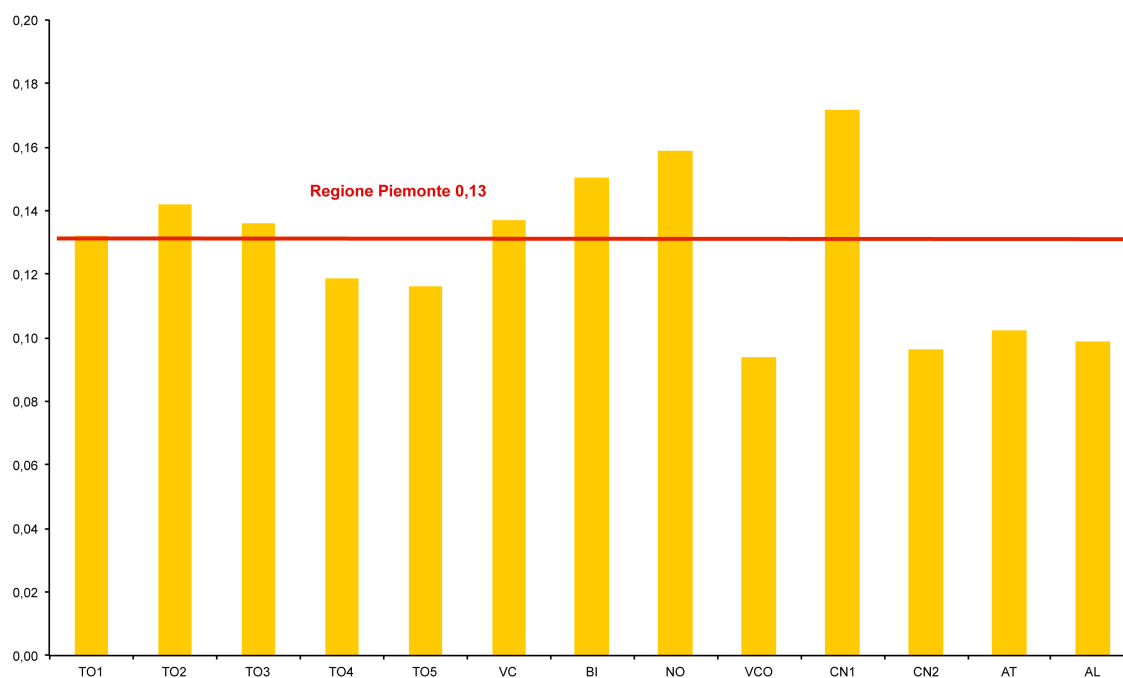


**Fig. 5 Personale DSM (compresi SPDC) ogni 1.500 abitanti per categoria professionale: media regione e valori minimi e massimi**

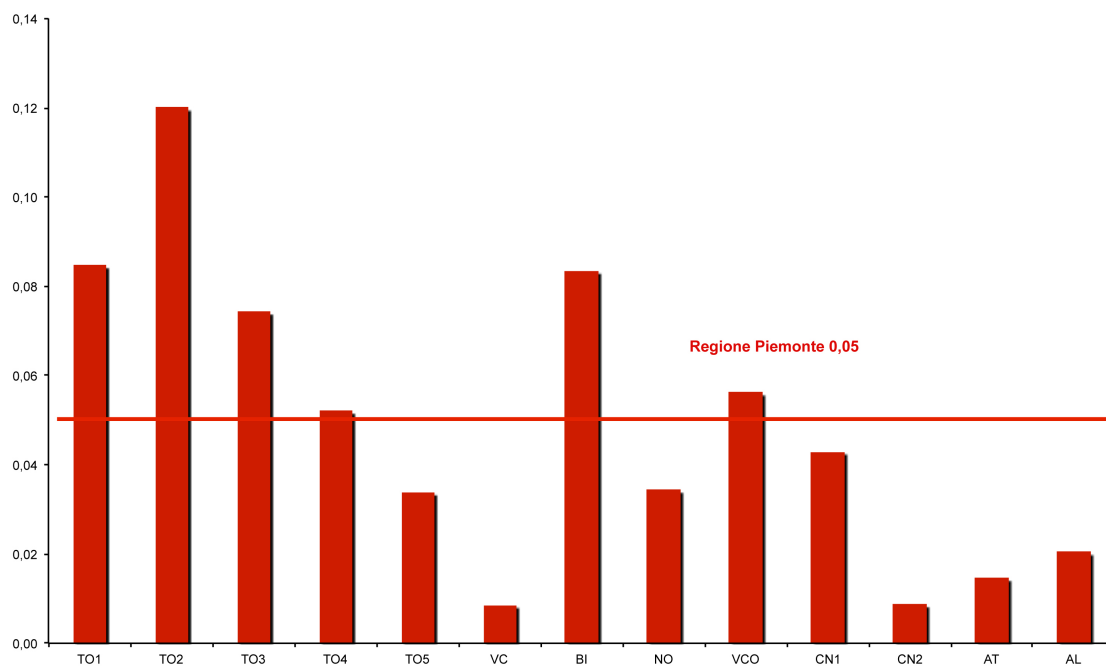


In conclusione si conferma, a livello regionale, una notevole differenza di dotazione di personale e delle strutture tra le ASL, nonostante la normativa di riferimento nazionale e regionale per gli standard del DSM sia la stessa. Questa variabilità potrebbe derivare dalla storia dei singoli DSM, dalla loro insistenza su territori urbani o rurali e dalle politiche sanitarie di ciascuna azienda sanitaria. La diffusione di SISMAS e la rilevazione annuale informatizzata sulla salute mentale potrebbe svolgere una funzione di confronto tra pari che omogenizza e migliorare l'assistenza psichiatrica regionale.

**Fig. 6 Medici DSM (compresi SPDC) ogni 1.500 abitanti**

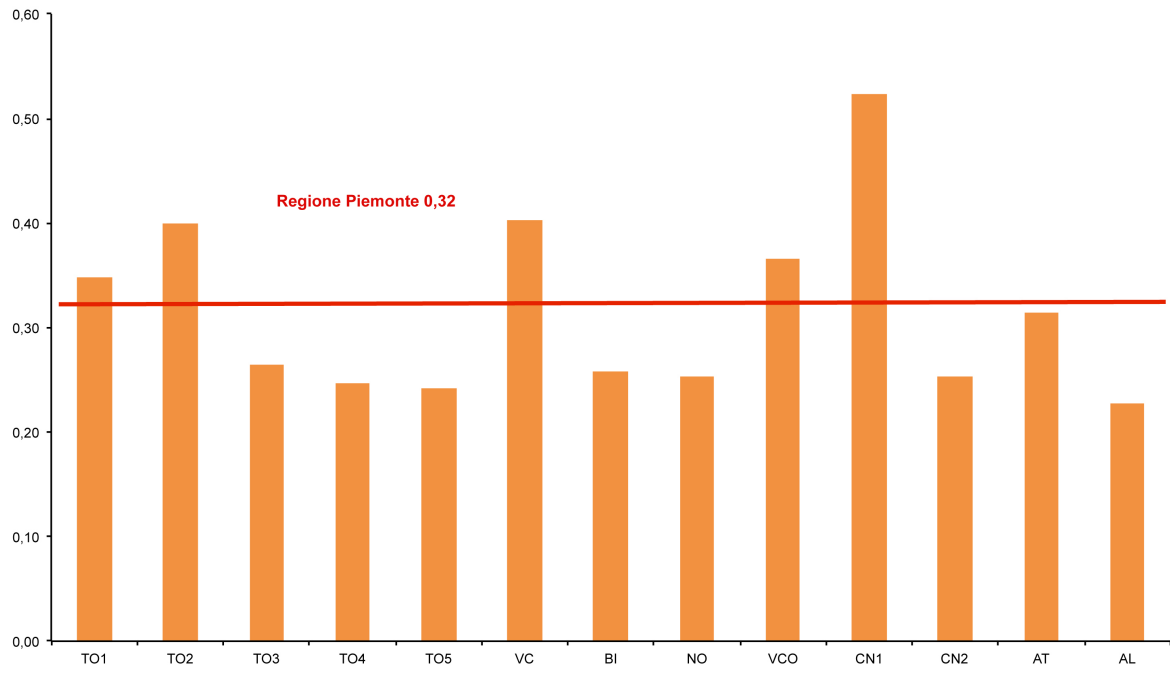


**Figura 7 - Psicologi DSM (compresi SPDC) ogni 1.500 abitanti**





**Figura 8 - Infermieri DSM (compresi SPDC) ogni 1.500 abitanti**





# CAPITOLO 4

## I LIVELLI DI ASSISTENZA DELLA SALUTE MENTALE IN PIEMONTE

Il capitolo descrive le principali attività erogate nei DSM delle ASL piemontesi, circa 57.000 utenti nel 2015, 43,7 % maschi e 56,3 % donne. Di questi, 2.869 hanno fatto ricorso a ricoveri in strutture residenziali e 8.443 in strutture ospedaliere. Nello stesso anno i Centri di Salute mentale hanno erogato 719.435 prestazioni.

Sono in corso lavori di pulitura e approfondimento sui dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale, finalizzati a produrre un quadro completo e di dettaglio.

### I LEA DELLA SALUTE MENTALE: UN QUADRO IN EVOLUZIONE

I **nuovi Livelli Essenziali di Assistenza**<sup>20</sup> prevedono l'erogazione di "Percorsi assistenziali integrati alle persone con disturbi mentali", garantiti dal Servizio sanitario nazionale attraverso la presa in carico multidisciplinare e un Programma terapeutico individualizzato - per intensità, complessità e durata - che include prestazioni mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e riabilitative negli ambiti di attività:

- Individuazione precoce e proattiva del disturbo
- Accoglienza e Valutazione diagnostica multidisciplinare
- Definizione, attuazione e verifica del programma terapeutico-riabilitativo e socio-riabilitativo
- Visite psichiatriche
- Prescrizione e somministrazione di terapie farmacologiche
- Colloqui, psicologico-clinici, di orientamento e sostegno alla famiglia
- Psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo)
- Interventi terapeutico-riabilitativi e socio-educativi volti a favorire il recupero dell'autonomia
- Interventi di sostegno per pazienti, familiari, rete sociale formale e informale
- Consulenza specialistica e collaborazione con i reparti ospedalieri e gli altri servizi distrettuali
- Collaborazione con medici di medicina generale, servizi per le dipendenze patologiche (SERT)
- Progettazione coordinata e condivisa del percorso di continuità assistenziale dei minori.

I nuovi LEA individuano, all'interno di ogni progetto terapeutico e riabilitativo, una sequenza di processi improntati sulla continuità delle cure, continuità relazionale operatore-paziente, coordinamento tra setting assistenziali, operatori e prestazioni, nonché continuità informativa.

<sup>20</sup> DPCM 12 gennaio 2017, articolo 26 "Assistenza socio sanitaria alle persone con disturbi mentali"

## IL SISTEMA INFORMATIVO SALUTE MENTALE (SISM): UN SISTEMA INFORMATIVO “IN RODAGGIO”

Le informazioni relative ai percorsi delle persone con disturbi mentali sono desumibili dai dati contenuti nel Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM). Qualche precisazione di seguito sulle sue caratteristiche.

### Il percorso del SISM dalla sua nascita ad oggi

**2010 (15 ottobre):** è stato istituito, nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario, il Sistema informativo per la salute mentale (SISM);

**2012:** è stato predisposto, da parte del Ministero della Salute, il Disciplinare contenente le specifiche per l'invio dei dati;

**2013:** primo invio dei dati contenuti negli archivi SISM al Ministero della Salute (il Piemonte ha inviato i dati per 500 contatti); il Piemonte ha iniziato a integrare il SISM con informazioni che consentano di seguire l'organizzazione dei servizi e le caratteristiche degli utenti (Schede di valutazione...)

**2015:** il Ministero della Salute ha avviato la verifica sulla qualità dei dati

**2016:** il Ministero della Salute ha presentato il **Primo Rapporto Nazionale Salute Mentale;**

La Direzione Sanità della Regione Piemonte ha avviato i corsi di formazione sul SISM e prosegue nelle operazioni di verifica della qualità dei dati in collegamento con il Ministero della Salute.

### Obiettivi del SISM

Il SISM è mirato a rilevare le informazioni riguardanti le caratteristiche delle persone sottoposte a trattamenti per le patologie riconducibili all'ambito della salute mentale, attraverso la creazione di una base dati integrata incentrata sul paziente. È stato realizzato per monitorare gli interventi sanitari erogati alle persone adulte con problemi psichiatrici ed alle loro famiglie.

Il sistema è finalizzato a:

- Monitoraggio dell'attività dei servizi, con analisi del volume di prestazioni;
- Valutazioni epidemiologiche sulle caratteristiche dell'utenza e sui piani di trattamento;
- Supporto alle attività gestionali dei DSM per valutare grado di efficienza e utilizzo delle risorse;
- Supporto alla costruzione di indicatori di struttura, processo ed esito sia a livello regionale che nazionale;
- Supporto a sistemi di finanziamento;
- Supporto alla ricerca e al miglioramento continuo della qualità

Il sistema, nel rispetto della privacy dei cittadini-utenti, è concepito per costituire una base dati integrata, incentrata sul paziente, dalla quale rilevare informazioni sia a livello di azienda sanitaria che di regione. L'organizzazione della raccolta dei dati individuali, così come il cittadino li genera nelle varie fasi del suo rapporto col SSN, permette una valutazione di efficacia, efficienza e appropriatezza delle organizzazioni sanitarie e dei trattamenti dalle stesse attivati in risposta ai bisogni di salute dell'utenza. Il sistema mira alla piena condivisione delle informazioni tra aziende sanitarie, regioni e amministrazioni centrali.

## Le caratteristiche del SISM

Con il D.M. 15/10/ 2010 viene regolamentato il flusso di alimentazione che prevede la raccolta di informazioni inerenti:

- strutture del DSM
- cliniche psichiatriche universitarie
- strutture private a direzione tecnica del DSM
- strutture private (e privato sociale) convenzionate nel territorio del DSM

Le informazioni contenute riguardano:

- dati anagrafici dei pazienti dei Dipartimenti di Salute Mentale
- dati relativi al processo di presa in carico (caratteristiche dei contatti)
- dati relativi alle prestazioni erogate (compresa la somministrazione di farmaci).

## Le principali criticità del SISM

Le informazioni contenute nel SISM, che legge pratiche e modalità organizzative differenti nei diversi DSM, sono “oggettivamente” disomogenee.

Il SISM sta ancora scontando le difficoltà del passaggio da più sistemi informativi adottati dalle diverse Aziende Sanitarie ad un unico sistema regionale.

Il Ministero della Salute ha iniziato solo dal 2015 ad effettuare controlli sulla qualità delle informazioni.

## I numeri dei Dipartimenti di Salute Mentale in Piemonte (al 2015)

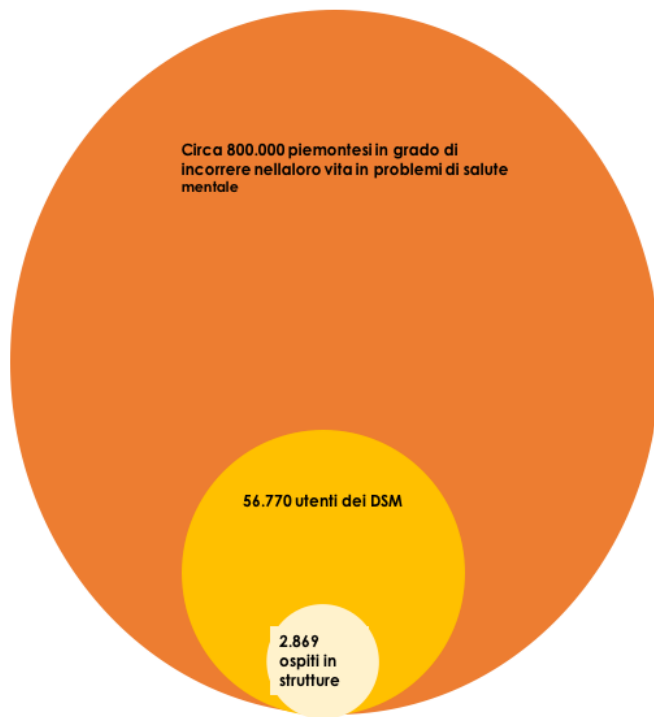
Nel 2015, secondo le informazioni ricavate dagli archivi regionali del Sistema Informativo per la Salute Mentale <sup>21</sup>, si osservano in Piemonte poco meno di 57.000 pazienti afferenti ai Dipartimenti di Salute Mentale. Di questi, 2.869, il 5 % del totale, sono ricoverati in strutture residenziali.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità <sup>22</sup> tra i pazienti che si rivolgono ai servizi uno su quattro ha problemi mentali, neurologici o di disordini comportamentali, ma queste patologie non vengono diagnosticate né tantomeno trattate: circa 800.00 piemontesi, quindi, in grado di incorrere nella loro vita in problemi di salute mentale.

---

<sup>21</sup> I dati potrebbero non coincidere con quelli diffusi dal SISM nazionale, interrogato in tempi diversi per la predisposizione del Primo Rapporto Nazionale Salute Mentale.

<sup>22</sup> WHO (2016), WHO urges more investments, services for Mental Health, 2016



## La presa in carico territoriale: utenti e patologie

Nel 2015 gli utenti di età superiore ai 18 anni trattati nei Dipartimenti di Salute Mentale piemontesi con almeno una prestazione nell'anno sono stati 56.770: 24.798 uomini (43,7%) e 31.972 donne (56,3%).

Il tasso degli utenti trattati, 164/10.000 abitanti, superiore al valore medio nazionale di 159, fa rilevare una forte variabilità tra le ASL, evidenziata in tabella 1. Tra gli uomini si passa dai 109 utenti ogni 10.000 abitanti dell'ASL TO5 ai 168 dell'ASL Cn1; tra le donne da 132 dell'ASL Alessandria a 218 dell'ASL Cn1.

Negli uomini aumenta l'afferenza ai DSM con l'età, dai 18-19 anni (94,76/10.000) ai 50-54 anni (184,84) per diminuire nelle età successive fino agli ultra ottantenni (88,72). Nelle donne si osserva la stessa progressione, con valori più elevati nelle classi di età centrali: il tasso aumenta dai 18-19 anni (93,15/10.000) ai 55-59 anni (223,63) per diminuire nelle età successive fino alle ultra ottantenni (107,65).

L'11% degli utenti dei Dipartimenti di Salute Mentale di sesso maschile e l'8% delle donne hanno meno di 30 anni. Il 19% degli uomini e il 27% delle donne hanno più di 64 anni.

**Tab. 1 Utenti dei Dipartimenti di Salute Mentale per genere e per ASL. Tasso standardizzato per 10.000 residenti – Piemonte 2015**

	Uomini	Donne	Uomini	Donne
ASL	N	N	Tasso standardizzato/ 10.000	Tasso standardizzato/ 10.000
TO	4.671	5.729	132,59	144,09
TO3	3.075	3.777	129,73	145,96
TO4	2.923	3.865	139,17	169,83
TO5	1.367	1.861	109,42	137,14
VC	1.079	1.424	153,11	185,03
BI	1.102	1.391	160,60	180,86
NO	2.067	2.905	145,74	190,69
VCO	1.155	1.585	164,04	207,20
CN1	2.853	3.861	168,42	218,17
CN2	1.073	1.478	155,15	202,70
AT	1.161	1.486	138,99	165,47
AL	2.272	2.610	125,70	132,18
Piemonte	24.798	31.972	139,16	164,49

Fonte: SISM – Elaborazione SEPI

Le patologie degli utenti trattati, pur con le dovute cautele imposte dalle caratteristiche dei dati descritte sopra, ricalcano la tendenza nazionale, con tre eccezioni:

- la depressione, meno presente tra gli utenti piemontesi, con una tendenza che segue quella nazionale della maggior presenza tra le donne;
- sindromi nevrotiche e somatoformi, anch'esse meno presenti in Piemonte, anche in questo caso con una tendenza omogenea rispetto a quella nazionale di una maggior presenza tra le donne;
- diagnosi non psichiatriche, tra le quali si annidano molti casi di pazienti senza diagnosi: in Piemonte sono più elevate rispetto al livello nazionale.

