

PREMESSA

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha emanato nel 2012 e nel 2013 due Risoluzioni (WHA65.4 e WHA66.8) ed ha predisposto un **Piano d'azione globale per la salute mentale 2013-2020**, sollecitando gli Stati Membri ad adottarlo, ad intraprendere le dovute azioni programmatiche e a "dare la debita priorità alla salute mentale ed a riorganizzarla, includendo la promozione della salute mentale, la prevenzione dei disturbi mentali, l'offerta di cure, di un sostegno e di trattamenti sanitari e di sviluppo, destinando risorse sufficienti a questo scopo".

In Italia i disturbi mentali sono stati oggetto di attenzione da parte delle Istituzioni, tuttavia **l'interesse verso la gestione sembra essere sceso così tanto che le Associazioni di pazienti e familiari e le Società scientifiche di riferimento si trovano attualmente in una situazione che definiscono di "emergenza"** da un punto di vista clinico-gestionale, sociale ed economico.

Una recente ricerca del EEHTA del CEIS dell'Università di Roma "Tor Vergata" (Mennini FS et al.) realizzata analizzando **l'impatto economico** e finanziario della schizofrenia (uno tra i disturbi mentali più gravi) sia sul sistema previdenziale e sociale (costi indiretti) che sanitario (costi diretti), ha evidenziato come tale patologia generi un impatto sul welfare per circa 2,7 miliardi di euro ogni anno, di cui 1,33 miliardi di euro di costi diretti e 1,37 miliardi di euro di costi indiretti. Nel 2013 il Ministero della Salute, in collaborazione con il Gruppo tecnico Interregionale Salute Mentale (GISM) della Conferenza delle Regioni, ha elaborato il Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale (PANSM, approvato in Conferenza unificata con accordo n. 4 del 24 gennaio 2013.), che 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. Nel 2014 due documenti approvati in Conferenza unificata (accordi n. 137 e 138 del 13 novembre 2014) si sono proposti di fornire indirizzi operativi e di approfondire alcuni obiettivi prioritari del PANSM relativamente agli interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico-riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza e alla definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di salute mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e dei disturbi gravi di personalità. Tali documenti non trovano tuttavia ancora piena applicazione sull'intero territorio italiano e mancano delle opportune verifiche sul raggiungimento degli obiettivi.

Considerati gli obiettivi indicati dall'OMS e l'attuale situazione italiana in tema di gestione della salute mentale, la **Società Italiana di Psichiatria ha deciso di proporre la costituzione di un gruppo di lavoro indipendente ed autonomo**, che coinvolge società scientifiche e associazioni di pazienti e familiari, con l'obiettivo di **presentare alle Istituzioni e ai decisori un elenco di priorità** con particolare focus sui disturbi mentali più gravi, all'insegna del dialogo costruttivo, della sostenibilità e del pragmatismo, tenendo sempre in considerazione il benessere dei pazienti quale fine ultimo.

Il gruppo di lavoro ha individuato tre macroaree sulle quali sarà necessario concentrare le attività:

1. Miglioramento della qualità della vita dei pazienti e dei familiari attraverso nuovi approcci terapeutici;
2. Sviluppo di politiche integrate volte al recupero del paziente psichiatrico;
3. Ripensamento organizzativo, strutturale e funzionale, dell'area salute mentale all'interno dei sistemi socio-sanitari regionali.

In breve, con la presente Carta della Salute Mentale, Società Scientifiche e Associazioni di Pazienti e Familiari richiedono:

