

Piano Sanitario Regionale 1999-2001

*Rapporto tecnico per la definizione
di obiettivi e strategie per la salute*

obiettivi e strategie per la salute

Salute mentale

ISSN 1591-223X

DOSSIER

47

Regione Emilia-Romagna
CDS Aziende USL Città di Bologna e Ravenna

Piano Sanitario Regionale 1999-2001

*Rapporto tecnico per la definizione
di obiettivi e strategie per la salute*

obiettivi e strategie per la salute

Salute mentale

ISSN 1591-223X

DOSSIER

47

Regione Emilia-Romagna

CDS Aziende USL Città di Bologna e Ravenna

Il Rapporto è stato curato da un Gruppo di lavoro, costituito con Determinazioni del Direttore generale della sanità della Regione Emilia-Romagna n. 6203/1999 e n. 10000/1999, e composto da:

Giovanni De Plato	<i>Regione Emilia-Romagna - responsabile Programma Salute mentale - coordinatore</i>
Alberto Alberani	<i>Lega Coop - Presidente Cooperative sociali</i>
Teresa Alberti	<i>AUSL Città di Bologna - Ospedale Maggiore Primario anestesia e rianimazione</i>
Claudio Aurigemma Auriemma	<i>AUSL di Rimini - Psichiatra DSM</i>
Luigi Bagnoli	<i>Medico di medicina generale - Bologna</i>
Stefania Bastia	<i>Comune di San Giovanni in Persiceto (BO) Assessore sanità e servizi sociali</i>
Angelo Fioritti	<i>AUSL Città di Bologna - Psichiatra DSM</i>
Leo Lo Russo	<i>AUSL di Modena - Direttore Distretto Modena</i>
Stefano Mistura	<i>AUSL di Piacenza - Responsabile DSM</i>
Umberto Nizzoli	<i>AUSL di Reggio Emilia - Responsabile DSM</i>
Giovanni Polletta	<i>AUSL di Ferrara - Responsabile Servizio NPEE</i>
Michele Sanza	<i>AUSL Città di Bologna - Psichiatra DSM</i>
Guido Sarchielli	<i>Università degli studi di Bologna Direttore Facoltà di psicologia</i>
Alessandra Servidori	<i>Provveditorato agli studi della Provincia di Bologna</i>
Paolo Verri	<i>AUSL di Ferrara - Psichiatra DSM</i>

Si ringrazia Maria Grazia Bernardi (Regione Emilia-Romagna, Programma Salute mentale) per la preziosa collaborazione.

Redazione e impaginazione a cura di: *Federica Sarti*

Centro di documentazione per la salute, Aziende USL Città di Bologna e Ravenna

Stampa: *Ravenna, gennaio 2001*

Copia del volume può essere richiesta a:

*CDS - Centro di documentazione per la salute - via Gramsci 12, 40121 Bologna
tel. 051/6079933 - fax 051/251915 - e-mail: cdocsal@iperbole.bologna.it*

oppure può essere scaricata dal sito Internet:

<http://www.regione.emilia-romagna.it/cds/> - box "Dossier"

INDICE

Presentazione	5
Sommario	7
1. Il quadro normativo	13
1.1. Dalle politiche dei Servizi psichiatrici alle politiche di salute mentale	15
2. Dai problemi di salute mentale agli obiettivi generali	17
2.1. Le dimensioni dei problemi di salute mentale in Emilia-Romagna	17
2.2. Effetti del diverso profilo di invecchiamento della popolazione	19
2.3. Effetti dell'immigrazione	20
2.4. Gli obiettivi generali di salute	21
3. Obiettivo generale 1	23
Tutelare la salute mentale dei cittadini con disturbi psichiatrici primari	
3.1. Obiettivi specifici	23
4. Obiettivo generale 2	41
Prevenire i disturbi psichici del <i>caregiver</i> nelle famiglie di anziani affetti da demenza	
4.1. Situazione generale	41
4.2. La rete dei servizi	44
4.3. Obiettivi specifici	45
5. Obiettivo generale 3	49
Ridurre i disturbi della condotta e i comportamenti antisociali nell'età evolutiva e nei giovani adulti	
5.1. Situazione generale	49
5.2. Obiettivi specifici	50
6. Obiettivo generale 4	53
Promuovere il benessere e la salute emozionale degli adolescenti	
6.1. Situazione generale	53
6.2. Obiettivi specifici	57
Bibliografia	59

PRESENTAZIONE

I Rapporti tecnici per la definizione di obiettivi e strategie per la salute che vengono pubblicati nella collana Dossier del Centro di documentazione per la salute individuano gli obiettivi prioritari e le strategie di salute della Regione Emilia-Romagna. I Rapporti sono stati elaborati da Gruppi di lavoro intersettoriali composti da professionisti chiamati dalla Regione Emilia-Romagna fra coloro dotati di specifica competenza scientifica ed esperienza professionale.

Il Piano sanitario regionale 1999-2001 fa proprio l'esplicito riconoscimento contenuto nel Piano sanitario nazionale 1998-2000 che una politica per la salute, per poter essere efficace, deve andare oltre una semplice politica di assistenza sanitaria e coinvolgere i diversi settori della società con un potenziale impatto sulla salute. Il PSR 1999-2001 persegue infatti una politica di alleanze e di solidarietà, proponendosi come "agenda integrata di impegni per la salute, aperta al potenziale contributo di tutti i soggetti che assumono impegni per la salute e per i servizi sanitari". A questo scopo esso adotta il sistema della "programmazione negoziata" che vede nei Piani per la salute la sede e il momento privilegiato di attuazione a livello locale.

La prima fase attuativa del PSR 1999-2001 ha avuto luogo attraverso la costituzione di Gruppi di lavoro deputati a tradurre e verificare sul piano operativo il disegno organizzativo e il sistema di relazioni e delle responsabilità prefigurati nel Piano medesimo, individuando criteri e strumenti comuni, utili alla ridefinizione dell'assetto complessivo del sistema di servizi. I documenti prodotti da questi gruppi (riguardanti le linee guida per la formulazione dei Piani per la salute, il Dipartimento di sanità pubblica, l'organizzazione distrettuale e dell'assistenza ospedaliera sul territorio regionale) sono stati assunti in forma di Delibera della Giunta regionale e pubblicati sul BUR del 2 maggio 2000.

Ha quindi fatto seguito la fase di implementazione della politica per la salute e dei suoi principi di intersettorialità, di sussidiarietà e di contestabilità degli impegni rispettivamente presi, particolarmente in ordine alla selezione di aree di intervento prioritarie a livello locale all'interno delle quali definire obiettivi rispondenti ai bisogni di salute della popolazione di riferimento, gli strumenti, le metodologie e le modalità di azione. Questa fase ha visto la specificazione più dettagliata degli obiettivi di salute da perseguire e delle strategie più idonee per raggiungerli attraverso un'altra serie di Gruppi di lavoro intersettoriali che hanno affrontato i contenuti tecnici e operativi. I Rapporti tecnici per la definizione di obiettivi e strategie per la salute che vengono pubblicati in questa collana rappresentano appunto i programmi e le strategie di salute che la Regione Emilia-Romagna propone alle Aziende sanitarie e alle Conferenze sanitarie territoriali, queste ultime nella loro veste di promotori e guida nella elaborazione e attuazione dei Piani per la salute.

Data la complessità tecnica di questi Rapporti e i contenuti scientifici spesso non immediatamente accessibili ai non specialisti della materia, l'Assessorato alla sanità della Regione Emilia-Romagna sta elaborando due documenti di sintesi che raggruppano tra loro i diversi Rapporti, allo scopo di renderli strumenti operativi più efficaci nelle mani di coloro che dovranno formulare e attuare i Piani per la salute a livello locale.

Giovanni Bissoni

Assessore alla sanità, Regione Emilia-Romagna

SOMMARIO

Le persone interessate da condizioni di sofferenza mentale in Emilia-Romagna sono circa un milione, 1/4 dell'intera popolazione, 800.000 dei quali esprimono una domanda ai servizi di I livello e 270.000 circa ai servizi di II livello. L'accessibilità ai servizi di I e di II livello, l'uso appropriato delle tecniche e il rispetto dell'equità nell'allocazione delle risorse costituiscono i presupposti razionali per una politica dei servizi; tuttavia, l'elevata frequenza e l'origine multifattoriale dei disturbi mentali rendono inefficace qualunque strategia tesa ad affrontare il problema sulla base dei soli interventi di carattere sanitario. Per queste ragioni, una volta fissati gli obiettivi prioritari per la popolazione locale, il Piano per la salute mentale della Regione Emilia-Romagna individua nella società le molteplici risorse chiamate a svolgere le azioni necessarie.

Gli obiettivi generali di salute mentale del PSR sono stati formulati sulla base della rilevazione dei principali bisogni. I gruppi individuati come popolazione *target* sono:

- le persone affette da disturbi mentali, per le quali è prioritario evitare la cronicizzazione e le conseguenze invalidanti delle malattie;
- i familiari degli ammalati, sottoposti a elevati carichi e costi non solo economici;
- i giovani e le persone adulte con disturbi emotivi;
- le fasce di popolazione a rischio di esclusione sociale.

Obiettivo generale 1

Tutelare la salute mentale dei cittadini con disturbi psichiatrici primari

Obiettivi specifici

1. *Prevenire e ridurre la prevalenza della disabilità nelle persone affette da disturbi psichiatrici maggiori*

Il quadro epidemiologico dei disturbi psicotici è contrassegnato da due opposte tendenze demografiche:

- l'invecchiamento della popolazione,
- l'immigrazione.

Le disabilità dovute a malattia psichiatrica e quelle dovute all'invecchiamento determinano l'incremento della prevalenza di condizioni croniche stabilizzate che esprimono bisogni assistenziali, riabilitativi e residenziali. L'immigrazione di popolazioni culturalmente eterogenee riguarda prevalentemente soggetti giovani,

che esprimono una ridotta domanda di assistenza per le patologie psichiatriche maggiori, ma presentano difficoltà di adattamento, con disturbi ansioso-depressivi e condotte tossicofiliche. Le azioni previste per la riduzione delle disabilità psichiatrica prevedono il miglioramento dei trattamenti intensivi prolungati sui pazienti con disturbi psichiatrici maggiori, attraverso l'adozione di modelli organizzativi di gestione dei casi.

Il progetto terapeutico dei trattamenti intensivi terapeutici (TIP) si basa sulla valutazione multidimensionale dei bisogni e sulla sistematica verifica degli esiti. Nei progetti terapeutici di lunga durata devono essere individuati il responsabile medico del caso e gli operatori di riferimento che assicurano la continuità, la personalizzazione, l'integrazione degli interventi e l'utilizzo delle opportunità sociali del territorio.

Per ridurre le soluzioni di continuità nell'attività dei servizi durante i fine-settimana e le festività, è particolarmente importante che siano adottate forme di estensione delle attività riabilitative e di reinserimento sociale.

La riduzione del fenomeno del *drop out* dei ricoverati in SPDC e la modifica degli spazi di accoglienza delle popolazioni immigrate sono volte al miglioramento dell'assistenza agli extracomunitari.

Occorrono inoltre maggiori collegamenti fra i centri di prima accoglienza, le associazioni di rappresentanza degli immigrati, gli operatori sociali che interagiscono con le persone immigrate e i Centri di salute mentale, per attivare azioni di prevenzione.

La riduzione del carico familiare dei soggetti affetti da disturbi psicotici va perseguita attraverso l'implementazione dei trattamenti psicoeducazionali diretti alle famiglie e basati su modelli di comprovata efficacia.

Nel campo dell'inserimento lavorativo e sociale, è prioritario stabilire maggiori collegamenti tra i DSM, gli Enti locali e le agenzie del terzo settore, al fine di promuovere accordi locali in favore delle persone affette da psicosi.

La prevenzione del suicidio, infine, va attuata sia nei confronti delle persone per le quali esista un rischio specifico (disturbi mentali attivi, precedenti anamnestici), sia nei confronti delle più ampie fasce di popolazione giovanile. Tali interventi devono essere mirati al riconoscimento precoce.

2. *Ridurre la prevalenza dei disturbi emotivi (disturbi d'ansia e disturbi depressivi)*

Le azioni previste per ridurre la prevalenza dei disturbi emotivi vertono sul rafforzamento dei collegamenti funzionali e istituzionali tra i Dipartimenti di salute mentale e i medici di medicina generale (MMG).

Al fine di elevare il riconoscimento dei disturbi psichiatrici nel primo livello di accesso ai servizi, la capacità di diagnosi dei MMG deve essere sostenuta da modelli semplici, direttamente connessi con le scelte operative, in un'ottica di individuazione delle soluzioni opportune e appropriate per il problema diagnosticato.

Va sostenuto il rafforzamento dei meccanismi operativi della consulenza dei DSM ai MMG in favore della prevenzione, della gestione e del trattamento degli assistiti affetti da disturbi psichiatrici. In questo modo potranno essere conseguiti risultati in termini di appropriatezza delle prese in carico e di riduzione del ricorso ai servizi specialistici.

Programmi di educazione sanitaria e di riduzione del rischio, nella forma di progetti collaborativi dei DSM con i MMG, basati sull'individuazione dei fattori comportamentali, familiari e ambientali, possono attivare soluzioni tempestive e appropriate, in anticipo sulle manifestazioni psichiatriche.

3. *Ridurre l'incidenza dei comportamenti antisociali nelle persone affette da disturbi psichiatrici*

I comportamenti antisociali rappresentano una preoccupante realtà nei disturbi psichiatrici maggiori, ma sono significativi soprattutto tra le persone affette da disturbi di personalità. Le aggressioni nei confronti di familiari e operatori possono comportare serie conseguenze per la vittima e per la stabilità del nucleo familiare, effetti negativi per il paziente (aumento della distanza sociale e progressiva riduzione del margine di trattabilità) e per la stabilità delle *équipe* sanitarie (aumento del *turnover*). Mentre le proiezioni sul futuro indicano un progressivo aumento dei disturbi di personalità e dei casi di comorbilità psichiatrica e abuso di sostanze, i servizi sono relativamente impreparati ad affrontare i comportamenti antisociali dei pazienti in carico. La debolezza delle strategie attive nei servizi per quanto riguarda i comportamenti aggressivi violenti costituisce una deroga al principio della cura e una mancanza rispetto alla missione terapeutica nei confronti di alcuni tra i più difficili pazienti psichiatrici.

Le azioni previste per la riduzione dell'incidenza dei comportamenti antisociali nelle persone affette da disturbi psichiatrici sono:

- superamento delle resistenze culturali dei servizi nel riconoscimento del problema,
- introduzione di programmi di trattamento orientati a ridurre i comportamenti antisociali.

Inoltre devono essere sviluppati programmi di formazione per gli operatori volti a migliorare le condizioni di sicurezza nella gestione delle crisi e nei programmi di trattamento a lungo termine.

