

educato a giocare un ruolo attivo nella gestione della patologia da cui è affetto.

La Gestione Integrata, quindi, attraverso la costruzione di percorsi assistenziali condivisi, si pone attualmente come prototipo di modello organizzativo mirato al miglioramento dell'assistenza e alla prevenzione delle complicanze. L'applicazione dei principi della Gestione Integrata alla patologia diabetica, nel medio-lungo periodo, potrà portare a:

- migliorare la gestione della patologia diabetica;
- ridurre le complicanze a lungo termine;
- ottenere una maggiore appropriatezza nell'utilizzo dei farmaci e dei presidi diagnostico-terapeutici;
- razionalizzare la spesa sanitaria.

La Gestione Integrata del diabete mellito,

quindi, potrà rappresentare un valido modello per lo sviluppo successivo di programmi di Gestione Integrata della cronicità.

5.1.2. Rappresentazione dei dati

Nell'erogazione delle cure primarie secondo i modelli assistenziali sopra descritti, il MMG e il PLS sono i protagonisti fondamentali, proprio per il rapporto fiduciario e l'empatia che li lega al paziente, la conoscenza della storia personale e clinica, la presenza capillare e costante sul territorio.

I dati sui MMG, PLS e medici di continuità assistenziale operanti in Italia sono riportati nel Capitolo 3.1 "Cure primarie e continuità dell'assistenza".

5.2. Cure palliative e terapia del dolore

Il percorso attuativo della legge riguardante "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore", approvata dal Parlamento il 15 marzo 2010, ha registrato nell'anno 2013 dei passaggi fondamentali.

A tre anni di distanza dal giorno in cui la legge ha fatto registrare il consenso unanime di tutto il Parlamento, il bilancio del percorso attuativo appare sostanzialmente positivo; questo risultato si evince anche da un confronto a livello europeo, nel quale è possibile constatare l'unicità della normativa italiana sia dal punto di vista della completezza, sia dal punto di vista della puntualità nella descrizione delle azioni necessarie per l'attuazione.

L'approvazione in sede di Conferenza tra lo Stato e le Regioni il 25 luglio 2012 dell'intesa attuativa dell'art. 5, comma 3, in cui sono definiti i requisiti minimi e le modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore rivolto al paziente adulto e pediatrico, permette di realizzare una rete di assistenza in grado di offrire prestazioni omogenee su tutto il territorio nazio-

nale e di assicurare ai cittadini una qualità assistenziale adeguata. A oggi circa la metà delle Regioni italiane (Calabria, Campania, Emilia Romagna, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Piemonte, Sicilia, Toscana, Umbria) ha recepito l'intesa del 25 luglio 2012; tale passaggio dovrà successivamente comportare, per un reale sviluppo, in particolar modo nella rete di terapia del dolore, la puntuale identificazione delle strutture Hub & Spoke delle reti regionali, così come previsto dal modello assistenziale denominato "Ospedale territorio senza dolore".

Nell'ambito, invece, delle reti regionali di cure palliative, nonostante il perdurare di un forte divario tra il numero di strutture residenziali di cure palliative – hospice presenti al Centro-Nord rispetto al Sud –, la reale criticità è rappresentata dalla poca diffusione dell'assistenza domiciliare specialistica palliativa; in particolare, l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (AgeNaS) ha realizzato un'indagine nazionale sulle buone pratiche nelle cure palliative domiciliari, nell'ambito di un progetto di ricerca autofinanziato sul tema "Definizione di modelli organizzativo-gestionali per la promozione della partecipazione delle associazioni

di volontari, parenti e familiari dei percorsi di supporto ai malati terminali” – sottotitolo “Accanto al malato oncologico e alla sua famiglia”, attraverso la quale risulta che non sempre i servizi di cure palliative domiciliari rispondono a criteri di qualità.

Nel corso dei lavori per la definizione del testo dell’Intesa e su esplicita richiesta regionale, è stato stralciato quanto previsto dall’art. 5 comma 4 in tema di tariffe, rinviando l’esame a un successivo specifico tavolo tecnico, al fine di sancire una nuova intesa da stipularsi ai sensi dell’art. 8, comma 6 della legge n. 131 del 2003, in sede di Conferenza tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulla base di un documento tecnico predisposto da uno specifico tavolo di esperti in cui siano presenti referenti del Ministero della salute, inclusi alcuni esperti della Commissione Nazionale, del Ministero dell’economia e delle finanze e delle Regioni. Sono stati così designati dalla Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome sei rappresentanti regionali e, successivamente all’insediamento del tavolo di esperti, si è delineato il percorso necessario per la definizione di un sistema tariffario di riferimento in tema di cure palliative e terapia del dolore, per garantire così una maggiore omogeneità nei costi per l’erogazione delle relative prestazioni.

Altro nodo strategico per una concreta attuazione della legge n. 38/2010 è rappresentato dalla sottoscrizione in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del previsto accordo attuativo dell’art. 5 comma 2, con il quale si richiede l’individuazione delle figure professionali che operano all’interno delle tre reti di assistenza, comprendendo anche quella dedicata ai pazienti pediatrici.

