



Per una
**SALUTE MENTALE
DI COMUNITÀ**

TAVOLO TECNICO SALUTE MENTALE

Documento di sintesi

maggio 2021



Ministero della Salute



Per una
**SALUTE MENTALE
DI COMUNITÀ**



Ministero della Salute

I lavori del Tavolo Tecnico Salute Mentale hanno riguardato – in coerenza con il mandato esplicitato nel Decreto istitutivo – tre aree:

1. Programmazione Regionale (GdL 1)
2. Analisi delle criticità nei Servizi e dell'appropriatezza dei percorsi di cura (GdL 2 e 3)
3. Diritti e riduzione degli interventi coercitivi (GdL 4)

Vengono di seguito riportati i principali risultati, aggiornati alla luce dei dati più recenti (2019) del Sistema Informativo Salute Mentale (SISM), e le proposte per il miglioramento.

PROGRAMMAZIONE REGIONALE

L'analisi dello stato di attuazione del Piano d'Azione Nazionale Salute Mentale (PANSM) nelle Regioni è stata condotta mediante la rilevazione da parte del Gruppo tecnico Interregionale Salute Mentale (GISM) delle indicazioni prodotte dalle Regioni sui singoli obiettivi del PANSM, aggiornate ad Aprile 2021.

Gli obiettivi sono raggruppati in 3 Aree: Salute Mentale Adulti, Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Integrazione.

Le risposte sono state classificate come segue:

- Verde: presenza di documento rispondente all'obiettivo
- Giallo: presenza di documento rispondente solo parzialmente all'obiettivo, o lavori in corso
- Rosso: assenza di documento e di qualsiasi segnalazione di lavori in corso

I risultati sono riportati in tabella.

REGIONI E PA	Salute Mentale Adulti											NPJA						Integrazione		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4	5	6	1	2	3
Val D'Aosta	A	A	R	A	A	V	A	R	A	V	R	A	V	V	R	A	R	V	R	V
Piemonte	V	A	V	V	A	V	R	A	A	V	A	V	V	A	V	V	V	V	R	A
Lombardia	A	V	V	V	V	V	R	V	V	V	A	V	V	V	V	V	V	V	A	V
Veneto	V	V	A	V	V	A	R	V	V	V	R	V	V	V	V	V	V	A	V	V
PA Trento	V	R	V	R	R	R	V	V	V	V	R	V	V	V	V	V	R	V	V	V
PA Bolzano	V	A	A	A	V	V	A	A	V	V	A	V	V	A	A	A	A	V	A	V
Friuli-Venezia Giulia	V	V	V	A	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
Liguria	A	R	A	R	R	V	R	R	V	V	R	A	V	A	R	V	V	A	A	V
Emilia-Romagna	V	V	V	V	V	V	A	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
Toscana	V	V	A	V	V	V	R	R	A	V	V	R	V	R	V	V	V	V	R	V
Umbria	A	A	R	A	A	V	R	R	A	V	A	A	V	A	A	A	A	V	A	V
Marche	A	A	A	A	A	V	A	R	R	V	V	A	V	R	A	A	A	V	V	V
Lazio	A	R	A	R	R	V	R	V	V	V	R	V	A	A	R	V	V	V	V	V
Abruzzo	R	R	R	R	R	V	V	R	R	V	R	A	R	A	R	R	V	A	R	A
Molise	V	R	A	R	V	A	R	R	A	V	R	A	V	R	R	R	V	V	A	V
Campania	A	A	R	A	A	V	R	R	R	R	R	A	V	A	A	R	A	V	R	A
Calabria	A	V	A	R	R	A	R	R	V	V	R	A	R	R	R	R	V	A	A	V
Puglia	A	A	V	R	R	V	R	R	V	V	V	V	V	A	V	V	V	V	V	V
Basilicata	R	R	R	R	R	V	R	R	V	R	R	R	R	R	R	R	V	V	R	V
Sardegna	V	R	R	R	R	A	R	R	R	V	V	V	V	V	R	R	R	V	R	V
Sicilia	V	V	A	A	V	V	V	A	A	V	A	V	V	V	V	A	V	V	V	V

¹Sono state considerati non solo atti amministrativi (es Delibere), ma ogni tipo di documento di programmazione redatto dalle Regioni o P.A. o dai gruppi di lavoro a valenza regionale (es raccomandazioni e indicazioni regionali, linee guida, progetti o altri documenti a valenza regionale).