**Tab. 2 Prevalenza degli utenti trattati dai Dipartimenti di Salute Mentale per gruppo diagnostico – Tassi per 10.000 abitanti – Piemonte vs Italia - 2015**

Livello Territoriale	Genere	Alcolismo e tossicomanie	Altri disturbi psichici	Demenze e disturbi mentali organici	Depressione	Diagnosi non psichiatrica	Disturbi della personalità e del comportamento	Mania e disturbi affettivi bipolari	Ritardo mentale	Schizofrenia e altre psicosi funzionali	Sindromi nevrotiche e somatoformi	TOTALE
PIEMONTE	Maschio	3,08	4,48	4,56	18,01	52,84	11,08	11,15	5,14	30,75	11,20	152,30
	Femmina	0,78	7,72	6,27	31,91	58,61	11,18	13,76	3,74	24,36	15,96	174,29
	TOTALE	1,88	6,17	5,45	25,27	55,85	11,13	12,51	4,41	27,41	13,69	163,78
ITALIA	Maschio	3,75	5,70	5,85	26,59	27,86	11,30	10,53	4,84	36,20	18,94	151,55
	Femmina	1,16	9,25	7,32	47,28	25,02	9,98	13,13	3,07	25,88	24,50	166,59
	TOTALE	2,40	7,55	6,62	37,36	26,38	10,61	11,89	3,92	30,83	21,83	159,38

Fonte: Primo Rapporto Nazionale Salute Mentale - 2016

Le 719.345 prestazioni ambulatoriali erogate nei Centri di Salute Mentale si distribuiscono disomogeneamente con riferimento alla tipologia: le prime tre tipologie di prestazioni per numerosità – colloqui, somministrazione di farmaci e visite psichiatriche – rappresentano il 67,8 % del totale delle prestazioni ambulatoriali.

**Tab. 3 Prestazioni territoriali dei Dipartimenti di Salute Mentale per tipologia – Piemonte 2015**

Prestazioni	Valore assoluto	Percentuale
Colloqui	288.896	40,16
Somministrazione farmaci	135.484	18,83
Visite psichiatriche	63.091	8,77
Psicoterapia e colloqui clinico psicologici	54.262	7,54
Interventi di supporto	45.121	6,27
Interventi di rete e per problemi sociali	33.451	4,65
Colloqui con familiari	25.387	3,53
Interventi di risocializzazione	25.361	3,53
Interventi di tipo espressivo	20.471	2,85
Riunioni	13.571	1,89
Valutazioni standardizzate mediante test	8.387	1,17
Consulenze e accertamenti medico legali	5.963	0,83
Totale	719.445	100,00

Fonte: SISM



## LA RESIDENZIALITÀ<sup>23</sup>

Nel 2015 complessivamente i posti occupati in strutture residenziali erano 2.869 (6,74 ogni 10.000 residenti) di cui 2.192 in residenze psichiatriche (4,98/10.000 residenti), così suddivisi:

- 865 Comunità Protette A e B (1,96 ogni 10.000 abitanti)
- 1.326 Comunità Alloggio e Gruppi Appartamento (3,01 ogni 10.000 abitanti).

I pazienti inseriti in presidi "impropri" non previsti dalla programmazione regionale <sup>24</sup> erano 777 (1,76 ogni 10.000 abitanti) di cui

- 515 in presidi socioassistenziali (1,17 ogni 10.000 abitanti) e
- 262 in altre strutture di vario genere (0,59 ogni 10.000 abitanti).

Seppur con le dovute cautele il raffronto con i dati del Primo Rapporto Nazionale sulla Salute Mentale diffuso nel dicembre 2016 dal Ministero della Salute evidenzia:

### Alto utilizzo di strutture non psichiatriche

STRUTTURE non PSICHIATRICHE giornate di degenza x 10.000 abitanti		
Piemonte	Italia	Scostamento %
227	88	61,23

### Basso turn over in strutture psichiatriche

STRUTTURE PSICHIATRICHE utenti dimessi x 10.000 abitanti			STRUTTURE PSICHIATRICHE utenti ammessi x 10.000 abitanti		
Piemonte	Italia	Scostamento %	Piemonte	Italia	Scostamento %
0,40	2,94	-635,00	1,20	3,23	-169,17

L'utilizzo della residenzialità risulta difforme tra le ASL piemontesi, sia per quanto riguarda il numero assoluto sia per la scelta della tipologia di presidio da utilizzare nell'inserimento dei pazienti.

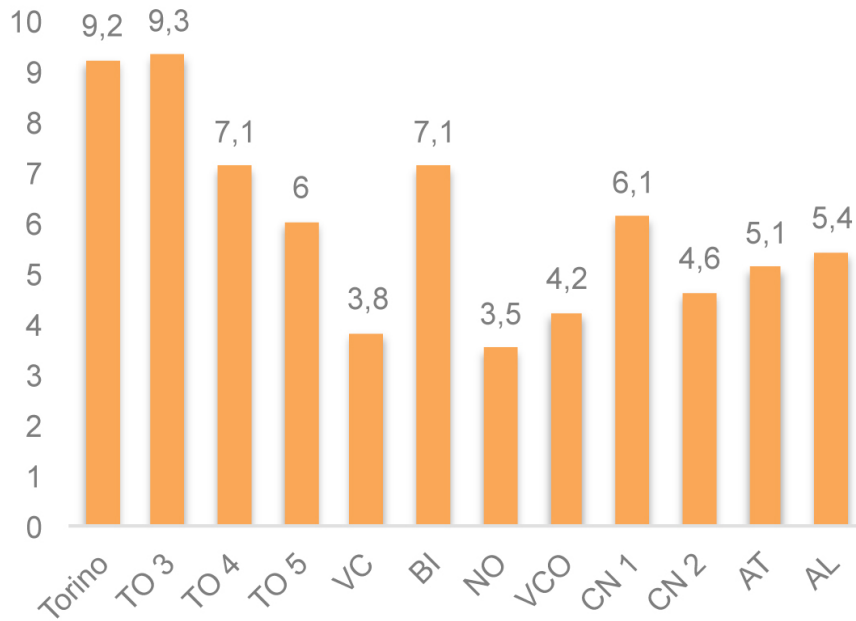
L'opzione della residenzialità risulta più diffusa nelle ASL della Provincia di Torino.

<sup>23</sup> I dati si riferiscono alla rilevazione fatta dalla Regione Piemonte nel settembre 2015. La terminologia usata è quella della DCR 357/1997. I dati in parentesi rappresentano il tasso per 10.000 abitanti.

Le risultanze del censimento regionale sono solo parzialmente confrontabili con quelle del Rapporto Salute Mentale – SISM – 2015 in quanto la rilevazione ministeriale prendeva in considerazione il numero di pazienti transitati nell'intero anno 2015 e perché certamente i flussi della Regione Piemonte presentano ancora delle importanti lacune.

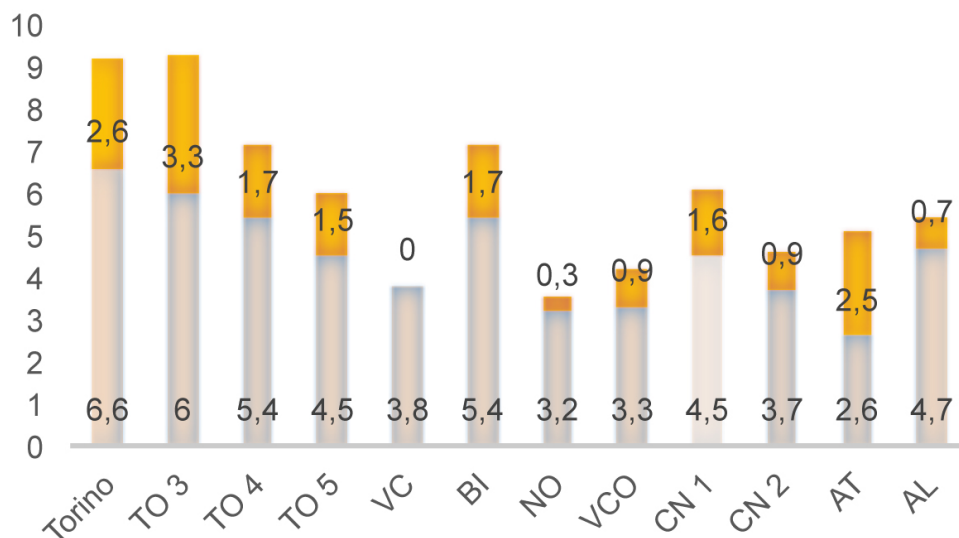
<sup>24</sup> Il riferimento è rappresentato dalla Dcr n. 375 del 1997 "Standard strutturali e organizzativi del Dipartimento di Salute Mentale"

**Fig. 1 Pazienti inseriti in strutture residenziali/10.000 residenti – Settembre 2015**



Fonte SISM

**Fig. 2 Pazienti inseriti in strutture residenziali psichiatriche e altre/10.000 residenti –2015**



■ Pazienti inseriti in strutt. psichiatriche ■ Pazienti inseriti in altre strutt.

Fonte SISM

## L'OFFERTA OSPEDALIERA

Si evidenziano, nel 2015, 8.443 ricoveri distribuiti nei 25 SPDC di cui fanno parte tre ASO (Cuneo, Alessandria, Mauriziano) e tre AOU (Istituzione della Salute di Torino - Molinette, San Luigi di Orbassano e Novara).

**Tab. 4 Posti letto negli SPDC della Regione Piemonte - 2015**

ASL/AO/AOU	Struttura	Posti letto SPDC
TO1	Martini	10
TO2	San Giovanni Bosco	14
	Amedeo di Savoia	13
TO3	Agnelli Pinerolo	10
	Infermi Rivoli	10
TO4	Civico Chivasso	4
	Riuniti Sede di Ciriè	15
	Ivrea	13
TO5	Santa Croce	10
VC	Sant'Andrea	12
NO	SS Trinità	13
BI	Infermi Biella	13
VCO	Stab. Castelli Verbania	12
CN1	Maggiore Savigliano	16
	Mondovì	16
CN2	San Lazzaro Alba	9
AT	Cardinal Massaia	14
AL	Santo Spirito Casale	12
	San Giacomo Novi	11
	Città della Salute - Torino	14
	Mauriziano - Torino	15
	S. Luigi - Orbassano	14
	Maggiore - Novara	15
	Santa Croce - Cuneo	15
	San Biagio - Alessandria	11

Fonte SISIM

Si sottolinea l'estrema disparità del numero di posti letto in base alla popolazione del bacino di riferimento: si va dai 4 posti letto dell'SPDC dell'Ospedale di Chivasso ai 16 dell'ASO Mauriziano. Il "Progetto Obiettivo "Tutela salute mentale 1998-2000 prevedeva il potenziamento dell'offerta assistenziale per i trattamenti psichiatrici volontari e obbligatori in condizioni di ricovero attraverso il raggiungimento dello standard di 16 posti letto per le SPDC ospedaliere e territoriali presenti nei presidi ospedalieri sedi di DEA entro il 31/12/2016; lo standard è stato ripreso nella Direttiva della Regione Piemonte del 2015. La degenza media va dagli 8,13 giorni dell'ASO di Alessandria ai 19,36 del Mauriziano di Torino.

### **Mobilità nei ricoveri indotta dalla disomogeneità nell'offerta?**

Un'ulteriore riflessione meritano i ricoveri dei pazienti che risiedono fuori dal territorio di riferimento delle strutture.

Gli SPDC delle Molinette, S. Luigi di Orbassano, Novara, Mauriziano, S. Giovanni Bosco e Amedeo di Savoia a Torino, Moncalieri, Asti e Casale ricoverano pazienti che risiedono per una percentuale maggiore del 15% fuori dal loro territorio di riferimento.

**Tab. 5 Ricoveri negli SPDC per ASL di residenza e strutture di destinazione – 2015**

ASL/AO/AOU	Struttura	Ricoveri dall'Asl di riferimento	Totale ricoveri	Percentuale ricoveri da fuori ASL di riferimento
TO1	Martini	230	263	12,5
TO2	San Giovanni Bosco	318	379	16,1
	Amedeo di Savoia	383	452	15,3
TO3	Agnelli Pinerolo	251	264	4,9
	Infermi Rivoli	299	329	9,1
TO4	Civico Chivasso	98	99	1,0
	Riuniti Sede di Ciriè	347	386	10,1
	Ivrea	312	352	11,4
TO5	Santa Croce	324	386	16,1
VC	Sant'Andrea	272	313	13,1
NO	SS Trinità	318	356	10,7
BI	Infermi Biella	338	365	7,4
VCO	Stab. Castelli Verbania	265	290	8,6
CN1	Maggiore Savigliano	363	393	7,6
	Mondovì	295	339	13,0
CN2	San Lazzaro Alba	190	212	10,4
AT	Cardinal Massaia	299	449	33,4
AL	Santo Spirito Casale	213	256	16,8
	San Giacomo Novi	275	296	7,1
<b>Città della Salute - Torino</b>				
		256	384	33,3
<b>Mauriziano - Torino</b>				
		246	298	17,4
<b>S. Luigi - Orbassano</b>				
		324	384	15,6
<b>Maggiore - Novara</b>				
		288	341	15,5
<b>Santa Croce - Cuneo</b>				
		414	432	4,2
<b>San Biagio - Alessandria</b>				
		386	425	9,2

Fonte SISM

## Le Case di Cura Neuro Psichiatriche

Le Case di Cura Neuro-Psichiatriche nel 2015 hanno effettuato 6.546 ricoveri, con una degenza media di 32,30 giorni.

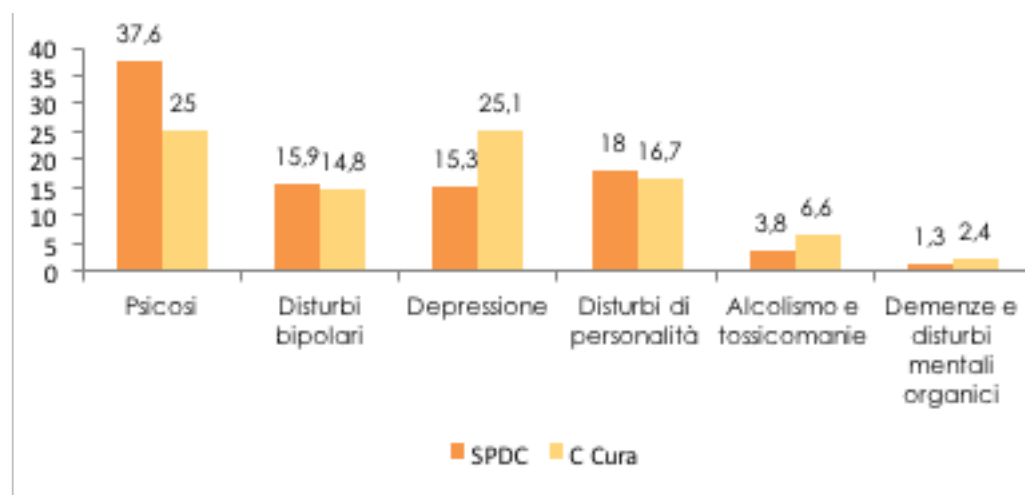
Alcune case di cura ricoverano molti pazienti provenienti da fuori Regione: in particolare la Casa di Cura Villa Cristina - 443 ricoveri, seguita dalla casa di Cura S. Michele di Bra – 90 ricoveri. In totale i ricoveri da fuori regione ammontano a 679.

L'analisi per ASL di residenza evidenzia una forte disomogeneità: si va dai 91 ricoveri dell'ASL VCO ai 1.117 dell'ASL TO 1. Il tasso per 10.000 abitanti varia dai 5 ricoveri per 10.000 residenti di Alessandria ai 23 della Città di Torino (ASL TO 1 e TO 2).

**Tab. 6 Ricoveri nelle Case di Cura psichiatriche – Piemonte 2015**

ASL	Struttura	Posti letto riabilitazione	Posti letto CAVS	Ricoveri maschi	Ricoveri femmine	Ricoveri totali	Degenza media
TO3	Villa Patrizia	25	25	237	238	475	31,0
	Ville Augusta	80	40	494	591	1085	29,5
TO4	Ville Turina Amione	120	31	594	887	1481	32,2
TO5	Villa di Salute	65	15	349	401	750	39,7
NO	Villa Cristina	110		532	600	1132	31,7
BI	San Giorgio	28	16	194	229	423	33,3
CN2	Città di Bra	11		160	212	372	34,7
	San Michele	54		404	424	828	26,3

Fonte SISM

**Fig. 3 Le diagnosi in dimissione dagli SPDC e dalle Case di Cura – Percentuale sul totale delle diagnosi – Piemonte 2015**

Fonte SISM

Le diagnosi in dimissione dagli SPDC sono rappresentate:

- per il 37,6% da Psicosi,
- per il 15,9% da Disturbi Bipolari,
- per il 15,3% da Depressione,
- per il 18% da Disturbi di personalità,
- per il 3,8% da Alcolismo e Tossicomanie,
- per l'1,3% da Demenze e Disturbi mentali organici.

Le SDO delle Case di Cura presentano:

- un 25% di Psicosi,
- il 14,8% di Disturbi Bipolari,
- il 18,7% Disturbi di personalità,
- il 6,6% Alcolismo e Tossicomanie,
- il 2,4% Disturbi Mentali Organici.

Le Case di Cura di grandi dimensioni, circa 500 posti letto, destinate alla post acuzie ospedaliere, svolgono attività di ricovero e riabilitazione di pazienti parzialmente sovrapponibile a quella svolta nelle strutture psichiatriche residenziali: ciò contribuisce a rendere l'offerta psichiatrica residenziale complessivamente molto elevata.

### Le fonti dei dati relativi all'offerta ospedaliera: la Scheda di Dimissione Ospedaliera

Il flusso informativo delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) è lo strumento di raccolta delle informazioni relative a gli episodi di ricovero erogati nelle strutture ospedaliere pubbliche e private nel territorio nazionale.

Il flusso SDO è stato istituito con decreto Ministero Sanità (D.M.) 28/12/91, come strumento per la raccolta di informazioni su ogni paziente dimesso dagli istituti di ricovero pubblici e privati nel territorio nazionale.

Giugno 1992: diffuse linee guida con indicazioni puntuali su modalità di compilazione, codifica e gestione.

D.M. 26/7/93: disciplina il flusso informativo SDO e definisce le modalità di trasmissione. In seguito, il D.M. 27/10/00 n. 380 ha aggiornato il contenuto informativo della SDO, ampliando il tracciato record e adottando la classificazione ICD-9-CM versione 1997 (International classification of diseases, Clinical modification) per la codifica delle diagnosi e delle procedure diagnostiche e terapeutiche.