L’approvazione di tale accordo è stata vincolata dalle Regioni a un ulteriore atto normativo che permettesse ai medici che operano nelle reti di cure palliative non in possesso di una specializzazione di poter continuare a svolgere il loro lavoro in deroga alla normativa nazionale. Tali medici, impegnati professionalmente e principalmente nel terzo settore, rappresentano un elemento irrinun-

ciabile per il funzionamento delle reti regionali e l’eventualità di una loro estromissione ha rappresentato una reale criticità nell’ambito dell’attuazione della legge n. 38/2010.

Con l’approvazione del comma 425 dell’art. 1 della legge n. 147 del 27 dicembre 2013 che recita “i medici in servizio presso le reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate, anche se non in possesso di una specializzazione, ma che alla data di entrata in vigore della presente legge possiedono almeno un’esperienza triennale nel campo delle cure palliative, certificata dalla Regione di competenza, tenuto conto dei criteri individuati con decreto del Ministro della salute di natura non regolamentare, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, sono idonei a operare nelle reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate” è stata sanata la posizione di questi medici, rendendo così possibile la successiva sottoscrizione dell’accordo.

Particolare attenzione è stata posta dal Ministero della salute agli aspetti riguardanti la comunicazione ai cittadini.

La campagna di comunicazione “Non più soli nel dolore”, per la quale sono stati realizzati uno spot televisivo, un poster e un opuscolo, e la mappatura regionale dei centri di terapia del dolore e di cure palliative, presente sul sito del Ministero della salute, è esposta in dettaglio nel Capitolo riguardante le campagne di comunicazione.

Ancora carente è lo sviluppo delle reti di cure palliative e di terapia del dolore pediatrico.

Anche per il 2012 la verifica dello stato di attuazione delle reti regionali di cure palliative e di terapia del dolore pediatrico si è avvalsa della predisposizione e somministrazione da parte del Ministero della salute, in collaborazione con la Conferenza delle Regioni, di uno specifico questionario inviato a tutte le Regioni italiane.

Da un punto di vista organizzativo l’ampia distribuzione e la limitata numerosità, la peculiarità dei bisogni clinici, assistenziali e sociali, nonché l’eterogeneità di situazioni, molte delle quali rare e limitate alla sola età pediatrica, pongono la necessità di risposte assistenziali ad alta complessità e competenza, il più vi-

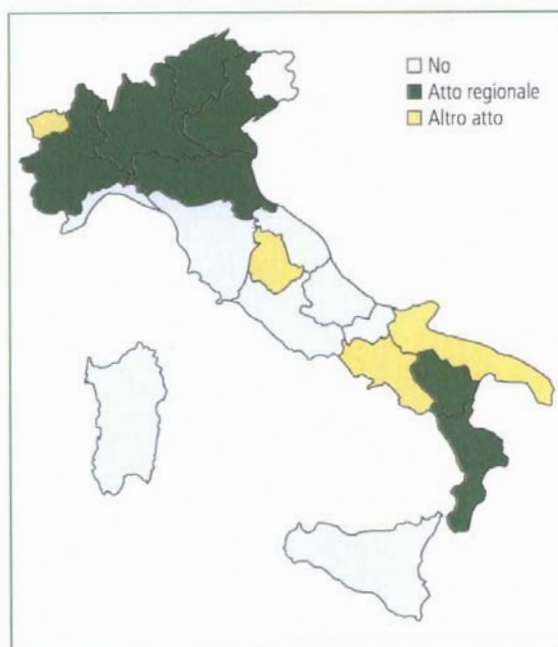
cino possibile al luogo di vita del bambino e della sua famiglia, idealmente al suo domicilio. D'altro canto, per il paziente pediatrico è presente su tutto il territorio nazionale una rete di risorse professionali (pediatria di base, pediatri ospedalieri, reti specialistiche territoriali) e strutturali (reparti/ospedali pediatrici) dedicate, che adeguatamente preparate e supportate sono in grado di rispondere e condividere una parte rilevante dei bisogni assistenziali nell'ambito dell'analgesia e delle cure palliative pediatriche (CPP).

Il primo dato positivamente significativo è risultato il tasso di risposta; tutte le Regioni, infatti, hanno risposto al questionario (100%), fatto, questo, che denota una diffusa attenzione e sensibilità verso il tema dell'inguaribilità e del dolore pediatrico.

Alla richiesta se è stato prodotto dalla Regione o dalla Provincia Autonoma un atto con il quale è stata formalmente deliberata la rete pediatrica, hanno fornito un riscontro positivo 11 Regioni su 21 (52%) [Figura 5.1].

A tale riguardo, all'ulteriore richiesta sullo stato di realizzazione della rete, solamente 4 Regioni (19%) dichiarano che la rete è attiva (Lombardia, Veneto, Emilia Romagna e Basilicata), 5 Regioni (23%) dichiarano che la rete non è ancora attiva ma in via di orga-

Figura 5.1. Istituzione con delibera o con altro atto della rete di cure palliative pediatriche e terapia del dolore pediatrica (Anno 2012).



nizzazione (Provincia Autonoma di Trento, Marche, Puglia, Campania e Calabria) e 2 Regioni dichiarano che la rete non è ancora attiva e ancora non in fase di organizzazione (Valle d'Aosta e Piemonte) [Tabella 5.1].

