



Progetto MORE
Mental health
Optimization
of Resources

Analisi delle principali criticità presenti nel percorso di presa in carico cura dei pazienti con disturbi mentali e indicazioni per una futura programmazione delle risorse per nuovi investimenti



Indice

	Glossario	4
1.	Executive summary	5
2.	Premessa	6
3.	Contesto di riferimento	9
3.1	I disturbi mentali: definizioni e peculiarità dei diversi gruppi diagnostici	10
3.2	Dalle indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità al contesto nazionale	12
3.3	Gli impatti organizzativi, economici e sociosanitari dei disturbi mentali	12
3.4	Il potenziamento dell'assistenza territoriale nella salute mentale	14
3.5	Il percorso di cura e assistenza dei pazienti con disturbi mentali	15
4.	Progetto MORE: metodi e strumenti	17
4.1	La costruzione del quadro di analisi: le criticità e le relative grandezze oggetto dell'indagine	18
4.2	Le modalità di raccolta dati per le grandezze	19
4.3	Gli scenari del modello quali quantitativo	21
4.4	La metodologia adottata per i parametri del modello	22
4.5	Le assunzioni e i limiti del modello quali quantitativo	23
5.	I risultati e i messaggi chiave del Progetto MORE	24
5.1	Overview dei risultati	25
5.2	I messaggi chiave del Progetto	27
5.3	Personale medico e sociosanitario	28
5.4	Informazione, formazione e diagnosi precoce	30
5.5	Trattamento farmacologico e non farmacologico	33
5.6	Strutture dedicate all'assistenza	36
5.7	Digital health	38
6.	L'Evento Nazionale	40
7.	Conclusioni	43
8.	Appendice	47
8.1	Le referenze delle grandezze presenti nel modello quali quantitativo	47
8.2	Le priorità di investimento e le referenze delle relative percentuali	52
8.3	I principali risultati raccolti tramite il questionario	53
8.4	L'impatto sulle grandezze correlate	56
8.5	La stima del costo annuale nello scenario intermedio 2 e futuro	57
9.	Bibliografia	58
10.	Sitografia	59

Glossario

Termine	Definizione
Casa di Comunità (CdC)	Struttura di prossimità facilmente riconoscibile e raggiungibile dalla popolazione di riferimento, per l'accesso, l'accoglienza e l'orientamento dell'assistito
Centro Diurno (CD)	Struttura semiresidenziale con funzioni terapeutico-riabilitative, collocata nel territorio
Centro di Salute Mentale (CSM)	Centro di primo riferimento per i cittadini con disagio psichico. Coordina nell'ambito territoriale tutti gli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione dei cittadini che presentano patologie psichiatriche
Centro Psico Sociale (CPS)	Sinonimo di CSM, principalmente utilizzato nel territorio del Nord Italia
Disability-Adjusted Life Years (DALYs)	Misura della gravità globale di una malattia, espressa come il numero di anni persi a causa della malattia, per disabilità o per morte prematura
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR)	Ultima edizione del manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali redatto dalla American Psychiatric Association (APA), uno dei sistemi nosografici per i disturbi mentali e psicopatologici più utilizzati in psichiatria
Dipartimento di Salute Mentale (DSM)	Insieme delle strutture e dei servizi che hanno il compito di farsi carico della domanda legata alla cura, all'assistenza e alla tutela della salute mentale nell'ambito del territorio
International Classification of Disease (ICD)	Classificazione internazionale delle malattie e dei problemi correlati, stilata dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS-WHO)
Major Depressive Disorder (MDD)	Disturbo psichiatrico debilitante caratterizzato dalla presenza di almeno un episodio depressivo della durata minima di due settimane
Neuropsichiatria infantile e adolescenziale (NPIA)	Servizio rivolto ai pazienti dalla nascita fino al compimento del diciottesimo anno di età, si occupa delle disabilità d'origine neurologica, genetica, dismetabolica, neurosensoriale, delle difficoltà del linguaggio, dello sviluppo cognitivo, dell'apprendimento e del disagio psicologico e relazionale
Organisation for Economic Co-operation and Development (OCSE)	Organizzazione internazionale di studi economici per i Paesi membri, Paesi sviluppati aventi in comune un'economia di mercato
Osservatorio Nazionale sull'impiego dei medicinali (OsMed)	Osservatorio dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) assicura il monitoraggio dei consumi e della spesa dei medicinali in Italia
Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)	Servizio ospedaliero dove vengono attuati trattamenti psichiatrici volontari ed obbligatori in condizioni di ricovero. Esplica, inoltre, attività di consulenza agli altri servizi ospedalieri
Sistema informativo sulla salute mentale (SISM)	Strumento mirato a rilevare le informazioni riguardanti le caratteristiche delle persone sottoposte a trattamenti per le patologie riconducibili all'ambito della salute mentale attraverso la creazione di una base dati integrata incentrata sul paziente
Struttura Residenziale (SR)	Struttura extra-ospedaliera in cui si svolge una parte del programma terapeutico-riabilitativo e socioriabilitativo per i cittadini con disagio psichiatrico inviati dal CSM con programma personalizzato e periodicamente verificato
Treatment-Resistant Depression (TRD)	Condizione della depressione maggiore che si verifica in caso di inefficacia di almeno due differenti antidepressivi di prima linea