Devono essere individuati criteri di sicurezza nella gestione degli spazi destinati all'accoglimento e alla cura dei pazienti psichiatrici, e devono essere portati avanti programmi di monitoraggio attivo degli episodi critici. Specifiche procedure di interazione con gli Enti locali e le forze dell'ordine devono rendere sinergici gli interventi per la residenzialità, l'assistenza sociale e la prevenzione delle condotte criminose.

Obiettivo generale 2

Prevenire i disturbi psichici del caregiver nelle famiglie di anziani affetti da demenza

Il numero delle persone dementi è direttamente proporzionato all'incremento demografico della popolazione anziana, in costante aumento. Per questo motivo il problema assistenziale ha assunto una grande rilevanza. La demenza comporta un drammatico fenomeno di gestione quotidiana di una condizione di invalidità cronica e incrementale. Nonostante le trasformazioni demografiche e le modificazioni della sua struttura, la famiglia continua a essere il principale supporto assistenziale per il paziente demente.

La prolungata assistenza al congiunto affetto da demenza instaura un processo familiare al cui centro si pone la figura del *caregiver*. La valorizzazione del *caregiver*, quale risorsa specifica e attiva nel processo assistenziale delle persone affette da demenza, è un obiettivo prioritario per i servizi. In Emilia-Romagna la rete dei Servizi per la cura e l'assistenza alle persone affette da demenza è sovrapponibile a quella prevista dalla Legge 5 del 1994 per la tutela della salute delle persone anziane. Il principale punto critico della rete regionale dei servizi è costituito dalla debolezza del coordinamento tra le strutture che compongono la rete assistenziale istituzionale (SAA, UVG, ADI, MMG, geriatria, neurologia, psichiatria, Casa protetta, RSA, Centro diurno). In particolare, occorre migliorare l'integrazione tra MMG e specialisti.

Obiettivo generale 3

Ridurre i disturbi della condotta e i comportamenti antisociali nell'età evolutiva e nei giovani adulti

La prevalenza del *deficit* dell'attenzione e del disturbo ipercinetico (ADHD) in età scolare è del 4%. La maggioranza di questi bambini evolve verso la normalità, ma fattori di rischio o di comorbilità possono deviare l'evoluzione verso disturbi delle condotta.

Le azioni previste per la riduzione dei disturbi del comportamento in età adolescenziale e giovane adulta sono:

- elaborazione di linee guida per la gestione clinica e sociale dei casi individuati;
- elaborazione e attivazione di progetti intersettoriali di identificazione della popolazione a rischio che siano di supporto allo sviluppo normale e di controllo di ulteriori fattori di rischio e di comorbilità;
- elaborazione e attuazione di strategie di potenziamento dei fattori protettivi;
- promozione di programmi di formazione per operatori con *target* diversi (educatori, insegnanti, sanitari) negli specifici contesti, rispettandone l'autonomia culturale.

Queste azioni possono essere meglio elaborate da un gruppo di lavoro interistituzionale, se necessario in forma convenzionale, che comprenda le agenzie educative e scolastiche pubbliche (statali e degli Enti locali) e autonome, di base e di comunità, i Servizi di NPEE e di psicologia clinica, i Servizi sociali per l'età evolutiva, eventuali associazioni del privato sociale (in particolare associazioni di genitori).

Obiettivo generale 4

Promuovere il benessere e la salute emozionale degli adolescenti

Il disagio adolescenziale è molto difficile da quantificare in generale e nella nostra regione; esso è comunque riconducibile a fenomeni ben noti a genitori, insegnanti ed educatori, quali:

- aggressività,
- trasgressione e devianza sociale,
- depressione e condotte parasuicidarie,
- indecisione e procrastinazione delle scelte (scolastiche e professionali),
- consumo di sostanze illecite e dipendenze multiple,
- carriere scolastiche accidentate, con dispersione e vero e proprio abbandono scolastico.

Gli obiettivi specifici individuati riguardano:

- la definizione dei gruppi di popolazione adolescenziale a rischio,
- l'individuazione dei fattori di rischio,
- la progettazione delle reti locali e dei servizi integrati orientati ai bisogni del percorso esistenziale e di sviluppo degli adolescenti.

Le azioni previste riguardano:

- gli Enti locali, la scuola, le Aziende sanitarie, i servizi sociali, per l'attivazione di un sistema di coordinamento interistituzionale volto a promuovere un "Progetto adolescenza";
- la scuola, per la definizione di un servizio di consulenza psicologica rivolto agli adolescenti, agli insegnanti e come sostegno alle famiglie;
- il volontariato, le OOSS, il settore produttivo *non profit*, per il coinvolgimento degli attori sociali e il potenziamento della rete di interazioni sociali;
- le Aziende sanitarie, i servizi sociali, la scuola, per la definizione di modelli di intervento e di formazione comuni, finalizzati al potenziamento e al coordinamento dei progetti di prevenzione e di quelli con valenza terapeutica/riabilitativa specialistica.

1. IL QUADRO NORMATIVO

Il Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000,¹ attraverso l'Obiettivo IV, pone all'origine degli interventi sanitari nei confronti dei soggetti deboli due fondamentali aspetti metodologici: la valutazione dei bisogni e la personalizzazione degli interventi. L'incremento dell'utilizzo dei metodi di valutazione interprofessionale del bisogno e l'incentivo verso la formulazione di diagnosi globali che evitino la settorializzazione degli interventi sono aspetti centrali del funzionamento e delle modalità di erogazione delle prestazioni da parte delle strutture del Servizio sanitario nazionale.

Gli obiettivi prioritari del PSN nel campo della salute mentale sono:

1. migliorare la qualità di vita e l'integrazione sociale dei soggetti con malattie mentali,
2. ridurre l'incidenza dei suicidi nella popolazione a rischio per problemi di salute mentale.

Il Progetto obiettivo tutela della salute mentale recentemente approvato ha ulteriormente specificato che gli obiettivi di salute devono essere declinati all'interno di un ordine di priorità, che colloca al primo posto le esigenze di cura e tutela delle persone affette da disturbi psichici gravi potenzialmente invalidanti nell'adattamento sociale. Ha altresì riaffermato, in piena sintonia con il PSN, che le politiche di salute mentale, volte alla prevenzione delle cause di malattia e di disabilità, non possono fondarsi esclusivamente sull'impegno e sulla razionalizzazione dell'offerta dei servizi sanitari, ma devono coinvolgere una pluralità di soggetti sociali.

¹ "Obiettivo fondamentale del PSN 1998-2000 è introdurre nel sistema sanitario condizioni di maggiore equità nella erogazione dei servizi alle diverse categorie di popolazione in condizione di bisogno. In particolare, va evitato il rischio di assecondare aree privilegiate di bisogno e di utenza, quando non giustificato da necessità assistenziali e da priorità etiche, evitando vantaggi competitivi per chi sa meglio rappresentare i propri bisogni. A tal fine va incrementato l'utilizzo di metodi di valutazione interprofessionale del bisogno e va incentivato l'orientamento a formulare diagnosi globali, evitando di settorializzare gli interventi. Gli standard di struttura vanno correlati a standard di processo idonei a garantire qualità di assistenza ed esigibilità dei diritti dei soggetti svantaggiati." (PSN 1998-2001, Obiettivo IV).

La Direttiva regionale 759/1998 ha definito nel modello dipartimentale dell'organizzazione dei Servizi di salute mentale lo strumento per conseguire l'appropriatezza e la personalizzazione delle risposte assistenziali ai bisogni della popolazione. L'applicazione del modello dipartimentale deve consentire l'integrazione tra le strutture territoriali e ospedaliere, tra i servizi di I e di II livello, e deve tendere a realizzare convergenze tecnico-organizzative tra servizi di discipline affini e/o limitrofe attraverso la messa in rete di risorse comuni tra psichiatria, neuropsichiatria infantile e altre discipline affini.

Il Piano sanitario regionale della Regione Emilia-Romagna per il triennio 1998-2001 ha individuato le seguenti quattro aree prioritarie di attività dei servizi.

1. Promozione della salute mentale e prevenzione del disagio psichico, dei disturbi mentali e delle disabilità psicofisiche.
2. Pronta e completa risposta alla emergenza-urgenza.
3. Presa in cura e trattamento intensivo.
4. Riabilitazione e trattamento prolungato finalizzato al reinserimento sociale.

La prima area ha come riferimento funzionale la comunità locale, le organizzazioni della società civile e i servizi distrettuali del DSM, in forte e concreta collaborazione con gli Enti locali, quale contesto dell'articolazione dei servizi sanitari e sociali del territorio.

La seconda area ha come riferimento funzionale la rete dei Servizi di assistenza e di ricovero del DSM (SPDC e Servizio regionale di psichiatria e psicoterapia dell'età evolutiva in via di attivazione) e l'interrelazione con l'ospedale generale, il Servizio "118" e il Servizio di guardia medica prefestivo, festivo e notturno, la medicina generale e la pediatria di base.

La terza area ha come riferimento funzionale la rete dei Servizi di assistenza e di ricovero del DSM e la loro articolazione con la medicina e la pediatria di base, la medicina specialistica ambulatoriale, i servizi ospedalieri e gli altri servizi sociali e sanitari pubblici e privati.

La quarta area ha come riferimento funzionale la rete dei Servizi distrettuali e aziendali del DSM in stretta integrazione con gli altri servizi sanitari e sociali, che portano a valorizzare il rapporto dei servizi dipartimentali con le comunità riabilitative pubbliche e private, in particolare con le cooperative sociali per la ricapacitazione, l'addestramento professionale e l'inserimento lavorativo della persona con disturbo mentale grave.

Il Piano delle azioni per l'anno 1999 delle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna prende atto del definitivo superamento degli ospedali psichiatrici. La recente relazione parlamentare del Ministero della sanità per la verifica prevista dalla Legge 449/1997, infatti, colloca la Regione Emilia-Romagna fra le realtà che hanno definitivamente concluso il processo attivato dalla Legge 180 del 1978. Nel complesso, le azioni da realizzare nel corso dell'anno sono centrate sulla necessità di definire i contenuti assistenziali delle principali linee di produzione dei servizi dedicati alla salute mentale:

- la presa in carico in trattamento intensivo prolungato,
- l'urgenza,
- le risposte integrate tra I e II livello assistenziale,
- i progetti per i trattamenti residenziali.

1.1. Dalle politiche dei Servizi psichiatrici alle politiche di salute mentale

Nel loro insieme, i disturbi psichici costituiscono uno tra i più diffusi rischi di malattia: l'Organizzazione mondiale della sanità indica che all'incirca il 25% della popolazione generale ne è affetta. I determinanti delle malattie psichiatriche, e delle loro conseguenze in termini di disabilità e di esclusione sociale, sono in gran parte legati a fattori ambientali, sociali e comportamentali. L'elevata frequenza e l'origine multifattoriale dei disturbi mentali rendono quindi inefficace qualunque strategia tesa ad affrontare il problema sulla base dei soli interventi di carattere sanitario.

Per queste ragioni, una volta fissati gli obiettivi prioritari per la popolazione locale, il Piano per la salute mentale della Regione Emilia-Romagna individua molteplici risorse chiamate a svolgere le azioni necessarie. Lo sviluppo dei servizi sanitari di I e di II livello per la tutela della salute mentale va inquadrato quindi nell'ambito di più vasti indirizzi volti a prevenire e a ridurre il disagio, con la partecipazione di una pluralità di soggetti sociali.

La famiglia, la scuola, le associazioni del terzo settore e gli Enti locali non rappresentano solo opportunità per rendere economicamente compatibile il soddisfacimento dei bisogni di salute; sono anche strumenti insostituibili per rendere efficaci i processi di integrazione, o di reintegrazione, delle persone affette da disturbi mentali.

Non devono inoltre essere sottovalutati i costi, individuali e sociali, di patologie meno gravi ma enormemente più diffuse delle psicosi. I disturbi emotivi e affettivi, che solo in alcuni casi raggiungono il livello di sindromi di interesse medico, attraversano trasversalmente tutte le fasce di età e si dispongono senza soluzione di continuo con le generiche infelicità e insoddisfazioni che dipendono da motivi sociali (disoccupazione, emarginazione, solitudine, distanza nell'immagine e nello stile di vita dai modelli proposti dai *media*). La sola depressione è di per sé la principale causa di assenza dal lavoro per le persone attive, e determina un calo dell'efficienza individuale che costituisce un disturbo per il singolo e un costo per l'intera società.

L'accessibilità ai servizi di I e di II livello, l'uso appropriato delle tecniche e il rispetto dell'equità nell'allocazione delle risorse costituiscono i presupposti razionali per una politica dei servizi.

2. DAI PROBLEMI DI SALUTE MENTALE AGLI OBIETTIVI GENERALI

2.1. Le dimensioni dei problemi di salute mentale in Emilia-Romagna

Data la carenza di studi epidemiologici nazionali e regionali sulla prevalenza dei disturbi psichici nella popolazione locale, si può assumere che le dimensioni generali del problema della salute mentale in Emilia-Romagna rispecchino quelle individuate in altri paesi economicamente sviluppati.

Con riferimento alle principali condizioni di sofferenza mentale all'attenzione dei servizi di I e II livello, si può stimare che i casi attesi nella RER, come da indicazioni dell'OMS, rappresentino all'incirca 1/4 della popolazione generale.² In particolare le persone colpite sono circa un milione, di cui 270.000 di interesse specialistico per patologie croniche o comunque di lunga durata (Servizi di NPEE, Servizi psichiatria adulti, Servizi per anziani), mentre circa 800.000 persone all'anno rivolgono una domanda ai medici di medicina generale per motivi riconducibili a un disturbo di carattere psicologico. In questa stima non sono state considerate le dipendenze patologiche, che solo in parte si sovrappongono alle altre patologie psichiatriche (doppia diagnosi).

La Tabella 1 riporta i casi attesi nelle 13 Aziende sanitarie della regione per le principali condizioni identificate (disturbo ipercinetico, psicosi, disturbi di personalità, disturbi di personalità con gravi comportamenti violenti, demenze).

Considerando tre classi di età della popolazione assistita - 0-13, 14-59, e 60 e oltre - nella successiva Tabella 2 sono riportati i tassi di prevalenza, specifici per classi di età, per le demenze e per il disturbo ipercinetico. Emerge una evidente diversità dei casi attesi in relazione alle caratteristiche che assume la curva di invecchiamento della popolazione residente nei territori delle diverse AUSL dell'Emilia-Romagna.

² Dati confermati da alcuni importanti studi epidemiologici sulla prevalenza dei disturbi psichici nella popolazione generale (*National Comorbidity Survey, Epidemiological Catchment Area*).