Tabella 5.1. Regioni che hanno formalmente definito la rete assistenziale di cure palliative pediatriche e terapia del dolore pediatrica (Anno 2012)

Regione	Deliberata	Rete attiva	Rete non attiva ma in corso di organizzazione	Rete non attiva e non in corso di organizzazione	Equipe dedicata
Basilicata	x	x			
Calabria	x		x		
Campania	x		x		
Emilia Romagna	x	x			
Lombardia	x	x			
Marche			x		
Piemonte	x			x	x
Puglia	x		x		
Toscana					x
Umbria	x				x
Valle d'Aosta	x			x	
Veneto	x	x			x
Trento	x		x		

5.3. Stati vegetativi

5.3.1. Quadro programmatico

L'approccio assistenziale e riabilitativo alle persone in condizioni di stato vegetativo (SV) e stato di minima coscienza (SMC) continua a rappresentare un argomento di grande rilevanza sanitaria, sociale ed etico-morale per l'elevato impatto sociosanitario e familiare che determina.

In questi ultimi tempi è maturata una nuova concezione della persona in condizione di SV e SMC che raggiunge la stabilità clinica, secondo la quale la stessa è considerata persona con "gravissima disabilità" (fase degli esiti), per la quale diviene indispensabile prevedere soluzioni sia di assistenza domiciliare integrata, sia di assistenza residenziale in strutture extraospedaliere (Speciali Unità di Accoglienza Permanente, SUAP). La scelta della soluzione più adeguata, in funzione delle condizioni generali della persona in SV/SMC e della sua famiglia deve essere prospettata dai servizi sociosanitari con il coinvolgimento della famiglia stessa. In tale ambito, spesso, si assiste a un'eterogeneità dell'assistenza e alla presenza di molteplici modelli organizzativi assistenziali sul territorio che hanno orientato il quadro programmatico sanitario nazionale verso una serie di iniziative, finalizzate all'individuazione di percorsi assistenziali condivisi e tendenzialmente omogenei a livello nazionale, nonché al miglioramento della qualità dell'assistenza rivolta ai soggetti in condizioni di SV e SMC.

In quest'ottica, l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome e gli enti locali del 5 maggio 2011 sul documento "Linee di indirizzo per l'assistenza alle persone in Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza" ha sottolineato la necessità di definire omogenei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali basati sull'appropriatezza e sulla centralità delle persone in SV e SMC e delle famiglie. A tal fine ha fornito alle Regioni indicazioni per promuovere l'utilizzo di specifici percorsi assistenziali. L'attuazione di tale Accordo ha promosso, negli anni

2012-2013, azioni finalizzate sia al monitoraggio del recepimento dello stesso a livello regionale, sia all'implementazione della rete dei referenti regionali per le associazioni dei familiari, per la promozione di adeguate forme di consultazione con le associazioni dei familiari.

L'impegno delle Istituzioni si è espresso anche attraverso l'istituzione del Tavolo di lavoro per l'assistenza alle persone in Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza (DM 9 novembre 2012), cui hanno partecipato rappresentanti di Società scientifiche del settore, esperti nazionali, associazioni dei familiari e rappresentanti istituzionali delle Regioni e del Ministero, con la finalità di fornire conoscenze e proposte per incentivare lo sviluppo di reti regionali assistenziali individuando, a tal fine, strumenti per il monitoraggio e per il sostegno alle attività svolte da tali reti.

Inoltre, la programmazione nazionale per l'anno 2012, con l'Accordo Stato-Regioni per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del 22 novembre 2012, ha riconfermato la linea progettuale "Promozione di modelli organizzativi assistenziali ai pazienti in Stato Vegetativo e di Minima Coscienza nella fase di cronicità" che, nel garantire la continuità rispetto agli anni 2010 e 2011, ha introdotto un vincolo di 20 milioni di euro per progetti che assicurino la presa in carico delle persone in SV e SMC nella fase degli esiti.

5.3.2. Rappresentazione dei dati

In riferimento agli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale nell'anno 2012, sono stati presentati 18 specifici progetti finalizzati alla realizzazione e/o al potenziamento di percorsi assistenziali per i pazienti in SV e SMC, per un impegno di spesa complessivo di circa 53 milioni di euro. Tali progetti sono stati elaborati da 15 Regioni su 16 aventi diritto e inoltre risulta che ciascuna Regione

ha presentato mediamente un progetto. Del totale dei progetti presentati, 7 hanno durata annuale, 4 biennale, 4 pluriennale e 3 non hanno specificato i tempi.

Relativamente al recepimento formale dell'Accordo 5 maggio 2011 a livello regionale, nel corso degli anni 2012-2013 risulta che 17 Regioni e 1 Provincia Autonoma hanno deliberato con atti formali.

Per quanto riguarda la rete dei referenti per le associazioni dei familiari, risulta che 21 Regioni e Province Autonome hanno individuato un referente regionale per le associazioni dei familiari delle persone in SV. Tale iniziativa ha consentito l'avvio di un percorso di integrazione e comunicazione tra i diversi attori coinvolti.