La classificazione ICD-9-CM è stata nuovamente aggiornata con il D.M. 21/11/05 e successivamente dal D.M. 18/12/08. Il D.M. 8/7/10, n. 135, infine, ha ulteriormente ampliato il contenuto informativo del flusso SDO, modificando inoltre la periodicità di invio dei dati, divenuta trimestrale per l'anno 2010 e mensile dal 2011.

Per uniformare compilazione e codifica delle informazioni SDO sono state prodotte diverse linee guida. Oltre alle citate Linee guida del 1992, la Circolare 23/10/08, recante "Indicazioni per la compilazione e codifica delle informazioni anagrafiche ed amministrative contenute nel tracciato nazionale SDO"; successivamente, l'Accordo Stato-Regioni del 2/4/10 ha delineato un ulteriore aggiornamento.

Contenuto della SDO: Le informazioni comprendono caratteristiche del paziente (età, sesso, residenza, istruzione), del ricovero (istituto e disciplina dimissione, regime di ricovero, modalità di dimissione, data prenotazione, classe di priorità del ricovero) e cliniche (diagnosi principale e concomitanti, procedure diagnostiche o terapeutiche)

Utilizzo delle informazioni rilevate attraverso la SDO: Il flusso SDO viene impiegato per finalità di carattere economico-gestionale, per studi di carattere clinico-epidemiologico e per analisi a supporto dell'attività di programmazione sanitaria, nonché per il monitoraggio dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, per la valutazione del rischio clinico ospedaliero, per il calcolo di indicatori di appropriatezza e qualità dell'assistenza erogata, per valutazioni di impatto economico e per il riparto del Fondo Sanitario Nazionale.

# CAPITOLO 5

## PERCORSI E RETI DI CURA

Il capitolo prosegue nell'analisi di quel che si fa nei Dipartimenti di Salute Mentale delle ASL piemontesi, in una dimensione più processuale. Sono analizzati i percorsi di cura per due categorie cruciali di persone all'attenzione, adolescenti e immigrati.

Un'attenzione particolare è dedicata alle reti di cura, che mettono insieme risorse e competenze per rispondere ai bisogni prioritari che emergono nei territori.

### I PERCORSI DI CURA NEI DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE

La complessità dei bisogni degli utenti con problemi di salute mentale richiede un approccio sistemico e processuale, che metta in campo cure appropriate per:

- utenti che non necessitano di cure specialistiche e continuative: collaborazione e consulenza
- utenti che necessitano di trattamento specialistico ma non di interventi complessi e multiprofessionali: assunzione in cura
- utenti che presentano bisogni complessi e necessitano di una valutazione multidimensionale e intervento di diversi profili professionali: presa in carico.<sup>25</sup>

Le organizzazioni curano le relazioni tra operatori, ne individuano ruoli e compiti nella relazione col paziente, nell'applicazione corretta di tecniche validate e nel coinvolgimento dei familiari e del contesto di vita del paziente.

#### Rappresentano aspetti qualificanti dei percorsi di cura:

- focalizzare l'attenzione dei professionisti sulla domanda dei cittadini e sulla sua soddisfazione
- coordinare e integrare professionisti e servizi in risposta alla domanda
- identificare le risorse necessarie per ottenere risultati
- rendere misurabile ciò che si fa
- rendere trasparente all'esterno il percorso previsto
- valutare i percorsi attuati alla luce delle conoscenze e delle risorse disponibili.

#### I percorsi sono costruiti per fasi di malattia, tenendo conto della gravità del paziente:

- Esordio – Medici di medicina generale, Case della Salute
- Episodio acuto – Medici di medicina generale, Centri di Salute Mentale
- Fase dei trattamenti continuativi
- Livello territoriale a lungo termine.

<sup>25</sup> si veda l'Accordo della Conferenza Stato Regioni del 13 novembre 2014 "Definizione dei Percorsi di Cura da attivare nei Dipartimenti di Salute Mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità"

## MAGGIORE ATTENZIONE AI PERCORSI DELL'ETÀ CRITICA 14-18<sup>26</sup>

L'incremento della domanda di ricovero nell'adolescenza è ampiamente dibattuto nella letteratura scientifica internazionale riguardante i paesi più sviluppati <sup>27</sup> e in Italia.

**Il fenomeno del ricovero psichiatrico negli adolescenti e nei giovani adulti** fa rilevare un andamento in forte crescita, in controtendenza rispetto all'andamento generale dei ricoveri psichiatrici negli adulti. Questa tendenza può essere riconducibile a variabili di tipo sociale, economico e culturale che hanno notevolmente ridotto i fattori protettivi ed aumentato i fattori di rischio per disturbi mentali anche gravi e persistenti.

Nelle coorti giovanili oggi sono presenti in numero elevato immigrati di seconda generazione, che in numerosi studi hanno mostrato di avere un rischio circa triplo di sviluppare psicosi rispetto alla popolazione generale. Un fenomeno altrettanto noto è l'elevato numero di adozioni internazionali, che sviluppano nel tempo problemi psichiatrici significativi.

L'ampia diffusione di sostanze psicotrope e di modalità di assunzione massiccia e discontinua di alcolici sono fattori causali ormai noti per lo sviluppo di psicosi.

L'elevato numero di minori stranieri che giungono in Italia non accompagnati presenta in percentuali molto significative disturbi della serie post-traumatica e comportamenti eclatanti che spesso conducono al ricovero psichiatrico e successivamente all'inserimento in comunità.

A fianco di questi fattori di rischio in incremento si assiste alla riduzione dei fattori protettivi, legata all'erosione del capitale sociale delle nostre comunità, collegata a denatalità, riduzione dei componenti i nuclei familiari, allentamento dei legami informali (di vicinato, parrocchia etc.), riduzione del tempo libero utilizzato in attività educative e familiari.

Situazione attuale
<b>16-20%:</b> incremento degli accessi in DEA negli ultimi 2 anni.
Aumento degli inserimenti in strutture residenziali <b>(+10%)</b>
Dal 2003 al 2016 : il numero di pazienti in carico ai Servizi NPI è aumentato da <b>31.297</b> a <b>50.320</b> .
Difficile transizione da NPI ai Servizi di Salute Mentale (ADHD, autismo, etc.) e/o Servizi per le Dipendenze.
I Servizi di NPI hanno in carico il <b>7,1%</b> della popolazione con età 0-18 anni

Tutti questi fattori, pur non avendo un ruolo causale diretto, nel momento in cui si verifica una crisi si manifestano come assenza di una rete protettiva e di recupero individuale e sociale, rendendo quindi cogenti un intervento professionale sociale e/o sanitario <sup>28</sup>.

<sup>26</sup> www.thelancet.com, Editorial, vol 388, September 3, 2016.

Costa S, Rigon G, 2000, Il percorso per l'urgenza psichiatrica in adolescenza. Dati e proposte operative. Imago, 3:243-55.

Faruggia R, Costa S., 2016, La risposta organizzativa dei servizi di NPIA in risposta all'urgenza-emergenza psichiatrica in età evolutiva in Italia: dati preliminari. In Giornale di Neuropsichiatria dell'età evolutiva.

Gruppo CRC, 2009, 2° Rapporto Supplementare alle Nazioni Unite sul monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia.

Institute for Health Metrics and Evaluation, 2015, The Global Burden of Disease: Generating Evidence, Guiding Policy. Seattle.



Nel 2015 i ricoveri per "Malattie e disturbi mentali" per i pazienti minori in Italia sono stati 10.030:

- 3/4 (7.266) presso reparti di Neuropsichiatria Infantile (NPI) e
- 1/4 (2.764) presso i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura <sup>29</sup>.

Nelle Regioni che dispongono di una risposta articolata all'emergenza/urgenza (P.A. Bolzano, Toscana e Lazio) solamente 1/10 dei ricoveri di pazienti 14-18 avviene negli SPDC. Al contrario in Veneto, Liguria e Piemonte tale numero varia dal 43 al 90 %, com'è il caso del Veneto.

Nel 2015 i ricoveri in età 14-18 anni per "Malattie e disturbi mentali" <sup>30</sup> sono stati 446, di cui 244 in SPDC e 202 in reparti di NPI. I ricoveri in NPI sono per la maggior parte erogati in regime di Day Hospital (DH): a livello nazionale rappresentano il 63% dei casi, in Piemonte il 64%. Per contro i ricoveri in DH presso SPDC rappresentano a livello nazionale il 13% dei casi, in Piemonte solo il 6%.

L'alta percentuale di ricoveri in DH per i Servizi di NPI riflette una maggior attitudine a un uso discreto del ricovero ordinario da parte di questi Servizi. Un esito potenziale di questa scelta: la Psichiatria Adulti (SPDC) si fa carico dei pazienti più gravi, con minore tenuta della rete sociale/genitoriale, ricorrendo al DEA in situazione di emergenza/urgenza e riducendo le possibilità di risposte di cura appropriata per la popolazione di giovani pazienti più gravi.

I posti letto di NPI dedicati al ricovero ordinario in Piemonte sono 18 (14 Ospedale Infantile Regina Margherita ad alta specializzazione, 4 Ospedale Infantile ASO Alessandria). Il reparto NPI dell'ASO di Alessandria ha avuto un incremento del 50% dei ricoveri nel solo 2015, con necessità di prolungare i tempi di degenza in assenza di adeguate risposte territoriali. Anche i posti letto in regime di DH sono insufficienti rispetto alla richiesta di intervento, non consentendo una risposta adeguata ai bisogni di cura intermedi. Circa un terzo di questi giovani pazienti restano a lungo nei Pronto Soccorso o in reparti inadeguati, compresi quelli per adulti, con rischio di influenzare il successivo contatto con i Servizi che dovrebbero costruire insieme a quelli dell'emergenza la presa in cura tempestiva per prevenire la cronicizzazione. Inoltre, un numero non trascurabile di pazienti in alcune aree del Piemonte viene rimandato al domicilio o in strutture residenziali, senza risposta alla necessità di ricovero.

Per queste ragioni si rende necessario individuare una risposta assistenziale che includa un modello multidisciplinare, che preveda modalità di integrazione funzionale tra Servizi di NPI e Psichiatria, con elaborazione di PDTA condivisi territorio-ospedale per la gestione dell'emergenza/urgenza.

La creazione di équipes integrate NPI-Psichiatria, che preveda il coinvolgimento di psicologi, infermieri, educatori, assistenti sociali, finalizzata al miglioramento della risposta assistenziale in acuzie, può promuovere una cultura della gestione integrata coinvolgendo le strutture territoriali NPI-DSM che hanno in carico il paziente. A tal fine occorre prevedere formazione e training comuni ai professionisti delle due discipline, alla ricerca di linguaggi e pratiche comuni, inserite in un dialogo costruttivo, che sappia includere e coinvolgere i giovani e le loro famiglie.

<sup>28</sup> A. Fioritti, Direttore DSM AUSL Bologna, Documento per il Ministero della Salute, Agosto 2016.

<sup>29</sup> Si ringrazia per il supporto nell'elaborazione dei dati (fonte SDO), Ragnar Grullstrand, Ires Piemonte.

<sup>30</sup> Fonte SDO.

Queste proposte minime possono trarre potenziamento dell'incremento di attività di DH anche per SPDC, finalizzate a monitoraggio terapeutico e alla connessione con le strutture territoriali. Il ricovero ospedaliero di adolescenti in SPDC in letti dedicati e con assistenza appropriata deve diventare momento di sperimentazione della praticabilità dell'integrazione funzionale NPI/SPDC. Una risposta all'emergenza può trasformarsi in occasione di presa in carico condivisa tra Servizi.

### Un richiamo alla Rete di Assistenza Neuropsichiatrica Infantile (NPI)

La Regione Piemonte è dotata di una Rete di Assistenza Neuropsichiatrica Infantile per la cura e tutela dei minori con disturbi neuropsichici. Questa rete oggi conta 18 strutture (tra semplici e complesse, nelle ASL e nelle ASO) di NPIA ed eroga attività in 114 sedi distribuite sul territorio regionale, attraverso le prestazioni di *neuropsichiatri Infantili, psicologi, logopedisti, neuropsicomotricisti dell'età evolutiva, educatori*.

Vengono erogate:

- prestazioni cliniche ( neurologiche, psichiatriche, psicologiche)
- prestazioni riabilitative ( di fisioterapia, logopedia, psicomotricità, ed educative)
- attività di Tutela in collaborazione con Servizi Sociali, Autorità Giudiziaria, Scuola

L'attività della Rete è rilevata attraverso un sistema informativo denominato SMAiL che svolge funzioni di Osservatorio Epidemiologico. Nell'anno 2016 hanno alimentato il flusso SMAiL:

- **16** strutture di NPIA ( ASO di Cuneo e NPI dell'OIRM non utilizzano SMAiL)
- **526** operatori, di cui 144 NPI 201 psicologi, 76 logopedisti, 72 fisioterapisti, 21 educatori
- per un totale complessivo di **403.576** prestazioni
- in favore di **50.320** pazienti (**7.1%** della popolazione): **si è passati da una prevalenza del 5,3% del 2003 al 7,1% del 2016**

## UN PROBLEMA EMERGENTE, LA SALUTE MENTALE TRA GLI IMMIGRATI<sup>31</sup>

### La dimensione del fenomeno

Al 1° gennaio 2016 gli stranieri residenti in Piemonte erano 422.027 (169.862 comunitari e 255.586 non comunitari), pari all'8,4% degli stranieri residenti in Italia. Rispetto al 2015 la popolazione straniera residente è diminuita di 3.421 unità, registrando tuttavia un lieve aumento della sua incidenza percentuale sul totale dei residenti in Piemonte (dal 9,6% al 9,7%, media nazionale 8,2%).

Per ciò che riguarda il numero di cittadini richiedenti o beneficiari di protezione internazionale umanitaria, il Piemonte si colloca al terzo posto dopo Lombardia e Sicilia. A ottobre 2016 le

<sup>31</sup> Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Medici Senza Frontiere, 2016, Analisi del fenomeno migratorio a livello territoriale.

Caritas Italiana - Fondazione Migrantes.- Società Italiana di Medicina delle Migrazioni Immigrazione e salute mentale nell'Italia del 2016.

persone accolte nelle strutture temporanee piemontesi erano 12.135, mentre i posti SPRAR <sup>32</sup> occupati erano 1.206, per un totale di 13.341 cittadini accolti sul territorio regionale, 8 % del totale nazionale.

Dalle interviste effettuate sia con il privato sociale con lunga esperienza di trattamento di psicopatologie tra i migranti, sia con psichiatri operanti in strutture pubbliche, emerge una diversa tipologia del migrante attuale che spesso si presenta con:

- substrato psichico già compromesso e capacità di resilienza ridotta;
- assenza di un progetto migratorio chiaro;
- mancanza di supporto sociale efficace.

Gli scarsi dati in possesso sembrano confermare tale ipotesi: dal 2009 al 2011, i tassi di ospedalizzazione per patologie psichiatriche sono passati da 122 a 188 ospedalizzazioni ogni 100.000 immigrati residenti, con un incremento superiore al 50%.

## Il documento della Conferenza Stato Regioni – 22 marzo 2017

Il 22 marzo 2017 La Conferenza Stato Regioni ha licenziato le "Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale". **I principi fondamentali** del documento:

- i richiedenti e titolari di protezione internazionale e umanitaria sono una popolazione a elevato rischio di sviluppare sindromi psicopatologiche a causa della frequente incidenza di esperienze stressanti o propriamente traumatiche;
- occorre tutelare il richiedente protezione internazionale in condizioni di particolare vulnerabilità in qualunque fase del suo percorso di riconoscimento della protezione e ovunque ospitato, creando le condizioni affinché le vittime di eventi altamente traumatici possano effettivamente accedere alle procedure previste dalla norma e la loro condizione possa essere adeguatamente tutelata;
- molto spesso la tortura può non essere immediatamente leggibile: è necessario che il sistema di accoglienza sia strutturato in modo che tutti i soggetti coinvolti a vario titolo nella presa in carico della persona (medici, mediatori culturali, psicologi, assistenti sociali, operatori legali, ecc.) cooperino per favorire l'emersione della vulnerabilità;
- particolare attenzione deve essere posta alla violenza di genere e a quella avente come matrice l'omo/transfobia;
- tutti i rifugiati sono da considerarsi come soggetti potenzialmente vulnerabili poiché l'esilio è di per sé un'esperienza di tipo traumatico;
- circa il 25-30% dei rifugiati ha subito esperienze di tortura, stupro o altre forme di violenza estrema. Di questi dal 33 al 75% svilupperanno, nel periodo successivo all'esperienza traumatica, un disturbo psicopatologico, che impatterà anche sulle generazioni successive;
- la tempestività di un trattamento adeguato in servizi con competenze specialistiche è cruciale per il futuro di queste persone e ha come presupposto una precoce e corretta diagnosi;

<sup>32</sup> Sistema Protezione Accoglienza Rifugiati.

- è strategico mettere in atto un efficace programma per l'individuazione precoce dei richiedenti asilo che presentano alta probabilità di aver vissuto esperienze di tortura, stupro o altre violenze estreme;
- la presa in carico deve prevedere un approccio integrato, multidisciplinare e multi dimensionale, con interventi che si realizzano in tappe successive: accoglienza, orientamento, accompagnamento. A tal fine è necessaria, da parte delle ASL, la definizione di un percorso terapeutico assistenziale con carattere multidisciplinare. La chiave di volta dell'assistenza e della riabilitazione delle vittime di tortura è l'integrazione tra diverse professionalità (socio-sanitarie e giuridiche dei servizi territoriali pubblici, degli enti gestori e del privato sociale);
- nel caso di richiedenti protezione internazionale la certificazione non ha solo finalità giuridico/amministrativa ma anche effetto sul percorso terapeutico. La visita medico legale espone la vittima al ricordo degli eventi violenti con rischio di ritraumatizzazione. Per prevenire questo effetto è opportuno che la visita sia inserita in un percorso di presa in carico e che il richiedente riceva tutte le informazioni necessarie;
- è necessario distinguere tre livelli di formazione, con target, tempistiche e obiettivi specifici: primo livello di sensibilizzazione rivolto a tutti gli operatori, per renderli consapevoli del profilo di vulnerabilità delle persone assistite e dei loro diritti, promuove la capacità di rilevare precocemente possibili situazioni di violenza grave; secondo livello di "facilitazione e supporto" per operatori coinvolti nel percorso multidisciplinare, operanti nei diversi contesti di trattamento dei rifugiati, fornisce elementi operativi e organizzativi coerenti col contesto di intervento assistenziale; terzo livello di formazione specifica rivolto a determinate figure professionali e gruppi multiprofessionali, volto a conseguire competenze assistenziali specifiche.

## Le prospettive future

In base ai dati sopra riportati ci si può attendere che, in Piemonte, i migranti che soffrono di gravi patologie psichiatriche siano circa 2.000. Anche se in termini assoluti ad oggi i numeri non sono ancora così significativi, l'impatto sui servizi sia territoriali che ospedalieri sta già assumendo una notevole rilevanza.

È indispensabile avviare da subito un PDTA rivolto al paziente migrante che definisca percorsi di formazione del personale, individuazione di equipe multidisciplinari in collaborazione con i Centri Informazione Salute Immigrati e le Associazioni che si occupano di salute mentale del migrante, con modalità specifiche di presa in carico e certificative.

## LE RETI DI CURA, RISORSE E COMPETENZE PER RISPONDERE AI BISOGNI PRIORITARI

Nelle pagine che seguono sono sinteticamente descritte attività e prospettive delle Reti di Cura che, nell'ambito della salute mentale, rispondono ai bisogni prioritari espressi in questi anni dai pazienti dei DSM delle ASL piemontesi e dai loro familiari.