1. Executive summary

La salute mentale è imprescindibile per la salute dell'individuo e rappresenta una priorità globale di salute pubblica. I disturbi mentali, quali i disturbi psicotici (come la schizofrenia), i disturbi dell'umore (come il disturbo bipolare e la depressione maggiore), i disturbi d'ansia, l'anoressia e la bulimia nervose, i disturbi da abuso di sostanze e di alcol e i disturbi di personalità e del neurosviluppo rappresentano una delle principali fonti di sofferenza e disabilità nel mondo e sono in progressivo aumento.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), **quasi 1 miliardo** di persone nel mondo vive con **almeno un disturbo mentale**. Nonostante l'aumento di incidenza, la salute mentale è una delle aree più trascurate in termini di risorse dedicate della sanità pubblica a livello globale. La pandemia COVID-19 ha inoltre alimentato le stime riguardanti l'incremento dei disturbi mentali e ha creato gravi interruzioni nell'erogazione dei servizi di salute mentale, ampliando la crisi in tale area.

Il Progetto MORE, realizzato da Deloitte Consulting in collaborazione con Janssen, si propone di **analizzare le principali criticità** di tipo organizzativo e gestionale presenti lungo il percorso di cura e assistenza dei pazienti affetti da disturbi mentali, al fine di fornire **indicazioni preliminari** alle Istituzioni per la **futura programmazione** delle risorse necessarie nell'ambito della salute mentale, evidenziando le **aree prioritarie di investimento**.

A tal fine, l'approccio metodologico del Progetto ha previsto: i) la definizione di un **quadro di analisi** costituito dalle principali criticità individuate

nell'assistenza dei pazienti con disturbi mentali e dalle relative grandezze qualitative e quantitative di misurazione; ii) la **raccolta dati** attraverso una ricerca su fonti pubbliche integrata mediante un questionario sottoposto ai Centri di Salute Mentale (CSM) e ai Centri Psico Sociali (CPS) e i contributi dell'Advisory Board di Progetto; iii) la costruzione di un modello quali quantitativo per stimare l'attuale costo delle principali criticità individuate nell'assistenza dei pazienti con disturbi mentali e le risorse necessarie per rispondere a tali bisogni, considerando (o meno) un incremento dei bisogni di cura in un orizzonte temporale di 3 anni.

Per ciascuna criticità identificata, Il Progetto MORE si è posto l'obiettivo di promuovere cinque principali messaggi chiave al fine di identificare le azioni concrete in termini di investimento e colmare i gap presenti nell'ambito della

salute mentale. In particolare, i messaggi chiave del Progetto MORE sono relativi a: personale sociosanitario operante presso le strutture dei DSM; informazione, formazione e diagnosi precoce; trattamenti farmacologici e non; strutture dedicate all'assistenza e alla cura; utilizzo della digital health.

Alla luce del disegno di riorganizzazione dell'assistenza territoriale definito con il DM 77/2022, emerge la necessità di rafforzare la rete dei servizi sociosanitari per promuovere prevenzione, presa in carico tempestiva e cura della persona con disturbi mentali. In tale scenario, il presente elaborato fornisce un contributo di natura divulgativa e si propone di promuovere la riflessione sull'incremento di risorse in tale area. Auspicabilmente, con i futuri investimenti che dovranno essere veicolati in un'ottica di promozione di nuovi modelli organizzativi basati su prevenzione e assistenza territoriale.