Tabella 1. Prevalenza dei disturbi mentali nella popolazione generale: casi attesi in Emilia-Romagna per gli interventi di I e di II livello

Azienda USL di residenza	Classi di età per popolazione assistibile			II livello		I livello		Prevalenza psichiatrica generale RER				
	0-13 anni	14-59 anni*	60 anni e oltre	Totale	Casi di ADHD attesi (4% età scolare)	Casi di psicosi attesi (2% pop. gen.)	Casi attesi di disturbi della personalità (3% pop. adulta)					
101 Piacenza	26.710	157.961	81.323	265.994	1.068	5.320	7.980	13	4.066	18.448	55.209	73.657
102 Parma	40.058	238.204	116.582	394.844	1.602	7.897	11.845	20	5.829	27.193	81.898	109.092
103 Reggio Emilia	51.795	273.607	118.034	443.436	2.072	8.869	13.303	22	5.902	30.167	90.368	120.536
104 Modena	70.536	387.393	162.520	620.449	2.821	12.409	18.613	31	8.126	42.001	126.978	168.979
105 Bologna Sud	24.933	149.925	62.799	237.657	997	4.753	7.130	12	3.140	16.032	49.173	65.205
107 Bologna Nord	20.353	117.960	50.695	189.008	814	3.780	5.670	9	2.535	12.809	38.962	51.770
108 Bologna Città	31.698	224.467	125.841	382.006	1.268	7.640	11.460	19	6.292	26.679	80.907	107.587
106 Imola	11.577	63.680	29.219	104.476	463	2.090	3.134	5	1.461	7.153	21.436	28.590
109 Ferrara	29.811	212.936	107.472	350.219	1.192	7.004	10.507	18	5.374	24.095	74.078	98.173
110 Ravenna	33.338	211.377	105.508	350.223	1.334	7.004	10.507	18	5.275	24.138	73.187	97.324
112 Cesena	20.641	114.933	46.327	181.901	826	3.638	5.457	9	2.316	12.246	37.253	49.500
111 Forlì	16.883	103.418	50.250	170.551	675	3.411	5.117	9	2.513	11.724	35.486	47.210
113 Rimini	31.255	170.909	66.996	269.160	1.250	5.383	8.075	13	3.350	18.071	54.958	73.030
TOTALE	409.575	2.426.770	1.123.626	3.959.924	16.382	79.198	118.798	198	56.179	270.756	819.893	1.090.653

* La fascia di età compresa tra i 14 e i 21 anni, per le sue elevate specificità, necessita di un ulteriore approfondimento in termini di bisogni di assistenza e di prevalenza dei disturbi mentali e del disagio psicologico.

2.2. Effetti del diverso profilo di invecchiamento della popolazione

Il quadro epidemiologico riassunto in Tabella 1 consente di identificare tassi specifici di prevalenza nelle popolazioni residenti nei territori delle diverse AUSL della regione Emilia-Romagna che differiscono, anche significativamente, in ragione della composizione demografica e in particolare del profilo della curva di invecchiamento della popolazione. Queste differenze riguardano alcune tra le condizioni psichiatriche di maggiore interesse specialistico: i disturbi dell'infanzia e quelli della senescenza. In relazione ai profili demografici, è lecito attendersi un maggior numero di casi pediatrici e dell'età scolare in Romagna, area geografica con la più elevata natalità in regione, mentre in Emilia risulta più significativa la presenza delle patologie dell'età avanzata, in relazione alla popolazione generale. Questa diversità si riflette anche sulle psicosi croniche, che hanno maggiore incidenza relativa in Romagna e maggiore prevalenza relativa in Emilia.

Tabella 2. Tassi di prevalenza attesi per 1.000 abitanti nelle AUSL dell'Emilia-Romagna per le principali patologie psichiche dell'infanzia e della senescenza

<i>Azienda USL</i>	<i>Demenze vascolari e malattia di Alzheimer</i>	<i>Deficit dell'attenzione e disturbo ipercinetico</i>
101 Piacenza	15	4
102 Parma	15	3
103 Reggio Emilia	13	3
104 Modena	13	4
105 Bologna Sud	13	4
106 Imola	14	4
107 Bologna Nord	13	4
108 Bologna Città	16	4
109 Ferrara	15	4
110 Ravenna	15	4
111 Forlì	15	5
112 Cesena	13	5
113 Rimini	12	5

2.3. Effetti dell'immigrazione

Attualmente l'immigrazione verso la regione Emilia-Romagna riguarda prevalentemente persone provenienti da paesi extracomunitari, dell'Est europeo, del Nord Africa e asiatici. Al momento sono presenti circa 83.000 immigrati registrati, ai quali, secondo le indicazioni della Caritas, devono essere aggiunti gli irregolari in una misura compresa tra il 25 e il 40%. È probabile quindi che gli immigrati extracomunitari presenti sul territorio regionale siano circa 100.000, di cui una parte significativa, costituita dagli irregolari, ha accesso ai servizi sanitari del SSN solo per le urgenze (ovvero per malattia conclamata o infortunio).

Per quanto riguarda la distribuzione territoriale, è stato osservato che le aree con una maggiore presenza di immigrati stranieri non sono i capoluoghi ma i comuni più piccoli a ridosso di alcuni capoluoghi e in particolare di Bologna, Reggio Emilia, Modena e Rimini.

I problemi di salute mentale di queste persone, una popolazione a maggiore rischio per i disturbi dell'adattamento nella prima generazione e per le patologie psicotiche nella seconda generazione, appartengono a un universo ancora poco conosciuto ai servizi, se non per interventi sporadici a carattere di emergenza/urgenza. Le patologie dell'adattamento, conseguenza dello sradicamento sociale e delle difficoltà relazionali e materiali cui occorre far fronte nel nuovo ambiente di vita, si presentano nella forma di reazioni emotive (disturbi d'ansia e disturbi depressivi) o di disturbi della condotta (che possono essere aggravati dall'assunzione acuta e cronica di sostanze alcoliche).

Spesso questi disturbi si manifestano attraverso sintomi che risentono del ruolo patoplastico delle culture di origine e assumono quindi una diversa specificità in relazione alla provenienza, che può risultare fuorviante per la diagnosi.

Anche per questa ragione il ruolo della mediazione culturale è determinante e cruciale per l'approccio alla riduzione dei problemi di salute mentale degli immigrati. Specifiche patologie possono presentarsi nei rifugiati per motivi politici o religiosi e nei profughi provenienti dalle zone di guerra. L'esposizione a eventi catastrofici collettivi estremi (bombardamenti, privazioni, distruzioni materiali), l'essere stato sottoposto a torture fisiche e psicologiche, l'essere sopravvissuto alla morte della maggior parte dei congiunti o dei membri della propria comunità, può determinare una vasta gamma di disturbi psichici ed emotivi del tipo disturbo post-traumatico da *stress*.

2.4. Gli obiettivi generali di salute

Gli obiettivi individuati dal Piano salute mentale della Regione Emilia-Romagna sono stati formulati in base alla rilevazione dei principali bisogni di salute mentale della popolazione. Questi riguardano:

- le persone affette da disturbi mentali, per le quali è prioritario evitare la cronicizzazione e le conseguenze invalidanti delle malattie;
- i familiari degli ammalati, sottoposti a elevati carichi e costi non solo economici;
- i giovani e le persone adulte con disturbi emotivi;
- alcune fasce di popolazione a rischio di esclusione sociale.

In particolare, gli obiettivi sono i seguenti.

1. Tutelare la salute mentale dei cittadini con disturbi psichiatrici primari.
2. Prevenire i disturbi psichici del *caregiver* nelle famiglie di anziani affetti da demenza.
3. Ridurre i disturbi della condotta e i comportamenti antisociali nell'età evolutiva e nei giovani adulti.
4. Promuovere il benessere e la salute emozionale degli adolescenti.

3. OBIETTIVO GENERALE 1 TUTELARE LA SALUTE MENTALE DEI CITTADINI CON DISTURBI PSICHIATRICI PRIMARI

3.1. Obiettivi specifici

- Prevenire e ridurre la prevalenza della disabilità nelle persone affette da disturbi psichiatrici maggiori.
- Ridurre la prevalenza dei disturbi emotivi (disturbi d'ansia e disturbi depressivi).
- Ridurre l'incidenza dei comportamenti antisociali in persone affette da disturbi psichiatrici.

3.1.1. Prevenire e ridurre la prevalenza della disabilità nelle persone affette da disturbi psichiatrici maggiori

Situazione attuale

- Carico di malattia

Da tutti gli studi di popolazione compiuti fino a oggi si rileva che i disturbi psicotici hanno una prevalenza a un anno stimabile nel 2-3%. In particolare secondo le indagini epidemiologiche più estese (*Epidemiological Catchment Area* e *National Comorbidity Survey* - negli USA), il disturbo schizofrenico avrebbe una prevalenza dell'1%, il disturbo bipolare fase maniacale dello 0,6% e il disturbo bipolare fase depressiva psicotica dello 0,6%. Non è noto se tali percentuali siano applicabili anche all'Italia e all'Emilia-Romagna.

Al riguardo è previsto l'avvio di un primo studio di prevalenza sulla popolazione generale, in collaborazione con l'Istituto superiore di sanità e con la Fondazione internazionale SmithKline e con partecipazione di questa Regione, dal quale si attendono dati utili per la conoscenza locale dei problemi della salute mentale.

Al momento attuale, data la prevalenza riscontrata nei principali studi epidemiologici e data la relativa costanza della diffusione dei disturbi psichiatrici maggiori nei paesi con caratteristiche socio-economiche simili, è possibile stimare che in Emilia-Romagna circa 80.000 cittadini soffrano di un disturbo mentale psicotico in fase di attività o siano interessati da uno stato di disabilità conseguente a un disturbo psichico maggiore.

Più difficile è quantificare il numero dei familiari che prestano assistenza a parenti affetti da disturbi psichiatrici, in quanto dipende da numerose variabili quali:

- la numerosità del nucleo familiare,
- le caratteristiche culturali e sociali della famiglia stessa,
- la diffusione delle reti dei servizi psichiatrici e assistenziali in genere.

Si può assumere che il fenomeno del carico familiare, pur con diversa intensità correlata con la gravità del disturbo e il numero di ore di contatto (Magliano *et al.*, 1998), riguardi una popolazione molto vasta e comunque superiore al numero stimato delle persone affette da patologie mentali gravi.

- Gruppi di popolazione e *trend* regionali

Due opposte tendenze demografiche stanno modificando il quadro epidemiologico dei disturbi psicotici:

- l'invecchiamento della popolazione autoctona per denatalità e per aumento dell'aspettativa di vita,
- l'immigrazione.

Il decremento delle nascite comporta la riduzione del tasso atteso di nuovi casi (incidenza) nella popolazione generale. La maggiore attesa di vita, che riguarda anche la popolazione con disturbi psicotici (Fioritti *et al.*, 1995), determina l'aumento del numero di pazienti che raggiungono età avanzate. In considerazione del fatto che le disabilità dovute a malattia psichiatrica si sommano a quelle dovute all'invecchiamento, aumenta la prevalenza di fasi croniche stabilizzate con espressione di bisogni assistenziali, riabilitativi e residenziali.

L'immigrazione di popolazioni culturalmente eterogenee riguarda prevalentemente soggetti giovani attivi sul versante lavorativo, che hanno problemi di adattamento sul piano sociale e relazionale. In generale queste popolazioni esprimono una domanda di assistenza per le patologie psichiatriche maggiori ridotta rispetto alla popolazione autoctona, non si sa se per una effettiva minore tendenza ad ammalarsi o per uno scarso accesso ai servizi. Infatti la popolazione immigrata è caratterizzata da condizioni di salute psichica e fisica generalmente buone (effetto migrante sano), dovute sia alla giovane età sia all'autoselezione che precede la migrazione pionieristica. A ciò si associa un buon livello di istruzione (52% con diploma di istruzione superiore, 12% con studio universitario o laurea fra i 55.000 utenti irregolari della Caritas di Roma).

Il profilo di salute muta se si osservano i soggetti dei progetti migratori trainati. Un'indagine puntuale condotta nei Centri di salute mentale dell'Azienda USL Città di Bologna nel corso del 1999, ha evidenziato che meno dell'1% delle persone in carico sono cittadini extracomunitari. Di contro, i ricoveri di cittadini extracomunitari effettuati nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura della stessa città costituiscono il 2,4% dei ricoveri complessivi. Benché si tratti di valori comunque poco significativi, è evidente che in proporzione gli immigrati ricorrono più alle strutture di emergenza che a quelle territoriali. Un'indagine sull'utilizzo del Pronto Soccorso presso l'Ospedale Maggiore di Bologna ha rivelato che l'accesso alle strutture di emergenza riguarda persone straniere, per la maggior parte appartenenti a paesi extracomunitari, nel 20% dei casi.

Da studi condotti in varie altre realtà multietniche emerge che la seconda generazione di immigrati, invece, presenta una incidenza di disturbi psicotici per lo meno pari a quella delle popolazioni autoctone (0,5-1‰) e, in alcuni casi, addirittura maggiore. Sulla base di questi elementi è possibile attendere nell'arco di una decina di anni un nuovo incremento dell'incidenza nella popolazione regionale, con tassi analoghi per popolazioni immigrate e autoctone.

Determinanti e fattori di rischio dei disturbi psicotici

I disturbi psicotici hanno un'origine multifattoriale. L'importanza dei fattori genetici è stata dimostrata sia per la schizofrenia sia per i disturbi affettivi maggiori. L'ereditarietà si manifesta in forma di vulnerabilità verso una serie di *stressor* di natura biologica, sociale e relazionale.

Non sono note al momento azioni specifiche di dimostrata efficacia per ridurre l'incidenza dei disturbi psicotici nella popolazione generale. I trattamenti biologici, soprattutto farmacologici, hanno dimostrato una rilevante efficacia nel controllo delle fasi acute e nella riduzione del numero delle ricadute, ma non è possibile ipotizzare in alcun modo un loro impiego a fini di prevenzione primaria. Diversi tipi di trattamenti psicosociali si sono dimostrati efficaci nel migliorare la prognosi generale, e in particolar modo nel limitare lo sviluppo di disabilità.

Le persone affette da disturbi psicotici sono comunque svantaggiate in termini di capacità lavorativa, relazionale e sociale in genere, determinando spesso un elevatissimo carico familiare, sia di tipo emotivo che di tipo materiale. In tal senso è importante formulare una strategia socio-assistenziale complessiva, non limitata ai soli servizi specialistici, che sia in grado di garantire il diritto alla cittadinanza dei soggetti con disturbi psicotici.

Situazione dei servizi

L'attuale rete di servizi specialistici è il risultato di due momenti di programmazione, nel 1980 (primo PSR) e nel 1990 (secondo PSR). Tali servizi sono stati pianificati tenendo conto delle - allora prevalenti - necessità di deistituzionalizzazione e di radicamento dei servizi nel territorio, e hanno costituito un modello largamente ripreso in altri contesti e nella legislazione nazionale.

In particolare l'attuale rete dei servizi è articolata in:

- strutture ambulatoriali,
- semiresidenze,
- residenze,
- servizi psichiatrici di diagnosi e cura.

Il modello gestionale corrente è descritto nella Direttiva della Regione Emilia-Romagna "Istituzione dei Dipartimenti aziendali di salute mentale nelle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna", di cui alla Deliberazione della Giunta regionale n. 411 del 31/3/1998, integrata e modificata con successiva Deliberazione n. 759 del 25/5/1998. Questo modello individua nel Dipartimento di salute mentale la forma organizzativa deputata a garantire l'integrazione e l'unitarietà degli interventi nel campo della salute mentale.