Le risposte a questi bisogni richiedono l'apporto integrato di competenze multidisciplinari.

## Inserimento eterofamiliare supportato di adulti (IESA)

Dal 1997 esiste presso l'ASL TO3 il servizio IESA, che si basa su una formula molto semplice: eleggere a luogo di cura la quotidianità, la normalità, l'abitazione civile, la famiglia. Questo, oltre a far registrare importanti risultati sul piano terapeutico riabilitativo e della qualità di vita, permette di curare un numero più ampio di persone. Inserire una persona con disagio psichico in una famiglia di volontari contribuisce a combattere lo stigma che accompagna i pazienti psichiatrici.

**Il servizio IESA dell'ASL TO3 ha gestito in questi anni più di 200 progetti.** Oggi sono attive 50 convivenze che possono contare sul supporto degli operatori con reperibilità telefonica H24, 7/7 giorni.

Attraverso l'inserimento presso una famiglia di volontari l'ospite viene stimolato a realizzare un percorso di riabilitazione. Vi sono vari tipi di progetto IESA a seconda delle esigenze del paziente: Part time (semiresidenziale); Full time (residenziale), a breve, medio o a lungo termine.

**Il servizio può essere una risorsa da implementare nelle altre aziende sanitarie.** Si ritiene di costituire un nucleo esperto di riferimento e formazione per poter trasmettere il "know how". Il modello IESA è applicabile anche a categorie di utenza extrapsichiatrica (disabilità, anziani non autosufficienti, oncologia, dipendenze, demenze ecc.). Ogni ASL potrebbe attivare il proprio programma IESA avvalendosi dell'esperienza e del coordinamento del personale del servizio dell'ASL TO3.

La regolamentazione del servizio IESA di ciascuna azienda dovrebbe essere oggetto di specifiche deliberazioni aziendali, che preciseranno i seguenti punti:

- L'istituzione e la composizione del servizio
- Le linee guida e il protocollo operativo
- I percorsi di selezione/formazione delle famiglie che accolgono e dei volontari
- Il contratto per la convivenza in tutte le sue forme e i relativi costi (full time, part time, ecc)
- La modulistica specifica
- Le campagne di pubblicizzazione del servizio finalizzate alla diffusione della cultura dell'accoglienza, della riduzione dello stigma, al reclutamento di famiglie e di volontari.
- Le azioni di formazione professionale e le campagne di sensibilizzazione nonché le modalità di effettuazione della vigilanza sui progetti in atto e il monitoraggio dei servizi IESA che verranno costituiti nelle diverse ASL possono essere realizzati dalla regione sul modello dell'ASL TO3.

## Rete regionale per la presa in carico di soggetti con disturbi del comportamento alimentare (DCA)

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) i disturbi del comportamento alimentare rappresentano un problema di salute pubblica in costante crescita nei paesi industrializzati: il tasso di prevalenza tende ad aumentare, l'età di insorgenza sempre più ad abbassarsi. Secondo i dati epidemiologici più recenti la prevalenza lifetime nella popolazione generale si attesta attorno al 5%.

**Dimensioni del problema e servizi in Piemonte** La gestione dei pazienti con DCA, a livello regionale, è disomogenea dal punto di vista clinico e organizzativo. Esistono realtà ospedaliere con possibilità di degenza - ricovero ordinario e day hospital (Città della Salute, AO Novara) - che effettuano anche prese in carico ambulatoriali in collaborazione con altri specialisti, realtà territoriali organizzate in Centri dedicati (Lanzo, Cuneo), o in Percorsi di Cura Multiprofessionali (Biella), esperienze di integrazioni sovrazionali (VC, VCO, NO), attività specialistiche ambulatoriali nei DSM e NPI con varie modalità organizzative, case di cura private che accolgono prevalentemente DCA (Villa Turina).

**Le criticità rilevate:** carenza di risorse (personale dedicato con formazione specifica) e difficoltà di integrazione coi Servizi Territoriali (Neuropsichiatria Infantile, Psicologia, Servizi Sociali, DSM).

**Indirizzi di riordino:** la Regione Piemonte sta lavorando alla costruzione di una rete di servizi di prossimità che accolga precocemente e sviluppi un adeguato percorso di presa in carico dei pazienti con DCA, rispondente ad alcuni requisiti:

- età di riferimento: soggetti in età evolutiva (10-18 anni) e adulta
- poco connotato come appartenente a una specifica struttura (DSM, NPI), in grado di fornire attività ambulatoriali, di day hospital con pasti assistiti, laboratori riabilitativi e gruppi terapeutici, incontri con famiglie e associazioni
- modalità di lavoro multidisciplinare integrata, dedicata, stabile e con continuità del team multidisciplinare residente: psichiatra, neuropsichiatra infantile, nutrizionista, psicologo-psicoterapeuta, dietista, infermiere pediatrico e professionale, educatore professionale
- apertura quotidiana
- nodo di una rete di servizi territoriali che vede coinvolti Servizi Sociali, Servizi per le Dipendenze, Dipartimenti di Salute mentale, Neuropsichiatria Infantile, Distretti
- formazione documentata ai professionisti che operano nei centri sui DCA
- sistema informativo unico.

**Le funzioni previste dei Centri:** Prevenzione, primaria e secondaria, intercettando precocemente i sintomi; Valutazione psicodiagnostica, al fine di orientare il trattamento; Valutazione nutrizionale; Predisposizione del progetto di cura; Presa in carico multidisciplinare; Possibilità di effettuare pasti assistiti; Possibilità di day hospital ove necessario mediante collegamento stabile con strutture ospedaliere; Possibilità di effettuare ricoveri ordinari di breve durata in strutture internistiche di riferimento, con gestione del paziente a carico del team del Centro; Collegamento con centri di terzo livello per consentire percorso di cura intensivo appropriato.

## Disturbi psicotici resistenti al trattamento

Con D.G.R. n. 7-11704 del 06/07/2009 la Regione Piemonte ha attribuito alla Struttura Complessa a Direzione Universitaria (SCDU) di Psichiatria del Presidio Ospedaliero Molinette dell'AOU Città della Salute e della Scienza, la funzione di riferimento regionale per il trattamento di pazienti affetti da disturbi psicotici resistenti al farmaco.

Il centro "Disturbi psicotici resistenti al trattamento" opera sia a livello ambulatoriale che in regime di ricovero con funzione sovrazonale.

I CSM o gli SPDC della Regione che individuano dei pazienti psicotici resistenti al trattamento o delle forme di esordio in cui è particolarmente importante approfondire la valutazione diagnostica, psicopatologica e cognitiva, inviano i pazienti in consulenza.

Qui, attraverso visite specialistiche, somministrazione di test clinici e neuropsicologici per la valutazione psicopatologica, delle funzioni cognitive, del funzionamento sociale, della qualità della vita e con possibili approfondimenti strumentali di neuroimaging (RM Funzionale 3Tesla, EEG ad alta risoluzione) si studiano i pazienti resistenti o all'esordio.

Particolare attenzione viene dedicata al trattamento farmacoterapico, psicoterapeutico e socio-riabilitativo degli esordi psicotici, riconoscendo la possibilità di ottenere nelle fasi precoci della malattia risultati migliori di remissione sintomatologica e di recupero cognitivo e funzionale. I percorsi terapeutici personalizzati individuati vengono realizzati a livello intra aziendale o inter aziendale.

**Attualmente** il Centro è compreso nella struttura a valenza dipartimentale diretta dalla prof.ssa Paola Rocca che ha una dotazione di 4 posti letto e 4 ambulatori.

**Nel corso degli anni** il Centro per i disturbi psicotici resistenti ha svolto la funzione di riferimento regionale con la promozione di un'attività clinica integrata ospedale/territorio in collaborazione con i Dipartimenti di Salute Mentale delle Aziende Sanitarie territoriali, esercitando attività sovra-aziendale.

### Relativamente al periodo 1/1/2016 – 31/12/2016:

- i ricoveri effettuati sono stati 164 (con una degenza media di 10.7 giorni)
- di questi il 28% erano pazienti resistenti al farmaco;
- a livello ambulatoriale sono state effettuate 4653 visite a 1165 pazienti;
- 959 visite ambulatoriali sono state effettuate a pazienti farmaco resistenti (31% erano pazienti con Disturbi dello Spettro della Schizofrenia e 27% pazienti con Disturbo di Personalità).
- Sono state effettuate 192 prime visite, di cui il 10% per consulto; il 42% dei pazienti è stato ri-inviato ai CCSSMM invianti mentre il 58% è stato trattato in loco.

## Percorsi per il trattamento dei disturbi della personalità

Il Servizio Aziendale dell'ASL TO4 si è costituito formalmente nel CSM di Settimo T.se nel 2009 come "centro dei disturbi della personalità di giovani adulti", quale centro di secondo livello, quindi, senza la previsione di accesso diretto.

Le prime esperienze di questo tipo di trattamenti risalgono al 2004, con risultati soddisfacenti sull'efficacia nei Disturbi Borderline di Personalità.

Il centro si è caratterizzato sin dall'inizio per un utilizzo mirato e specifico dello strumento della psicoterapia per evitare il ricorso al DEA e alla residenzialità da parte di questi pazienti. Dall'esperienza di questi anni si ritiene di prevedere una durata del trattamento di circa 40 sedute psicoterapeutiche individuali all'anno per due anni, differenziando tuttavia il trattamento in rapporto alle necessità paziente.

La terapia viene realizzata in rete con gli operatori curanti del centro di salute mentale che ha in carico il paziente; tale intervento riduce notevolmente gli inserimenti residenziali e i ricoveri in ospedale.

**Il "centro dei disturbi della personalità di giovani adulti" dell'ASL TO4** è convezionato con la SCU del prof. Fassino per le situazioni di comorbidità tra disturbi borderline di personalità e DCA e con le SSCC di NPI della regione.

**Si vorrebbe poter estendere la collaborazione a tutte le ASL** in modo che l'equipe del Centro di Salute Mentale competente per territorio (primo livello) individui i disturbi della personalità gravi e proponga un approfondimento diagnostico/psicoterapeutico, inviando il paziente al secondo livello che valuta il paziente con modalità standardizzata. Quindi si deciderà l'intervento-trattamento più idoneo per quel paziente, predisponendo il relativo progetto clinico; il centro di secondo livello svolge la funzione di "supervisore dei progetti" terapeutico riabilitativo del CSM di competenza.

È necessario l'accordo con le SSCC di NPI per i soggetti dai 16 ai 25 anni.

Sono stati individuati i referenti aziendali per i disturbi della personalità all'interno di ciascuna ASL e si vorrebbe giungere ad avere il primo livello d'intervento in ogni CSM con un secondo livello in ogni ASL. Si prevede quale costo della supervisione un investimento di circa 20.000 € all'anno a coprire il fabbisogno delle ASL.

In data 12/12/2016 è stata approvata la D.G.R. n. 15-4343 "Identificazione del centro integrato per la prevenzione e il trattamento dei Disturbi della Personalità dell'Adolescenza e dell'età adulta (Centro DPAA) dell'ASL TO4 come "Centro di riferimento regionale per il Disturbi della Personalità" e costituzione della rete dei servizi.



## Centro Pilota regionale autismo adulti

I disturbi dello spettro autistico sono disturbi neuroevolutivi su base genetica ad esordio precoce che permangono sovente per tutta la vita, con una prevalenza dell'1% nella popolazione generale per cui si vorrebbe mantenere la continuità dei percorsi iniziati in età evolutiva nell'età adulta.

Dal 2009 l'ambulatorio dedicato ai disturbi dello spettro autistico dell'ASL TO2 (ora anche TO1) si occupa sia delle forme con disabilità intellettiva, sia delle forme con livello intellettivo nella norma ma con difficoltà nella cognizione sociale e compromissione del funzionamento socio-relazionale (tipo Asperger) con i seguenti obiettivi: valutare i pazienti al passaggio nell'età adulta; individuare i pazienti adulti non precedentemente trattati; definire il progetto individualizzato. Tali obiettivi dovrebbero essere raggiunti attraverso il raccordo del centro pilota con la rete dei servizi socio-assistenziali dei percorsi in età adulta.

L'approfondimento psicopatologico, neuropsicodiagnostico, il supporto alle famiglie sono indispensabili. I CCSSMM dovrebbero avere le competenze per cogestire i disturbi psichiatrici e comportamentali come avviene per le persone con disabilità intellettiva. Al Centro Pilota di Corso Francia sono attualmente in carico 320 pazienti e le loro famiglie. Nel 2016 sono stati individuati i referenti aziendali per l'autismo adulti nelle ASL piemontesi che hanno effettuato un corso di formazione e seguono i pazienti già valutati dal Centro pilota.

**Per poter soddisfare le richieste che giungono al centro pilota regionale**, stante l'attuale organizzazione sanitaria e/o sociosanitaria dei percorsi si dovrebbe:

- I progetti educativi iniziati dalla NPI devono essere da questa proseguiti per tutto il periodo scolastico, indipendentemente dal raggiungimento dell'età di 18 anni;
- Al raggiungimento dell'età adulta (18 anni) viene valutato il funzionamento intellettivo e sociale e i pazienti con disabilità moderata o grave vengono presi in carico dall'UMVD con progetti socio-sanitari a cui può partecipare il CSM in consulenza per gli eventuali disturbi psicopatologici o comportamentali.
- I pazienti ad alto funzionamento vengono seguiti dal CSM territoriale con il progetto personalizzato concordato con il Centro Pilota.

## Centro per la sindrome da deficit di attenzione e iperattività (ADHD) dell'adulto

L'ADHD (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder) è classificato nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5, APA 2013) come disturbo del neurosviluppo.

L'ADHD è un disturbo spesso misconosciuto e in passato poco diagnosticato. Da alcuni anni i servizi di Neuropsichiatria Infantile (NPI) hanno sviluppato protocolli diagnostici e linee guida per la diagnosi e il trattamento del disturbo a seguito della D.G.R. n. 4-8716 del 5 maggio 2008 che ha istituito i centri di riferimento ADHD per l'infanzia. Tuttavia l'assenza di conoscenze e di strutture dedicate nei servizi di salute mentale per l'adulto ha portato a trascurare l'evoluzione del disturbo nell'età adulta e pertanto alla mancata diagnosi dello stesso nei servizi di psichiatria.

La Regione Piemonte ha recentemente stabilito di istituire (D.G.R. n. 50-4417 del 19 dicembre 2016), presso ogni Dipartimento di Salute Mentale delle AA.SS.LL. o SC di Psichiatria delle AO, un centro di riferimento ADHD per i soggetti adulti che operi in stretta sinergia con i centri di riferimento per l'età evolutiva già attivi. La stessa delibera, inoltre, ha riconosciuto alla SCDU di Psichiatria dell'AOU San Luigi di Orbassano compiti di raccordo e coordinamento di tutti i centri regionali, e quello di struttura di riferimento per l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) per l'ADHD in età adulta.

L'attività di coordinamento, fino ad ora espletata, ha portato all'identificazione dei referenti psichiatri dell'ADHD dell'adulto in ogni ASL regionale e alla comunicazione della lista dei referenti all'ISS. Quest'ultimo dovrà fornire le credenziali d'accesso per il registro nazionale di monitoraggio dei farmaci per l'ADHD (secondo G.U. n. 275 del 26 novembre 2014).

Il 12 maggio 2017, la SCDU Psichiatria dell'AOU San Luigi di Orbassano ha organizzato, in concerto con la Direzione Sanità della Regione Piemonte, il primo evento formativo ("L'ADHD dell'adulto: diagnosi e trattamento") dedicato ai referenti di ogni centro di riferimento ADHD dell'adulto piemontese.

L'evento ha rappresentato l'inizio del lavoro regionale di rete e di collegamento tra i servizi per l'ADHD.

Attualmente sono in corso gli incontri tra struttura capofila NPI (SC NPI dell'ASLCN1, Dott.ssa Francesca Ragazzo), struttura capofila psichiatria (SCDU Psichiatria AOU San Luigi Orbassano, Prof. Giuseppe Maina) e la Direzione Sanità regionale per la stesura di protocolli di cura per i pazienti affetti da ADHD che raggiungono la maggior età; sono in corso di progettazione eventi formativi rivolti anche ai Dipartimenti di Patologia delle Dipendenze (Ser.D).

# CAPITOLO 6

## I PUNTI CALDI IN AGENDA

Accertamenti Sanitari Obbligatori (ASO) e Trattamenti Sanitari Obbligatori (TSO): devono essere considerati eventi del tutto eccezionali e sono oggetto a partire dalla Legge 180/78 di specifica legislazione ed emanazione di norme a livello nazionale e regionale

Rete regionale per la presa in carico dei pazienti autori di reato (le aziende sanitarie regionali offrono regolarmente assistenza a favore di pazienti destinatari di misure restrittive della libertà personale) e superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari per i pazienti autori di reato.

Le scelte regionali in merito vengono descritte e presentate nel dettaglio qui di seguito.

### Emergenze comportamentali e accertamenti sanitari obbligatori (ASO)/ trattamenti sanitari obbligatori (TSO)

#### L'entità del fenomeno TSO in Piemonte

Secondo i dati riportati nel Primo Rapporto nazionale sulla Salute Mentale diffuso nel dicembre 2016 i TSO nella nostra regione (fonte Scheda di Dimissione Ospedaliera) sono stati 512 nel 2015, il 5,9 % dei ricoveri in reparti psichiatrici pubblici (8.732) , a fronte degli 8.777 a livello nazionale, 8,8 % dei ricoveri avvenuti nei reparti psichiatrici pubblici (100.271).

In Piemonte (Tab. 1) il tasso di TSO per 10.000 abitanti è pari a 1,37, a fronte di 1,73 media nazionale, con un minimo di 0,22 della PA di Bolzano e un massimo di 5,68 delle Marche.

Con riferimento all'andamento temporale, in Piemonte i TSO erano 547 nel 2013 e 602 nel 2014.

**Tab. 1 TSO Piemonte – Italia - 2015**

	Numero di TSO	TSO per 10.000 abitanti	Incidenza TSO/totale ricoveri in reparti psichiatrici pubblici
Piemonte	512	1,37	5,9%
Italia	8.777	1,73	8,8%

Fonte: Elaborazioni da Primo Rapporto Nazionale sulla Salute Mentale

Questi dati evidenzerebbero l'efficacia dei programmi terapeutici e riabilitativi attuati dai Dipartimenti di Salute Mentale piemontesi, dal momento che il TSO è una modalità di intervento da ritenersi straordinaria, in sistemi assistenziali efficaci nella presa in carico ordinaria dei pazienti.

#### L'evoluzione della normativa e delle attività

La Costituzione della Repubblica italiana all'art. 32 prevede specificatamente che" ...nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana".

I Trattamenti Obbligatori per malattia mentale (Accertamento Sanitario e Trattamento Sanitario Obbligatorio, di seguito ASO e TSO), in linea con il principio costituzionale dell'interesse individuale e collettivo alla salute e in deroga al principio generale del consenso alle cure, sono stati oggetto a partire dalla Legge 180/78 di specifica legislazione ed emanazione di norme nazionali e regionali.

Il 29 aprile 2009 la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ha emanato le "Raccomandazioni in merito all'applicazione di accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale (art: 33-34-35 legge 23 dicembre 1978, n. 833)".