Per una
**SALUTE MENTALE
DI COMUNITÀ**



Ministero della Salute

Come si rileva, ad aprile 2021 solo il **49.5% degli obiettivi programmatori sono stati attuati**, il 24,3% sono in corso di attuazione e il 26,5% non sono stati attuati.

Le Regioni che presentano maggiori criticità (> 6 obiettivi programmatori non attuati) sono: Basilicata, Abruzzo, Sardegna, Calabria, Lazio, Campania, Molise e Liguria.

Gli obiettivi che hanno mostrato maggiori criticità sono:

- promozione della **salute fisica** del paziente psichiatrico
- diagnosi e trattamento delle persone con disturbi psichici correlati all'**invecchiamento**
- prevenzione e lotta allo **stigma**
- diagnosi e trattamento delle persone con **disturbo della personalità**
- diagnosi e trattamento delle persone con **disturbi psichici comuni**
- diagnosi e trattamento delle persone agli **esordi psicotici**
- interventi tempestivi e integrati per i disturbi psichici gravi in adolescenza
- **identificazione precoce** delle patologie neuropsichiche e conseguente trattamento tempestivo
- trattamento della **doppia diagnosi**

In queste aree dovrà essere concentrata l'azione perché gli obiettivi posti dal PANSM alla programmazione regionale siano conseguiti.

Parallelamente, dovrà essere rilevato attraverso indicatori specifici lo stato di congruenza tra il livello programmatico e il livello applicativo locale. In altri termini, non basta evidenziare la produzione di documenti di programmazione ma occorre verificarne l'efficacia nel perseguire gli obiettivi di salute indicati.

A titolo indicativo, si riportano l'età media e mediana e il numero medio di prestazioni fornite agli utenti nuovi assistiti nel corso del 2019, secondo quanto monitorato dal SISM.

Gruppo Diagnostico	Età Media	Mediana	DS	Prestazioni Totali		
				Prestazioni	Assistiti	Media
Depressione	54,9	56	16,0	115.682	52.432	2,2
Disturbi della personalità e del comportamento	43,2	44	16,3	30.617	12.027	2,5
Mania e disturbi affettivi bipolari	53,3	54	15,2	22.222	12.232	1,8
Schizofrenia e altre psicosi funzionali	49,8	51	16,1	49.439	25.475	1,9

Questi dati mostrano che il sistema di cura è centrato sulla cronicità piuttosto che sulla identificazione e intervento precoce, e che le prestazioni totali sono insufficienti a garantire la continuità e l'intensità della presa in carico.



Per una
**SALUTE MENTALE
DI COMUNITÀ**



Ministero della Salute

ANALISI DELLE CRITICITÀ NEI SERVIZI E DELL'APPROPRIATEZZA DEI PERCORSI DI CURA

In premessa occorre precisare che le analisi e valutazioni che seguono riguardano la Salute Mentale Adulti e le attività dei DSM.

La Salute Mentale dell'Infanzia e dell'Adolescenza risulta particolarmente difficile da valutare stante la carenza di flussi informativi specifici e la difficoltà ad ottenere dati appropriati dai flussi amministrativi standard (SDO, ambulatoriale e flusso residenziale e semiresidenziale). Dai pochi sistemi informativi regionali attivi e da altre fonti secondarie emerge una grave disomogeneità nell'organizzazione della rete dei servizi di NPIA, che determina una enorme variabilità nei percorsi di cura e rende complesso garantire equità di risposta. In molte Regioni non è stato formalmente strutturato un sistema di servizi di NPIA e quando esistenti, essi non sempre sono integrati in una rete coordinata di cura. In particolare, mancano non solo i letti di ricovero dedicati, ma soprattutto le strutture semiresidenziali terapeutiche, indispensabili per garantire interventi a maggiore complessità e intensità e per prevenire, per quanto possibile, il ricorso al ricovero ospedaliero e alla residenzialità terapeutica. Nei servizi territoriali, spesso non sono previste e adeguatamente presenti tutte le figure multidisciplinari necessarie per i percorsi diagnostici, terapeutici e riabilitativi e vi sono significative difficoltà nel garantire la presenza anche solo delle figure mediche indispensabili, già sottodimensionate. Il quadro è reso critico dalla prevedibile collocazione a riposo a breve di numerosi neuropsichiatri infantili, senza che vi sia un numero sufficiente di giovani specialisti per sostituirli.