1. Garanzie sull'applicazione dei LEA riguardanti l'assistenza psichiatrica in tutta Italia
2. La realizzazione di iniziative ministeriali e del coordinamento delle Regioni, che garantiscano standard di qualità confrontabili dell'assistenza psichiatrica in tutte le Regioni
3. Lo stanziamento di un fondo destinato all'assistenza psichiatrica (pari ad almeno il 6% del Fondo Sanitario Nazionale)
4. La definizione di PDTA condivisi e integrati con i Piani di trattamento individuale (PTI) ed i Progetti terapeutico riabilitativi personalizzati (PTRP) in collaborazione con le Associazioni
5. Un maggior coinvolgimento delle farmacie ospedaliere e territoriali nel monitoraggio di farmacovigilanza e dell'aderenza terapeutica
6. Lo sviluppo ed il supporto in tutte le Regioni di alternative alle strutture psichiatriche con assistenza permanente quali il *co-housing*
7. L'assunzione di personale qualificato e stabile
8. Lo stanziamento di fondi in favore di progetti di ricerca in ambito neuropsicofarmacologico
9. L'adozione di una strutturata campagna di prevenzione per raggiungere i soggetti a rischio
10. L'educazione contro lo stigma delle malattie mentali
11. L'implementazione delle REMS e soluzioni alternative
12. La ricostituzione di un tavolo di lavoro interministeriale ed interregionale che definisca e monitori politiche in tema di reintegrazione graduale dei pazienti nel contesto lavorativo e supervisioni l'implementazione delle attività di miglioramento dell'assistenza psichiatrica su tutto il territorio nazionale

Si ringrazia per la collaborazione la Società Italiana di Farmacia Ospedaliera e dei Servizi Farmaceutici delle Aziende Sanitarie (SIFO)

Iniziativa promossa da:



CARTA DELLA SALUTE MENTALE

Associazioni e Società scientifiche unite
per il benessere dei pazienti

Con la collaborazione di:



COORDINAMENTO TOSCANO
DELLE ASSOCIAZIONI
PER LA SALUTE MENTALE



PER LA MENTE, CON IL CUORE.