**La Regione Piemonte** con D.G.R. 93-13746 del 29 marzo 2010 recepì tale documento e il mandato contenuto in esso di "...diffusione delle raccomandazioni... attivazione dei protocolli applicativi locali... programmi di formazione interprofessionale finalizzati alla partecipazione di tutte le istituzioni coinvolte in un coordinamento idoneo alla corretta applicazione delle procedure di intervento sanitario obbligatorio". Fu prevista, inoltre, l'attivazione di un gruppo regionale di monitoraggio dei protocolli operativi adottati a livello locale e della loro compatibilità con le fonti normative. Per questo motivo tale gruppo è stato attivato come Nucleo professionale tematico: "Emergenze comportamentali - ASO/TSO" con il coordinamento del Dott. Vincenzo Villari.

Nell'anno 2016 si è concluso un lavoro di elaborazione documentale riguardante l'ASO/TSO e, resosi necessario fornire indicazioni utili per garantire uniformità nell'applicazione dei protocolli locali a livello regionale, in data 22/09/2016 la Direzione Sanità Settore Assistenza Sanitaria e Socio Sanitaria Territoriale della Regione Piemonte ha emanato le "Raccomandazioni per l'elaborazione dei protocolli operativi locali in merito agli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale". La premessa del documento regionale distingue tre specifiche situazioni:

### 1) ASO/TSO

L'ASO/TSO devono essere considerate eventualità del tutto eccezionali, in deroga - espressamente autorizzata e disciplinata dalla legge - al principio generale del consenso alle cure che, quindi, deve essere la modalità da privilegiare e da promuovere in ogni modo. Tuttavia, quando ciò non è possibile e ogni tentativo esperito si è rivelato inefficace, se ricorrono gli estremi previsti dall'art. 34 della legge 833/78, si può ricorrere ai provvedimenti senza consenso quali l'ASO e il TSO.

### 2) Emergenza clinica e/o comportamentale

È molto importante evidenziare che gli interventi di ASO/TSO non sono necessariamente coincidenti con situazioni di emergenza clinica e/o comportamentale, in presenza delle quali il medico, qualora ravvisi condizioni eccezionali di necessità e l'esigenza di salvaguardare la persona dal pericolo attuale di un danno grave non altrimenti evitabile, è tenuto ad attuare i provvedimenti opportuni e non differibili attivando le agenzie dell'emergenza sanitaria (118) e le Forze dell'ordine<sup>33</sup>. Successivamente, messi in atto i provvedimenti urgenti, qualora persista ancora la necessità di interventi terapeutici, gli stessi non vengano accettati dall'infermo e non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee

<sup>33</sup> Art. 54 cp; Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, 29 aprile 2009: "Raccomandazioni in merito all'applicazione di accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale", pag 9.

misure sanitarie extraospedaliere, il medico deve dare avvio alla procedura di TSO ai sensi dell'art. 34 della legge 833/78.

### 3) Situazioni cliniche in cui non c'è l'accettazione delle cure da parte del paziente, ma non ci sono gli estremi per un ASO/TSO

Esistono situazioni cliniche caratterizzate dalla compromissione acuta (qualsiasi forma di delirium dovuto a condizioni mediche e/o a sostanze) o cronica (soprattutto i disturbi correlati alla demenza) dello stato di coscienza che non necessitano dell'attivazione di interventi di ASO/TSO in quanto il paziente non è in grado di esprimere né il consenso, né il dissenso a causa del deterioramento globale e patologico delle sue facoltà cognitive. In tali casi il medico attuerà tutti gli interventi terapeutici necessari senza attivare l'ASO/TSO che in questi casi sono procedure inappropriate (ibidem, pag 9).

Infine si ricordano i doveri del medico verso le persone fragili (art. 32 del Codice di Deontologia medica) e i soggetti in stato di limitata libertà personale (art. 51).

**L'obiettivo delle Raccomandazione regionali** è quello di adottare, nelle varie realtà locali, protocolli di intesa appropriati e omogenei concordati tra tutte le Istituzioni interessate. A tal fine sono stati individuati dei referenti per tutti i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) con i quali è stato avviato un lavoro di rete finalizzato a:

- verificare l'esistenza e l'eventuale manutenzione di protocolli di intesa locali dei singoli DSM o promuoverne la stesura;
- verificare l'esistenza o la necessità di eventi formativi sul tema rivolti a operatori sanitari, 118, Vigili Urbani e Forze dell'Ordine.
- formare i formatori secondo un programma che nell'anno in corso è in fase di attuazione e che è indicato nell'ultima pagina delle "Raccomandazioni per l'elaborazione dei protocolli operativi locali in merito agli accertamenti ed ai Trattamenti Sanitari Obbligatori" emanate dalla Direzione Sanità della Regione Piemonte il 22/09/2016.

Per quanto riguarda il capoluogo regionale, il 9 maggio 2017 la Città di Torino e l'ASL Città di Torino hanno siglato un protocollo di intesa per l'attuazione dei Trattamenti Sanitari Obbligatori per malattia mentale, con previsione di interventi formativi. Incontri di formazione regionale (sul modello "formare i formatori") si sono svolti presso l'Assessorato in data 27 febbraio e 30 maggio 2017.

Di più ampio respiro è stata la giornata di studio a cui hanno partecipato circa 250 operatori sanitari nell'Aula Magna dell'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino il 18 aprile 2017 "La Salute Mentale: attualità e prospettive" durante la quale si sono toccati ambiti diversi (clinici, giuridici, socio economici, organizzativi). Il materiale proposto dagli esperti è presente sul sito web della Regione: [www.regione.piemonte.it/sanita/cms2/documentazione/category/222-convegno-la-salute-mentale-attualita-e-prospettive-torino-18-aprile-2017](http://www.regione.piemonte.it/sanita/cms2/documentazione/category/222-convegno-la-salute-mentale-attualita-e-prospettive-torino-18-aprile-2017)

## LA RETE REGIONALE PER LA PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI AUTORI DI REATO

Le aziende sanitarie regionali offrono regolarmente assistenza a favore di pazienti destinatari di misure restrittive della libertà personale. È indubbio che dal 2015 e, soprattutto, durante il 2016, tali attività hanno conosciuto un rapido incremento.

**Dal 1 aprile 2015**, per effetto della Legge 30 maggio 2014, n. 81, le ASL sono, di fatto, subentrare al sistema degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari dovendo garantire la presa in carico di pa-

zienti con misure di sicurezza dovute a pericolosità sociale connessa a vizio di mente. In breve, le ASL regionali hanno continuato ad assistere i pazienti con misura di sicurezza non detentiva (libertà vigilata) e allo stesso tempo hanno dovuto intensificare sensibilmente l'assistenza dedicata ai pazienti con misura di sicurezza detentiva attraverso la formulazione di progetti atti a:

- attuare il rientro sul territorio di individui ancora presenti negli OPG e considerati dimissibili,
- favorire il più possibile l'assegnazione di misure di sicurezza non detentive, limitando l'inserimento in REMS (Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza) ai soli casi effettivamente non gestibili sul territorio

### La situazione al 31 marzo 2015

L'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Castiglione delle Stiviere (MN) è stato, fino al 31 marzo 2015, la struttura di riferimento per i pazienti piemontesi soggetti a misura di sicurezza detentiva. A quella data i pazienti presenti erano 46. A questi si aggiungevano quattro persone in *licenza finale esperimento* (LFE) svolta presso strutture comunitarie site sul territorio della Regione Piemonte.

Dal primo di aprile 2015, coerentemente con quanto previsto dalla citata Legge 81, la struttura lombarda è diventata un sistema polimodulare di REMS. Formalmente i pazienti piemontesi sono stati dimessi dall'OPG, ma, sostanzialmente, le 46 persone non si sono spostate e sono venute a trovarsi in una collocazione impropria dal punto di vista territoriale. Inoltre, alcuni ospiti erano considerati, dall'équipe lombarda, dimissibili e quindi in attesa di una presa in carico da parte delle ASL piemontesi di competenza.

Vi erano infine due pazienti inseriti all'interno degli OPG in via di chiusura i quali dovevano anch'essi essere dimessi o trasferiti in strutture piemontesi.

Con D.G.R. 27 aprile 2015, n. 45-1373, sono stati costituiti due gruppi di lavoro: uno con funzioni di indirizzo e monitoraggio, con la partecipazione di rappresentanti delle diverse istituzioni coinvolte, l'altro con funzioni operative di coordinamento, costituito dai referenti di ciascuna Azienda Sanitaria Regionale.

Dal momento che, al primo aprile 2015, non erano disponibili posti letto in REMS piemontesi, la strategia adottata dalla Regione, con il supporto dei due gruppi costituiti, è stata duplice: da un lato cercare di accelerare le procedure per avviare l'attività di almeno una REMS sul territorio regionale, dall'altro operare per favorire la presa in carico territoriale dei pazienti dimissibili dalla struttura di Castiglione delle Stiviere, e dagli altri OPG. Parallelamente le ASL e, in particolare i Dipartimenti di Salute Mentale, si sono dovuti attrezzare per dar seguito alle indicazioni della Legge 81 in punto di residualità della misura di sicurezza detentiva. In questo senso era cruciale che i servizi sanitari interloquissero con l'Autorità Giudiziaria (AG) e fossero in condizione di poter offrire percorsi di cura alternativi all'inserimento in REMS.

L'elemento di novità è stato il dover intervenire rapidamente, anche a favore di individui poco conosciuti dai servizi e con un profilo clinico e giuridico non tipico dell'utenza usualmente trattata, ma, appunto, più associabile all'utenza degli OPG.

## La strategia regionale

La prima REMS piemontese è stata aperta presso la Casa di cura neuropsichiatrica San Michele di Bra (CN), il 22 ottobre 2015. La struttura offre 18 posti letto esclusivamente maschili. A partire dalla data di avvio della REMS sono iniziate le assegnazioni, da parte del Dipartimento per l'Amministrazione Penitenziaria (DAP), dei pazienti piemontesi alla struttura competente per territorio.

Le procedure di assegnazione sono il risultato della richiesta di esecuzione delle misure di sicurezza detentive da parte dell'AG. Con la sensibile riduzione dei posti letto avvenuta nel passaggio dagli OPG alle REMS, si sono venute a creare rapidamente delle liste d'attesa dei cosiddetti pazienti assegnati. Si consideri che delle 30 persone<sup>34</sup> ancora presenti nella REMS di Castiglione delle Stiviere fu possibile trasferire solo otto pazienti nella nuova struttura regionale. Gli altri 10 pazienti arrivarono dalla libertà o dal carcere, in forza di nuovi provvedimenti.

Il settore regionale competente ha cercato sin da subito di rendere percorribile all'AG la strada dell'applicazione di misure di sicurezza non detentive.

A tal fine ha in primo luogo promosso la sottoscrizione di un protocollo di intesa tra Regione, Corte d'Appello e Procura Generale. Il documento riporta l'impegno comune a collaborare per favorire la disponibilità di percorsi alternativi alle REMS, anche per il tramite degli ausiliari tecnici dei magistrati (periti e consulenti tecnici psichiatri).

Successivamente lo stesso settore ha attivato un tavolo operativo costituito dai referenti aziendali per la presa in carico territoriale dei pazienti autori di reato con il supporto tecnico del quale ha definito un piano per il finanziamento dei progetti individuali atti a favorire la riduzione dell'applicazione di misure di sicurezza detentive.

Al 31 dicembre 2015 erano presenti nella REMS San Michele 18 pazienti, di cui uno residente fuori regione. Nel corso dell'anno 2015 sono avvenute 20 ammissioni e 2 dimissioni. Presso la REMS di Castiglione delle Stiviere erano ancora presenti 24 pazienti, negli OPG erano invece presenti 2 pazienti: uno ricoverato presso l'OPG di Reggio Emilia, l'altro nell'OPG di Montelupo Fiorentino.

## Le attività del 2016

Nel corso del 2016 il sistema regionale di presa in carico dei pazienti autori di reato è andato a regime. Dal 15 novembre 2016, alla REMS San Michele si è affiancata la REMS di San Maurizio Canavese "Anton Martin" di 20 posti letto di cui due destinati a ospiti donne.

Nel corso dell'anno si è dunque giunti al numero di 38 posti letto in REMS come previsto dalla normativa regionale.

Come conseguenza della disponibilità dei nuovi posti letto in REMS e grazie al lavoro dei servizi territoriali, nel novembre 2016, gli ultimi pazienti piemontesi sono stati dimessi dalla REMS di Castiglione delle Stiviere.

Nel medesimo periodo, il coordinamento dei referenti aziendali ha avviato una ricognizione degli utenti dei servizi di ciascuna Azienda Sanitaria sottoposti a misure restrittive della libertà personale.

---

<sup>34</sup>Il dato è stato ricavato dal Sistema informativo per il superamento degli OPG (SMOP)

Si è trattato di un primo esame di questo tipo di informazioni, non particolarmente semplici da raccogliere, ma allo stesso tempo di grande importanza per cercare di comprendere l'entità quantitativa e qualitativa delle richieste di assistenza di questa tipologia di utenza.

L'esito della raccolta dati, replicata poi nel corso del 2017, ha fornito un quadro utile alla programmazione regionale e locale. Nella Tab. 1 si riassumono i risultati principali della rilevazione del 2017 per l'intero territorio regionale<sup>35</sup>.

**Tab. 2 Pazienti Piemontesi con restrizioni della libertà personale al 22/06/2017**

	N	%
Pazienti	453	100
Di cui in struttura residenziale	335	74
Di cui in Libertà vigilata	304	67
Diagnosi		
schizofrenia e altri disturbi psicotici	191	42
disturbi della personalità	91	20
disturbi correlati a sostanze	33	7
disturbi dell'umore	24	5
altra diagnosi o mancante	133	26

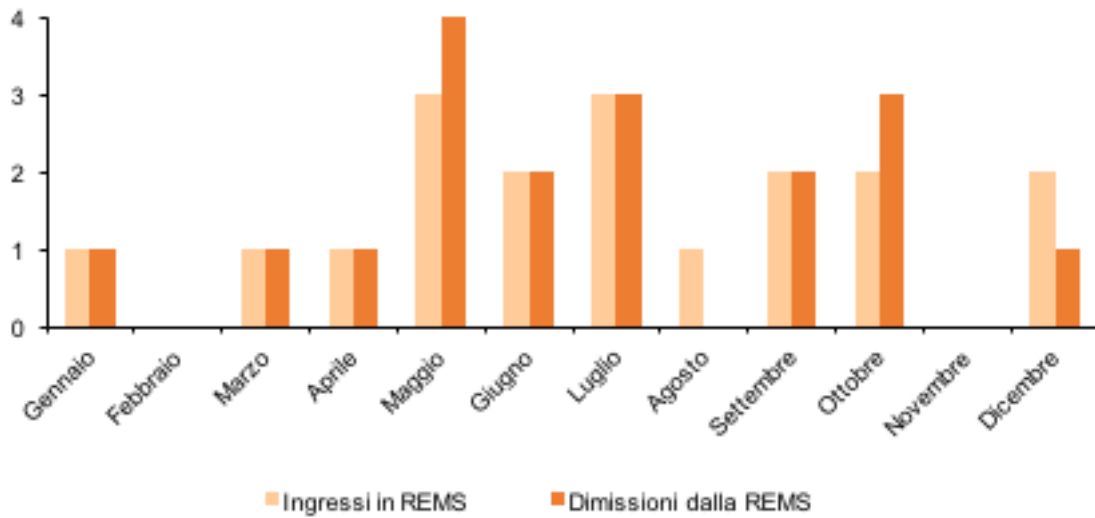
I dati raccolti evidenziano la fondamentale componente "extra REMS" nell'attività di assistenza dei servizi specialistici offerta destinata all'utenza assegnataria di misure restrittive della libertà personale, che come si nota dalla tabella, non è limitata alle misure di sicurezza, ma comprende le misure cautelari (domiciliari e presso luoghi di cura) e le misure alternative alla detenzione.

Tale attività territoriale ha un forte impatto sui servizi e soprattutto sui DSM in quanto la maggior parte dei progetti offerti a pazienti con restrizioni della libertà è di tipo residenziale.

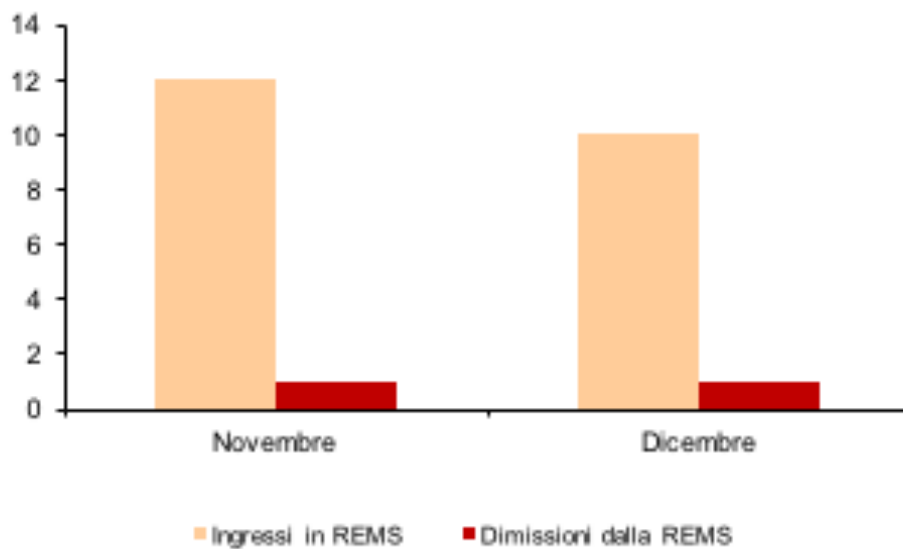
<sup>35</sup> La rilevazione, ancora in svolgimento al momento della preparazione di questa relazione, è stata effettuata tramite estrazioni di dati dal Sistema informativo per il monitoraggio del superamento degli OPG (SMOP) e integrata dai dati forniti dai referenti aziendali. Per alcuni territori, in riferimento ad alcune tipologie di restrizioni della libertà, si è provveduto a stimare l'informazione non ancora disponibile.



**Fig. 1 REMS San Michele: ingressi e dimissioni nell'anno 2016**



**Fig. 2 REMS Anton Martin: ingressi e dimissioni nell'anno 2016<sup>36</sup>**



<sup>36</sup> La REMS è stata aperta il 15 novembre 2016, per questo motivo il grafico riporta i soli mesi di novembre e dicembre.

**Tab. 3 REMS piemontesi: ingressi e dimissioni per ASL nell'anno 2016**

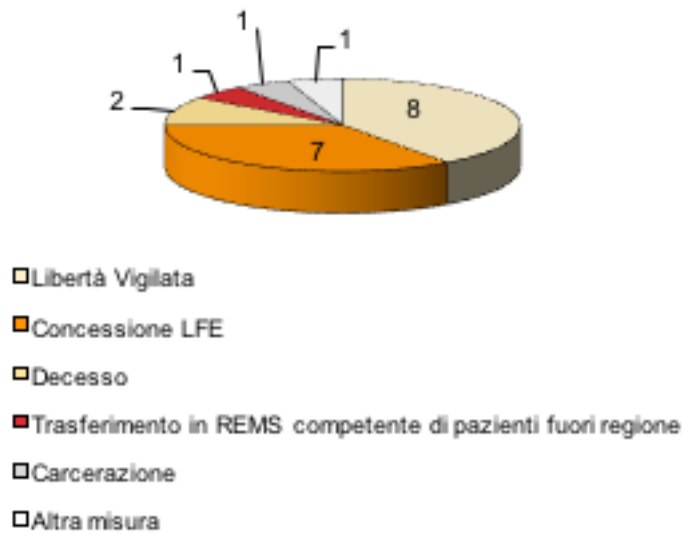
ASL di Competenza	REMS San Michele		REMS Anton Martin	
	Ingressi	Dimissioni	Ingressi	Dimissioni
TO1	4	4	6	1
TO2	5	4	1	-
TO3	-	1	2	-
TO4	1	2	3	-
TO5	1	1	2	-
VC	-	1	1	-
BI	-	-	1	-
NO	-	-	-	-
VCO	-	-	-	-
CN1	3	2	2	1
CN2	-	-	-	-
AT	-	-	-	-
AL	4	2	3	-
Fuori regione	-	1	1	-
Totale	18	18	22	2

**Tab. 4 REMS Castiglione delle Stiviere: dimissioni di pazienti piemontesi suddivisi per ASL nell'anno 2016**

ASL di Competenza	Totale
TO1	5
TO2	6
TO3	2
TO4	4
TO5	1
AL	1
CN1	2
NO	2
VC	1
Totale	24

I pazienti inseriti nel 2016 presso la REMS San Michele erano per la maggior parte destinatari di un provvedimento definitivo, rispetto a quanti hanno fatto ingresso in forza di una misura provvisoria (11 vs. 7). Le dimissioni hanno riguardato 13 pazienti con misura definitiva e 5 con misura provvisoria. Presso la REMS Anton Martin hanno fatto ingresso 9 pazienti con misura provvisoria e 11 con misura definitiva, tra cui i due dimessi nel corso dell'anno.