Negli ultimi 10 anni si è osservato il raddoppio degli utenti seguiti nei Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, in tutti e 4 gli ambiti di riferimento (neurologia, psichiatria, disabilità complessa, disturbi specifici) ma in particolar modo in ambito psichiatrico, a parità di personale, e senza comunque riuscire a garantire le risposte adeguate agli utenti. Già prima della pandemia si stimava che 200 bambini e ragazzi su 1000 avessero un disturbo neuropsichiatrico (ovvero 1.890.000 minorenni) ma solo 60 su 1000 hanno accesso ad un servizio territoriale di NPIA e di essi la metà riesce ad avere risposte terapeutico-riabilitative territoriali appropriate (con estrema variabilità regionale). Anche l'andamento dei ricoveri negli ultimi anni evidenzia abbastanza bene la carenza di risposte appropriate. Tra il 2017 e il 2018 (ultimi dati disponibili), i ricoveri per disturbi neurologici tra 0 e 17 anni sono aumentati dell'11% e quelli per disturbi psichiatrici sono aumentati del 22%. Di 43.863 ricoveri complessivi avvenuti nel 2018, solo 13.757 hanno potuto avvenire in reparto NPIA e hanno pertanto ricevuto l'assistenza di cui avrebbero avuto necessità. Il 20% sono stati ricoverati in reparti psichiatrici per adulti.

Quanto brevemente esposto segnala la necessità e l'urgenza di un'intensa attività di programmazione e coordinamento nell'area della Salute Mentale dell'Infanzia e dell'Adolescenza.

Le analisi e valutazioni circa le criticità dei servizi e l'appropriatezza dei percorsi di cura sono in gran parte rese possibili dal Sistema Informativo Salute Mentale, per il quale sono riportate osservazioni e proposte di miglioramento volte a renderlo strumento cardine della programmazione.



Per una
**SALUTE MENTALE
DI COMUNITÀ**



Ministero della Salute

1. IL SISTEMA INFORMATIVO SALUTE MENTALE

- 1.1. Scarsa tempestività con cui i dati SISM vengono restituiti sotto forma di statistiche descrittive di struttura e attività del sistema di cura per la salute mentale (circa 2 anni rispetto all'anno corrente) **Proposta. Riduzione dei tempi di raccolta ed elaborazione dei dati, per favorire l'adozione di scelte organizzative e di governo nelle aree in cui si evidenziano le principali criticità.**
- 1.2. Assenza di una componente SISM dedicata al settore della Salute Mentale dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA) **Proposta. Inclusione della componente NPIA nel SISM, estendendo successivamente ai servizi NPIA l'obbligo informativo già previsto per i servizi della Salute Mentale Adulti.**
- 1.3. Presenza di flussi informativi diversi per la descrizione di struttura e attività dei servizi della Salute Mentale e dei percorsi di cura delle persone assistite (es.: Schede Dimissione Ospedaliera, Flusso Farmaci, Conto Economico per il personale in servizio); carenza di informazioni sui percorsi di cura per i disturbi psichiatrici gravi; necessità di focalizzare sui percorsi a più elevato rischio di inappropriatelyzza (es.: percorsi residenziali, percorsi assistenziali negli autori di reato) **Proposta. Estensione dell'interoperabilità dei sistemi informativi, superando le discrepanze esistenti, e pervenire a una descrizione articolata dei percorsi di cura coerenti con le indicazioni della Programmazione Nazionale e Regionale; estensione nazionale dei sistemi di monitoraggio dei percorsi assistenziali negli autori di reato, già in uso in alcune Regioni.**
- 1.4. Assenza di informazioni circa la componente integrata sociosanitaria (abitazione, lavoro, inclusione sociale) **Proposta. Inclusione di informazioni circa percorsi integrati sociosanitari, in condivisione con le politiche sociali locali.**
- 1.5. Aggregazione dei dati a livello Regionale, che impedisce azioni di governo specifiche per Aziende Sanitarie e Dipartimenti di Salute Mentale **Proposta. Produzione del Rapporto Salute Mentale con disaggregazioni mirate a livello Aziendale.**