2. Premessa

La salute mentale è fondamentale per la realizzazione sociale dell'individuo e per il suo stato di salute complessivo. I disturbi mentali ad oggi rappresentano una delle principali fonti di sofferenza e disabilità nel mondo e sono in progressivo aumento. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), il peso globale dei disturbi mentali continua infatti a crescere, contando quasi 1 miliardo di persone nel mondo che vive con almeno un disturbo mentale, con un conseguente impatto sulla salute e sui principali aspetti sociali, umani ed economici in tutti i Paesi (1). Nonostante i trend di crescita, ai disturbi mentali continua ad essere destinata una parte esigua delle spese sanitarie. In Italia, il budget dedicato alla salute mentale è fermo da oltre 20 anni a circa il 3% del Fondo Sanitario Nazionale (FSN), ossia circa 4 Mld € (2). Come anche dichiarato dalla Lancet Commission sulla Salute Mentale Globale e lo Sviluppo Sostenibile, l'Italia, pur collocandosi nei "Paesi ad alto reddito" in cui dovrebbe esser prevista una spesa per la salute mentale di almeno il 10% del bilancio sanitario totale, non raggiunge nemmeno la soglia dei finanziamenti previsti per i "Paesi a basso-medio reddito", fissata al 5% (3).

Il Progetto MORE, realizzato da Deloitte Consulting in collaborazione con Janssen, si propone di analizzare le principali criticità di tipo organizzativo e gestionale presenti lungo il percorso di cura e assistenza dei pazienti affetti da disturbi mentali, al fine di fornire indicazioni preliminari alle Istituzioni per la futura programmazione delle risorse necessarie nell'ambito della salute mentale, evidenziando le aree prioritarie di investimento.

Il Progetto è stato avviato attraverso una ricostruzione del percorso dei pazienti affetti da disturbi mentali, finalizzata all'analisi delle principali criticità e all'identificazione delle relative grandezze qualitative e quantitative di misurazione. Per ogni grandezza identificata è stata quindi condotta una raccolta dati attraverso una ricerca su fonti pubbliche (ovvero, articoli scientifici, database di dominio pubblico e siti web istituzionali) integrata mediante un questionario sottoposto ai responsabili medici delle strutture dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), quali i Centri di Salute Mentale (CSM) e i Centri Psico Sociali (CPS) - indicati nel presente documento anche con la dicitura semplificata "Centri". I dati raccolti sono stati infine utilizzati per stimare, attraverso lo sviluppo di un modello quali quantitativo, possibili investimenti in alcune aree prioritarie di intervento per far fronte alle criticità identificate.

Il Progetto si è avvalso del supporto strategico e della supervisione di autorevoli esperti in tema salute mentale, quali:

- **Prof.ssa Bondi Emi**, Presidente Società Italiana di Psichiatria (SIP);
- **Prof.ssa Galderisi Silvana**, Presidente Società Italiana di Psicopatologia (SOPSI);
- **Dott.ssa Giagnotti Felicia**, Presidente Progetto ITACA - Volontari per la Salute Mentale;
- **Dott. Grattagliano Ignazio**, Presidente Puglia Società Italiana di Medicina Generale e delle cure primarie (SIMG);
- **Dott. Maniscalco Tommaso**, Coordinatore Gruppo Interregionale Salute Mentale Conferenza delle Regioni e PA;
- **Prof. Mennini Francesco Saverio**, Professore di Economia Sanitaria presso l'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata";
- **Dott.ssa Merzagora Francesca**, Fondatrice e Presidente Fondazione ONDA;
- **Dott.ssa Orthmann Nicoletta**, Coordinatrice medico-scientifica Fondazione ONDA.

Tali esperti hanno fornito una guida nel supporto delle principali attività progettuali, ovvero: i) l'identificazione e analisi delle criticità lungo il percorso di cura e assistenza dei pazienti affetti da disturbi mentali, ii) la definizione e realizzazione del questionario d'indagine rivolto ai Centri, iii) la definizione delle priorità di intervento ed investimento delle risorse e iv) l'interpretazione critica dei risultati ottenuti.