Infine, nell'ambito dei sistemi informativi per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare (SIAD) e dell'assistenza residenziale e semi-residenziale (FAR), afferenti al Nuovo Sistema Informativo (NSIS) del Ministero, è stata effettuata una rilevazione del numero delle persone in condizioni di SV nell'anno 2012. L'elaborazione dei dati relativi al flusso SIAD si riferisce ai soggetti per i quali la patologia prevalente o concomitante è individuata dal codice ICD-9-CM 780 "sintomi generali" e poiché la condizione di SV (codice 780.03 "stato vegetativo persistente") è inclusa in tale capitolo, al momento, non è possibile ottenere informazioni rappresentative per tale condizione.

Per quanto riguarda i dati dell'assistenza residenziale, sono stati presi in considerazione i soggetti ammessi con tipologie di prestazioni R1, ossia "Trattamenti erogati in Unità d'offerta residenziali intensive a persone non autosufficienti ad alto grado di intensità assistenziale, essenziale per il supporto alle funzioni vitali e in particolare: ventilazione meccanica, ossigenoterapia continua, nutrizione enterale o parenterale protratta, trattamenti specialistici ad alto impegno (riferiti a persone in condizione di SV, in SMC, persone con gravi insufficienze respiratorie, persone terminali ecc.)". I dati oggetto di analisi sono relativi all'anno 2012. Anche per i dati relativi al flusso FAR non è stato possibile ottenere informazioni rappresentative per la condizione di SV/SMC.

5.3.3. Esposizione e valutazione critica dei fenomeni rappresentati dai dati

L'analisi dei dati del Ministero della salute, desumibili dalle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) relative all'anno 2012 dei pazienti con codice 780.03 ("Stato Vegetativo persistente" ICD-9-CM), evidenzia che il numero totale dei dimessi, eliminati il numero dei ricoveri ripetuti di uno stesso paziente nel corso del 2012, risulta essere complessivamente 1.554. La variabilità del numero dei dimessi, tra le varie Regioni, oscilla da 519 della Lombardia a 1 della Valle d'Aosta, con una preponderanza del genere maschile (885) rispetto a quello femminile (669) [Tabella 5.2].

La fascia di età maggiormente rappresentata risulta essere quella dai 45 ai 64 anni (477 persone dimesse), con una maggiore prevalenza per il sesso maschile (310) rispetto a quello femminile (167). Segue la fascia degli ultrasessantacinquenni con un totale di 389 persone, maggiormente rappresentata dal genere femminile (235) [vedi Tabella 5.2].

La modalità di dimissione più riscontrata risulta essere quella "ordinaria a domicilio", con 527 pazienti (pari al 33,9%), cui fanno seguito la "dimissione ordinaria presso Residenza sanitaria assistenziale (RSA)" con 277 pazienti (17,8%), il "trasferimento ad altro istituto per acuti" con 171 dimessi (11,0%) e il trasferimento presso istituto di riabilitazione con 104 dimissioni (6,7%). Inoltre, la dimissione ordinaria con attivazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) è praticata per l'1,9% delle dimissioni totali, con un incremento medio dello 0,5% rispetto al triennio 2007-2009 [Tabella 5.3].

Con ragionevole probabilità, uno dei fattori che esercita notevole influenza nell'ambito dell'ADI è rappresentato dalla peculiarità del percorso assistenziale della persona in SV, che è caratterizzato da elevata complessità e diversificazione dell'intensità degli interventi in relazione all'evoluzione della condizione, all'evenienza di complicanze e al contesto familiare e socioambientale.

Si ritiene opportuno precisare che i dati desumibili dalle SDO sono riferiti esclusivamente all'attività ospedaliera e pertanto, pur potendosi considerare sufficientemente rappresen-

Tabella 5.2. Pazienti* con diagnosi principale o secondaria “Stato vegetativo persistente” (ICD-9-CM 780.03)

Regione di dimissione	Meno di 1 anno			Da 1 anno a 4 anni			Da 5 anni a 14 anni			Da 15 anni a 24 anni			
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	
Piemonte	—	1	1	—	2	2	—	—	—	1	2	3	
Valle d'Aosta	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Lombardia	—	—	—	6	4	10	8	4	12	16	1	17	
PA di Bolzano	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	3	
PA di Trento	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	
Veneto	—	—	—	—	—	—	2	5	7	1	1	2	
Friuli Venezia Giulia	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	
Liguria	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	
Emilia Romagna	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	4	8	
Toscana	—	—	—	5	1	6	—	3	3	4	2	6	
Umbria	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Marche	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	
Lazio	—	2	2	4	—	4	5	3	8	3	2	5	
Abruzzo	—	—	—	—	1	1	—	1	1	—	—	—	
Molise	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Campania	—	—	—	1	—	1	—	1	1	7	2	9	
Puglia	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1	—	1	
Basilicata	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Calabria	—	1	1	—	—	—	—	—	—	2	2	4	
Sicilia	—	—	—	1	1	2	—	—	—	4	1	5	
Sardegna	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	
Italia	—	4	4	17	9	26	16	18	34	48	19	67	

*Eliminati i ricoveri ripetuti di uno stesso paziente avuti nel corso del 2012.