L'analisi delle criticità dei Servizi e dell'appropriatezza dei percorsi di cura e le proposte di miglioramento correlate, sono sintetizzate di seguito.



Per una
**SALUTE MENTALE
DI COMUNITÀ**



Ministero della Salute

2. ANALISI DELLE CRITICITÀ NEI SERVIZI E DELL'APPROPRIATEZZA DEI PERCORSI DI CURA

2.1. **Organizzazione e attività dei Dipartimenti di Salute Mentale.** Oggi in Italia ci sono circa 140 DSM, in genere uno per ogni Azienda sanitaria territoriale. I DSM italiani differiscono tra di loro grandemente per estensione della popolazione trattata, per struttura organizzativa gestionale o funzionale, per aggregazione di Unità Operative (Psichiatria, Dipendenze, NPIA, Psicologia Clinica, Disabilità, Carcere etc...), per livelli di integrazione con le Università, per livelli di finanziamento, per culture professionali. Le caratteristiche che consentono ai DSM di valorizzare appropriatezza e qualità sono: composizione integrata; forte vocazione alla territorialità ed alla integrazione con i servizi sociali e di comunità; adeguata dotazione di risorse umane e finanziarie; attenzione a percorsi per popolazioni particolari (autismo, DCA, popolazioni marginali etc...); coinvolgimento attivo di utenti e familiari in forma singola ed associata; costante tensione verso l'innovazione psicosociale (metodi di progettazione integrata, Budget di Salute, tecniche validate e buone pratiche) e la valutazione degli esiti.

Proposta. Produzione di standard organizzativi, quantitativi e qualitativi per la Salute Mentale nell'ambito della più generale riorganizzazione della medicina territoriale.

2.2. **Personale.** Tutte le categorie professionali rappresentate segnalano il dato macroscopico della carenza di organico, preconditione per un lavoro territoriale comunitario e per attenuare la tendenza in aumento all'utilizzo di posti di residenzialità quale esito dell'impossibilità a una presa in carico multiprofessionale e continuativa.

Inoltre la carenza di psicologi e del loro impiego nel lavoro clinico individuale, familiare e di gruppo con i pazienti che presentano situazioni cliniche e relazionali e sociali più svantaggiate, finisce per radicalizzare una tendenza alla separatezza tra interventi medici e interventi non farmacologici, di fatto relegati in una dimensione ancillare rispetto alla prima. L'analisi dei dati 2015-2019 relativi al **personale dipendente nei DSM documenta tale carenza**. Si è passati da 29.260 operatori nel 2015 a 28.811 nel 2019 (-1,6%) e cioè da 57,7 operatori x 100.000 ab. >18 a. nel 2015 a 56,8 x 100.000 nel 2019, **stabilmente inferiore allo standard minimo di 66,6 x 100.000 fissato nel P.O. 1998-2000 (DPR 10.11.1999)**. I medici erano 4.931 nel 2015 (di cui 3.772 psichiatri) e 5.341 nel 2019 (di cui 3.436 psichiatri). Gli psicologi erano 2.213 nel 2015 e 2.009 nel 2019. Il personale infermieristico resta la figura professionale maggiormente rappresentata (45,8% nel 2015, 44,7% nel 2019). In valore assoluto gli infermieri erano 13.410 nel 2015 e sono 12.877 nel 2019.