Il presente documento intende illustrare il razionale, la metodologia e i principali risultati ottenuti dal Progetto, fornendo una fotografia, in termini di criticità e risorse, di alcuni snodi del percorso di cura e assistenza dei pazienti affetti da disturbi mentali ed offrendo possibili spunti di riflessione in merito agli investimenti dedicati alla salute mentale. I dati raccolti e le stime elaborate nel modello presentano qualche limite in relazione con alcune assunzioni metodologiche derivanti dalla mancata disponibilità di alcuni dati, da semplificazioni di processo, da stime di calcolo e sono altresì legati alla numerosità dei Centri rispondenti al questionario.

Inoltre, la ricerca prende in considerazione soltanto alcuni aspetti del percorso di cura e assistenza nell'ambito dei disturbi mentali. A titolo esemplificativo e non esaustivo, il Progetto si pone un particolare focus esclusivamente su quattro specifiche tipologie di disturbi mentali e non comprende l'analisi dei percorsi di cura ed assistenza dei minori con disturbi mentali. Il documento rappresenta un contributo di natura divulgativa ed è da considerarsi un importante punto di partenza che potrà essere arricchito grazie ad un confronto e ad un dibattito costruttivo con tutti gli stakeholder coinvolti e con le Istituzioni preposte.

Con il patrocinio di



SIP
Società Italiana di Psichiatria



SOPSI
Società Italiana di Psicopatologia



SIMG
SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA GENERALE E DELLE CURE PRIMARIE

SIMG
Società Italiana di Medicina Generale e delle cure primarie



Fondazione ONDA



Progetto ITACA

“There is no health
without mental health”

**Dr. David Satcher,
U.S. Surgeon General
(1998-2002)**

3. Contesto di riferimento



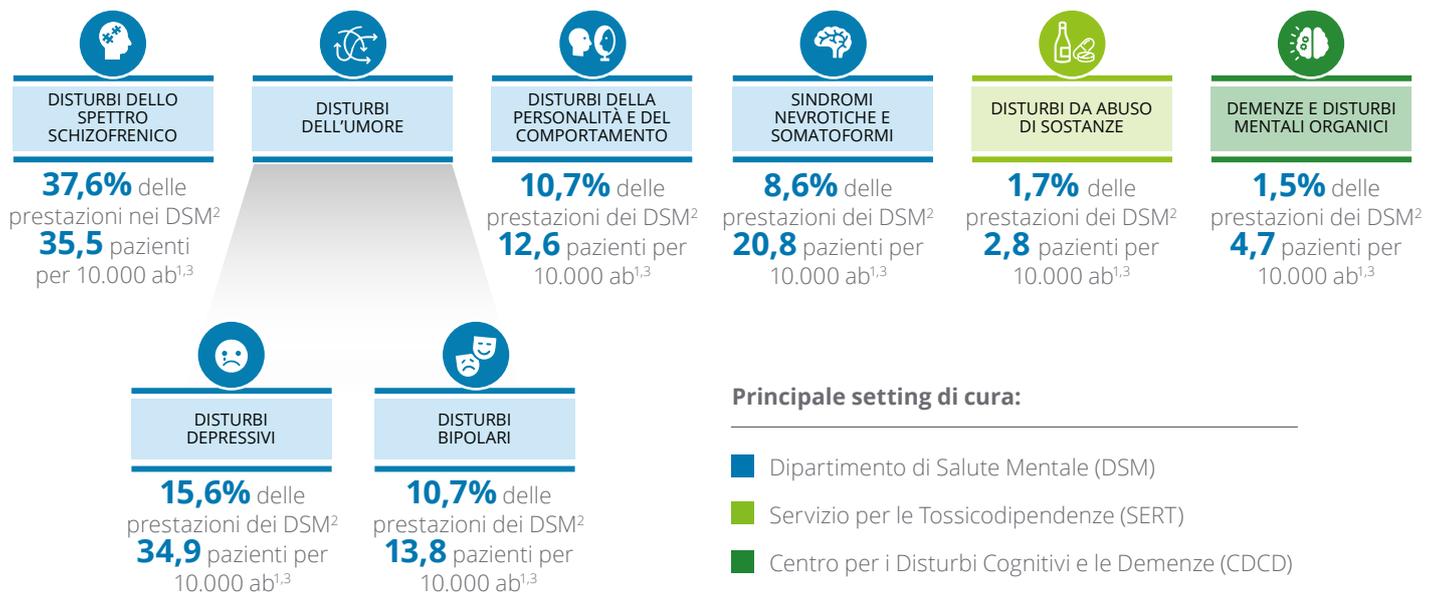
3.1 I disturbi mentali: definizioni e peculiarità dei diversi gruppi diagnostici