Fonte: Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) – Anno 2012.

rativi del fenomeno, non sono completamente esaustivi dello stesso.

Dall'analisi dei progetti obiettivi di piano anno 2012, è emerso che la maggior parte delle Regioni ha manifestato il proprio impegno nell'individuazione di percorsi assistenziali per persone in condizioni di SV e SMC nella fase degli esiti, al fine di garantire la presa in carico globale e continuativa della persona e della sua famiglia, sia nelle SUAP, sia nell'ambito dell'assistenza domiciliare e residenziale. In alcune realtà regionali si è inteso delineare e organizzare una rete assistenziale, attraverso un approccio multidisciplinare diretto alla presa in carico del paziente, dalla fase acuta fino al reinserimento domiciliare. In altre Regioni il percorso clinico assistenziale è sta-

to inserito nell'ambito della rete per pazienti con gravi cerebrolesioni acquisite (GCA). Alcuni progetti regionali, inoltre, hanno promosso l'implementazione della telemedicina (es. Calabria) e il potenziamento dei sistemi informatici. Oltre a ciò, al fine di consentire un'adeguata valutazione della persona in condizioni di SV e SMC nel passaggio tra i diversi livelli assistenziali, nonché per garantire il monitoraggio nel tempo della stessa, alcune Regioni hanno adottato idonei strumenti quali schede di valutazione sanitaria clinico funzionali (es. Campania, Toscana).

Relativamente ai dati riferiti ai flussi FAR e SIAD del NSIS per le persone in condizione di SV e SMC, si rappresenta che, a oggi, le Regioni e le Province Autonome che hanno

distribuiti per sesso e classi di età (Anno 2012)

	Da 25 anni a 44 anni			Da 45 anni a 64 anni			Da 65 anni a 74 anni			Da 75 anni e oltre			Totale		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
	6	6	12	27	13	40	16	8	24	12	19	31	62	51	113
	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	1
	43	17	60	115	58	173	58	53	111	55	81	136	301	218	519
	4	2	6	6	1	7		1	1	1	—	1	13	5	18
	2	1	3	3	1	4	2	1	3	1	—	1	9	3	12
	15	6	21	25	11	36	8	14	22	14	11	25	65	48	113
	1	1	2	3	5	8	4	—	4	6	6	12	14	13	27
	2	2	4	4	1	5	7	2	9	1	—	1	15	5	20
	15	5	20	18	12	30	19	11	30	15	19	34	71	51	122
	7	4	11	9	10	19	9	10	19	6	17	23	40	47	87
	5	1	6	6	1	7	3	2	5	2	1	3	16	5	21
	4	1	5	10	4	14	7	3	10	2	8	10	23	17	40
	12	6	18	17	11	28	11	12	23	6	14	20	58	50	108
	1	—	1	—	4	4	1	1	2	3	3	6	5	10	15
	1	—	1	2	—	2	1	—	1	—	1	1	4	1	5
	12	3	15	19	11	30	7	6	13	3	8	11	49	31	80
	5	3	8	12	2	14	5	5	10	5	16	21	29	26	55
	1	—	1	—	2	2	—	1	1	2	7	9	3	10	13
	13	5	18	19	15	34	14	7	21	7	10	17	55	40	95
	9	7	16	12	4	16	6	7	13	7	10	17	39	30	69
	2	1	3	3	1	4	1	2	3	6	4	10	13	8	21
	160	71	231	310	167	477	180	146	326	154	235	389	885	669	1.554

inviato dati inerenti l'assistenza domiciliare e l'assistenza residenziale e semiresidenziale, per l'anno 2012, sono complessivamente 19 su 21, con una copertura in alcuni casi parziale. Si precisa che l'anno 2012 è il primo anno di messa a regime di tali flussi informativi.

Bibliografia essenziale

Accordi tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome del 25 marzo 2009 e dell'8 luglio 2010 e del 20 aprile 2011 che individuano tra le linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni e delle Province Autonome delle risorse vincolate, ai sensi dell'art. 1 cc. 34 e 34 bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale rispettivamente per

gli anni 2009, 2010 e 2011, la linea "promozione di modelli organizzativi e assistenziali dei pazienti in Stato Vegetativo e di Minima Coscienza nella fase di cronicità"

Accordo della Conferenza Unificata tra lo Stato, le Regioni, le Province Autonome di Trento e di Bolzano e gli enti locali sul documento "Linee di indirizzo per l'assistenza alla persone in Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza" del 5 maggio 2011. GU n. 126 dell'1 giugno 2011

Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 22 novembre 2012 sulla proposta del Ministero della salute di Linee guida per l'utilizzo da parte delle Regioni e Province Autonome delle risorse vincolate, ai sensi dell'art. 1, commi 34 e 34bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere

Tabella 5.3. Modalità di dimissione dei pazienti* con diagnosi principale o secondaria “Stato vegetativo