Proposta. Assunzione e formazione (v. punto successivo) di operatori per i servizi di salute mentale di comunità in modo da raggiungere in tutte le Regioni lo standard di riferimento quale condizione indispensabile per il funzionamento del sistema di cura. Promozione dell'integrazione culturale e professionale con il personale del privato accreditato e convenzionato.

2.3. **Formazione.** Per quanto non immediatamente ricavabile dai dati, emerge con forza la questione della formazione specifica per gli operatori del territorio in primo luogo alla relazione interpersonale, al lavoro d'équipe, ed al lavoro integrato con le politiche sociali degli EE.LL.. I dati relativi alla formazione degli operatori delle residenze indicano **competenze acquisite per meno del 50% del personale**. La formazione non può prescindere dal modello organizzativo che, per la salute mentale territoriale, è quello della presa in carico multidisciplinare e non quello ambulatoriale specialistico.

Proposta. Appare necessario uno stretto raccordo col Ministero dell'Università e della Ricerca per definire congiuntamente percorsi formativi adeguati alle esigenze della



Per una
**SALUTE MENTALE
DI COMUNITÀ**



Ministero della Salute

Salute Mentale territoriale. Formazione obbligatoria da parte delle ASL all'atto di assunzione o inizio collaborazione per chi lavora in salute mentale; formazione congiunta tra operatori ASL e delle Politiche Sociali degli EE.LL. per favorire le sinergie tra competenze sanitarie e sociali a partire dalla pratica; implementazione di un portale unico nazionale specificamente dedicato alla salute mentale che censisca documenti scientifici, linee guida e di indirizzo, buone pratiche, raccomandazioni, sviluppati in Italia o all'estero.

- 2.4. **Accesso.** L'accesso è il requisito di partenza su cui valutare la appropriatezza e la qualità dei percorsi. Dai dati SISM si rileva un trend verso un aumento dell'accesso ai servizi psichiatrici nazionali (primi casi in contatto con i DSM: 314.120 cittadini di cui il 92.9% primi contatti assoluti; totale casi in contatto: 826.465, il 2.5% in più rispetto al 2016). Sussistono rilevanti differenze nella incidenza e nella prevalenza trattata tra le regioni che difficilmente possono essere imputate a diverse distribuzioni dei disturbi mentali nei territori. Ai fini della valutazione della appropriatezza e della qualità l'analisi complessiva dei dati sull'accesso ai CSM e ai PS, incrociata con le classi diagnostiche prevalenti nelle diverse regioni suggerisce l'esistenza di **inappropriatezza "per difetto"**, ossia una quota di bisogni non intercettati (incidenze e prevalenze troppo basse per disturbi psichiatrici gravi). In particolare, si rileva la difficoltà dei servizi di salute mentale a intercettare la morbilità psichiatrica all'esordio o comunque in fase precoce, problema particolarmente serio per le psicosi schizofreniche, per le quali evidenze consolidate documentano che soltanto servizi specificamente orientati alla presa in carico e al trattamento in fase molto precoce sono in grado di influire favorevolmente sulla prognosi. Si rileva inoltre che una quota molto limitata di bisogni disturbi emotivi comuni viene in contatto con i DSM rispetto alla prevalenza stimata nella popolazione generale.

Proposta. Elaborazione e diffusione di strategie innovative per la realizzazione di specifici servizi per i giovani con gravi problemi di salute mentale, in grado di funzionare in modo proattivo e attrattivo per le persone giovani. Adozione di Piani regionali per i Disturbi Emotivi Comuni (come da PANSM) e potenziamento della dotazione di personale in grado di erogare trattamenti psicoterapeutici di provata efficacia, indicati in questo tipo di disturbi in modo esclusivo o in associazione al trattamento farmacologico.