In psichiatria, il disturbo mentale è inteso come una sindrome caratterizzata da alterazioni significative del pensiero, della regolazione delle emozioni o del comportamento di un individuo. I disturbi mentali sono spesso accompagnati da difficoltà e criticità nella gestione delle attività sociali, relazionali e occupazionali (4). L'ultima edizione del DSM (Diagnostic

and Statistical Manual of Mental Disorders) pubblicata nel 2022, il **DSM-5-TR** (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision*) (5), classifica i disturbi mentali in categorie diagnostiche sulla base della descrizione dei sintomi e del decorso della sindrome. L'undicesima edizione dell'ICD (*International Classification of Disease*) (6), pubblicata

dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2019, usa categorie diagnostiche simili a quelle del DSM-5-TR, il che riflette un processo di uniformità e standardizzazione della diagnosi dei disturbi mentali a livello mondiale. A partire dalla classificazione ICD-11, il Ministero della Salute e le Regioni hanno semplificato i gruppi diagnostici come mostrato in Figura 1.

Figura 1. Classificazione dei disturbi mentali secondo le linee guida dell'ICD-11.



¹ab = abitanti

²Percentuale delle prestazioni erogate nel 2021 dai Dipartimenti di Salute Mentale per ciascun gruppo di diagnosi

³Prevalenza utenti trattati, ovvero numero di pazienti con almeno un contatto nel 2021 con le strutture dei Dipartimenti di Salute Mentale (tassi standardizzati per 10.000 abitanti)

Fonti: MdS - Rapporto salute mentale (2021); MdS - Definizione dei percorsi di cura da attivare nei dipartimenti di salute mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità (2014)

In particolare, l'analisi del Progetto MORE si è focalizzata sui disturbi mentali oggetto delle linee guida nazionali con prevalenza maggiore di casi trattati nei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), ovvero disturbi dello spettro schizofrenico, disturbi depressivi, disturbi bipolari e disturbi della personalità e del comportamento. (6)



Disturbi dello spettro schizofrenico

La schizofrenia e altri disturbi psicotici, come il disturbo psicotico breve, il disturbo delirante, il disturbo schizoaffettivo, il disturbo schizofreniforme e il disturbo schizotipico di personalità, sono caratterizzati prevalentemente da sintomi psicotici e spesso da sintomi negativi e disfunzioni cognitive. I sintomi psicotici comprendono deliri, allucinazioni e disorganizzazione del pensiero, del linguaggio e del comportamento. Le disfunzioni cognitive in questi disturbi coinvolgono l'attenzione, le funzioni esecutive, la memoria e la cognizione sociale. (5)

Secondo i dati rilevati attraverso il Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM) riferiti all'anno 2021 con una prevalenza di 35,5 utenti ogni 10.000 abitanti, i disturbi dello spettro schizofrenico sono quelli più trattati all'interno delle strutture dei Dipartimenti di Salute Mentale e che coprono la maggior parte delle prestazioni erogate da tali strutture (quasi il 40%) (7).



Disturbi depressivi

I disturbi depressivi sono caratterizzati tipicamente da sintomi riferiti all'umore del paziente che determinano un netto e duraturo scadimento del funzionamento personale, sociale e lavorativo. Sintomi quali sentimenti di estrema tristezza e inutilità, insieme a un ridotto interesse per le attività che in precedenza erano considerate piacevoli sono tra i più comuni. Le diagnosi più frequenti e con maggiore impatto sono il disturbo depressivo maggiore, il disturbo depressivo persistente (distimia) e il disturbo disforico premestruale, che è più grave della sindrome premestruale più conosciuta (5).

Il disturbo depressivo maggiore (o MDD, major depressive disorder) è un disturbo psichiatrico debilitante caratterizzato dalla presenza di almeno un episodio depressivo della durata minima di due settimane. Si presenta di solito con un significativo calo del tono dell'umore, una riduzione di interessi e di attività piacevoli, cambiamenti nel contenuto del pensiero e alterazioni della cognizione, e con alterazioni del sonno e dell'appetito (8). Nel caso in cui i pazienti affetti da depressione maggiore non rispondono ad almeno due antidepressivi diversi, si parla di Depressione Resistente al Trattamento (o TRD, treatment-resistant depression). In particolare, i pazienti che presentano una prima ricaduta dovuta al fallimento terapeutico rappresentano rispettivamente circa il 40% dei pazienti affetti da depressione (9).