Regione	Deceduto		Dimissione ordinaria a domicilio		Dimissione ordinaria presso RSA		Dimissione protetta a domicilio con ospedalizzazione domiciliare		Dimissione volontaria		
	Dimessi	%	Dimessi	%	Dimessi	%	Dimessi	%	Dimessi	%	
Piemonte	46	40,7	22	19,5	17	15,0	1	0,9	—	—	
Valle d'Aosta	1	100,0	—	—	—	—	—	—	—	—	
Lombardia	102	19,7	161	31,0	145	27,9	3	0,6	3	0,6	
PA di Bolzano	2	11,1	5	27,8	10	55,6	—	—	—	—	
PA di Trento	2	16,7	2	16,7	5	41,7	—	—	—	—	
Veneto	16	14,2	42	37,2	27	23,9	—	—	—	—	
Friuli Venezia Giulia	11	40,7	8	29,6	3	11,1	—	—	—	—	
Liguria	4	20,0	2	10,0	5	25,0	1	5,0	1	5,0	
Emilia Romagna	24	19,7	47	38,5	23	18,9	—	—	—	—	
Toscana	20	23,0	31	35,6	20	23,0	—	—	—	—	
Umbria	2	9,5	12	57,1	3	14,3	1	4,8	—	—	
Marche	5	12,5	13	32,5	3	7,5	—	—	—	—	
Lazio	29	26,9	38	35,2	—	—	—	—	2	1,9	
Abruzzo	3	20,0	8	53,3	1	6,7	—	—	—	—	
Molise	—	—	2	40,0	—	—	—	—	—	—	
Campania	17	21,3	30	37,5	2	2,5	7	8,8	6	7,5	
Puglia	10	18,2	24	43,6	4	7,3	—	—	2	3,6	
Basilicata	5	38,5	3	23,1	—	—	1	7,7	2	15,4	
Calabria	29	30,5	37	38,9	1	1,1	—	—	—	—	
Sicilia	17	24,6	33	47,8	1	1,4	—	—	2	2,9	
Sardegna	2	9,5	7	33,3	7	33,3	1	4,8	1	4,8	
Italia	347	22,3	527	33,9	277	17,8	15	1,0	19	1,2	

*Eliminati i ricoveri ripetuti di uno stesso paziente avuti nel corso del 2012.

Fonte: Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) – 2012.

prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2012
(rep. Atti n. 227/CSR del 22 novembre 2012)
Ministero della salute, Dipartimento della Programma-

zione e dell'Ordinamento del Servizio sanitario nazionale, Direzione generale della programmazione sanitaria Ufficio VI ex DGPROG

5.4. Presa in carico della post-acuzie e strutture intermedie

5.4.1. Quadro programmatico

Con l'incremento del numero di soggetti fragili e con malattie croniche, in presenza di alcune debolezze strutturali del sistema sanitario aumenta il rischio che si verifichi una delle seguenti condizioni: il ricorso impro-

prio all'ospedalizzazione, un allungamento dei tempi di ricovero dovuto alla difficoltà di dimettere i pazienti oppure un incremento delle dimissioni precoci verso il domicilio e/o le strutture sociosanitarie di lungo-assistenza che non sempre sono in condizione di far fronte a situazioni cliniche complesse e a li-

persistente" (ICD-9-CM 780.03) [Anno 2012]

	Trasferimento ad altro istituto per acuti		Trasferimento ad altro regime di ricovero o altro tipo di attività stesso istituto		Trasferito a istituto di riabilitazione		Dimissione ordinaria con attivazione Assistenza Domiciliare Integrata		Totale dimessi	%
	Dimessi	%	Dimessi	%	Dimessi	%	Dimessi	%		
	7	6,2	5	4,4	13	11,5	2	1,8	113	100
	—	—	—	—	—	—	—	—	1	100
	39	7,5	22	4,2	32	6,2	12	2,3	519	100
	—	—	1	5,6	—	—	—	—	18	100
	3	25,0	—	—	—	—	—	—	12	100
	9	8,0	3	2,7	11	9,7	5	4,4	113	100
	—	—	1	3,7	4	14,8	—	—	27	100
	3	15,0	1	5,0	3	15,0	—	—	20	100
	10	8,2	3	2,5	11	9,0	4	3,3	122	100
	8	9,2	3	3,4	4	4,6	1	1,1	87	100
	2	9,5	1	4,8	—	—	—	—	21	100
	6	15,0	6	15,0	7	17,5	—	—	40	100
	32	29,6	6	5,6	1	0,9	—	—	108	100
	1	6,7	—	—	2	13,3	—	—	15	100
	2	40,0	1	20,0	—	—	—	—	5	100
	8	10,0	3	3,8	5	6,3	2	2,5	80	100
	10	18,2	1	1,8	4	7,3	—	—	55	100
	—	—	2	15,4	—	—	—	—	13	100
	27	28,4	—	—	1	1,1	—	—	95	100
	4	5,8	4	5,8	5	7,2	3	4,3	69	100
	—	—	1	4,8	1	4,8	1	4,8	21	100
	171	11,0	64	4,1	104	6,7	30	1,9	1.554	100

velli di intensità assistenziale superiori a quelli previsti dagli standard regionali.