- 2.5. **Intensità della presa in carico e aderenza ai PDTA già formalizzati**

Le persone in carico ai centri di Salute Mentale italiani hanno ricevuto in media 14,2 prestazioni a testa. Questa intensità media però incontra differenze regionali di circa sei volte, che vanno dai 5,3 del Molise ai 33,4 del Friuli Venezia Giulia. L'8,2% delle prestazioni viene erogata a domicilio, anche qui con differenze che vanno dal 2,1% del Molise al 20,2 della Toscana. Si rileva anche in una **insufficiente implementazione delle Raccomandazioni per i disturbi psichiatrici gravi (depressione, disturbi della personalità e del comportamento, mania e disturbi bipolari, schizofrenia e altre psicosi funzionali) approvate dalla Conferenza Unificata il 13 novembre 2014.** Se si considera l'insieme degli utenti con disturbi psichiatrici gravi emerge dai dati SISM 2019 come solo il 2,4% di questi abbia ricevuto almeno una prestazione di trattamento psicologico. È stato documentato che la capacità assistenziale della dirigenza sanitaria dei DSM sia in grado di coprire appropriatamente solo il 55.6% del fabbisogno clinico-assistenziale-riabilitativo dell'utenza in carico al 2016. I dati preliminari del 2019 sembrano evidenziare un ulteriore divario, essendosi verificato un aumento della prevalenza ed incidenza trattata a fronte di una riduzione delle risorse umane.

Proposta. Raggiungimento di standard di personale per aree territoriali definite (v. Proposta 2.2); potenziamento delle attività di formazione sulle Raccomandazioni



Per una
**SALUTE MENTALE
DI COMUNITÀ**



Ministero della Salute

per i disturbi psichiatrici gravi e sulle competenze professionali necessarie per implementarle; valutazione della riorganizzazione delle attività mediante task-shifting che valorizzi il ruolo delle professioni sanitarie.

2.6. Specificità dei percorsi di trattamento e riabilitazione.

Le prestazioni erogate a tutta la popolazione dei CSM sono state nel 2.1% dei casi diagnostiche, nel 9.6% assistenziali, nel 19.5% socio-riabilitative, nel 68,8% terapeutiche. Andando più nel dettaglio delle prestazioni, il 6,4% è stato di tipo psicologico/psicoterapico, il 5,0% rivolto alle famiglie, 13,9% di riabilitazione e risocializzazione territoriale, il 5,7% di supporto alla vita quotidiana.

Non abbiamo dati specifici relativi ai percorsi di trattamento con tecniche di intervento psicologico, psicoterapico e psicosociale di provata efficacia, ma il quadro sembra per lo meno frammentario ed insufficiente. Parallelamente l'adozione di metodologie di forte personalizzazione degli interventi come quella del Budget di Salute sembra essere stata adottata solo in una minoranza delle Regioni. **Proposta. Valutazione delle informazioni circa percorsi integrati sociosanitari, in condivisione con le politiche sociali locali (proposta 1.4) ed attivazione dei percorsi (Social Skills Training, Individual Placement & Support, Soluzioni Abitative Supportate) carenti a livello aziendale e regionale. Potenziamento delle figure professionali dei Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica.**

2.7. Fase residenziale dei percorsi di trattamento.

I dati preliminari del SISM 2019 e numerosi studi ad hoc prodotti negli ultimi anni hanno documentato una notevole estensione del settore residenziale, soprattutto al Centro-Nord, con progressivi allungamenti dei tempi medi di permanenza in struttura e preoccupanti indicatori relativi alla specificità riabilitativa dell'intervento ed agli esiti clinici e psicosociali. L'incremento della durata del ricovero nelle strutture residenziali, unito a una scarsa progressione dei pazienti verso sistemazioni di vita indipendenti, mal si coniuga con la funzione riabilitativa di tali strutture. Per molti pazienti esse sembrano rappresentare delle "case per la vita" piuttosto che dei luoghi di riabilitazione, e il loro ruolo pare dunque oscillare ambiguamente tra trattamento e riabilitazione da un lato, e custodia dall'altro.

Proposta. Monitoraggio più fine delle attività delle strutture residenziali (v. Proposta 1.4) attraverso il rilevamento attraverso il SISM di informazioni sulla provenienza del paziente prima del ricovero e sulla sua destinazione alle dimissioni. Riqualficazione degli operatori attualmente impegnati. Adozione di standard minimi omogenei, sui quali le Regioni dovrebbero avere potestà di intervenire esclusivamente in senso migliorativo. Implementazione di meccanismi per ridurre il turn-over del personale. Necessità di fornire ai professionisti della Salute Mentale una specifica formazione orientata alla riabilitazione psichiatrica e psicosociale (v. Proposta 2.3).