Secondo il Rapporto SISM 2022 (dati 2021), con una prevalenza di 34,9 utenti ogni 10.000 abitanti, i disturbi depressivi sono secondi in termini di numero di utenti trattati all'interno delle strutture dei Dipartimenti di Salute Mentale e il tasso degli utenti di sesso femminile è più del doppio rispetto a quello del sesso maschile (43,5 per 10.000 abitanti nelle donne e 25,6 per 10.000 abitanti negli uomini). Oltre il 15% delle prestazioni delle strutture dei DSM vengono erogate per l'assistenza e la cura ai pazienti che soffrono di disturbi depressivi (7).



Disturbi bipolari

Il disturbo bipolare viene così definito perché comprende due estremi, o "poli", dei disturbi dell'umore: la depressione e la mania. Il disturbo bipolare comporta un'alternanza tra episodi di depressione e stati d'animo di intensa euforia, definiti "mania" o, nei casi meno gravi, "ipomania". Nell'ultima edizione del DSM (DSM-5-TR) i criteri per gli episodi maniacali e ipomaniacali includono una maggiore attenzione ai cambiamenti nei livelli di energia e attività, nonché ai cambiamenti di umore (5).

Secondo il Rapporto SISM 2022 (dati 2021), per i disturbi bipolari è stata rilevata una prevalenza di 13,8 utenti trattati nei DSM ogni 10.000 abitanti e una percentuale di prestazioni erogate maggiore del 10% (7).



Disturbi della personalità e del comportamento

I disturbi della personalità sono caratterizzati da un modello persistente di pensiero, percezione e comportamento disadattivo che causa un disagio significativo o una compromissione funzionale. I disturbi della personalità compaiono quando tali tratti si estrinsecano a tal punto da compromettere il funzionamento sociale e lavorativo (5).

Secondo il Rapporto SISM 2022 (dati 2021), per i disturbi della personalità e del comportamento è stata rilevata una prevalenza di 12,6 utenti trattati per 10.000 abitanti e una percentuale di prestazioni erogate maggiore del 10% (7).

I disturbi mentali appena introdotti non colpiscono solo gli adulti: in quasi il 70% dei casi insorgono in età adolescenziale e giovanile. (10) Con la pandemia COVID-19, la situazione è peggiorata ulteriormente. Per citare un esempio, la Società italiana di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (SINPIA) ha rilevato che soltanto nella prima metà del 2021 i ricoveri negli ospedali di bambini e adolescenti per disturbi psichiatrici avevano superato il totale del 2019. Tuttavia, vi è una profonda carenza nelle strutture, con 395 posti letto nei reparti di **Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza (NPIA)** su tutto il territorio nazionale a fronte di un fabbisogno di almeno 700, e nel personale neuropsichiatrico specializzato nella cura (11).

3.2 Dalle indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità al contesto nazionale

Secondo lo studio *"Global Burden of Disease"*, una persona su dieci a livello globale, cioè 792 milioni di persone, soffre di uno dei disturbi mentali più comuni, ovvero depressione, ansia, disturbo bipolare, disturbi alimentari, schizofrenia (12). Si stima, inoltre, che la pandemia COVID-19 abbia incrementato di oltre il 25% i disturbi mentali (13).

Il peso economico globale dei disturbi mentali, misurato in anni di vita persi per disabilità e mortalità, rappresenta un problema da non sottovalutare. Secondo i dati dell'OCSE (Organisation for Economic Co-operation and Development), i costi economici della malattia mentale sono equivalenti a oltre il 4% del PIL dei paesi OCSE. In particolare, l'Italia si colloca fra gli ultimi posti in Europa per quota di spesa sanitaria dedicata alla salute mentale, destinandovi circa il 3,4% mentre i principali Paesi ad alto reddito (es. UK, Germania,

Norvegia e Francia) dedicano alla salute mentale più del 10% della spesa sanitaria complessiva (14). Seppur il metodo di calcolo dell'indicatore sconta una diversa rendicontazione della spesa sanitaria da Paese a Paese e pur essendoci Nazioni che allocano una percentuale di spesa sanitaria minore rispetto l'Italia, i servizi offerti, le competenze dei professionisti ed i finanziamenti potrebbero continuare a non essere sufficienti, generando così la mancanza di una risposta strutturata ed efficace da parte delle istituzioni pubbliche.