Azioni

- Migliorare i trattamenti intensivi prolungati (TIP) nei pazienti con disturbi psichiatrici maggiori, attraverso l'adozione di modelli organizzativi di gestione dei casi.

Il progetto terapeutico dei TIP è basato sulla valutazione multidimensionale (diagnosi medica e inquadramento psicosociale) attraverso la quale si evidenziano le competenze individuali, le risorse spontanee e le difettualità cui il processo riabilitativo dovrà dare risposta. La verifica regolare degli esiti è orientata al miglioramento continuo del processo di assistenza, in quanto consente di individuare obiettivi più elevati una volta consolidati quelli precedenti, e perché con il progredire della riabilitazione e dell'inserimento sociale è possibile un minore utilizzo di risorse professionali e un più largo impiego di quelle informali.

Nei progetti terapeutici di lunga durata devono essere individuati il responsabile medico del caso e gli operatori di riferimento. Il medico che conduce il trattamento complessivo è responsabile delle scelte terapeutiche d'elezione e della regolare supervisione delle attività degli operatori di riferimento. Questi ultimi seguono

individualmente il caso, e assicurano la continuità, la personalizzazione e l'integrazione degli interventi all'interno della rete dei servizi di salute mentale (ambulatorio, *day hospital*, semiresidenza, residenza, SPDC), e l'utilizzo delle opportunità sociali del territorio.

Nei trattamenti intensivi prolungati la famiglia è il principale punto di riferimento e spesso rappresenta la risorsa ambientale con le maggiori potenzialità. Nell'ambito di un più generale rapporto di collaborazione, i trattamenti di educazione sanitaria alle famiglie sono volti allo sviluppo e al potenziamento reciproco delle risorse terapeutiche e dell'ambiente di riferimento della persona, al fine di ridurre le situazioni conflittuali e migliorare la *compliance* verso le altre strategie di intervento.

Nell'ambito dei TIP, particolare attenzione deve essere rivolta alle funzioni di tutela sociale e di salvaguardia dei diritti civili di cittadinanza in persone che, per la loro intrinseca vulnerabilità o per l'equilibrio negativo che si stabilisce nei confronti della società, sono indotti a una potenziale o attuale perdita dei diritti di partecipazione civile. La cooperazione sociale, le borse-lavoro, la formazione al lavoro, la tutela dei diritti individuali attraverso l'azione legale ne rappresentano gli strumenti principali.

- Ridurre le soluzioni di continuità nell'attività dei servizi durante i fine-settimana e le festività.

Nell'ambito dell'attuale organizzazione dei servizi, l'accesso alle strutture territoriali si declina sulle 12 ore dei giorni feriali, mentre la continuità assistenziale viene garantita dalle strutture specialistiche che agiscono in collegamento funzionale con il Dipartimento di emergenza. Pur nella conservazione dell'attuale assetto generale del funzionamento dei servizi territoriali, è particolarmente urgente e importante che siano adottate forme di estensione delle attività riabilitative e di reinserimento sociale volte alla compensazione delle attuali soluzioni di continuità, soprattutto per quanto riguarda i giorni festivi. A tale scopo devono essere valorizzate sperimentazioni organizzative basate sull'integrazione con il terzo settore e mirate allo sviluppo delle reti informali.

- Prendere in carico gli extracomunitari in SPDC (riduzione del fenomeno del *drop out*). Modificare gli spazi di accoglienza delle popolazioni immigrate e promuovere il *training* di operatori appartenenti alle minoranze.

Molto spesso i cittadini extracomunitari affetti da disturbi psicotici sono trattati esclusivamente dai Servizi psichiatrici di emergenza o ricoverati nei Servizi di diagnosi e cura. Occorre a tal proposito incrementare le possibilità di presa in carico continuativa, ampliando le modalità di penetrazione e di contatto degli operatori sanitari all'interno delle comunità degli immigrati.

La formazione di operatori informali e di mediatori culturali è la prima fase di una strategia più complessiva da attuare per migliorare l'accessibilità ai servizi sanitari e per sviluppare specifici programmi volti alla tutela della salute mentale di soggetti a rischio appartenenti alle comunità di immigrati.

- Implementare i trattamenti psicoeducazionali per le famiglie, volti alla riduzione del carico familiare dei soggetti affetti da disturbi psicotici.

La partecipazione attiva al processo di cura da parte dei familiari e degli altri *caregiver* non professionisti è uno strumento essenziale per il miglioramento degli attuali percorsi assistenziali. Il coinvolgimento attivo degli operatori informali si basa sulla conoscenza di tecniche di approccio e di comunicazione e sulla padronanza di tecniche di educazione sanitaria. L'implementazione dei trattamenti rivolti alle famiglie delle persone affette da psicosi deve avvenire secondo modelli consolidati e basati sull'evidenza dell'efficacia dei trattamenti (Falloon, 1988; Leff, 1979).

- Incentivare i rapporti tra Dipartimento di salute mentale e Enti locali per attivare programmi volti a promuovere l'inserimento lavorativo e sociale delle persone affette da psicosi.

In questo campo è prioritario sviluppare la sinergia nelle attività tese alla riduzione dell'esclusione sociale, e quindi alla tutela dei diritti di cittadinanza. Il Piano sanitario nazionale (Obiettivo IV) e il Progetto obiettivo tutela della salute mentale sottolineano l'importanza di individuare strumenti che consentano di consolidare il patto tra i cittadini attraverso gli organi di pubblica rappresentanza, attivino un concetto di salute mentale quale bene comune da tutelare principalmente attraverso la prevenzione delle menomazioni, delle disabilità e dell'*handicap*.

Gli strumenti concreti delle borse-lavoro riservate ai portatori di *handicap* - inteso come qualsiasi svantaggio relativo derivante da una condizione di malattia nei confronti della società, e non esclusivamente come disabilità di origine organica - possono essere gestiti meglio attraverso la collaborazione tra i Dipartimenti di salute mentale, l'impresa sociale, il volontariato, le associazioni dei familiari, le rappresentanze degli utenti e gli Enti locali, individuando specifici obiettivi di reintegrazione sociale per gli assistiti dei CSM (opportunità lavorative, associazionistiche e abitative).

- Aumentare l'attenzione e gli interventi nei confronti del suicidio.

Il suicidio è una realtà drammatica che riguarda patologie psichiatriche conclamate attive da anni (schizofrenia, depressione maggiore), ma anche disturbi emotivi e dell'adattamento in adolescenti e giovani adulti, che sempre più numerosi manifestano il loro disagio attraverso tentativi di suicidio.

È accettata ormai da tempo la nozione che la differenza tra il parasuicidio (tentativo senza esito fatale) e il suicidio sia del tutto artificiosa, in quanto il primo è una manifestazione molto preoccupante di una patologia complessa che può rivelarsi in nuovi e più convinti tentativi. Del resto, la determinazione della intenzionalità suicidaria non è l'unica variabile di gravità né quella principalmente correlata con l'esito. In molte occasioni infatti sono i fattori casuali a esercitare un ruolo determinante nel provocare o meno la morte del soggetto che cerca il suicidio.

Alcuni Centri di salute mentale dell'Emilia-Romagna hanno partecipato a una ricerca multicentrica sul suicidio.

Per ridurre i suicidi occorrono:

- azioni specificamente rivolte alla popolazione *target* affetta da patologie mentali;
- azioni di prevenzione generale soprattutto tra gli adolescenti e i giovani.

Le azioni nei confronti della popolazione affetta da patologie mentali sono volte soprattutto al miglioramento delle condizioni di vita, e si sovrappongono alle azioni indicate al punto precedente per favorire l'inserimento sociale e la soddisfazione personale degli ammalati mentali. Le azioni preventive nei riguardi di adolescenti e giovani adulti, svolte nelle scuole, devono mirare al riconoscimento precoce e alla possibilità di attuare interventi effettivi. Se è vero che le capacità di lettura e di interpretazione degli operatori scolastici può essere migliorata attraverso la collaborazione con i professionisti della salute mentale, è ancor più vero che molte volte gli insegnanti, pur consapevoli del disagio

di alcuni alunni, non possono attuare interventi significativi. La creazione di una rete che coinvolga i Servizi (NPEE), il volontariato e le associazioni giovanili può rendere disponibile una serie di strumenti operativi per ridurre il disagio psicologico tra i giovani. Gli strumenti principali sono le azioni formative - che devono essere esse stesse esperienze pedagogiche e non trattazioni astratte di tematiche di educazione sanitaria - e la creazione di gruppi e di attività di ascolto all'interno delle scuole.

- Incentivare la rete informale (ampliamento del terzo settore, gruppi di auto-aiuto, presenza di operatori di rete).

Si devono creare maggiori collegamenti fra i centri di prima accoglienza, le associazioni di rappresentanza degli immigrati, gli operatori sociali che interagiscono con le persone immigrate e i Centri di salute mentale per attivare azioni di prevenzione. È necessario offrire luoghi di ascolto e di sostegno, valorizzando al massimo l'intervento terapeutico svolto da persone appartenenti alla stessa cultura, e realizzare occasioni di formazione congiunta fra professionisti locali e professionisti conoscitori delle realtà straniere.

Per ciò che riguarda i profughi di guerra, è necessario attivare sostegni adeguati che prevenano l'insorgere di patologie, e sviluppare rapporti di cooperazione internazionale realizzando specifici interventi nei luoghi di origine delle persone profughe.

- Promuovere iniziative per migliorare l'accesso ai servizi sociali pubblici e combattere la discriminazione e lo stigma.

È necessario strutturare collaborazioni più intense e più formalizzate fra i servizi pubblici e le organizzazioni del terzo settore in particolare per elaborare progetti di intervento congiunti e integrati. Si devono superare le difficoltà di comunicazione fra servizi pubblici diversi favorendo una presa in carico della persona nella sua globalità. È inoltre indispensabile attivare percorsi di ricerca e formazione congiunti fra servizi pubblici, enti locali e organizzazioni del terzo settore.

3.1.2. Ridurre la prevalenza dei disturbi emotivi (disturbi d'ansia e disturbi depressivi)

Situazione attuale

- Morbosità dei disturbi psichiatrici emotivi (disturbi d'ansia e disturbi affettivi) e utilizzo delle risorse sanitarie.

Molti studi epidemiologici sono stati condotti sulla morbosità psichiatrica della popolazione assistita nell'ambito della medicina di base, soprattutto negli anni '70 e '80, grazie all'introduzione di strumenti diagnostici di facile impiego che consentono l'identificazione dei casi psichiatrici con metodiche standardizzate, come ad esempio il *General Health Questionnaire* (GHQ).

I principali risultati di questi studi hanno evidenziato che:

- la popolazione che rivolge una domanda ai Servizi di medicina di base per bisogni dell'area psicologica, costituisce non meno del 25% del totale;
- i medici di base (MMG) riconoscono i disturbi psichici solo in una parte dei pazienti che ne soffrono;
- ai Servizi psichiatrici accede una quota minoritaria dei pazienti psichiatrici che hanno rivolto una domanda di intervento al medico di famiglia per tali problemi (dal 10 al 15% secondo le diverse stime). I costi sociali dei disturbi psichiatrici emotivi, in primo luogo i disturbi affettivi e i disturbi d'ansia, sono molto elevati. Infatti tali condizioni, soprattutto se non riconosciute e trattate, incidono in modo significativo in termini di giornate lavorative perse complessivamente nella popolazione.

Nei soggetti che soffrono di depressione ricorrente, forma molto comune nell'ambito dei disturbi affettivi, il ripetersi degli episodi di malattia determina una progressiva e costante diminuzione del livello di *performance* individuale, con conseguenti costi sociali aggiuntivi. Ai livelli di maggiore gravità, i disturbi ansiosi e quelli depressivi determinano condizioni di disabilità cronica che si riflette non solo sull'individuo che ne è portatore, ma anche sui suoi familiari. Per avere una misura del tutto indicativa e macroscopica, si pensi che i costi diretti e indiretti della depressione negli Stati Uniti sono stati stimati intorno a 75.250 miliardi di lire.

A fronte di un disagio molto esteso e significativo dal punto di vista dei costi della società, le risorse sanitarie nel campo della salute mentale non sono utilizzate in modo appropriato. I pazienti con diagnosi psichiatrica visitati e riconosciuti

nell'ambito della medicina di base, infatti, ricevono generalmente un trattamento inadeguato o vengono inviati direttamente ai servizi specialistici anche per disturbi che potrebbero essere valutati e trattati nell'ambulatorio dello stesso medico di medicina generale.

- Trattamenti insoddisfacenti.

La risposta terapeutica fornita dai MMG generalmente è di tipo farmacologico. Assai meno sono utilizzate tecniche di ascolto e di *counselling*, che da sole potrebbero risolvere o attenuare il disturbo e che comunque, anche nei casi trattati con farmaci, sono di indubbia utilità nel migliorare la *compliance* generale verso il trattamento. Uno studio condotto dall'Istituto Mario Negri di Milano sull'impiego degli psicofarmaci da parte dei MMG (Saraceno, 1994) ha evidenziato che, a fronte di un'ampia diffusione dell'impiego di ansiolitici e antidepressivi, i comportamenti prescrittivi dei medici sono spesso irrazionali. Su 878 pazienti definiti come casi psichiatrici da 67 medici di medicina generale, si è infatti rilevato che:

- il 17% dei pazienti riconosciuti come casi psichiatrici non riceveva un trattamento farmacologico;
- il 65% di loro riceveva un trattamento con benzodiazepine (farmaci ansiolitici); più della metà di costoro (il 52%) veniva trattata con almeno due farmaci dello stesso tipo con identiche proprietà farmacocinetiche; altri (il 13%) ricevevano più di due benzodiazepine diverse;
- il 20% riceveva un farmaco antidepressivo e 11 pazienti (il 10%) un farmaco neurolettico.

Confrontando questi trattamenti con gli *standard* più comuni di prescrizione degli psicofarmaci, il gruppo di ricerca ha concluso che il 31% delle prescrizioni effettuate dai MMG non era razionale.

Nell'ambito della medicina generale, la prevalenza della risposta farmacologica nel trattamento dei disturbi psichici è la conseguenza di:

- minore consumo di tempo per un trattamento esclusivamente farmacologico piuttosto che un trattamento integrato con tecniche psicologiche;
- maggiore corrispondenza culturale tra il trattamento del sintomo bersaglio, o supposto tale, e la formazione universitaria dei MMG;
- ampia diffusione di farmaci maneggevoli, con effetti collaterali modesti, generalmente ben accettati dai pazienti, per il trattamento dell'ansia e della depressione.

- Connessioni con il DSM e percorsi di cura.