2.8. Consumo dei farmaci ed appropriatezza prescrittiva.

Anche nel 2019 si confermano i gradienti Nord-Sud nella prescrizione e nella erogazione dei farmaci psichiatrici. In generale la erogazione diretta è prevalente al Nord, mentre quella convenzionata al Sud. L'utilizzo degli antidepressivi è largamente superiore al Nord (prevalentemente erogato in forma convenzionata ed a partenza spesso dai MMG), mentre l'uso degli antipsicotici è molto superiore al Sud (sia in forma diretta che convenzionata). Ciò suggerisce che, al netto di possibili differenze di incidenza e prevalenza tra regioni, le differenze di accesso sopra riscontrate si riflettono anche sulla appropriatezza e qualità prescrittiva, probabilmente anche qui in una duplice via. È possibile che rispetto agli antidepressivi vi sia un bisogno non intercettato al sud ed un



Per una
**SALUTE MENTALE
DI COMUNITÀ**



Ministero della Salute

non-bisogno trattato al Nord. Per quanto riguarda invece il consumo di antipsicotici è possibile che al Nord la maggiore disponibilità di trattamenti psicosociali e psicoterapici, una sensibilità crescente al tema della de-prescrizione, ed il migliore monitoraggio ottenibile con la erogazione diretta generino una maggiore appropriatezza e qualità di utilizzo.

Proposta. Maggiore appropriatezza prescrittiva potrebbe essere raggiunta sviluppando collaborazione con i MMG nelle Regioni meridionali e programmi di gestione non farmacologica della depressione nelle Regioni del Centro-Nord. L'interoperabilità tra SISM e flusso farmaci (v. Proposta 1.3 e 1.5) consentirebbe l'individuazione delle aree di inappropriatazza sopra-soglia.

2.9. **Fase ospedaliera dei percorsi di trattamento.**

La dotazione di SPDC, reparti privati convenzionati e posti letto ospedalieri in Italia è sostanzialmente rimasta stabile in Italia negli ultimi dieci anni. Complessivamente nel 2019 hanno operato 107.603 dimissioni con una media di degenza di 12.7 giorni. Le riammissioni non programmate a 7 giorni erano il 7.9% ed a 30 giorni il 14.6%. I TSO sono stati 6.737, pari al 7.0% dei ricoveri nei reparti pubblici, dato in costante decremento da oltre vent'anni. Il calo progressivo dei ricoveri e dei TSO, pur con rilevanti differenze regionali, potrebbe indicare una migliore appropriatezza nell'uso di questo strumento, probabilmente da correlare anche allo sviluppo del sistema residenziale ed allo spostamento su questo settore di alcune contraddizioni che prima gravavano sugli SPDC. Va anche considerato l'uso più frequente delle Misure di Sicurezza Giudiziarie e dell'istituto dell'Amministrazione di Sostegno con delega alle decisioni sanitarie. Relativamente alla qualità preoccupa il dato delle riammissioni non programmate, il dato sui TSO ripetuti, l'aumento degli accessi al PS per motivi psichiatrici.

Proposta. Monitoraggio su base Aziendale (v. Proposta 1.5) degli accessi al PS, dei tassi di ricovero, dei TSO, delle riammissioni non programmate, per l'individuazione di aree di inappropriatazza sopra-soglia.