Con lo scopo di denunciare una situazione drammatica, nel gennaio 2023 più di 90 Direttori dei Dipartimenti di Salute Mentale hanno redatto una "lettera-appello" inviata al Presidente della Repubblica. Lo scopo di questa iniziativa è stato quello di chiedere alle istituzioni di avviare un percorso concreto vincolando risorse definite per i servizi pubblici dei DSM,

consentendo alle Regioni di attuare fin dal 2023 un piano straordinario di assunzioni, secondo gli standard per l'assistenza territoriale dei servizi di salute mentale definiti dall'AGENAS. Si tratta di destinare, al massimo in un triennio, oltre 2 miliardi al fine di raggiungere l'obiettivo minimo del 5% del fondo sanitario (15).

Tale scenario mette in luce l'importanza di ottimizzare la gestione delle risorse attuali del SSN e di progettare politiche future, al fine di rispondere ai bisogni insoddisfatti dei pazienti con disturbi mentali. A tale scopo, risulta fondamentale analizzare lo stato dell'arte riguardo assistenza e cura dei pazienti, monitorare i Piani di azione posti in essere dalle diverse regioni, misurare le risorse disponibili e stimare eventuali gap e aree di potenziamento e di investimento per il futuro.

3.3 Gli impatti organizzativi, economici e sociosanitari dei disturbi mentali

Nel 1992 la Federazione Mondiale per la Salute Mentale (WFMH) e l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), hanno istituito la Giornata mondiale della salute mentale (*World Mental Health Day*), che si celebra il 10 ottobre di ogni anno (16). La ricorrenza è volta a promuovere la conoscenza e la consapevolezza dei problemi di salute mentale e mobilitare gli sforzi a sostegno tramite iniziative informative e di sensibilizzazione della popolazione riguardo l'importanza di una diagnosi tempestiva e di un migliore accesso alle cure.

L'OMS classifica la depressione tra le principali cause di disabilità e prevede che nel 2030 la depressione sarà la prima

malattia più invalidante al mondo (17). Secondo il *Global Burden of Disease 2019* (12), uno studio pubblicato da Lancet che analizza i trend epidemiologici globali, i disturbi mentali, insieme ai neurologici e a quelli da uso di sostanze psicoattive, sono stati responsabili di più del 14% del totale degli anni di vita persi per malattia, disabilità o morte prematura (indicati nello studio come DALYs, ovvero Disability-Adjusted Life Years).

In aggiunta, i disturbi mentali possono essere fortemente invalidanti in termini psicosociali, impattando negativamente sulla sfera lavorativa e generando conseguenze a livello sistemico. Anche prima della pandemia COVID-19, che ha

avuto un impatto evidente sulla salute mentale della popolazione globale, in Europa il contesto risultava preoccupante: si stima che 84 milioni di persone (1 persona su 6) soffrissero di disturbi mentali e che 165.000 morti all'anno fossero dovute a malattie mentali o suicidio, posizionando così le condizioni di salute mentale al quinto posto tra le più comuni e al secondo posto tra le malattie non trasmissibili più invalidanti, rappresentando il 15% del carico di disabilità europeo (18). In Italia, il costo sociale di un disturbo mentale (ad es. depressione) calcolato come ore lavorative perse, risultava pari a 4 miliardi di euro l'anno. In particolare, le persone che soffrono di depressione perdono in media 42 giorni lavorativi

all'anno, a cui vanno aggiunti quelli persi da parte dei caregiver (19).