Molti MMG e professionisti della salute mentale sono convinti della necessità e dell'importanza di implementare i rapporti tra la medicina di base e i servizi specialistici per la cura dei disturbi psichici. Benché nelle realtà locali vi sia un certo impegno per creare le migliori condizioni per l'integrazione, è evidente che sono fin qui mancate politiche istituzionali e scelte strategiche indirizzate a promuovere, nel campo della tutela della salute mentale, servizi in grado di offrire le risposte terapeutiche ai diversi livelli di adeguatezza. Le connessioni tra i Dipartimenti di salute mentale e i MMG si sono mantenute grazie ai singoli operatori, generando così una situazione caratterizzata da forti difformità tra i vari servizi. Questa condizione provoca a sua volta ripercussioni negative, non solo sull'efficienza complessiva del sistema di cure, ma sulla stessa equità distributiva e di accesso ai servizi. La disomogeneità delle condizioni di presa in carico nei DSM, talvolta tra diversi Distretti di una stessa Azienda, comporta un difetto di equità per i cittadini di fronte alle opportunità di cura offerte dal SSN, nel campo della salute mentale.

Azioni

- Migliorare la capacità dei MMG di riconoscere i disturbi psichiatrici comuni nella popolazione assistita.

La capacità di diagnosi dei MMG deve essere sostenuta da modelli semplici, direttamente connessi con le scelte operative, in un'ottica prevalente di individuazione delle soluzioni opportune e appropriate per il problema diagnosticato. La classificazione operativa dei disturbi psichici nel *setting* della medicina di base di Goldberg (1985) può costituire una base comune molto utile:

- malattia psichiatrica maggiore: è necessario l'intervento dello specialista;
- disturbo psichiatrico minore: il solo intervento farmacologico da parte del medico di base può essere sufficiente;
- reazione di adattamento: è un disturbo transitorio autolimitantesi; è sufficiente sostenere psicologicamente il paziente durante la fase critica.

- Migliorare la prevenzione, la gestione e il trattamento dei casi con disturbi psichiatrici comuni da parte dei MMG, con un adeguato supporto da parte dei DSM.

Supportando i MMG nelle decisioni terapeutiche attraverso canali di consulenza strutturati, i DSM devono concorrere indirettamente alla gestione dei casi psichiatrici nella medicina generale. In questo modo si possono raggiungere risultati di ottimizzazione delle prese in carico a quel livello, rendendo più capillare il monitoraggio e il trattamento dei casi psichiatrici, e riducendo di conseguenza il successivo ricorso ai servizi specialistici.

- Promuovere programmi dei DSM per la prevenzione e la cura dei disturbi psichici nell'intera popolazione del bacino di utenza delle AUSL, attraverso progetti collaborativi con i MMG.

La collaborazione con i MMG può consentire di elaborare programmi di prevenzione primaria, e soprattutto secondaria, nel campo della salute mentale nel bacino d'utenza dell'intera popolazione. La percezione da parte degli operatori dei DSM dei bisogni sanitari nel campo della salute mentale tende a rimanere confinata nell'area dei disturbi gravi, delle disabilità e degli *handicap* conseguenti. Spesso è quasi del tutto ignorata la dimensione dei disturbi minori, i quali, valutati per prevalenza e morbilità, risultano avere un grande impatto sulla salute mentale della popolazione. Programmi di educazione sanitaria e di riduzione del rischio basati sull'individuazione dei fattori comportamentali (alcolismo, condotte maladattive), familiari (condotte abusive, indigenza, ecc.) e ambientali (condizioni abitative, disagio sociale, recente immigrazione) possono attivare soluzioni tempestive e appropriate, anche prima che si manifestino i disturbi psichici cui sono connessi.

- Strutturare i percorsi assistenziali per il disagio psichico sulla valutazione dei bisogni e sull'integrazione tra i DSM e la medicina generale.

L'individuazione dei percorsi di cura appropriati, con la definizione dei livelli di presa in carico, rappresenta una condizione essenziale per garantire ai MMG di utilizzare i servizi specialistici nel modo migliore. In particolare, i percorsi per l'emergenza e per la consulenza e il rinvio alla medicina generale (*referral - back referral*) rappresentano i due principali canali che il MMG utilizza nei rapporti con il DSM. Definire e condividere i criteri per l'attivazione e i contenuti assistenziali minimi di questi percorsi, nonché i loro aspetti meramente procedurali, costituisce un sostanziale avanzamento per l'integrazione operativa tra DSM e MMG.

- Organizzare all'interno dei Centri di salute mentale una funzione specifica di supporto e consulenza rivolta all'attività dei MMG.

I DSM devono svolgere una specifica funzione di consulenza e collegamento con i MMG del territorio di appartenenza. Tale servizio può avvalersi di un gruppo dedicato di operatori che abbiano specifiche competenze di settore e stabiliscano contatti strutturati con i MMG attraverso canali di comunicazione preferenziali (es. linea telefonica dedicata, orari prestabiliti, incontri diretti). Lo scopo del servizio è di sostenere i MMG nella gestione dei casi con disturbi psichici, sia attraverso attività di consulenza tradizionali, per quanto ottimizzate, sia attraverso attività di supporto e cura condivisa.

- Organizzare sistematicamente le attività di valutazione definendo criteri per l'accesso all'intero *range* dei servizi sanitari preposti alla cura dei disturbi psichici.

A tale riguardo devono essere definiti i criteri per l'afferenza ai diversi percorsi di cura:

- presa in carico del MMG con eventuale consulenza,
- cura condivisa,
- presa in carico del DSM per episodio di cura,
- presa in carico del DSM per trattamento intensivo prolungato.

Il metodo del consenso tra i professionisti (MMG, operatori DSM) garantisce l'adesione dei settori del SSN coinvolti ai programmi di gestione della salute psichica della popolazione, implementati con il presente progetto.

3.1.3. Ridurre l'incidenza dei comportamenti antisociali nelle persone affette da disturbi psichiatrici

Situazione attuale

In anni recenti numerosi contributi hanno definitivamente chiarito che il rapporto tra psicopatologia e comportamenti antisociali non è dovuto a semplice casualità. In particolare, nello studio *Epidemiological Catchment Area (ECA)* condotto su un campione di popolazione generale, è stata dimostrata la significatività statistica dell'associazione tra le diagnosi psichiatriche e i comportamenti antisociali di tipo violento. L'analisi ha confermato l'effetto delle variabili demografiche (sesso, età) e di precedenti episodi di violenza, ma non ha annullato l'importanza della diagnosi categoriale. In questo studio, l'incidenza del comportamento aggressivo violento è risultata significativamente più elevata nelle persone affette da schizofrenia (8,36%) rispetto alla

popolazione generale con psicopatologia negativa (2,05%). Tale percentuale risulta drammaticamente più elevata nelle condizioni cliniche caratterizzate da comorbidità tra disturbi psichiatrici e abuso di sostanze stupefacenti e/o alcoliche (30,33%).

I risultati del lavoro precedente sono stati sostanzialmente confermati dallo studio di Link (Link, Stueve, 1994) condotto su una popolazione naturale, in cui sono stati confrontati coloro che avevano sofferto o soffrivano di disturbi psichici con le persone scevre da patologia mentale.

Se i comportamenti antisociali rappresentano una preoccupante realtà nei disturbi psichiatrici maggiori, sono ancor più significativi tra le persone affette da disturbi di personalità e in particolare da quelli del *cluster* B del DSM IV (disturbo *borderline*, antisociale e narcisistico). Una valutazione epidemiologica della prevalenza dei disturbi di personalità di questo tipo è difficile, anche perché molto spesso si tratta di condizioni non note ai servizi o che ricevono un trattamento per la tossicodipendenza ma non sono riconosciute come casi psichiatrici. Al momento attuale non vi sono studi epidemiologici sulla diffusione dei disturbi di personalità nella popolazione italiana. I disturbi di personalità del resto, in quanto costituiti da modalità apprese che si inseriscono su una base di predisposizione genetica, dipendono in larga misura da fattori sociali e culturali.

Le stime effettuate in altri paesi, quindi, solo approssimativamente possono rappresentare l'ordine di grandezza del problema generale di salute. Negli Stati Uniti (Stone, 1990) è stato valutato che il disturbo *borderline* di personalità (DBP) ha una prevalenza del 3% nella popolazione generale, ma la percentuale è molto superiore se si considerano le fasce di età tra i 15 e i 35 anni. L'evoluzione del disturbo *borderline* di personalità è infatti caratterizzata da un fenomeno di esaurimento spontaneo nel corso dell'età media (McGlashan, 1986; Paris *et al.*, 1987; Stone, 1990).

Per quanto riguarda più specificamente il problema delle condotte antisociali gravi, il Ministero della sanità inglese ha recentemente diffuso un documento che contiene alcune proposte per la gestione sociale e clinica di una sottocategoria dei disturbi di personalità individuati come *Dangerous Severely Personality Disorder* (DSPD). Nel documento si specifica che i malati di DSPD sono persone che soffrono in grado severo di un disturbo di personalità identificabile, i cui comportamenti rappresentano un rischio nei confronti delle altre persone. Per definizione, sono esclusi i minori di 18 anni. Il Ministero della sanità inglese ha valutato che esistono circa 2.100 persone in Inghilterra e Galles che rispondono alle caratteristiche del DSPD; di questi, 1.400 si trovano in carcere, 400 in ospedali psichiatrici e circa 300 nella comunità. Assumendo una eguale prevalenza dei DSPD in Inghilterra e in Italia, i casi attesi in Emilia-Romagna sono circa 200.

Situazione dei servizi

Mentre le proiezioni sul futuro indicano un progressivo aumento dei disturbi di personalità e dei casi caratterizzati da comorbilità psichiatrica e abuso di sostanze, la situazione attuale dei servizi è caratterizzata da una relativa impreparazione ad affrontare i comportamenti antisociali dei pazienti in carico. Il timore di alimentare lo stigma e un approccio fondamentalmente ideologico hanno a lungo impedito che il problema venisse anche semplicemente identificato.

L'impossibilità di definire percorsi terapeutici efficaci per i disturbi di personalità provoca tra gli operatori un generale scetticismo sull'opportunità degli interventi, che molto spesso sono condizionati da preoccupazioni sulle responsabilità professionali. Le strutture residenziali e semiresidenziali, che potrebbero rappresentare i luoghi più adatti per l'applicazione di programmi intensivi di trattamento, hanno limitate possibilità di intervento in ragione di condizioni strutturali che le rendono inadatte ad affrontare il carico dei comportamenti antisociali, sia nella definizione degli spazi che nell'organizzazione del personale.

Un ulteriore aspetto del problema delle condotte antisociali tra i pazienti in carico ai Centri di salute mentale è costituito dalle conseguenze sugli operatori direttamente o indirettamente colpiti. Molte indagini (tra cui Lanza, 1995) hanno evidenziato che gli effetti di aggressioni sul luogo di lavoro si traducono in una serie di conseguenze rilevanti per la salute degli operatori (disturbi emotivi, depressione), negative per il paziente (aumento della distanza sociale, progressiva riduzione del margine di trattabilità) e per la stabilità delle *équipe* sanitarie (aumento del *turnover*).

Azioni

- Superare le resistenze culturali dei servizi a identificare il problema e a proporre programmi di trattamento specifici per ridurre i comportamenti antisociali.

La debolezza delle strategie attive nei servizi per affrontare i comportamenti aggressivi violenti costituisce una deroga al principio della cura e una mancanza rispetto alla missione terapeutica verso alcuni tra i pazienti psichiatrici più difficili. L'assenza di *feed-back* specifici nei confronti delle condotte antisociali dei pazienti in carico non fa che rinforzare l'adozione e la generalizzazione del *pattern* aggressivo-violento, determinando una accelerazione del processo di esclusione sociale.

- Rivedere gli spazi fisici per accogliere gli utenti nei servizi.
Devono essere individuati criteri certi per la definizione degli spazi in cui accogliere e curare i pazienti psichiatrici. La questione degli spazi non riguarda solo aspetti strettamente strutturali (dimensioni degli ambienti, rischio del sovraffollamento, problema della promiscuità eccessiva), ma anche aspetti organizzativi. In particolare, la definizione di programmi di attività interne nei reparti comporta la riduzione del numero degli episodi di violenza, e va perseguita insieme a un'attività di monitoraggio attivo degli episodi, definiti sulla base di soglie stabilite convenzionalmente.
- Stabilire le procedure di accoglimento e valutazione.
L'analisi dell'attitudine verso comportamenti violenti deve fare parte della attività clinica routinaria di valutazione multidimensionale dei casi, e deve basarsi sulla valorizzazione dei casi, con particolare attenzione ai fattori di rischio individuati dalla letteratura.
- Implementare la formazione degli operatori.
La formazione degli operatori è determinante per incrementare il rispetto delle condizioni di sicurezza nella gestione delle crisi e nei programmi di trattamento a lungo termine. La padronanza delle fondamentali tecniche di assertività nella gestione negoziale delle crisi e la diffusione delle norme basilari di sicurezza nei rapporti con una persona violenta sono gli obiettivi minimi cui i programmi formativi devono tendere.
- Definire le procedure con i servizi sociali e giudiziari.
Devono essere individuate procedure per rendere sinergici gli interventi con le altre istituzioni potenzialmente coinvolte: in primo luogo, gli Enti locali per la residenzialità e l'assistenza sociale in genere, e le forze dell'ordine per la prevenzione delle condotte criminose.
- Modificare il quadro normativo per aumentare le opportunità di cura nei confronti delle persone con diagnosi psichiatrica e comportamenti antisociali.