**Fig. 3 Destinazione dei pazienti usciti dalle REMS San Michele e Anton Martin nell'anno 2016**



Delle 20 dimissioni dalle REMS piemontesi nel corso del 2016, ben 15 hanno comportato l'avvio di percorsi di cura territoriali. In altri tre casi, provvisori, il percorso in REMS si è interrotto per motivi di giustizia. Si contano infine due decessi nel corso dell'anno.

**Tab. 5 Destinazione dei pazienti usciti dalla REMS Castiglione delle Stiviere (dal 01/01/2016 al 29/11/2016)**

Destinazione	Totale
Trasferimento in REMS	11
Libertà Vigilata	5
Concessione LFE	5
Detenzione domiciliare	2
Carcerazione	1
Totale	24

Le dimissioni dalla REMS di Castiglione delle Stiviere sono consistite in trasferimenti nelle omologhe strutture piemontesi per una quota di poco superiore alle prese in carico territoriali (11 trasferimenti a fronte di 10 prese in carico), a dimostrazione della disponibilità delle Aziende Sanitarie ad attivare progetti di assistenza sul territorio in tutti i casi in cui l'inserimento in REMS non fosse strettamente necessario.

**Tab. 6 Durata media degli inserimenti della REMS San Michele, con dettaglio su Provvisori e Definitivi nell'anno 2016**

Tipo di misura		Durata media degli inserimenti
Provvisoria (art. 206 c.p.)		145
Definitiva	Vizio di mente parziale (art. 219 c.p.)	153
	Vizio di mente totale (art. 222 c.p.)	221

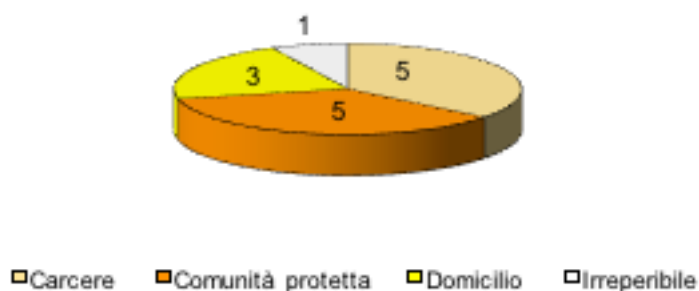
La durata media degli inserimenti conclusi nel 2016 è complessivamente di circa 180 giorni. Tale valore andrà confrontato con quello dei periodi successivi per valutare quanto esso sia stato influenzato dalla presenza di pazienti provenienti dalla REMS di Castiglione delle Stiviere i quali avevano svolto già un percorso in misura detentiva ed erano già entrati in contatto con i servizi competenti.

**Tab. 7 Giornate di occupazione 2016 nelle REMS San Michele e Anton Martin**

	Progetti gestiti	Giornate di assistenza erogate
REMS San Michele	36	6486
Anton Martin (dal 15/11/2016)	22	601
Totale	58	7087

Le assegnazioni alle REMS avvengono con un ritmo pari o superiore a quello delle dimissioni determinando così la formazione di una lista di attesa. Le condizioni giuridiche e domiciliari delle persone in lista di attesa sono piuttosto differenti tra loro. Alcuni pazienti assegnati devono ancora terminare una pena detentiva, quindi il loro ingresso in REMS è previsto, ma spostato in avanti nel tempo. Altri pazienti sono raggiunti dall'assegnazione mentre è in svolgimento un percorso terapeutico residenziale con andamento positivo anche sotto il profilo del contenimento della pericolosità sociale al punto che i servizi propongono al magistrato competente il proseguimento del percorso e la trasformazione della misura di sicurezza da detentiva a non detentiva. I restanti sono in varia misura prossimi all'ingresso in REMS, compatibilmente con i tempi che la magistratura, in particolare di sorveglianza, richiede per valutare i progetti di dimissione di quanti sono al momento presenti in REMS, ma ritenuti dai clinici dimissibili.

**Fig. 4 Pazienti assegnati al 31 dicembre 2016 per collocazione domiciliare del paziente**



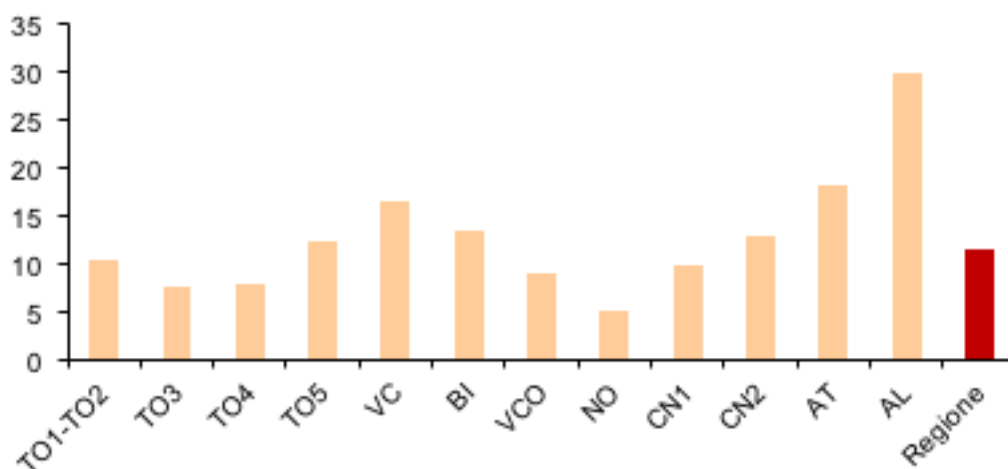
**Tab. 8 Progetti finanziati dalla Regione Piemonte e relativo importo. Anno 2016**

	Progetti presentati	Totale progetti
TO1	5	284.812,45
TO2	5	284.298,20
TO3	5	248.411,70
TO4	2	94.900,00
AL	2	109.135,00
CN1	4	244.411,30
CN2	1	56.210,00
NO	2	100.426,10
VC	1	29.958,95
VCO	1	60.174,08

La Regione Piemonte per agevolare il processo di presa in carico territoriale dei pazienti autori di reato ha, con D.G.R. 18 gennaio 2016, n. 13-2810, destinato risorse specifiche al finanziamento di progetti alternativi all'inserimento in REMS. Nel corso del 2016 la Regione ha provveduto a finanziare 28 progetti di presa in carico territoriale per un valore complessivo di circa 1,5 milioni di cui è già stato erogato, come da D.G.R., il 70% (Tab. 7).

I finanziamenti regionali hanno consentito di superare il momento di criticità causato dalla significativa riduzione di posti letto disponibili per l'esecuzione delle misure di sicurezza detentiva (a livello nazionale ridottisi di oltre il 50%). Oltre a ciò e alla disponibilità di posti in REMS, i DSM hanno in carico un cospicuo numero di pazienti che rappresentano, da soli, in termini di utilizzo di risorse, circa l'11,5% della spesa che i DSM destinano ai progetti residenziali. I valori sono molto eterogenei tra i vari DSM, ma evidenziano un elevato utilizzo di risorse per un numero complessivamente ridotto di persone, rispetto al totale dei pazienti in carico ai DSM (Fig. 5).

**Fig. 5 Quota spesa per inserimenti residenziali di pazienti autori di reato su totale spesa residenzialità dei DSM, escluse REMS e finanziamenti regionali - Anno 2016**



## CONCLUSIONI

Il sistema regionale di presa in carico dei pazienti autori di reato ha gestito, dal primo aprile 2015 fino al 31 dicembre 2016, circa 50 dimissioni dagli ex OPG e, dal 22 ottobre 2015 a fine 2016, 39 assegnazioni (dal carcere o dalla libertà). Un numero consistente di pazienti, con esigenze di cura complesse, che solo in parte ha fatto ingresso in REMS. Inoltre, diversamente da quanto accadeva in passato presso gli OPG, gli inserimenti si sono rivelati per lo più di breve durata, in media circa sei mesi, con 22 dimissioni. Laddove si è ritenuto possibile e vi è stata condivisione di intenti con l'Autorità giudiziaria, non si è ricorso all'inserimento in REMS.

In particolare, solo 21 pazienti provenienti da OPG sono stati accolti nelle REMS piemontesi.

Si sottolinea, infine, che, nella maggior parte dei casi, il lavoro sinergico della magistratura e dei servizi ha reso superflua sin da subito l'assegnazione a una REMS a favore di una misura di sicurezza non detentiva.

Questo risultato è documentato dall'ampio numero di pazienti seguiti dai servizi delle aziende sanitarie regionali, per lo più afferenti ai DSM, con un importante impegno di risorse economiche e di personale ad essi dedicato.

L'ambito della presa in carico dei pazienti autori di reato è stato oggetto di una profonda riforma, seppur per certi versi incompleta, i cui effetti si stanno concretizzando solo in questi giorni. È pertanto un tema che richiede ulteriori approfondimenti e, in quanto sistema complesso, necessita di attento monitoraggio e opportuna programmazione.

# CAPITOLO 7

## PROSPETTIVE DI SALUTE E DI RIORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI

Recuperare le abilità personali dei pazienti, sviluppare alternative a sistemi di offerta istituzionalizzanti, attenzione al modello della guarigione.

Il Piemonte si sta attrezzando per raggiungere tali obiettivi: dopo una descrizione delle azioni utili per supportare la "recovery" dei pazienti, si riportano di seguito, come primo esempio delle attività in cantiere:

- la sintesi di un Documento regionale "Proposta di definizione, regolamentazione e verifica delle funzioni di semiresidenzialità e domiciliarità esercitate nell'ambito della rete regionale dei Servizi di Salute mentale delle ASR" presentato nel luglio 2017 ai Direttori dei Dipartimenti di Salute mentale piemontesi, che prefigura una riorganizzazione dei servizi attraverso lo sviluppo di Progetti finalizzati al potenziamento delle abilità personali dei pazienti (Domiciliarità, Sostegno Territoriale Integrato e Budget di Salute);
- una breve descrizione del possibile ruolo dei progetti di Salute Mentale nell'ambito delle Cure Primarie (sviluppate all'interno della costituenda rete delle Case della Salute).

### PROGETTARE LA RECOVERY

La guarigione è un processo, un modo di vivere, un atteggiamento, un modo di far fronte alle sfide quotidiane. Non è un processo perfettamente lineare. La necessità di affrontare le sfide della disabilità e di ritrovare un nuovo senso di integrità e valore, un nuovo scopo all'interno dei limiti della disabilità; l'aspirazione è di vivere, lavorare e amare all'interno di un contesto sociale a cui si deve dare un contributo significativo <sup>37</sup>.

**Recovery, ripresa, riaversi, star meglio e anche guarigione** non sono più parole tabù in psichiatria. Se fino a qualche anno fa si parlava di cronicità assoluta, di una malattia senza vie d'uscita, in questi due ultimi decenni sono nati movimenti che promuovono la recovery e coinvolgono medici, operatori e soprattutto utenti.

Il modello di recovery, così come è sostenuto dai gruppi di utenti che in esso si riconoscono, fa riferimento a un concetto che è insieme processo ed esito ed è per sua natura indefinibile, in quanto affonda le radici nella definizione di valori, interessi e obiettivi assolutamente individuali. Vi è una connessione importante tra guarigione e valorizzazione dell'esperienza soggettiva e tra guarigione e interventi di autogestione dei sintomi psicotici che integrano tecniche di tipo cognitivo con una strategia di empowerment che le contestualizza.

La speranza è un aspetto centrale della recovery, promuove il benessere, il funzionamento, la capacità di fronteggiare i problemi.

Al cuore dell'intero processo di riscoperta del concetto di recovery c'è il tentativo di ripristinare un ponte fra il nucleo del Sé "potenzialmente sano" e il mondo esterno, con il fine di poten-

<sup>37</sup> Patricia Deegan. Recovery: The Lived Experience of Rehabilitation. Psychosocial Rehabilitation Journal, vil.11, n.4, 1988

ziarlo e far evolvere le risorse interne mortificate dall'esperienza della malattia mentale e dalle sue conseguenze (disabilità, stigma sociale, stigma interno, autosvalutazione, passiva accettazione).

**Facilitare la recovery implica** un viraggio di 180 gradi nel modo di considerare la disabilità: dal focus sui deficit da riparare al focus sui punti di forza personali e ambientali, da *place and train a train and place*. L'orientamento alla recovery implica l'assunzione che le persone sono "organismi orientati a uno scopo" e apprendono dalle esperienze reali quando queste sono concretamente disponibili, non dopo aver dimostrato un miglioramento dei sintomi e del funzionamento.

La guarigione diventa un diritto e acquista una dimensione politica: servono servizi che garantiscano un'accoglienza e un percorso di cura adeguato, relazioni di aiuto che siano di reciprocità, risorse economiche per promuovere inserimenti nella società, politiche sociali e culturali che contrastino stigma e discriminazione.

Il recovery model rappresenta un'importante innovazione nell'ambito del dibattito che oggi anima il campo della salute mentale, imponendo una riflessione sui fondamenti epistemologici della psichiatria e aprendo un orizzonte nuovo a ricerche più innovative sulla natura dei disturbi mentali, sulle variabili che ne influenzano il decorso e sulla messa a punto di interventi efficaci, rispettosi della dignità delle persone e sottoposti a verifiche in cui gli utenti che ne hanno esperienza diretta abbiano un ruolo significativo <sup>38</sup>.

**Ma com'è possibile imboccare in modo deciso questa direzione**, in una realtà regionale come il Piemonte alla presa con restrizione di risorse e modelli organizzativi che spesso si confanno maggiormente alle caratteristiche dell'offerta dei servizi piuttosto che alle istanze poste dalla domanda dei pazienti? È possibile valutare gli esiti funzionali in relazione alle diagnosi e ai differenti interventi terapeutici?

La compromissione del funzionamento nella vita quotidiana, nel lavoro e nel tempo libero è una caratteristica essenziale di disturbi mentali gravi, ha un'alta prevalenza, ha un enorme peso sia per il paziente sia per i familiari, è associato ad alti costi diretti e indiretti ed è presente anche nei periodi di remissione dei sintomi. Sulla base di queste evidenze, un adeguato livello di funzionamento è uno dei criteri standardizzati del recovery e rappresenta un importante obiettivo degli interventi di riabilitazione psichiatrica.

La maggior parte dei pazienti affetti da disturbi mentali gravi non raggiunge le normali tappe fondamentali del funzionamento sociale, della produttività, dell'indipendenza abitativa e della cura di sé. La compromissione coinvolge sia la capacità a svolgere le attività quotidiane, quali la cura di sé, sia attività strumentali, quali la gestione del denaro, comprare, cucinare, pulire, gestire la terapia farmacologica e i trasporti. Sono presenti inoltre molteplici deficit so-

<sup>38</sup> Riferimenti:

Silverstein SM, Bellack AS. A scientific agenda for the concept of recovery as it applies to schizophrenia. *Clin Psychol Rev* 2008; 28: 1108-24

Lieberman JA et al. Science and Recovery in Schizophrenia. *Psychiatric Services* 59:487-496, 2008.

Lose d. et al. Consumer perspectives on the concept of recovery in schizophrenia: A systematic review. *Asian Journal of Psychiatry* 14 (2015) 13-18

Slade M. et al. Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry* 2014;13:12-20

Slade M. et al. Development of the REFOCUS intervention to increase mental health team support for personal recovery. *The British Journal of Psychiatry* (2015) 207, 544-550



ciali. Raramente i pazienti riescono a raggiungere tappe della vita quali il matrimonio o relazioni stabili, hanno ridotti network sociali e i loro modelli di attività socialmente orientate sono limitati. Le loro abilità o competenze sociali sono in genere compromesse e questi deficit della competenza sociale possono avere un impatto negativo su altri aspetti del funzionamento, come il lavoro.

L'approccio potrebbe riguardare, in questa fase, l'avvio, in alcune realtà piemontesi selezionate, di progetti sperimentali che valutino, nel tempo, il funzionamento nei pazienti afferenti al DSM: si potrebbe pensare a un follow-up dei pazienti dopo un anno dalla presa in carico, a partire già dall'inizio del 2018.

È possibile misurare le dimensioni funzionali attraverso l'utilizzo di scale di valutazione: una tra le più semplici ed immediate è la "Personal and Social Performance Scale" (PSP), che valuta il funzionamento dei pazienti, in relazione alla diagnosi psichiatrica - i pazienti sono suddivisi in 5 grandi gruppi: psicosi non affettive, psicosi affettive, disturbi d'ansia, disturbi di personalità, altro - e al tipo di trattamento ricevuto - trattamento farmacologico, trattamento psicoterapico, trattamento farmacologico e psicoterapico, trattamento psicosociale, trattamento farmacologico e psicosociale - in quattro aree principali:

- 1) attività socialmente utili (includono attività lavorativa e studi accademici);
- 2) relazioni personali e sociali;
- 3) cura di sé e
- 4) comportamenti disturbanti e aggressivi.<sup>39</sup>

Qualche primo esempio di possibili risultati che è possibile attendersi (e che occorrerà attrezzarsi a rilevare e valutare):

- miglioramento della sintomatologia,
- minore numero di ricadute e ricoveri dopo un anno,
- incremento dei tirocini e degli inserimenti lavorativi durante il periodo di trattamento
- maggiore costo/efficacia degli interventi.

## Come supportare operatori e servizi orientati alla recovery?

Per superare la tendenza al pessimismo prognostico di molti operatori della salute mentale si rende opportuno passare da un modello di riferimento "Medico" al "Modello della guarigione": la tabella che segue illustra gli elementi caratteristici di entrambi.

Le testimonianze di coloro che hanno attraversato l'esperienza dei disturbi mentali gravi sono molto numerose (e facilmente raggiungibili online): una delle indicazioni chiave che emergono da queste testimonianze è la centralità della presenza di aspettative favorevoli, sia tra gli operatori che tra i familiari.

Alcune iniziative realizzate in Piemonte negli ultimi dieci anni (in particolare, a Biella) hanno permesso di raccogliere e valorizzare molte testimonianze italiane.