A fronte di tali criticità, in particolare nella gestione della post-acuzie, il SSN sta adottando nuove strategie assistenziali e organizzative volte a migliorare l'appropriatezza e la qualità delle cure erogate attraverso il ricorso alle cosiddette "strutture intermedie"; la definizione, che non trova riscontro nei testi normativi e non corrisponde a un modello organizzativo univocamente definito, esprime bene la missione di tali strutture: garantire la presa in carico del paziente nella fase di post-acuzie e il proseguimento della cura in un percorso assistenziale sul territorio. È necessario, infatti, inserire la gestione clinica del paziente

in un *continuum* assistenziale, attribuendo funzioni differenziate ai diversi servizi e presidi sanitari e stabilendo procedure e percorsi che sappiano rispondere appropriatamente ai bisogni clinici delle persone.

Il tema dell'assistenza sanitaria in strutture intermedie si colloca in una fase di cambiamenti strutturali del sistema sanitario a livello sia nazionale sia regionale e si collega agli obiettivi di riorganizzazione della rete ospedaliera e ai nuovi parametri di riferimento. Secondo tale impostazione, l'ospedale deve offrire un'assistenza sempre più specializzata e tecnologicamente avanzata nella fase di acuzie e in stretto raccordo con i servizi territoriali per la successiva fase di post-acuzie.

Recentemente, infatti, la legge n. 135/2012 (di conversione del decreto legge n. 95/2012) ridefinisce lo standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio sanitario regionale, a un livello non superiore a 3,7 posti letto per 1.000 abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per 1.000 abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie.

Per scongiurare il peggioramento dei livelli assistenziali, la riorganizzazione dell'offerta ospedaliera e la riduzione dei posti letto devono essere accompagnate da una contestuale riprogrammazione dell'offerta assistenziale in area territoriale distrettuale, con il potenziamento dell'assistenza domiciliare e l'attivazione o l'ampliamento di posti letto in strutture intermedie e in strutture territoriali per l'assistenza ai pazienti. Il territorio, quindi, dovrà rafforzare il proprio ruolo di garante della continuità nella cura, offrendo un ventaglio di prestazioni che, per un verso, intercettino il bisogno di cura della popolazione con soluzioni alternative all'ospedale, operando come filtro per prevenire il ricovero ospedaliero inappropriato e, per l'altro verso, coprano i bisogni assistenziali delle persone nella fase post-acuta della malattia.

Per tale motivo, sempre più spesso, nell'organizzazione regionale dei servizi è prevista la realizzazione di strutture residenziali di assistenza primaria, i cosiddetti ospedali di comunità, vale a dire presidi assistenziali a degenza temporanea, spesso a gestione infermieristica e sotto la responsabilità clinica del MMG o del PLS, con un numero limitato di posti letto (15-20) destinati sia alla cura di stati patologici acuti per i quali non è appropriato un ricovero ospedaliero, ma che certamente necessitano di un'assistenza continuativa, medica e infermieristica, sia alla cura dei pazienti per i quali la mancanza di una rete familiare e sociale adeguata non consente l'assistenza che altrimenti potrebbe essere effettuata a domicilio.

Analogamente, diverse Regioni stanno allestendo strutture intermedie a valenza territoriale volte principalmente a garantire una dimissione protetta del paziente nei casi in cui è necessario consolidarne le condizioni fisiche, proseguire il percorso di recupero funzionale

o accompagnarlo nella prima fase dopo la dimissione stante le sue condizioni di fragilità individuale e sociale.

La presenza di strutture cosiddette intermedie e presidi territoriali di assistenza primaria è oggi estremamente diversificata sul territorio e diversamente regolamentata da parte delle amministrazioni regionali, anche per il persistere di una cultura ospedalocentrica del servizio sanitario e la scarsa implementazione dei servizi distrettuali. Tale variabilità si associa, e in parte dipende, da un'analoga disomogeneità nella rete di offerta della riabilitazione ospedaliera ed extra-ospedaliera, della lungodegenza post-acuzie e delle strutture territoriali sanitarie o a forte componente sanitaria, in termini sia di posti letto sia di capacità di offerta assistenziale, in funzione anche della diversa declinazione a livello regionale dei requisiti di natura organizzativa e, infine, alla frammentarietà o assenza di un collegamento funzionale tra le strutture stesse.

Da ciò discende la necessità di una riflessione volta alla razionalizzazione dell'intera rete della post-acuzie per garantire al paziente una risposta flessibile ai bisogni sanitari e assistenziali, rispettosa dei principi dell'appropriatezza, della qualità e del corretto utilizzo delle risorse, che garantisca quanto più precocemente, con strumenti omogenei, la valutazione multidimensionale dei bisogni e la definizione del Piano assistenziale, condiviso tra ospedale e territorio.

5.4.2. Indicazioni per la programmazione

Sulla base di quanto sopra descritto, risulta necessario:

- garantire la continuità assistenziale al paziente nella fase di post-acuzie, anche ricorrendo all'inserimento in presidi territoriali di assistenza primaria, laddove lo richiedano i bisogni clinici e assistenziali della persona;
- individuare requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi e standard di posti letto dei presidi territoriali di assistenza primaria;
- favorire il coinvolgimento del MMG e del

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

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

in carico e trattamento dei pazienti nelle strutture intermedie.