Schema dei compiti dei soggetti che possono contribuire alla tutela della salute mentale dei cittadini con disturbi psichiatrici primari

		Bisogni			
Soggetti	Residenzialità	Partecipazione civile	Salute psicofisica	Carico familiare	Comportamenti antisociali
<i>Regione</i>			Ridurre l'inquinamento ambientale (acustico e atmosferico)	Ridurre l'inquinamento ambientale (acustico e atmosferico)	Promuovere il progetto di revisione normativa degli ospedali psichiatrici giudiziari
<i>Enti locali</i>	Programmare alloggi riservati		Ridurre l'inquinamento ambientale (acustico e atmosferico) Migliorare gli spazi civici destinati alla promozione della cultura, allo sport, all'intrattenimento	Sostenere le associazioni dei familiari promuovendo corsi di formazione - informazione	Prevedere protocolli di integrazione tra i servizi sanitari di I e II livello, le forze di polizia municipale e le forze dell'ordine per i TSO e gli ASO Promuovere l'affidamento di lavoro alle cooperative sociali di tipo B
<i>Scuole</i>	Creare strutture di collegamento tra scuole e servizi sul territorio	Attivare percorsi e gruppi di lavoro intersettoriali scuole - Enti locali - AUSL - Associazioni dei familiari	Contribuire all'individuazione dei casi a rischio nell'infanzia e nell'adolescenza Svolgere programmi ed esperienze di formazione dirette	Attivare sportelli di sostegno e indirizzo per genitori e studenti nelle scuole	Individuare i soggetti a rischio nelle scuole medie e superiori Attivare programmi di assertività per gli adolescenti
<i>Terzo settore</i>	Costruire e gestire le RSA Gestire gruppi- appartamento e case-famiglia	Attivare spazi di socializzazione Realizzare percorsi formativi rivolti alle diverse realtà che operano nella salute mentale	Creare gruppi di sostegno per i giovani con problemi psichici e a rischio di suicidio Attivare gruppi di aiuto e auto-aiuto per problemi specifici (alcolismo, violenza sessuale, suicidalità, tossicofilia, comportamenti antisociali)	Attivare gruppi di auto-aiuto Proporre nuove forme di assistenza domiciliare integrata Attivare sportelli di ascolto, sostegno e indirizzo	Attivare cooperative per l'inserimento lavorativo di persone svantaggiate a rischio di comportamenti antisociali Promuovere campagne di comunicazione pubblica volte a modificare e ridurre l'immagine negativa dei malati mentali
<i>Servizi di I livello</i>			Favorire l'integrazione con i trattamenti intensivi prolungati TIP Cura condivisa con il II livello		
<i>Servizi di II livello</i>	Mettere in rete le strutture Definire criteri uniformi di eleggibilità	Migliorare la tutela specifica dei diritti civili ed economici degli assistiti nella prassi della presa in carico	Attivare i TIP Mettere in rete le strutture di emergenza Ridurre le soluzioni di continuità nella presa in carico Adottare metodi standardizzati per la valutazione dei bisogni e per la valutazione degli esiti	Implementare programmi di psicoeducazione	Promuovere l'integrazione con i SERT per i casi doppia diagnosi Attivare una formazione specifica per gli operatori Implementare programmi di sostegno e recupero funzionale per gli operatori vittimizzati Adeguate gli spazi fisici nelle strutture

4. OBIETTIVO GENERALE 2 PREVENIRE I DISTURBI PSICHICI DEL CAREGIVER NELLE FAMIGLIE DI ANZIANI AFFETTI DA DEMENZA

4.1. Situazione generale

L'aumentata longevità, per altro più equamente distribuita nell'intero pianeta, farà salire il numero assoluto di anziani: è stato calcolato nel 2025 supereranno il miliardo. L'incremento del numero di anziani porterà con sé un'espansione dei problemi di salute mentale nell'ultima fase della vita. Accompagnati da imponenti trasformazioni sociali (comunicazione, migrazione, lavoro) e familiari, tali problemi possono essere indicati in modo generico o specifico.³

Modo generico:

- aumento di senso di indegnità,
- diminuzione del senso di autostima,
- diminuzione della capacità di autogestione,
- aumento della solitudine psicologica e sociale,
- diminuzione della forza individuale e sociale,
- aumento della lentezza.

Modo specifico:

- aumento della patologia demenziale,
- aumento dei comportamenti suicidari,
- aumento delle sindromi depressive,
- aumento delle dipendenze da alcool e da vari farmaci,
- aumento delle sindromi ansiose da *stress* plurimi.

³ Per maggiori informazioni e approfondimenti si veda la parte monografica di *Psychiatric Services*, settembre 1999.

4.1.1. Il problema delle demenze

All'inizio degli anni Novanta in Italia si stimavano circa 700.000 persone affette da demenza (50-60% Alzheimer, 20% vascolare), con un'insorgenza di nuovi casi di circa 100.000/anno. Essendo correlato all'aumento dell'età, il numero delle persone dementi è direttamente proporzionato all'incremento demografico della popolazione anziana. Il problema assistenziale ha quindi assunto una grande rilevanza.

La scienza medica acquisisce sempre maggiori conoscenze sui meccanismi patogenetici di questa malattia, ma non esistono allo stato attuale terapie che abbiano dimostrato una reale efficacia nel trattamento causale della patologia.

La demenza resta soprattutto un drammatico fenomeno di gestione quotidiana di una forma di cronicità invalidante, che porta i pazienti a una progressiva perdita dell'autonomia psicofisica e a un totale deterioramento cognitivo. La malattia coinvolge anche le famiglie dei pazienti: esse devono assumersi, in modo spesso esclusivo, il carico estremamente oneroso sul piano fisico e psicologico di un congiunto che diventa progressivamente irriconoscibile, smarrisce la propria personalità, il proprio carattere e il ruolo specifico all'interno del nucleo familiare e sociale, e si trasforma in un soggetto sempre più inerte e bisognoso delle cure più elementari.

4.1.2. La famiglia della persona demente

La famiglia che ha al suo interno una persona demente non delega facilmente l'incombenza assistenziale. Ciò avviene per ragioni profonde non ancora ben indagate, ma anche perché è risaputo che l'ospedalizzazione del demente favorisce l'insorgenza di disorientamento temporo-spaziale, la depersonalizzazione e altri accidenti iatrogeni. È stato dimostrato che ogni ricovero accelera il processo di deterioramento cognitivo del paziente.

Di fatto, gran parte delle persone affette da demenza (il 70% circa) rimangono inserite nel proprio nucleo familiare, spesso per tutto il decorso della malattia. Nonostante le trasformazioni demografiche e le modificazioni della sua struttura, la famiglia si trova quindi a essere il principale supporto assistenziale per il paziente demente, sebbene ciò rappresenti un impegno estremamente consistente.

La convivenza con un congiunto affetto da demenza comporta una lunga serie di problemi e di difficoltà:

- questa malattia innesca una crisi nella famiglia, che investe le relazioni tra le generazioni e la possibilità stessa della rappresentazione e del reciproco riconoscimento;
- il compito assistenziale costituisce una fatica fisica e psicologica, e sottrae tempo ad altre attività e occupazioni;
- lo spazio fruibile nella casa si riduce;
- il sonno è frequentemente disturbato;
- l'impossibilità di lasciare solo il paziente limita grandemente l'autonomia dei familiari.

L'intera organizzazione della famiglia deve adeguarsi alla nuova situazione, dovendo sopportare intense condizioni di *stress* psicofisico.

Per di più, a causa di una rete di servizi socio-sanitari che dovrebbe fare da supporto ma che ha le maglie ancora troppo lasse (anche nella nostra regione), queste famiglie si trovano spesso abbandonate a se stesse.

4.1.3. La figura del caregiver e il suo lavoro

La prolungata assistenza al congiunto affetto da demenza instaura un vero e proprio processo di cura familiare al cui centro si trova la figura del *caregiver*, quella persona cioè che, all'interno della famiglia, assume in modo principale il compito di cura e di assistenza (in un'alta percentuale di casi si tratta di una donna).

Il *caregiver* rappresenta l'interlocutore pressoché unico per gli operatori dei servizi. Tale agente di cura svolge di fatto una funzione di raccordo e di mediazione tra i servizi e il paziente, costituendo sia la principale fonte delle informazioni utilizzate dagli operatori per valutare il decorso della patologia, sia il destinatario e l'attuatore concreto delle indicazioni terapeutico-assistenziali prescritte.

Il *caregiver* riveste un'importanza cruciale per il permanere del paziente nella sua famiglia. È quindi fondamentale, anche per i suoi risvolti pratici, analizzare e comprendere la relazione esistente tra le caratteristiche e l'intensità del lavoro assistenziale svolto dal *caregiver* e l'eventuale insorgenza nello stesso di diverse sintomatologie psicofisiche, indici di una diminuita capacità di svolgere efficacemente la propria funzione. Così pure risulta ben comprensibile, sul piano dell'intervento, l'importanza assegnata a una serie di iniziative tese a qualificare e sostenere il *caregiver* nel proprio compito.

Il lavoro estenuante del *caregiver* porta con sé alcuni effetti negativi rappresentati da un elevato livello di *stress* e dalla comparsa di sintomi depressivi nel *caregiver* stesso. Questo accade soprattutto quando il *caregiver* è costretto a lavorare all'interno di una famiglia non coesa rispetto al processo di cura, e in particolare quando i comportamenti distruttivi del paziente vanificano gli aspetti gratificanti che derivano dall'assunzione della cura. È stato dimostrato infatti che il *caregiver* riesce a mantenere un elevato livello di soddisfazione relazionale con il paziente fino a quando riesce ad adattarsi alle sue condizioni mutanti. Fondamentale per il *caregiver* è anche la percezione di appartenere a una famiglia coesa e flessibile: rappresenta per lui/lei la risorsa più utile, il sostegno più importante alla propria funzione.

4.2. La rete dei servizi

La differenza principale fra il *caregiver* che ricorre ai servizi formali rispetto a quello che utilizza prevalentemente risorse familiari o informali è determinata dal modo di proporsi del servizio stesso: esso può prevedere il coinvolgimento attivo e la valorizzazione della funzione del *caregiver*, o porsi invece in alternativa totale all'intervento familiare.

I familiari riescono infatti ad avvicinarsi ai servizi formali nella misura in cui viene loro riconosciuto uno spazio di intervento e la possibilità di percepirsi utili e efficaci all'interno del lavoro di cura. Al contrario, mostrano grandi resistenze e difficoltà ad accedere ai servizi strutturati quando hanno la percezione che ciò comporterebbe una perdita del controllo della situazione di cura. L'intervento dei servizi nei confronti del paziente e della sua famiglia deve cioè essere accompagnato da un rapporto personalizzato e di fiducia tra il *caregiver* e gli operatori.

In Emilia-Romagna la rete dei servizi per la cura e l'assistenza alle persone affette da demenza è sovrapponibile a quella prevista dalla Legge 5 del 1994 per la tutela della salute delle persone anziane (*Schema 1*). Si deve tuttavia sottolineare anche:

- la funzione di consulenza specialistica alla Unità di valutazione geriatrica (UVG) da parte di neurologi, geriatri e psichiatri per problemi di *assessment* e di indirizzo terapeutico-assistenziale,
- il lavoro svolto dai medici di medicina generale presso le famiglie di pazienti affetti da demenza,
- l'importanza dell'assistenza domiciliare integrata (ADI).

Il punto critico della rete regionale dei servizi è costituito dal fatto che, pur esistendo già i vari nodi (SAA, UVG, ADI, MMG, geriatria, neurologia, psichiatria, casa protetta, RSA, centro diurno), le maglie di questa rete sono ancora troppo lasse e spesso mancano interi pezzi di congiunzione; in particolare, è carente l'integrazione tra MMG e specialisti. Si corre così il rischio di presentarsi agli occhi del *caregiver* con un'eccessiva frammentazione che fa presumere una scarsa utilizzabilità della rete dei servizi formali.

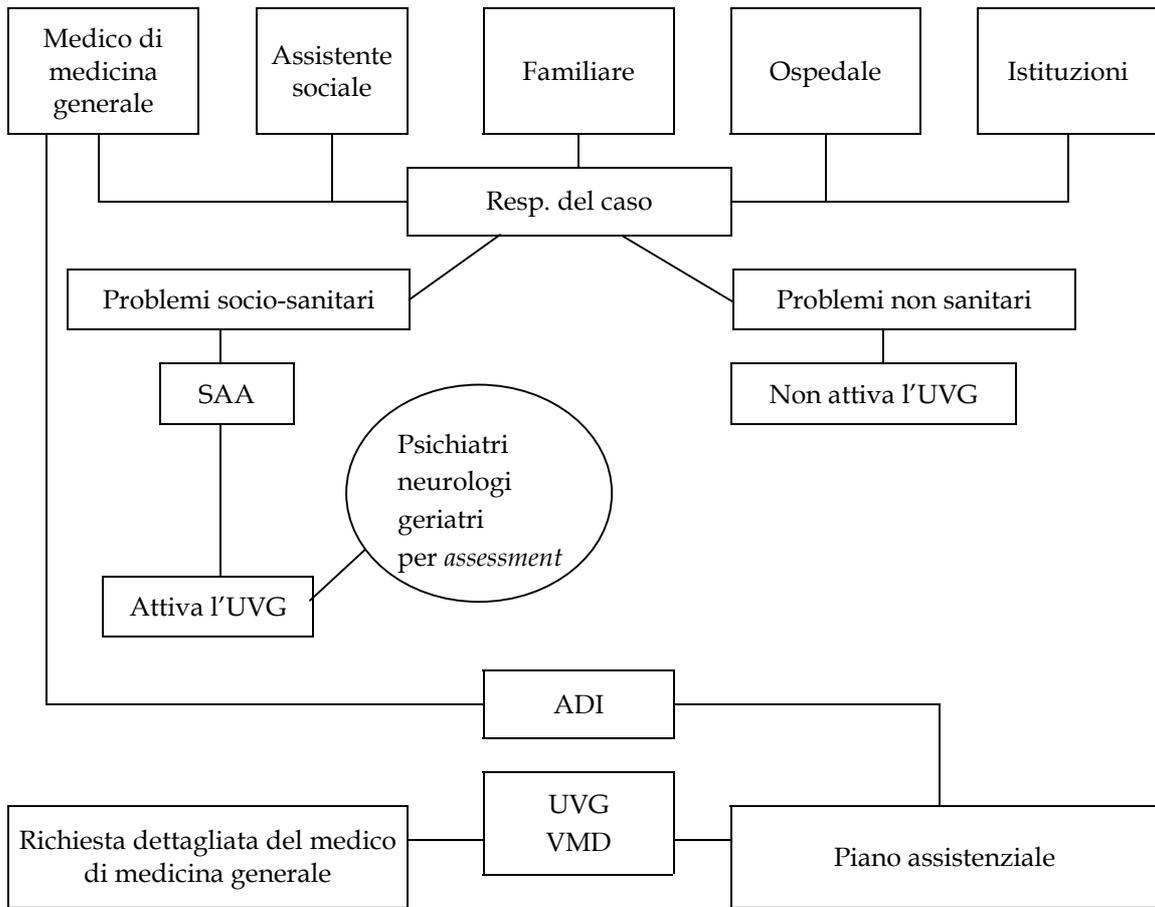
È invece risaputo che una rete coesa e flessibile dei servizi, che ponga la necessaria attenzione al *caregiver*, può consentire di definire alcune elementari strategie che possono mutarsi nei seguenti obiettivi specifici.