<sup>39</sup> Morosini, P., Magliano, L., Brambilla, L., Ugolini, S., Pioli, R. (2000). Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV social and occupational scales (SOFAS) to assess routine social functioning. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(4), 323-329

<b>Modello della guarigione</b>	<b>Modello medico</b>
Centralità dell'esperienza	Psicopatologia
Biografia	Sviluppo del disturbo
Interesse centrato sulla persona	Interesse concentrato sul disturbo
Promuovere la salute	Combattere la malattia
Centrato sulle capacità della persona	Centrato sui trattamenti offerti
Esperti in base alla propria esperienza	Medici e pazienti
Significato personale	Diagnosi
Comprensione	Coscienza di malattia
Centrato su valori etici	Apparentemente sganciato da considerazioni etiche
Umanistico	Scientifico
Crescita e scoperta	Trattamento
Scelta	Adesione alle proposte di trattamento
Riferimento ad "eroi"	Sorretto dalle metaanalisi
Resoconti personali	Studi randomizzati controllati
Trasformazione	Ritorno alla normalità
Gestione personale	Coordinatori esperti
Controllo di sé	Riportare sotto controllo
Responsabilità personale	Appropriatezza professionale
All'interno di un contesto sociale	Decontestualizzato

Le associazioni degli utenti e dei familiari sollecitano, a livello internazionale, e non solo in Italia, un più deciso orientamento delle attività dei servizi verso la "recovery": in alcuni Paesi, tali sollecitazioni hanno già dato origine alla elaborazione di standard formativi per i professionisti della salute mentale, come pure alla richiesta di inserimento di "pari" nei servizi di salute mentale. Le esperienze di inserimento di "pari" in Italia sono ancora molto limitate, ma il trend – a livello internazionale – è quello di incentivarne la presenza, soprattutto in alcune attività dei servizi.

Può risultare importante inoltre l'analisi di ciò che accade nel quotidiano delle relazioni e dei processi, valorizzando il lavoro di squadra e gli assetti organizzativi che lo favoriscono.

Sul piano della verifica del decorso tra coloro che entrano nei percorsi di trattamento offerti dai servizi piemontesi, i registri dei dati disponibili possono offrire ai servizi e agli operatori importanti occasioni di approfondimento.

**Il linkage tra le basi dati disponibili**, da anni tecnicamente fattibile in Piemonte, potrebbe infatti consentire la creazione di coorti da sottoporre a valutazioni regolari di follow-up. In questo modo sarebbe possibile valutare alcuni esiti significativi, in particolare:

- esiti relativi alla cessazione dei rapporti con i Servizi (in assenza di trattamenti farmacologici e ricoveri);
- esiti relativi alla comparsa di patologie somatiche significative;
- esiti relativi alla mortalità (che molte ricerche segnalano in aumento);
- esiti relativi al rapporto tra trattamenti farmacologici ed esiti specifici (anche negativi).

È auspicabile inoltre l'introduzione di indicatori di risultato relativi all'interno del Programma Nazionale Esiti.

L'orientamento alla recovery non può prescindere da un coinvolgimento diretto di utenti e familiari nella progettazione e nella valutazione delle attività di valutazione e di ricerca in salute mentale <sup>40</sup>.

## PROSPETTIVE DEI PERCORSI DI PRESA IN CARICO TERRITORIALE<sup>41</sup>

### Lo sviluppo del Progetto Domiciliarità

A volte la risposta fornita con l'accoglienza in una struttura residenziale, o con il prolungamento della permanenza in essa, non è quella più congrua alle necessità del paziente, ma deriva dalla mancanza di alternative. Una parte delle persone inserite, o candidate all'inserimento, nelle strutture residenziali, potrebbe beneficiare, in alternativa, di interventi territoriali.

Il **"Progetto Domiciliarità"** è un insieme integrato di interventi terapeutici e assistenziali, attivati dai DSM, che utilizzano casa e abitare all'interno della comunità sociale come fattore cruciale di recupero e mantenimento della salute, contro il rischio di istituzionalizzazione ed emarginazione sociale. Ha l'obiettivo di evitare che le persone, a causa di gravi e persistenti problematiche psichiatriche, perdano o non possano recuperare la possibilità di abitare all'interno del proprio nucleo familiare, o della propria abitazione. Integra interventi terapeutici sull'area dell'abitare con azioni nelle altre aree di vita: formazione e lavoro, socialità e affettività.

**Dal punto di vista organizzativo** include:

- *un sostegno domiciliare alternativo alla residenzialità*: concepito come alternativo all'inserimento residenziale, rivolto a pazienti che presentano rilevante complessità dei bisogni e compromissione del funzionamento, per cui l'ordinaria presa in carico territoriale da parte del CSM risulterebbe insufficiente;
- *un sostegno domiciliare successivo alla residenzialità*: favorisce la dimissione dalla struttura residenziale di pazienti che necessitano di proseguire il percorso riabilitativo sul territorio al fine di completare, integrare, potenziare l'acquisizione di competenze volte all'abitare e proseguire il percorso di inclusione.

<sup>40</sup> Testimonianze e libri utili

AAVV "La scrittura della guarigione. Autobiografie, racconti e poesie per dar voce alla rinascita dopo la malattia mentale" Biella, Provincia di Biella, 2009

Coleman R. "Guarire dal male mentale" Roma, Manifestolibri, 2005

Olsen E.(ed.) "Guarigione" Resoconto del Gruppo di Lavoro al 5° Congresso dello European Network of (ex-) Users and Survivors of Psychiatry, [http://www.nopazzia.it/veje\\_guarigioni.html](http://www.nopazzia.it/veje_guarigioni.html)

Rossi P. (2008) *Speranze* Il Mulino, Bologna

Romme M., Escher S., Dillon J., Corsten D. & Morris M. "Vivere con le voci. 50 storie di guarigione" Milano, Mimesis, 2010

Saks E. "Un castello di sabbia. Storia della mia vita e della mia schizofrenia" Milano, FrancoAngeli, 2013

Steele K. & Berman C. "E venne il giorno che le voci tacquero. Un viaggio nella follia e nella speranza" Milano, Mimesis, 2005

Van der Win L. "Un legame materno non si recupera più? Autobiografia di una schizofrenica guarita" Milano, Mimesis, 2010

<sup>41</sup> Dal punto di vista dei presupposti normativi i Progetti Domiciliarità sono garantiti nell'ambito dei percorsi di presa in carico dei "disturbi gravi persistenti e complessi", che costituiscono la priorità dei servizi secondo il D.P.R 10 novembre 1999 (*Progetto Obiettivo Nazionale Salute Mentale*) e sono compresi tra le quattro aree di bisogni prioritari definite dal Piano d'Azioni Nazionale per la Salute Mentale del 2013.

## Alcuni presupposti perché il Progetto si possa attuare

Accesso e valutazione multidimensionale del bisogno	Strumenti attivabili	Verifica e valutazione degli esiti
<p>• L'accesso ai progetti di domiciliarità - rivolti a pazienti con diagnosi di psicosi, disturbo maggiore dell'umore, disturbo grave di personalità - è subordinato a una valutazione multidimensionale del bisogno, effettuata da un'équipe multidisciplinare, che comprende operatori del Csm e figure professionali degli altri servizi eventualmente coinvolti, e prevede azioni di coinvolgimento della rete sociale: enti locali, soggetti privati, del terzo settore, associazioni di volontariato, e in primo luogo i pazienti e i loro familiari.</p>	<p>• Attivazione di tutti gli strumenti finalizzati a raggiungere gli obiettivi di salute nelle aree dell'abitare. In particolare: risorse umane dedicate, disponibili, quando indicato, 24 ore sette giorni su sette; risorse economiche e materiali, inclusa la disponibilità di casa e risorse economiche necessarie per l'abitare e i correlati percorsi di inclusione sociale. Le risorse economiche possono anche essere erogate direttamente al paziente o ai suoi familiari, nella forma dell'assegno terapeutico.</p>	<p>• Il DSM deve predisporre idonee procedure di valutazione degli esiti dei Progetti Domiciliarità, con l'utilizzo di strumenti e modalità validate dalla letteratura scientifica, per verificarne l'effettiva efficacia terapeutico-riabilitativa, con particolare attenzione ai parametri soggettivi di soddisfazione e di qualità della vita.</p>

## Il Sostegno territoriale integrato per il recupero delle abilità personali dei pazienti

La definizione "*Sostegno territoriale Integrato*" sostituisce il termine Semiresidenzialità e consiste in un insieme di progetti di cura ad alta specializzazione finalizzati al recupero e/o potenziamento delle capacità-abilità personali dei pazienti in ambito sociale, lavorativo, familiare e di iniziativa personale.

L'**obiettivo** è garantire il diritto dei pazienti di vivere e curarsi nella comunità di appartenenza, attraverso il legame con la rete territoriale primaria (naturale) e secondaria (servizi). Si tratta di progetti territoriali con il massimo grado possibile di personalizzazione, differenziati sulla base del Piano Terapeutico Individuale (PTI) di ogni paziente, integrati con l'attività dei Centri di Salute Mentale; il governo clinico compete al DSM.

Sono rivolti agli utenti con disturbi psichici gravi e persistenti ad alto rischio di emarginazione; possono essere attuati con diversi livelli di intensità assistenziale. Si distinguono:

- Attività a prevalente carattere espressivo e/o terapeutico-riabilitativo, volte a migliorare le competenze relazionali e sociali. Le attività possono svolgersi presso sedi apposite a disposizione del progetto o presso altre sedi disponibili sul territorio, secondo quanto indicato dal PTI.
- Attività riabilitative in ambito lavorativo, nelle fattispecie previste dalla D.G.R. 28-2527 del 30/11/2015 (Tirocini di Inclusione Sociale) e le attività di sostegno e accompagnamento riabilitativo nei percorsi di inserimento lavorativo, promossi dagli enti competenti (Centri per l'impiego).
- Attività di inclusione sociale a valenza riabilitativa. Si tratta di attività di risocializzazione, mirate all'inclusione e recupero delle abilità sociali per aumentare la competenza relazionale di ciascun paziente. L'obiettivo è portare ad apprendere l'arte della convi-

venza condividendo esperienze e problematiche comuni e favorendo la socializzazione con altri individui. Tali attività si svolgono preferibilmente in contesti non istituzionali, ma collocati sul territorio e aperti a tutta la popolazione.

- Attività di accoglienza e sostegno territoriale, nelle situazioni di crisi, finalizzata all'intervento precoce e all'utilizzo evolutivo della crisi e alla prevenzione dei ricoveri ospedalieri e dei trattamenti sanitari obbligatori. Possono essere attuate sul territorio, a domicilio del paziente, o in luoghi appositi messi a disposizione dal progetto, secondo le indicazioni contenute nel Piano Terapeutico Individuale (PTI).

## Alcuni presupposti perché il Progetto si possa attuare

Accesso e valutazione multidimensionale del bisogno	Strumenti attivabili	Verifica e valutazione degli esiti
<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'accesso ai progetti - rivolti a pazienti con diagnosi di psicosi, disturbo maggiore dell'umore, disturbo grave di personalità, per i quali venga evidenziato un rilevante deficit di funzionamento sulla base di strumenti standardizzati (es. ICF) o sia stata riconosciuta un'invalidità civile superiore al 46% - è subordinato a valutazione multidimensionale del bisogno, effettuata da un'équipe multidisciplinare che comprende operatori del Csm e degli altri servizi coinvolti: enti locali, soggetti privati, terzo settore, associazioni di volontariato, e in primo luogo pazienti e i loro familiari.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sono rappresentati da risorse umane dedicate, con specifica formazione e competenza professionale, per le attività strutturate a carattere espressivo e riabilitativo e all'accoglienza-sostegno nella crisi; risorse umane e/o organizzazioni radicate nel territorio, in condizione di attivare e implementare legami con le reti formali e informali, per le attività di inclusione sociale a valenza riabilitativa; risorse economiche e materiali necessarie per sostenere le varie tipologie dei progetti. Le risorse economiche possono anche essere erogate direttamente al paziente o ai familiari, nella forma dell'assegno terapeutico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Strumenti e modalità validati dalla letteratura scientifica, con particolare attenzione ai parametri soggettivi di soddisfazione e qualità della vita.</li> </ul>

## Il budget di Salute, strumento innovativo per integrare sistema di cura e comunità locale

È costituito dall'insieme di risorse economiche, professionali e umane necessarie per innescare un processo volto a ridare alla persona, attraverso un progetto terapeutico riabilitativo individuale, una soddisfacente integrazione nella società. È finalizzato a creare un legame tra il sistema di cura e la comunità locale e mira ad un utilizzo appropriato delle risorse di entrambi.

Il lavoro per percorsi, l'approccio sistemico, la contestualizzazione degli interventi nella realtà locale, la funzione di coordinamento del CSM, richiedono il concorso di tutte le istituzioni sociali e sanitarie, insieme alle risorse della comunità locale: volontariato, cooperazione, famiglia e persona stessa; privato sociale e imprenditoriale, in un rapporto di partnership, co-

progettazione e co-gestione con i servizi pubblici. In diverse Regioni italiane (Emilia, Friuli, Campania, Lazio) è da anni in fase avanzata di sperimentazione.

I principali assi di intervento attuabili con il Budget di Salute sono gli stessi che riguardano i Progetti di Domiciliarità e di Sostegno Territoriale Integrato: Casa, Lavoro e Socialità. Il loro funzionamento è più significativamente correlato, rispetto a diagnosi e terapia medica, con le prognosi favorevoli per persone con disabilità sociali conseguenti o concomitanti a condizioni psicopatologiche o a vulnerabilità biopsicosociali.

Le risorse che compongono il Budget di Salute individuale:

- budget ASL: risorse di cura messe a disposizione dal DSM/ASL attraverso le proprie strutture organizzative e/o attraverso altro soggetto co-gestore;
- budget dell'Ente Locale/Consorzio: risorse d'integrazione ed inclusione sociale messe a disposizione dall'Ente attraverso le proprie strutture organizzative (personale, edilizia residenziale, pasti, ...);
- budget dell'assistito: risorse del titolare del progetto, economiche e materiali, relazionali e famigliari;
- budget della comunità locale: economiche e relazionali

Concretamente, le fasi della progettazione del Budget di Salute sono:

- Valutazione iniziale e proposta budget di salute
- Unità di Valutazione Multi-professionale per valutazione proposta e analisi di fattibilità
- Declinazione operativa del Budget di Salute (Chi fa che cosa)
- Formalizzazione con il PTRI (modulistica)
- Autorizzazione del PTRI e sottoscrizione del contratto
- Monitoraggio e verifiche.

La composizione del Budget di Salute individuale è formalizzata nella sottoscrizione del Progetto Terapeutico-Riabilitativo Individualizzato che deve contenere i seguenti elementi:

- Valutazione sintetica del bisogno
- Risultati attesi
- Gli interventi necessari al soddisfacimento dei bisogni sociali-riabilitativi-formativi-lavorativi
- Eventuali risorse attivate e messe a disposizione dal paziente e dalla sua famiglia
- Eventuali risorse attivate e messe a disposizione dal volontariato
- Le risorse messe a disposizione dall'ASL e dall'Ente Locale/Consorzio
- Individuazione del responsabile del caso
- Le fasi temporali e le scadenze delle verifiche
- L'impegno sottoscritto dell'assistito e altri soggetti coinvolti a realizzare il progetto, con relative modalità.

Il Budget di Salute può includere diversi livelli di intensità dei progetti, a seconda dei bisogni del paziente. Obiettivo finale è il passaggio dei pazienti da un contratto ad alta intensità a uno di minore intensità.

## La salute mentale nella rete delle Cure Primarie

La presa in carico della salute mentale nelle Cure Primarie si propone l'obiettivo di diffondere un modello innovativo di gestione delle patologie croniche, la medicina di iniziativa, anche al

disagio mentale e psicologico e alle sue manifestazioni più frequenti, quali ansia e depressione.

La prevenzione e la cura di ansia e depressione attraversano trasversalmente più articolazioni organizzative delle ASL, deputate a erogare i Livelli Essenziali di Assistenza. Di fatto la struttura organizzativa deputata alla cura è rappresentata dai Dipartimenti di Salute Mentale, peraltro concepiti e organizzati, in termini strutturali e funzionali, per dare risposte soprattutto ai pazienti affetti da disturbi psicotici.

**Il collegamento e il coordinamento tra soggetti e strutture deputati alla cura del disagio mentale e i soggetti delle Cure Primarie**, rappresenta un modello di integrazione complesso, che prevede il coordinamento e la collaborazione di diversi servizi e diverse figure professionali nel processo di assistenza, organizzati in team multi professionali di cui fanno parte il medico di famiglia, lo psichiatra, lo psicologo (quest'ultimo non solo con l'attuale ruolo di supporto alla persona con problemi psicologici, ma anche allo scopo di rafforzare la motivazione del paziente a "prendersi cura di sé"), un infermiere o un educatore esperto o formato sulla depressione, che valuta i sintomi e svolge interventi educativi su di essi.

A partire dal 2009 in alcune ASL piemontesi: - ASL TO1, ASL TO 2, ASL TO3 – Borgaretto, ASL TO5 – La Loggia, - sono state avviate sperimentazioni di integrazione tra servizi dei Dipartimenti di Salute mentale, Strutture di Salute Mentale e Cure Primarie nell'ambito dei Distretti, nel contesto di ambulatori di medicina di gruppo.

Nelle diverse sperimentazioni i gruppi di lavoro hanno messo in atto strategie condivise, che hanno prodotto un buon grado di integrazione finalizzato alla cura delle persone, utilizzando gli strumenti della consulenza, della valutazione psicodiagnostica, del sostegno e della psicoterapia breve-focale.

## La Salute mentale nella rete delle Case della Salute

Nel 2017 si è avviata, in Piemonte, la sperimentazione regionale della Rete delle Case della Salute.

Tutte i Progetti in partenza (66 nel complesso, delle quali 34 già esistenti e 32 di nuovo avvio) hanno avviato attività di medicina di iniziativa, attivando percorsi di cura per i pazienti cronici in tutti i 33 Distretti della ASL piemontesi

L'ipotesi è che nelle Case della Salute figure professionali quali Infermieri o Psicologi del Dipartimento di Salute Mentale lavorino come consulenti delle figure delle Cure Primarie quali medici di medicina generale in gruppo, per i pazienti che dichiarano problemi di salute mentale e non richiedono assistenza specialistica e continuativa.

## CONCLUSIONI E PROSPETTIVE

Per azzardare alcune brevi considerazioni e provare a tratteggiare possibili prospettive di lavoro e di sviluppo è bene risalire agli scopi di questo rapporto.

Questo Report sulla salute mentale in Piemonte è stato scritto per sostenere la elaborazione di un Piano d'azione per la Salute Mentale in attuazione dei corrispondenti Piani proposti a livello italiano, europeo e internazionale.

Occorre scrivere, in Piemonte, un Piano d'azione per la Salute mentale (PASM) e utilizzare questo progetto per stimolare le istituzioni, il mondo politico, quello professionale, i soggetti economici collegati, i pazienti, le famiglie e tutti i cittadini a riflettere sulla necessità di decidere in modo esplicito (e possibilmente condiviso) sul futuro della salute mentale nel nostro territorio.

Le quattro principali azioni proposte dall'Organizzazione Mondiale della Sanità rispondono in modo sorprendente alle necessità e alle priorità della nostra regione:

- rafforzare la leadership e la governance in salute mentale
- fornire servizi di salute mentale e di supporto sociale comprensivi, integrati e capaci di rispondere a livello territoriale
- progettare e realizzare strategie di prevenzione e promozione della salute mentale
- rafforzare i sistemi informativi, le evidenze scientifiche e la ricerca nel campo della salute mentale

Questo rapporto intende contribuire a questo percorso: un percorso di scrittura del PASM intrecciato con le altre azioni in corso nella nostra regione:

- il riordino della residenzialità (e il potenziamento della domiciliarità)
- la riorganizzazione dei servizi di salute mentale e la creazione di strumenti di governo innovativi (budget dei servizi, budget di salute)
- il completamento del sistema informativo.