PRIORITÀ DI INTERVENTO

1. L'**inserimento dell'assistenza psichiatrica nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)**, con garanzia del rispetto dei vincoli su tutto il territorio nazionale tramite definizione di uno specifico piano di monitoraggio gestito a livello centrale. I LEA per la salute mentale devono valorizzare la presa in carico precoce del paziente con disturbi mentali, garantire accesso, continuità delle cure e personalizzazione del percorso terapeutico.
2. La realizzazione di **iniziative ministeriali e del coordinamento delle Regioni**, che garantiscano standard di qualità confrontabili dell'assistenza psichiatrica, collegate ai LEA e quindi vincolanti per le Regioni, che ricompredano tutti gli ambiti d'azione della salute mentale (infanzia, adolescenza ed età adulta), in grado di garantire la continuità e l'accesso all'innovazione (farmacologica, gestionale ed organizzativa), con specifiche risorse sia economiche sia umane, utili a sviluppare approcci organizzativi e terapeutici quanto più integrati e condivisi dell'assistenza psichiatrica nelle diverse realtà regionali mediante anche l'utilizzo dell'Health Technology Assessment (HTA).
3. Lo stanziamento di un **fondo dedicato** corrispondente ad almeno il 6% del Fondo Sanitario Nazionale (con monitoraggio della spesa, ad oggi inferiore al 3,5%, ben al di sotto del 5% stabilito con documento approvato all'unanimità dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome del 18 gennaio 2001), che permetta di recuperare le risorse non assegnate negli ultimi 16 anni e consenta gli opportuni investimenti in tema di riorganizzazione strutturale e funzionale dell'assistenza psichiatrica, integrazione dei servizi, prevenzione, ricerca e progettualità *ad hoc*.
4. La **definizione di percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali (PDTA)** condivisi tra i numerosi attori, che coinvolgano i centri specialistici, il territorio, l'assistenza farmaceutica e sociale, e che vedano la partecipazione delle associazioni, sviluppati con approcci innovativi ed *evidence-based* e destinati ad implementare strategie di diagnosi, cura e trattamento precoce, una presa in carico stabile e continuativa e che permettano di raggiungere obiettivi di recupero e reintegro nella società del paziente accompagnati da un utilizzo razionale delle risorse, con particolare attenzione ai protocolli riabilitativi inerenti il passaggio dall'età evolutiva all'età adulta. A tal fine, si rendono necessari l'integrazione e la promozione delle pratiche di **Piano di trattamento individuale (PTI)** e di **Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP)**, anche mediante lo sviluppo di **alleanze che coinvolgano Associazioni, enti non profit del privato sociale e Istituzioni** già attivamente partecipi con numerose attività di supporto, come strumento prioritario in grado di:
 - a. individuare gli specifici bisogni reali e potenziali,
 - b. pianificare il percorso riabilitativo con approccio multidisciplinare,
 - c. definire responsabilità e competenze sanitarie e sociali,
 - d. verificare periodicamente i risultati degli interventi,
 - e. coinvolgere attivamente pazienti e familiari (come ribadito dall'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS nel 2010 nel documento "*User empowerment in mental health*") e supportarli,
 - f. ottimizzare l'uso ed il coordinamento delle risorse disponibili, limitandone duplicazioni e sperperi.
5. Il **coinvolgimento dei farmacisti ospedalieri e territoriali e dei medici di medicina generale**, in tema di monitoraggio e *counselling* dei pazienti, per offrire ai cittadini-utenti un servizio integrato di informazione e supporto alla terapia, ottimizzando il sistema di farmacovigilanza e l'aderenza terapeutica.
6. Lo sviluppo ed il supporto in tutte le Regioni delle pratiche di **co-housing**, o gruppo-appartamento, quale alternativa alle strutture psichiatriche con assistenza permanente e parte integrante di una visione unitaria di residenzialità volta ad un progressivo passaggio a sempre maggiori gradi di autonomia. Tali pratiche hanno dimostrato sia di essere un'interessante metodologia di cura e di portare benefici terapeutici sull'autonomia degli utenti, sia di comportare risparmi per il Servizio Sanitario Nazionale.
7. Lo sblocco delle assunzioni volto al reclutamento di **personale qualificato e stabile**, su cui il paziente possa fare affidamento, formato secondo specifici standard educativi di qualità ed in grado di gestire i pazienti in ogni circostanza.
8. Lo **stanziamento di fondi in favore di progetti nello specifico ambito neuropsicofarmacologico**, al fine di sostenere lo sviluppo da parte delle università, anche mediante partnership pubblico-privato, di linee di ricerca finalizzate al miglioramento dell'attuale standard terapeutico.
9. L'**attuazione di una strutturata campagna** di prevenzione, con la adozione di programmi specifici e risorse finalizzate, sviluppata con l'aiuto dei professionisti e delle Associazioni di pazienti e familiari, in grado di raggiungere i soggetti fragili negli ambienti a rischio, come ad esempio scuola e lavoro.
10. La creazione di una **campagna informativa** di sensibilizzazione **contro lo stigma delle malattie mentali**, in grado di educare gli specialisti della comunicazione di massa sulle modalità di una corretta informazione dell'opinione pubblica, evitando allarmismo, discriminazione e negativizzazione dell'area terapeutica.
11. L'implementazione delle **Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) e soluzioni alternative**.
12. La ricostituzione di un **tavolo di lavoro interministeriale ed interregionale** che coinvolga Ministero della Salute, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Ministero dell'Economia, Ministero della Giustizia, Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, Conferenza Stato-Regioni, INPS, Società Scientifiche e Associazioni di Pazienti e Familiari e che definisca e monitori politiche in tema di reintegrazione graduale dei pazienti nel contesto lavorativo. Il summenzionato tavolo dovrà essere responsabile ed unico interlocutore nazionale per la risoluzione di problematiche che, seppur di minor impatto, sono decisive per la qualità della vita degli utenti, quali:
 - pratiche assicurative,
 - tasso annuale sul rinnovo della patente,
 - innalzamento del reddito per le persone con invalidità inferiore al 100% (da 4.738,63 € fino alla soglia di disoccupazione di € 8.000 annui),
 - formazione/informazione delle Commissioni Mediche in tema di esenzioni, concessione delle pensioni di inabilità ed assegni di invalidità, valutazione delle residue capacità lavorative (per superare nei fatti la discriminazione data dalle dichiarazioni di incollocabilità al lavoro).