Bibliografia essenziale

AA.VV. Il piano di riorganizzazione dell'Assistenza sanitaria nelle Regioni in Piano di rientro. Monitor 2011; 27

Decreto Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 "Definizione dei Livelli essenziali di assistenza"

Piano Sanitario Nazionale 2006-2008

5.5. La salute mentale

5.5.1. Quadro programmatico

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

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

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

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

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

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

5.5.2. Rappresentazione e valutazione dei dati

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

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

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

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

ND, non disponibile.

Fonte: Ministero della salute – Sistema Informativo Sanitario Nazionale.

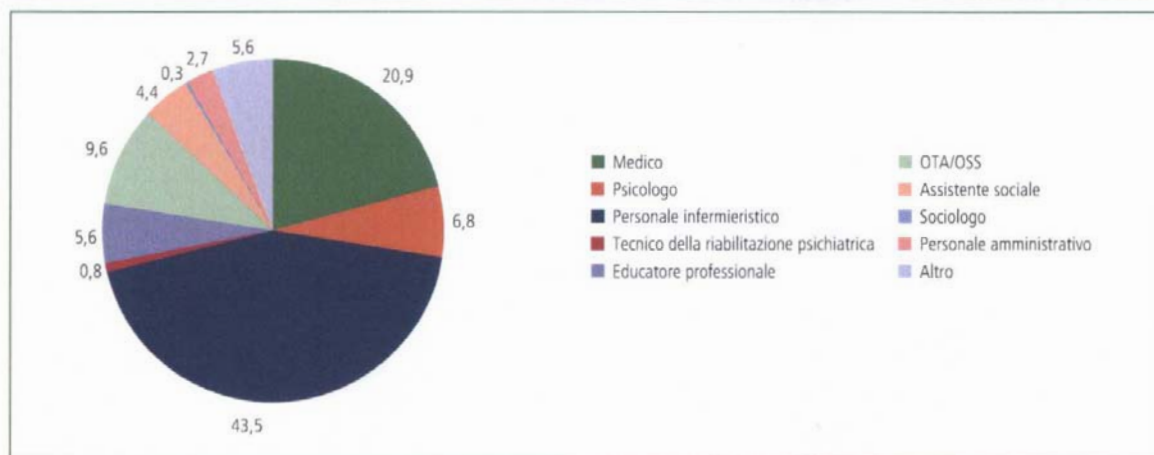
17 Regioni. I Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) che alimentano il flusso sono 131, dei quali 99 inviano attività territoriale, 91 attività residenziale e 86 attività semiresidenziale. Parallelamente sta terminando il suo lavoro un sottogruppo specifico (Ministero della salute, Regioni e ISS) che ha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

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

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

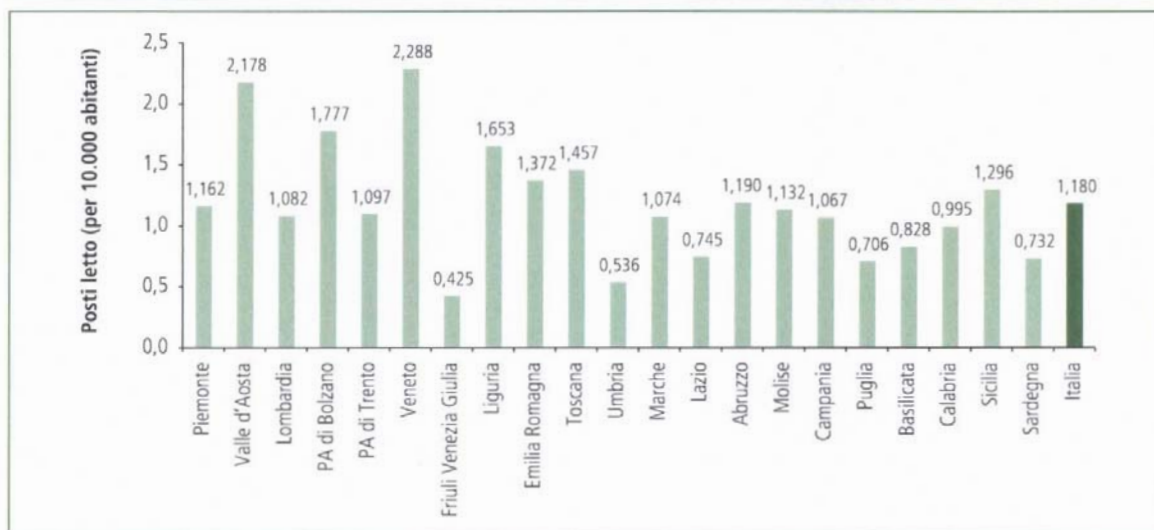
I dati per l'anno 2012 relativi all'assistenza territoriale per la salute mentale evidenziano un potenziamento dell'offerta rispetto ai dati del 2009, riportati nella Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2009-2010. Le strutture territoriali che erogano assistenza residenziale passano da 1.679 a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

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



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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tra i progetti di ricerca sui servizi attual-

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

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

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

per promuovere ricerca mirata, si possono annoverare:

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

Bibliografia essenziale

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