4.3. Obiettivi specifici

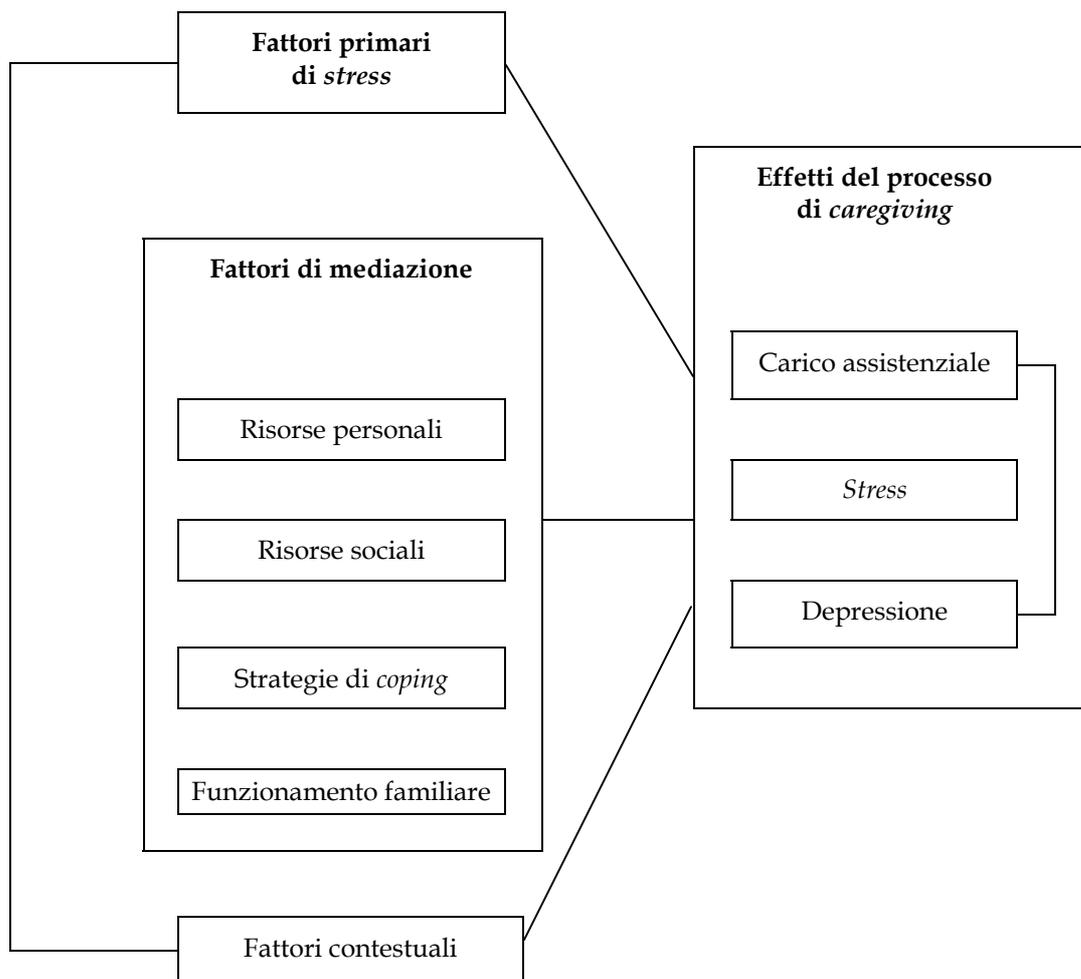
- Rispettare la specificità dei bisogni di ogni famiglia.
- Aumentare il supporto dei servizi formali al lavoro del *caregiver*.
- Ridurre il senso di isolamento del *caregiver*.
- Ritardare o evitare l'istituzionalizzazione del demente.
- Diminuire il *burden* familiare.
- Diminuire lo *stress* per il *caregiver*.
- Ridurre l'insorgenza di malattie psichiche nel *caregiver*.

(vedi *Schema 2*)

Schema 1. La rete dei Servizi



Schema 2. Il modello concettuale di caregiving



5. OBIETTIVO GENERALE 3 RIDURRE I DISTURBI DELLA CONDOTTA E I COMPORTAMENTI ANTISOCIALI NELL'ETÀ EVOLUTIVA E NEI GIOVANI ADULTI

5.1. Situazione generale

I dati epidemiologici indicano una prevalenza del disturbo del comportamento variabile a seconda dei seguenti fattori:

- metodi di accertamento,
- popolazione esaminata,
- sesso,
- età.

Per l'età evolutiva e per i paesi occidentali a sviluppo avanzato viene riferito un *range* 6-16% per i maschi e 2-9% per le femmine, e si rileva un *trend* crescente nell'ultima decade. Si tratta di uno dei disturbi diagnosticati più frequentemente nei servizi per l'età evolutiva.

Ricerche catamnestiche, recentemente confermate, indicano determinanti di natura genetica e ambientale con fattori di rischio e di comorbidità, in un procedere psicopatologico le cui prime manifestazioni sono il *deficit* dell'attenzione e il disturbo ipercinetico (ADHD). Si stima che tali disturbi abbiano una prevalenza del 4% in età scolare. La maggioranza di questi bambini evolve poi verso la normalità, ma la presenza di fattori di rischio (condizioni sociali e culturali emarginanti, condizioni economiche di povertà, famiglia multiproblematica, insuccesso scolastico) o di comorbidità (disturbo dell'apprendimento, lievi disturbi del linguaggio) possono deviare l'evoluzione verso un disturbo oppositivo provocatorio e verso il disturbo della condotta.

I servizi educativi e scolastici, sociali e di tutela dell'infanzia, che rendono possibili diagnosi e intervento sull'ADHD prima dell'età scolare, hanno certamente un ruolo protettivo.

A tutt'oggi, nonostante abbia una consistente determinante genetica, raramente l'ADHD viene diagnosticato prima dell'età scolare. Fra la popolazione che affluisce al DSM della regione, in particolare ai servizi di NPEE, l'ADHD si colloca al di sotto del 5%. Questo dato rappresenta una sottostima, da attribuire probabilmente più che alla disattenzione dei servizi sanitari, alla cultura italiana in generale, tradizionalmente prudente nel riconoscere nell'infanzia un disturbo dello sviluppo psicopatologico.

Verosimilmente giungono ai servizi i bambini che presentano un disagio più marcato e/o che hanno intorno adulti più attenti.

D'altro canto, anche per quei bambini che vengono segnalati in età di obbligo scolare, la disponibilità degli interventi è molto inadeguata a causa dei limiti della legislazione (Legge 104/1992), della cultura dei servizi, dei rapporti tra scuola e servizi, e della *compliance* dei genitori.

I servizi educativi e scolastici, di salute primaria e specialistica, sociali e di tutela della salute in età evolutiva in Emilia-Romagna sono a un livello quali-quantitativo sufficiente per sostenere un'efficace strategia di interventi per:

- individuare precocemente la popolazione a rischio (ADHD),
- combattere i fattori di rischio e curare stati di comorbidità, al fine di ridurre i disturbi del comportamento in età adolescenziale e giovane adulta.

5.2. Obiettivi specifici

La scelta degli obiettivi specifici tiene conto di due aspetti: da un lato, di tutta la popolazione attesa con ADHD affluisce ai servizi una quota non superiore al 15% circa; dall'altro, in questo campo non sono soddisfatti i criteri che indicano l'utilità di uno *screening* di popolazione. Gli obiettivi sono i seguenti.

1. Individuare sulla base del comportamento e in riferimento all'ADHD, la fascia di popolazione che si situa a un primo livello di rischio (numerosità, caratteristiche di genere, distribuzione nelle categorie sociali, altro) con una sorta di monitoraggio a flusso continuo e a un'età pre-scolare.
2. Circoscrivere una sottopopolazione in funzione della presenza di eventuali ulteriori fattori di rischio e di comorbidità, da tenere sotto osservazione per rimuovere determinanti sociali, scolastici e personali del disturbo e ampliare i fattori di protezione.
3. Ottenere a medio-lungo termine entro la tarda infanzia l'afflusso ai servizi di quella quota dei soggetti che malgrado gli interventi in 1 e 2 presentano comportamenti e condizioni di grave rischio psicopatologico

5.2.1. Azioni

- Istituire un gruppo di lavoro interistituzionale, se necessario in forma convenzionale, che comprenda le agenzie educative e scolastiche pubbliche (statali e degli Enti locali) e autonome, di base e di comunità, i Servizi di NPEE e di psicologia clinica), i servizi sociali per l'età evolutiva, eventuali associazioni del privato sociale (in specie associazioni di genitori) e che abbia come compito:
 - il coordinamento dell'insieme delle azioni finalizzate a obiettivi, secondo linee guida formulate per lo svolgimento delle attività intersettoriali;
 - il costituirsi come osservatorio dell'andamento del fenomeno.
- Elaborare e attivare progetti intersettoriali
 - di identificazione della popolazione a rischio,
 - di supporto allo sviluppo normale,
 - di controllo di ulteriori fattori di rischio e di comorbilità.
- Elaborare e attuare strategie di potenziamento dei fattori protettivi.
- Promuovere programmi di formazione per operatori con *target* diversi (educatori, insegnanti, sanitari) negli specifici contesti, rispettandone l'autonomia culturale.

5.2.2. Indicatori di risultato

- Breve-medio termine:
numero dei soggetti a rischio individuati / soggetti attesi con ADHD.
- Medio-lungo termine:
numero soggetti a rischio individuati / numero soggetti verificati per ulteriori fattori di rischio e di comorbilità.

Entrambi i valori, tendenti all'unità, acquistano significato col procedere del progetto, confrontandoli anno per anno.

6. OBIETTIVO GENERALE 4 PROMUOVERE IL BENESSERE E LA SALUTE EMOZIONALE DEGLI ADOLESCENTI

6.1. Situazione generale

L'adolescenza è un periodo di transizione e rappresenta una fase critica del processo di formazione dell'identità personale e sociale. Anche senza fare ricorso a nozioni classiche come quella che definisce l'adolescenza come disturbo evolutivo, resta il fatto che si tratta di un momento di particolare complessità, in cui nuove richieste e nuovi bisogni devono essere ricomposti in un equilibrio soddisfacente sul piano esistenziale. Si tratta di esigenze derivanti da:

- compiti di sviluppo di crescente difficoltà;
- impegni nell'elaborare la propria migrazione dal gruppo infantile a un nuovo gruppo sociale;
- desiderio di padroneggiare i cambiamenti corporei, affettivi e cognitivi tipici dell'età;
- spinte a comprendere il senso di aspettative e desideri crescenti, spesso contraddittori, che rappresentano il materiale grezzo su cui cercare di delineare un proprio progetto soddisfacente per il proprio futuro.

In tempi relativamente recenti si è riscontrato un cambiamento del periodo adolescenziale caratterizzato da:

- posticipazione di alcuni traguardi personali e sociali che nel passato esprimevano il conseguimento della maturità;
- prolungamento del periodo formativo e conseguente ampliamento dello spazio di moratoria psicosociale che contraddistingue l'immediato ingresso nelle responsabilità di adulto;
- aumento del livello di differenziazione del percorso e degli esiti adolescenziali.

In altre parole, non si può parlare in astratto di adolescenza come processo di sviluppo personale omogeneo e ubiquitario, bensì di tante adolescenze, di tante storie adolescenziali diverse in base alle risorse psicosociali, ai contesti reali di sviluppo familiare, educativo, relazionale.

Le traiettorie adolescenziali, i dilemmi e le crisi che le caratterizzano, sono spesso percorsi e occasioni di disagio psicologico, di perdita dei sistemi di riferimento relativi al sé, di rischio per la salute psicofisica e per il benessere individuale.

Fortunatamente però, nella maggior parte dei casi rappresentano anche occasioni di crescita, prova, apprendimento sociale, cambiamento positivo o consolidamento dell'identità personale, verifica della fattibilità dei progetti di vita.

Per la società adulta è dunque importante cogliere la specificità dell'esperienza adolescenziale, individuare tra le tante adolescenze quelle che hanno maggiori probabilità di pervenire a esiti insoddisfacenti, discriminare cioè le situazioni in cui le carenze di competenza psicosociale e di risorse affettive, relazionali, sociali ed educative rendono particolarmente impegnativa e rischiosa la gestione di questa condizione esistenziale.

Questo periodo è spesso caratterizzato da segnali di forte reattività, da incertezze e fragilità delle strategie per fronteggiare le problematiche tipiche dell'età. Si tratta di sintomi che possono rivelare un aumento del livello di rischio connesso con questa fase dell'esistenza umana: rischio di insuccesso nella ridefinizione della propria identità e dei propri scopi, ma anche rischio di reagire alla propria adolescenza (alla propria immagine, ai propri sentimenti, alle persone significative, alle pressioni degli altri, a eventi situazionali, ecc.) secondo modalità inadeguate, estremistiche, oppostive, di oscillazione e procrastinazione delle scelte, di fiducia smisurata nelle proprie forze, di voracità cognitiva e affettiva, di ossessività, di apatia e ritirata sociale, che spesso implicano disorganizzazione e squilibri nell'assetto psicologico della persona (alterazione delle relazioni oggettuali, degli ideali, delle relazioni sociali, ecc.).

In particolare, il prolungamento della condizione di perifericità sociale degli adolescenti (oggi si tende a includere anche il periodo universitario nella fascia di età adolescenziale, che quindi va dai 14 ai 25 anni), l'aumento della dipendenza psicosociale nei vari ambiti di vita disegnati dagli adulti, la crescente scarsa comunicazione intergenerazionale (a livello familiare e sociale), l'anomia sociale sembrano condurre sempre più soggetti a sperimentare condizioni di marginalità psicologica e sociale, preludio di condotte devianti di varia fenomenologia e contesto e che facilitano l'esordio di veri e propri disturbi mentali.

Manifestazioni multiformi di questa condizione esistenziale potenzialmente rischiosa sono all'ordine del giorno e costituiscono oggetti di preoccupata attenzione da parte di genitori, educatori, operatori dei servizi socio-sanitari e educativi. Si possono citare alcuni esempi eclatanti:

- aggressività, bullismo e condotte disadattate in ambito scolastico,
- trasgressione e devianza sociale in forma individuale e di gruppo,
- depressione e condotte parasuicidarie,
- indecisione e procrastinazione delle scelte (scolastiche e professionali),

- consumo di sostanze illecite e dipendenze multiple,
- carriere scolastiche accidentate, con dispersione e vero e proprio abbandono scolastico.

L'articolazione di numerosi fattori personali e sociali definisce di fatto, sul piano sociologico, il volto concreto degli adolescenti e della loro condizione di vita. In altri termini, le possibilità di affrontare con successo gli impegni soggettivi e sociali e i compiti che si presentano in questa fase della vita, e di mantenere un adeguato livello di benessere dipendono in gran parte da variabili di modulazione in grado di produrre differenziazioni tipologiche assai evidenti. Ci si riferisce ad esempio a:

- età,
- genere,
- contesto e risorse familiari,
- classe sociale,
- variabili di personalità,
- modificazioni culturali,
- gruppo dei pari,
- esperienza scolastica,
- disponibilità di servizi di aiuto.

Dalla combinazione di tali fattori si individuano sottogruppi reali o tipi di adolescenze che rivelano di fatto il loro differente grado di vulnerabilità psicosociale (ragazzi segnalati a scuola per disturbi di apprendimento e della condotta; ragazzi con famiglie disturbate, con genitori alcolisti o tossicodipendenti; ragazzi segnalati per abusi o maltrattamenti; ragazzi che evadono l'obbligo scolastico o abbandonano gli studi; figli di immigrati e con famiglie ai limiti della condizione di povertà sociale, ecc.), anche con l'esordio precoce di forme psicopatologiche severe o di condotte antisociali.

La difficoltà principale nel delineare la situazione generale dell'adolescenza riguarda due aspetti.

- In primo luogo, si dovrebbe tenere ben presente che esistono molte adolescenze (vi è infatti una forte connotazione differenziale connessa con la reale condizione esistenziale-situazionale delle persone) e quindi, sia nella progettazione degli interventi di aiuto sia nella impostazione di progetti di prevenzione e di sviluppo del benessere, è indispensabile considerare il tipo di adolescenti che si incontrano in un preciso contesto sociale e temporale.