Il Report è stato prodotto da un gruppo di professionisti riuniti in un gruppo di lavoro che costituisce il nucleo fondante del futuro Osservatorio epidemiologico sulla salute mentale del Piemonte (che la programmazione regionale ha collocato presso il DSM della ASL TO3). Lo scopo fondamentale dell'Osservatorio è quello di riuscire a inserire il paradigma della Salute (mentale) in tutte le azioni da progettare.

Partire dalla salute per identificare i problemi e progettare le possibili soluzioni adeguate. Utilizzare la salute come riferimento, come metro di confronto, come prodotto da misurare quando si valutano le attività e i costi delle nostre organizzazioni.

Usare questo parametro per valutare i risultati ottenuti dai servizi confrontando il miglioramento della salute ottenuta negli ospiti delle strutture psichiatriche piuttosto che dati sul titolo di studio o il minutaggio degli operatori impiegati. Limitare il rischio che il sistema sia trainato dall'offerta e risulti incapace di rispondere alla domanda di salute mentale oggi presente nella nostra popolazione.

Obiettivo ambizioso, ma indispensabile per il raggiungimento del quale i dati, i numeri e le immagini proposte da questo rapporto sono solo il primo passo.

L'orientamento a questo tipo di risultato è ancora minimo, tanto da penalizzare approcci di sanità pubblica volti a ricercare le evidenze scientifiche e destinare le risorse verso gli interventi di provata efficacia.



La logica di affidare ai servizi il compito prioritario di custodire i malati accudendoli e assistendoli (in uno stato di ridotta inclusione sociale) condiziona in modo sostanziale la disponibilità di dati sui risultati di salute raggiunti.

Bisogna, infatti, prendere atto dello stato di maturità (ancora incompleta) dei sistemi informativi e lavorare al loro miglioramento e per migliorare la qualità e la validità delle informazioni esiste un solo modo: cominciare a utilizzarle, renderle disponibili, usarle per confrontare e per decidere.

La stessa riflessione su questa carenza di informazioni e sulla scarsa attitudine del mondo dei servizi a produrle, è utile per tracciare un possibile percorso del futuro PASM.

I dati presentati nel Report e quelli riportati nei principali documenti di riferimento (OMS, Unione Europea, ecc.) tracciano un quadro abbastanza chiaro:

- un problema in crescita (destinato a diventare il principale problema di salute del pianeta)
- la disponibilità di cure solo per un'esigua porzione della popolazione che ne avrebbe invece bisogno
- l'urgente necessità di potenziare la prevenzione e la promozione della salute
- l'esigenza di riordinare i servizi orientandoli verso lo sviluppo di forme di cura primarie.

I dati di questo report documentano, seppur in modo ancora incompleto e frammentato, questo scenario. Alcune tendenze rivelate sono già sufficientemente chiare e potrebbero orientare molte delle azioni future:

- un eccesso di residenzialità
- un uso abbondante di farmaci
- pochi servizi domiciliari
- quasi nessuna prevenzione.

Che fare, dunque?

Il problema della salute mentale, anche nella nostra regione, resta confinato, relegato, delegato a un sistema di servizi in cui le finalità di custodia e di cura sono presenti in proporzioni alterne e dove si stenta a riconoscere le grandi idee, i principi e i valori che hanno ispirato i documenti internazionali di riferimento.

Nel corso degli ultimi anni il sistema dei servizi di salute mentale ha vissuto una stagione ricca di iniziative e di innovazioni.

Il percorso di riordino della residenzialità, con la adozione di uno strumento di finanziamento dedicato alla salute mentale, rende possibile realizzare un'esperienza di programmazione e di orientamento alla salute dell'intero sistema dei servizi.

La riorganizzazione della rete ospedaliera con l'annunciata riconversione delle strutture psichiatriche di postacuzie presenti nella nostra regione offre un'occasione straordinaria per valorizzare questa risorsa di cura e renderla più rispondente alle attuali necessità dei pazienti.

Insomma: il mondo della salute mentale è ancora afflitto da numerosi problemi ma sta vivendo con partecipazione e dedizione una fase di trasformazione e innovazione.

Si tratta di proseguire sulla strada avviata cercando di ridurre l'isolamento in cui spesso il sistema dei servizi psichiatrici si trova relegato.

Identificare in modo possibilmente condiviso alcuni punti chiave su cui concentrare le azioni (la prevenzione, la domiciliarità, il budget di salute, ...).

Proseguire e sostenere il riordino organizzativo anche come mezzo per riorientare e valorizzare le risorse economiche dedicate a questo ambito che, certamente, sono limitate ma, probabilmente, già oggi non producono tutta la salute che potrebbero produrre.

# GLOSSARIO (IN PROGRESS) DEI PERCORSI DI SALUTE MENTALE

Una bussola per orientarsi nella lettura.

Il glossario comprende i termini "tecnici" più utilizzati nel Rapporto, riferiti alla tutela della Salute Mentale. La descrizione dei termini è fornita da fonti normative e letteratura scientifica.

## LA SALUTE MENTALE

La salute mentale è parte integrante della salute e del benessere, secondo la definizione di salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità: "la salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non semplice assenza di malattia e di infermità".

## LA PROGRAMMAZIONE PER LA SALUTE MENTALE

### Le strategie internazionali – L'Organizzazione Mondiale della Sanità

Nel 2013 sono stati approvati dall'OMS due documenti strategici per la costruzione di policy e il sostegno alla programmazione nell'area della Salute Mentale.

Il **primo documento, WHO'S Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2020** (In lingua italiana Piano d'Azione per la Salute Mentale 2013-2020). Si pone quattro obiettivi principali:

1. Rafforzare un governo e una leadership efficace per la salute mentale
2. Offrire servizi sanitari e sociali di comunità, che siano completi, adeguati e integrati
3. Strategie per la promozione della salute mentale e la prevenzione del disagio
4. Potenziare i sistemi informativi, l'evidenza scientifica e la ricerca in salute mentale.

Il **secondo documento, European Mental Health Action Plan**: si inserisce nel contesto della più ampia programmazione di politica sanitaria europea, "Health 2020".

Sette obiettivi, quattro basilari e tre trasversali, ne declinano gli scopi. Per ciascuno degli obiettivi vengono proposte azioni, finalizzate al raggiungimento di risultati misurabili.

I quattro obiettivi di base:

- tutti hanno le stesse opportunità per realizzare il proprio benessere mentale nel corso dell'intera vita, in particolare le persone più vulnerabili o a rischio
- le persone con problemi mentali sono cittadini i cui diritti umani sono pienamente valorizzati, supportati e promossi
- I servizi di salute mentale sono accessibili e alla portata di tutti, disponibili nel contesto territoriale in base ai bisogni
- le persone hanno diritto a trattamenti rispettosi della dignità, sicuri ed efficaci.

I tre obiettivi trasversali:

- i sistemi sanitari forniscono a tutti cure fisiche e mentali di qualità
- i sistemi di cura nell'ambito della salute mentale lavorano in stretta cooperazione e coordinamento con altri settori
- l'offerta ed il governo delle cure in salute mentale sono guidati da una solida base di conoscenza ed informazione

## **PANSM – Piano Nazionale di Azioni Per La Salute Mentale**

Elaborato dal Ministero della Salute in collaborazione con il Gruppo tecnico Interregionale Salute Mentale (GISM) della Conferenza delle Regioni, definisce gli obiettivi di salute per la popolazione, le azioni e gli attori necessari per conseguirli, i criteri e gli indicatori di verifica e valutazione.

Individua alcune aree omogenee, ritenute prioritarie, sulle quali orientare progetti specifici e differenziati, di livello regionale e locale, che prevedano l'implementazione di percorsi di cura capaci di intercettare le attuali domande della popolazione e che contribuiscano a rinnovare l'organizzazione e l'integrazione dei servizi, le modalità di lavoro, i programmi clinici offerti.

È stato approvato nel gennaio 2013

## **POTSM – Progetto Obiettivo Tutela della Salute Mentale 1998-2000**

Il Progetto obiettivo ha fornito un quadro di riferimento determinante per dare avvio ad una riorganizzazione sistematica dei servizi deputati all'assistenza psichiatrica.

Gli aspetti più significativi:

- istituzione del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) quale organo di coordinamento per garantire l'unitarietà e l'integrazione dei sistemi psichiatrici di uno stesso territorio
- individuazione della tipologia delle componenti organizzate del DSM (strutture territoriali, servizi ospedalieri, strutture per attività in regime semiresidenziale), e definizione dei relativi standard, in rapporto alla popolazione
- individuazione delle funzioni dei DSM e di ciascuna delle componenti organizzative
- attivazione di collegamenti con altri servizi "confinanti" (medicina di base, guardia medica, consultorio, servizi sociali, servizi di neuropsichiatria infantile).

## **STRUTTURE E AZIONI PER LA TUTELA DELLA SALUTE MENTALE**

### **DSM - Dipartimento di Salute mentale**

Articolazione organizzativa delle ASL che comprende la rete integrata delle strutture e dei servizi che hanno il compito di farsi carico della domanda legata alla cura, all'assistenza e alla tutela della salute mentale nel territorio

- i servizi ambulatoriali e domiciliari del Centro di Salute Mentale (CSM)
- le strutture semiresidenziali
- il Servizio Psichiatrico Ospedaliero di Diagnosi e Cura (SPDC), ospedalieri
- le strutture residenziali

### **CSM - Centro di Salute mentale**

È il Centro di primo riferimento per i cittadini con disagio psichico. Coordina nell'ambito territoriale tutti gli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale dei cittadini che presentano patologie psichiatriche.

### **Servizio Psichiatrico di diagnosi e cura**

È un servizio ospedaliero dove vengono attuati trattamenti psichiatrici volontari e obbligatori in condizioni di ricovero, nonché attività di consulenza agli altri servizi ospedalieri.

### **Centro Diurno**

È una struttura semiresidenziale con funzioni terapeutico-riabilitative. Nell'ambito di progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati, consente di sperimentare e apprendere abilità nella cura di sé, nelle attività della vita quotidiana e nelle relazioni interpersonali.

### **Day Hospital psichiatrico**

Costituisce un'area di assistenza semiresidenziale per prestazioni diagnostiche e terapeutico riabilitative a breve e medio termine.

### **Percorsi dei pazienti (Atto di Intesa Stato Regioni del 17 ottobre 2013)**

Il percorso territoriale di un paziente con difficoltà di funzionamento o personale, bisogni complessi e necessità di interventi multiprofessionali, deriva da una presa in carico da parte del Centro di Salute mentale (CSM) che elabora il Piano di Trattamento Individuale (PTI), che può prevedere l'invio e il temporaneo inserimento in una struttura residenziale psichiatrica per un trattamento riabilitativo.

### **PTI - Piano di Trattamento Individuale**

Il percorso clinico-assistenziale di ciascun utente in una struttura residenziale è declinato nel Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP), specificamente definito ed elaborato dall'equipe della struttura residenziale, in coerenza con il Piano di trattamento individuale (PTI), in accordo con il CSM. L'obiettivo del PTI è quello di individuare una risposta appropriata ai bisogni specifici del paziente definendo gli interventi necessari.

### **Strutture residenziali psichiatriche**

L'Atto di Intesa Stato Regioni del 17 ottobre 2013 individua tre tipologie di strutture residenziali psichiatriche, sulla base dell'intensità terapeutico-riabilitativa dei programmi attuati e dei livelli di intensità assistenziale:

S.R.P.1: strutture residenziali psichiatriche per trattamenti terapeutico-riabilitativi a carattere intensivo; accolgono pazienti con gravi compromissioni del funzionamento personale e sociale, per i quali si ritengono efficaci interventi ad alta intensità riabilitativa, da attuare con programmi a diversi gradi di assistenza tutelare,

S.R.P.2: strutture residenziali psichiatriche per trattamenti terapeutico-riabilitativi a carattere estensivo; accolgono pazienti con compromissioni del funzionamento personale e sociale gravi o di gravità moderata ma persistenti e invalidanti, per i quali si ritengono efficaci trattamenti terapeutico riabilitativi e di assistenza tutelare, da attuare in programmi a media intensità riabilitativa

S.R.P.3: strutture residenziali psichiatriche per interventi socio-riabilitativi; accolgono pazienti non assistibili nel proprio contesto familiare e con quadri variabili di autosufficienza e di compromissione del funzionamento personale e sociale, per i quali esistono efficaci interventi da attuare in programmi a bassa intensità riabilitativa. In base al livello di non autosufficienza e dei conseguenti bisogni sanitari e socio assistenziali si individuano tre sotto tipologie di strutture, con personale sociosanitario presente nelle 24 ore, nelle 12 ore, per fasce orarie.

### **REMS (Residenze per l'esecuzione delle Misure di Sicurezza)**

Residenze a carattere sanitario destinate ad accogliere i pazienti con disturbo psichico autori di reato, ritenuti non dimissibili dagli Ospedali Psichiatrici Giudiziari.

### **ASO – Accertamento Sanitario Obbligatorio/TSO - Trattamento Sanitario Obbligatorio**

Gli Accertamenti ed i Trattamenti Sanitari Obbligatori sono disposti con provvedimento del sindaco nella sua qualità di autorità sanitaria, su proposta motivata di un medico (art 33, legge 833/78).

Il Trattamento Sanitario Obbligatorio per malattia mentale può prevedere che le cure vengano prestate in condizioni di degenza ospedaliera solo se esistono alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, se gli stessi non vengano accettati dall'infermo e se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere. Il provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera deve essere preceduto dalla convalida da parte di un medico della unità sanitaria locale e deve essere motivato (art. 34, legge 833/78).

### **Valutazione Multidimensionale**

Momento valutativo che esplora le diverse dimensioni della persona: clinica, funzionale, cognitiva e socio-relazionale-ambientale

# QUADRO DELLA NORMATIVA NAZIONALE E REGIONALE

Una sintetica ricostruzione del quadro normativo di riferimento per la tutela della Salute Mentale.

## A - DALLE STRUTTURE MANICOMIALI AI DSM DELLE ASL

**Legge 13 marzo 1978 n. 180 ("Legge Basaglia") ripresa poi nella l. 833/1978 D.P.R. 7.4.1994 e 10.11.1999 (approvazione progetti Tutela della salute mentale 1994-1996 e 1998-2000)**

Passaggio dal modello organizzativo-gestionale di cura basato su strutture ospedaliere-manicomiali al modello assistenziale basato sul Dipartimento di Salute Mentale (DSM) delle ASL

## B - LA DEFINIZIONE DEI REQUISITI

**D.P.R. 14 gennaio 1997 e dcr 28 gennaio 1997 n. 357-1370 e 22 febbraio 2000, n. 616-3149**

Ha definito requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private, demandando alle Regioni successive competenze

**D.C.R. del 28 gennaio 1997, n. 357-1370 e 22 febbraio 2000, n. 616-3149**

Definiscono gli standard strutturali, organizzativi e gestionali del DSM e delle strutture psichiatriche territoriali in Piemonte

**D.G.R. n. 63-12253 del 28.09.2009**

Contiene indicazioni per accreditare istituzionalmente le strutture residenziali per la Salute Mentale: Comunità Protette, Comunità Alloggio e Centri Diurni

## C - LA PROGRAMMAZIONE NAZIONALE E REGIONALE

**Seduta del 24 gennaio 2013 della Conferenza Unificata**

Ha approvato il Piano di Azione Nazionale per la Salute Mentale

**D.G.R. 2 agosto 2013, n. 87-6289**

Ha recepito in Piemonte il Piano di Azione Nazionale per la Salute Mentale

## D - IL RIORDINO DELLA RESIDENZIALITÀ PSICHIATRICA

**Accordo Conferenza Stato Regioni del 17 ottobre 2013**

Ha sancito l'accordo sul documento concernente le strutture residenziali psichiatriche elaborato dal gruppo di lavoro GISM-AGENAS

**D.C.R. del 23 dicembre 2013, n. 260-40596**

La Regione Piemonte ha recepito, con modifiche di adeguamento, l'accordo approvato in Conferenza Unificata relativo alle strutture residenziali psichiatriche, demandando a successivi provvedimenti della Giunta l'attuazione dell'adeguamento dell'offerta residenziale esistente

## **E - DAL PIANO DI RIENTRO AL PIANO DI AZIONI REGIONALE PER LA SALUTE MENTALE**

### **D.G.R. n. 30-1517 del 03.06.2015, seguita da successive delibere**

In attuazione della D.C.R. 23 dicembre 2013 n. 260-40596, oltre che del PSSR 2012-15 e dei Programmi Operativi 2013-15, è stata avviata l'opera di riordino con la D.G.R. 3 giugno 2015 n. 30-1517, seguita da successive delibere

### **D.G.R. n. 29-3944 del 19.09.2016**

Nella Delibera di Giunta, contenente ulteriori indicazioni sulla revisione della residenzialità psichiatrica, l'Allegato A prefigura un percorso per la costruzione del Piano d'azione Regionale per la Salute Mentale e le caratteristiche di questo



NOTE EDITORIALI

Editing

Massimo Battaglia

Ufficio Comunicazione

Maria Teresa Avato

© IRES

Novembre 2017

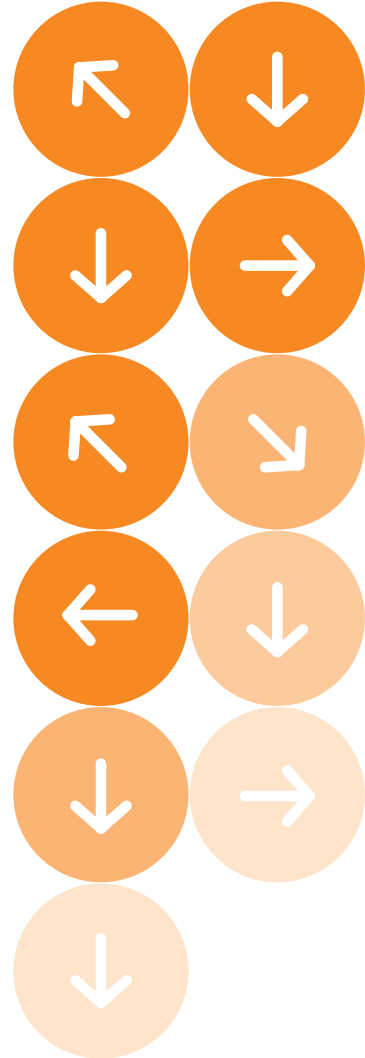
Istituto di Ricerche Economico Sociali del Piemonte

Via Nizza 18 -10125 Torino

[www.ires.piemonte.it](http://www.ires.piemonte.it)

Si autorizzano la riproduzione, la diffusione e l'utilizzazione del contenuto con la citazione della fonte.

Ambiente e Territorio  
Cultura  
Finanza locale  
Immigrazione  
Industria e Servizi  
Istruzione e Lavoro  
Popolazione  
**Salute**  
Sviluppo rurale  
Trasporti



In copertina:

*“Opera Condivisa prodotta nell’ambito  
del progetto Atelier Aperto, Biennio  
in Teoria e pratica della Terapeutica  
Artistica, Accademia delle Belle Arti di  
Brera (dove l’arte è prendersi cura)”*



**IRES Piemonte**  
Via Nizza, 18  
10125 TORINO  
+39 0116666-461  
[www.ires.piemonte.it](http://www.ires.piemonte.it)



ISBN 9788896713556