Per una
**SALUTE MENTALE
DI COMUNITÀ**



Ministero della Salute

3. DIRITTI E RIDUZIONE DEGLI INTERVENTI COERCITIVI

3.1. Trattamenti Sanitari Obbligatorii (TSO).

Come si è detto, la riduzione dei ricoveri per TSO riflette almeno in parte la sottostima del fenomeno legata all'utilizzo delle SDO come fonte dati. Sebbene l'Italia sia una delle nazioni che effettua relativamente meno ricoveri obbligatori, vi sono ragioni per credere che vi siano comunque spazi per migliorare ulteriormente la situazione. I dati del Rapporto Salute Mentale documentano infatti una variabilità marcata tra Regioni, con tassi per 10.000 abitanti che differiscono di 7-8 volte. Ciò suggerisce che sia possibile implementare raccomandazioni e processi organizzativi volti a ridurre ulteriormente il ricorso al TSO. È stata inoltre rilevata una significativa difformità delle procedure regionali e locali per il TSO messe a punto per migliorare l'efficienza della collaborazione tra le diverse amministrazioni e servizi coinvolti e prevenire conflitti e attribuzioni di responsabilità. Tuttavia queste indicazioni operative sono talvolta in disaccordo con lo spirito della legge. Ad esempio alcune raccomandazioni indicano come "anti-terapeutica" la presenza del medico durante l'esecuzione del TSO. Molto spesso, inoltre, la documentazione delle condizioni che motivano il TSO è approssimativa o superficiale, con scarse informazioni sui tentativi fatti per scongiurarlo. Infine, viene spesso riportata la mancata notifica della copia del provvedimento all'interessato.

Proposte. Pur continuando a valutare il fenomeno attraverso le SDO, potrebbero essere condotti approfondimenti sulla possibilità di rendere lo strumento meno suscettibile di errori sistematici e analisi qualitativi locali sulle informazioni raccolte secondo altre modalità/fonti di documentazione. Si propongono inoltre una serie di requisiti informativi minimi che contestualizzano e approfondiscono le ragioni del TSO, che devono essere presenti nella documentazione relativa al TSO, da condividere con le Regioni: 1) la puntuale descrizione di cosa è stata tentata prima di arrivare al TSO; 2) l'accurata descrizione delle "alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici"; 3) altre informazioni di contesto che giustificano tale intervento, considerando che "...il punto centrale della norma che regola il TSO non è il rifiuto dell'intervento medico, ma il bisogno di intervento per disturbo psichico".
Va inoltre garantita la notifica dell'ordinanza del Sindaco alle persone sottoposte a TSO.

3.2. Contenzione meccanica.

Sul tema sarà a breve trasmesso alla Conferenza Stato Regioni il documento predisposto dal Tavolo Tecnico che prevede **sette raccomandazioni**:

- 1. Attivare percorsi di riconoscimento delle pratiche limitative delle libertà personali**
- 2. Assumere iniziative per conoscere e monitorare la contenzione**
- 3. Rispettare i diritti e la dignità delle persone**
- 4. Organizzare servizi di salute mentale integrati, inclusivi e radicati nel territorio**
- 5. Garantire la qualità dei luoghi di cura e l'attraversabilità dei servizi**
- 6. Promuovere il lavoro di gruppo e il lavoro in rete**
- 7. Garantire le attività di formazione a tutte le operatrici e gli operatori**



Per una
**SALUTE MENTALE
DI COMUNITÀ**



Ministero della Salute

ADDENDUM

I componenti del Tavolo Tecnico saranno direttamente o indirettamente coinvolti nella **II Conferenza Nazionale per la Salute Mentale**, dai cui lavori verranno individuate **ulteriori linee di approfondimento** che si aggiungeranno a quelle già segnalate dai GdL (v. proposte) e a quelle che i limiti di tempo non hanno consentito di affrontare col necessario dettaglio. In particolare:

- >> **I percorsi di trattamento degli autori di reato**
- >> **I percorsi di trattamento dei DCA**
- >> **I percorsi per gli esordi e per le persone con disturbi mentali nella età 14/25**
- >> **I percorsi per le persone con disturbi mentali ed abuso o dipendenza da sostanze**
- >> **Integrazione sociosanitaria e Progetti Terapeutico Riabilitativi Personalizzati sostenuti da Budget di Salute**
- >> **I percorsi integrati per la Disabilità Intellettiva e l'Autismo**
- >> **L'appropriatezza dei trattamenti farmacologici**
- >> **Le proposte per la corretta applicazione dell'istituto dell'Amministrazione di Sostegno**