- In secondo luogo, di norma l'adolescenza è un periodo tumultuoso in cui viene messa in discussione, se non sovvertita, la stabilità dei modelli comportamentali e dei processi cognitivi ed emotivi sperimentati in precedenza. Non è quindi facile distinguere immediatamente i cambiamenti di diretta rilevanza psicopatologica o premonitori dello sviluppo di disturbi, e le situazioni di disagio psicologico che potrebbero essere evitate o attenuate attivando interventi di carattere promozionale e preventivo e potenziando risorse personali e sociali opportunamente considerate e sostenute.

Pur tenendo presenti le possibilità di sovrapposizione e di interscambio con un livello specialistico di intervento sui quadri psicopatologici adolescenziali e in favore della salute mentale degli adolescenti, appare opportuno specificare una chiara linea di azione che assuma il benessere e la promozione della salute negli adolescenti come proprio obiettivo di riferimento progettuale. Occorre evitare in ambito socio-sanitario che una forte instabilità e variabilità di manifestazioni di disagio possa essere gestita secondo una prospettiva puramente curativa.

Da un lato, è necessario predisporre gli strumenti per affrontare patologie complesse, multideterminate, a esordio adolescenziale ma con frequenti ricadute, la cui incidenza e prevalenza risultano in aumento. Si tratta dei Servizi di salute mentale in senso stretto che dovrebbero essere multiprofessionali (a livello di *assessment* e di trattamento) e ridisegnati sulle caratteristiche dell'adolescente e non come semplici copie dei Servizi adulti. Questo servirebbe anche a evitare i limiti spesso riscontrati nelle resistenze e difficoltà di accesso ai servizi da parte dell'adolescente (e della famiglia), nella discontinuità, nell'interruzione dei trattamenti, ecc.

Dall'altro lato, è opportuno sviluppare specifici progetti, azioni e servizi che mettano a frutto i risultati acquisiti con le esperienze positive svolte in ambito regionale e che potenzino il loro ruolo di integrazione, assistenza tecnica e collaborazione con le diverse agenzie di socializzazione e formazione adolescenziale, nel comune obiettivo di facilitare la promozione del benessere e della salute emozionale degli adolescenti.

Data la lunga durata dell'esperienza formativa, un punto di riferimento centrale per la differenziazione delle adolescenze (e dei loro rischi) resta l'*habitat* scolastico, che concentra in molti casi differenze dovute alla povertà di risorse personali e relazionali, e a carenze di tipo familiare, socio-economico e socio-culturale. Non è un caso che molti dei fenomeni di disagio che sono oggetto di intervento da parte dei servizi socio-sanitari ed educativi, si presentino in una sottopopolazione

di adolescenti con difficoltà scolastica. Del resto, gli indicatori di disagio scolastico e di rischio educativo risultano ancora abbastanza alti in Italia (si calcolano circa 180.000 *drop out* fino ai primi due anni di scuola media superiore) e anche nella nostra regione (si arriva a valori di circa il 20% di una leva scolastica).

6.2. Obiettivi specifici

- Individuare i gruppi di popolazione adolescenziale a rischio più elevato, con particolare riguardo ai contesti scolastici e alle fasi di passaggio da ciclo a ciclo e in uscita.
- Specificare i fattori di rischio di carattere personale e legati agli stili di vita, di carattere socio-economico e ambientale, e i fattori di protezione e di modulazione su cui poter contare per azioni di prevenzione primaria e secondaria.
- Definire le reti locali dei servizi integrati (sanitari e non sanitari) orientati ai bisogni del percorso esistenziale e di sviluppo degli adolescenti.

6.2.1. Azioni

- Enti locali, scuola, Aziende sanitarie, servizi sociali
Attivare un sistema di coordinamento interistituzionale dei servizi educativi e scolastici, dei servizi sociali e di quelli sanitari che intendono promuovere un "Progetto adolescenza".
- Scuola
Definire un servizio di consulenza psicologica nella scuola e nei centri di formazione professionale rivolto agli adolescenti, agli insegnanti e come sostegno alle famiglie; in questo modo sarà anche possibile identificare precocemente i segnali prodromici dell'insorgenza di patologie multifattoriali sulle quali indirizzare il lavoro degli operatori specializzati della rete dei servizi di salute mentale per gli adolescenti.
- Volontariato, organizzazioni sindacali, settore produttivo *non profit*
Coinvolgere gli attori sociali e potenziare la rete di interazioni sociali formali e informali (educatori, insegnanti, istruttori, animatori culturali, associazioni giovanili e *opinion leader* di gruppi informali, volontariato, centri di informazione giovanile e di orientamento, consultori adolescenti e giovani, ecc.) per intervenire in modo coordinato sulle determinanti socio-culturali e ambientali che

influenzano l'esperienza adolescenziale, e migliorare il circuito delle informazioni e delle relazioni fiduciarie su cui può fondarsi la promozione del benessere e la stessa efficacia dei trattamenti.

- Aziende sanitarie, servizi sociali, scuola

Definire modelli di intervento e di formazione comuni tesi alla costruzione di un linguaggio condiviso, allo sviluppo di una rappresentazione consensuale del modo di agire con gli adolescenti, al potenziamento e al coordinamento sia dei progetti con valenza prettamente preventiva e di promozione del benessere, sia di quelli con valenza terapeutica/riabilitativa specialistica e alla regolazione degli interscambi necessari tra queste due modalità di aiuto degli adolescenti.

BIBLIOGRAFIA

- Cummings J.L., Jeste D.V., "Alzheimer's Disease and its management in the year 2010", *Psychiatric Services*, 50: 1173-1177, 1999.
- Eaton W.W., Krame R., Anthony J.C., Dryman A., Shapiro S., Locke B.Z., "The incidence of specific DIS/DSMIII mental disorders: data from the Epidemiological Catchment Area Program", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79: 163-178, 1989.
- Falloon I.R., "Expressed emotion: current status", *Psychol Med*, 18 (2): 269-274, *Review*, May 1988.
- Fioritti A., Lipparini D., Melega V., "La mortalità dei pazienti psichiatrici istituzionalizzati", *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 3: 107-114, 1994.
- Goldberg P., *The detection of psychiatric illness by questionnaire*, Oxford University Press, London, 1972.
- Goldberg P., "Identifying psychiatric illness among general medical patients", *British Medical Journal*, pp. 161-162, 1985.
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao S., Nelson C.B., Hughes M., Eshelman S., Wittchen H.U and Kendler K.S., "Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results form the National Comorbidity Survey", *Archives of General Psychiatry*, 51 (1): 8-19, 1999.
- Kessler R.C., "The National Comorbidity Survey of the United States", *International Review of Psychiatry*, pp. 365-376, 1994.
- Kessler R.C., Crum R.M., Warner L.A., Nelson C.B., Schulenberg J. and Anthony J.C., "Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey", *Archives of General Psychiatry*, 54: 313-321, 1997.
- Klausner E.J., Alexopoulos G.S., "The future of psychosocial treatments for elderly patients", *Psychiatric Services*, 50: 1198-1204, 1999.
- Lanza M.L., "Nursing staff as victim of patient assault". In Eichleman B.S. and Hartwig A.C. (a cura di), *Patient violence and the clinician*, American Psychiatric Press Inc., Washington DC, pp. 105-123, 1995.
- Leff J., "Developments in family treatment of schizophrenia", *Psychiatr Q*, 51 (3): 216-232, autunno 1979.
- Leff J., Vaughn C., "Expressed emotion", *Hosp Community Psychiatry*, 38 (10): 1117-1119, ottobre 1987.

Link B.G., Stueve C.A., "Psychotic symptoms and the violent/illegal behavior of mental patients compared to community controls". In Monahan J. and Steadman H. (a cura di), *Violence and mental disorder: developments in risk assessment*, University of Chicago Press, Chicago, pp. 137-159, 1994.

Magliano L., Fiorillo A., Malangone C., Aletti A., Belott G., Bevilacqua P., Delle Femine L., Fontana G., Maucioni F., Travi M., Zanus P., Rossi A., Maj M., "Family burden in schizophrenia: effects of socio-environmental and clinical variables and family intervention", *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, vol. 7, 1998.

McGlashan T.H., "The Chestnut Lodge follow-up study: long-term outcomes of borderline personalities", *Arch Gen Psychiatry*, 43: 20-30, 1986.

Paris J., "Treatment of borderline personality disorder in the light of the research on its long-term outcome", *Can J Psychiatry*, 38: 28-34, 1993.

Saraceno B., Terzian E., Laviola F., Sternai E., Tognoni G., "Consequences of mental distress recognition in general practice in Italy: a follow-up study", *Social Science and Medicine*, 39: 789-796, 1994.

Stone MH., *The fate of borderline patients*, The Guilford Press, New York, 1990.

Swanson J.W., Holzer C.E., Ganju V.K., "Violence and psychiatric disorders in the community: evidence from the Epidemiological Catchment Area", *Hospital and Community Psychiatry*, 41: 761-770, 1990.

COLLANA "DOSSIER" a cura della Regione Emilia-Romagna

1. *Centrale a carbone "Rete 2": valutazione dei rischi*, Bologna, 1990. (*)
2. *Igiene e medicina del lavoro: componente della assistenza sanitaria di base. Servizi di igiene e medicina del lavoro. (Traduzione di rapporti OMS)*, Bologna, 1990. (*)
3. *Il rumore nella ceramica: prevenzione e bonifica*, Bologna, 1990. (*)
4. *Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione. I edizione - 1990*, Bologna, 1990.
5. *Catalogo delle biblioteche SEDI - CID - CEDOC e Servizio documentazione e informazione dell'ISPESL*, Bologna, 1990.
6. *Lavoratori immigrati e attività dei servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro*, Bologna, 1991.
7. *Radioattività naturale nelle abitazioni*, Bologna, 1991.
8. *Educazione alimentare e tutela del consumatore "Seminario regionale Bologna 1-2 marzo 1990"*, Bologna, 1991. (*)
9. *Guida alle banche dati per la prevenzione*, Bologna, 1992.
10. *Metodologia, strumenti e protocolli operativi del piano dipartimentale di prevenzione nel comparto rivestimenti superficiali e affini della provincia di Bologna*, Bologna, 1992.
11. *I Coordinamenti dei Servizi per l'Educazione sanitaria (CSES): funzioni, risorse e problemi. Sintesi di un'indagine svolta nell'ambito dei programmi di ricerca sanitaria finalizzata (1989 - 1990)*, Bologna, 1992.
12. *Epi Info versione 5. Un programma di elaborazione testi, archiviazione dati e analisi statistica per praticare l'epidemiologia su personal computer. Programma (dischetto A). Manuale d'uso (dischetto B). Manuale introduttivo*, Bologna, 1992.
13. *Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione in Emilia Romagna. 2a ed.*, Bologna, 1992.
14. *Amianto 1986-1993. Legislazione, rassegna bibliografica, studi italiani di mortalità, proposte operative*, Bologna, 1993.
15. *Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1991*, Bologna, 1993.
16. *La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica delle USL dell'Emilia-Romagna, 1991*, Bologna, 1993. (*)
17. *Metodi analitici per lo studio delle matrici alimentari*, Bologna, 1993.
18. *Venti anni di cultura per la prevenzione*, Bologna, 1994.

(*) volumi disponibili presso il CDS

19. *La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna* 1992, Bologna, 1994. (*)
20. *Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna*. 1992, Bologna, 1994.
21. *Atlante regionale degli infortuni sul lavoro*. 1986-1991. 2 volumi, Bologna, 1994.
22. *Atlante degli infortuni sul lavoro del distretto di Ravenna*. 1989-1992, Ravenna, 1994. (*)
23. *5a Conferenza europea sui rischi professionali*. Riccione, 7-9 ottobre 1994, Bologna, 1994.
24. *La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna* 1993, Bologna, 1995.
25. *Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna*. 1993, Bologna, 1995. (*)
26. *La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna. Sintesi del triennio 1992-1994. Dati relativi al 1994*, Bologna, 1996.
27. *Lavoro e salute. Atti della 5a Conferenza europea sui rischi professionali*. Riccione, 7-9 ottobre 1994, Bologna, 1996. (*)
28. *Gli scavi in sottoterraneo. Analisi dei rischi e normativa in materia di sicurezza*, Ravenna, 1996. (*)
29. *La radioattività ambientale nel nuovo assetto istituzionale*. Convegno Nazionale AIRP, Ravenna, 1997. (*)
30. *Metodi microbiologici per lo studio delle matrici alimentari*, Ravenna, 1997.
31. *Valutazione della qualità dello screening del carcinoma della cervice uterina*; Ravenna, 1997. (*)
32. *Valutazione della qualità dello screening mammografico del carcinoma della mammella*, Ravenna, 1997.
33. *Processi comunicativi negli screening del tumore del collo dell'utero e della mammella (parte generale). Proposta di linee guida*, Ravenna, 1997. (*)
34. *EPI INFO versione 6*. Ravenna, 1997.
(su Internet <http://www.regione.emilia-romagna.it/cds/colldoss/dossier.htm>)
35. *Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore del collo dell'utero. Vademecum per gli operatori di front-office*, Ravenna, 1998.
(su Internet <http://www.regione.emilia-romagna.it/cds/colldoss/dossier.htm>)
36. *Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore della mammella. Vademecum per gli operatori di front-office*, Ravenna, 1998.
(su Internet <http://www.regione.emilia-romagna.it/cds/colldoss/dossier.htm>)
37. *Centri di Produzione Pasti. Guida per l'applicazione del sistema HACCP*, Ravenna, 1998. (*)
38. *La comunicazione e l'educazione per la prevenzione dell'AIDS*, Ravenna, 1998. (*)

39. *Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1995-1997*, Ravenna, 1998.
(su Internet <http://www.regione.emilia-romagna.it/cds/colldoss/dossier.htm>)
40. *Progetti di educazione alla salute nelle Aziende sanitarie dell'Emilia Romagna. Catalogo 1995 - 1997*, Ravenna, 1999. (*)
41. *Manuale di gestione e codifica delle cause di morte*, Ravenna, 2000. (*)
42. *Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1998-1999*, Ravenna, 2000. (*)
43. *Comparto ceramiche: profilo dei rischi e interventi di prevenzione*, Ravenna, 2000. (*)
44. *L'Osservatorio per le dermatiti professionali della provincia di Bologna*, Ravenna, 2000. (*)
45. *SIDRIA Studi Italiani sui Disturbi Respiratori nell'Infanzia e l'Ambiente*, Ravenna, 2000. (*)
46. *Neoplasie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute*, Ravenna, 2000. (*)
47. *Salute mentale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute*, Ravenna, 2001. (*)
48. *Infortuni e sicurezza sul lavoro. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute*, Ravenna, 2001. (*)
49. *Salute Donna. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute*, Ravenna, 2000. (*)
50. *Primo report semestrale sull'attività di monitoraggio sull'applicazione del D.Lgs 626/94 in Emilia-Romagna*, Ravenna, 2000. (*)
51. *Alimentazione. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute*, Ravenna, 2001. (*)
52. *Dipendenze patologiche. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute*, Ravenna, 2001. (*)
53. *Anziani. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute*, Ravenna, 2001. (*)
54. *La comunicazione con i cittadini per la salute. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute*, Ravenna, 2001. (*)