I disturbi mentali sono associati inoltre ad un tema sociosanitario significativo e drammatico, ovvero il suicidio. Come sottolineato dall'OMS, il legame tra suicidio e disturbi mentali nei Paesi ad alto reddito è ben noto. (20) In Italia, l'attualità e la gravità del tema dei suicidi e dei tentativi di suicidio è stata ribadita nel Piano

sanitario nazionale 2011-2013 che li ha inclusi nelle aree di bisogno prioritarie nell'ambito delle azioni programmatiche da attuare a tutela della salute mentale della popolazione. Nonostante la prevenzione del suicidio sia un tema discusso nelle politiche odierne sulla salute mentale, in Italia dal 2017 ad oggi non sono reperibili dati statistici ufficiali sui suicidi associati ai disturbi mentali (21). Come riportato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), uno

dei fattori protettivi più influenti per ridurre i suicidi è l'attivazione di programmi di rafforzamento della comunità, come ad esempio l'organizzazione di campagne informative e iniziative di sensibilizzazione volte a ridurre lo stigma (22). La carenza di informazioni sui disturbi mentali e lo stigma contribuiscono inoltre ad un ritardo nella diagnosi e nell'invio dei pazienti ai servizi territoriali specializzati (23).



3.4 Il potenziamento dell'assistenza territoriale nella salute mentale

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) ha posto una particolare attenzione sullo sviluppo di un modello organizzativo del Servizio Sanitario Nazionale che miri a una sanità più vicina alle persone attraverso il potenziamento dell'assistenza territoriale. La riorganizzazione dell'assistenza territoriale è avvenuta tramite la definizione di modelli e standard espressa dal Decreto Ministeriale (DM) 77/2022. In tal senso, è intervenuto a sostegno del DM 77 il provvedimento sui fabbisogni di personale pubblicato dall'Intesa Stato-Regioni del 21/12/2022 (24), che comprende tra gli allegati un documento relativo agli standard per l'assistenza territoriale dei servizi salute mentale per gli adulti, le dipendenze patologiche, la neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e la salute in carcere.

Secondo il documento dell'Intesa, l'assistenza in materia di salute mentale viene assicurata dall'insieme dei servizi territoriali sanitari e sociosanitari che devono essere presenti sul territorio nazionale e garantiscono quattro principali livelli di assistenza:

Livello di consultazione ed assistenza primaria: garantito all'interno delle Case di Comunità in stretta collaborazione con i Medici di Medicina Generale (MMG) tramite un'attività di individuazione precoce e il referral presso strutture del DSM (es. Centri) idonee alla cura ed assistenza del paziente;

Livello di presa in carico per episodio di cura o per progetti terapeutico-riabilitativi individualizzati a lungo termine: assicurato dai Centri di salute Mentale (CSM);

Livello di assistenza specialistica in ambito ospedaliero o residenziale: garantito prevalentemente dai Servizi ospedalieri di Diagnosi e Cura (SPDC), dalle strutture residenziali (SR) e dalle strutture semiresidenziali (Centri Diurni o CD);

Livello delle reti specialistiche di Area Vasta, regionali o interregionali: assicurato da servizi sovra zonali per i Disturbi dell'alimentazione e della Nutrizione, e dalle Residenze per la Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS).

Alla luce di quanto riportato, si evince la volontà da parte delle Istituzioni di promuovere maggiormente nell'ambito della salute mentale un nuovo modello organizzativo per lo sviluppo dell'assistenza sanitaria territoriale, basata sul rafforzamento della prevenzione. Lo sviluppo della territorialità permette un approccio integrato tra servizi ospedalieri, servizi sanitari locali e servizi sociali, razionalizzando in questo modo il ricorso alle cure ospedaliere e massimizzando la qualità nelle prestazioni sanitarie, la sicurezza delle cure e l'uso appropriato delle risorse.

Esistono poi bisogni psicosociali che richiedono progettualità specifiche e risorse dedicate nell'ambito della programmazione a livello distrettuale ed aziendale. In tale contesto, come enunciato nelle Linee Guida del Modello Organizzativo Gestionale Budget di Salute (BdS) del 2022, la mission del SSN è quella di puntare a *"favorire l'integrazione tra il sistema di cura e il sistema di comunità nel campo della salute mentale"*. Tra gli elementi attuativi del documento, vengono incentivate le co-programmazioni tra aziende sanitarie ed enti locali con il coinvolgimento del Terzo Settore per *"l'individuazione dei bisogni da soddisfare, degli interventi da attuare e delle modalità per la loro realizzazione"* (25). Per dare una risposta efficace e appropriata riguardo i problemi connessi l'ambito della salute mentale, è di notevole importanza creare le condizioni strutturali per una integrazione delle politiche e delle risorse del sistema sanitario, sociosanitario e sociale.

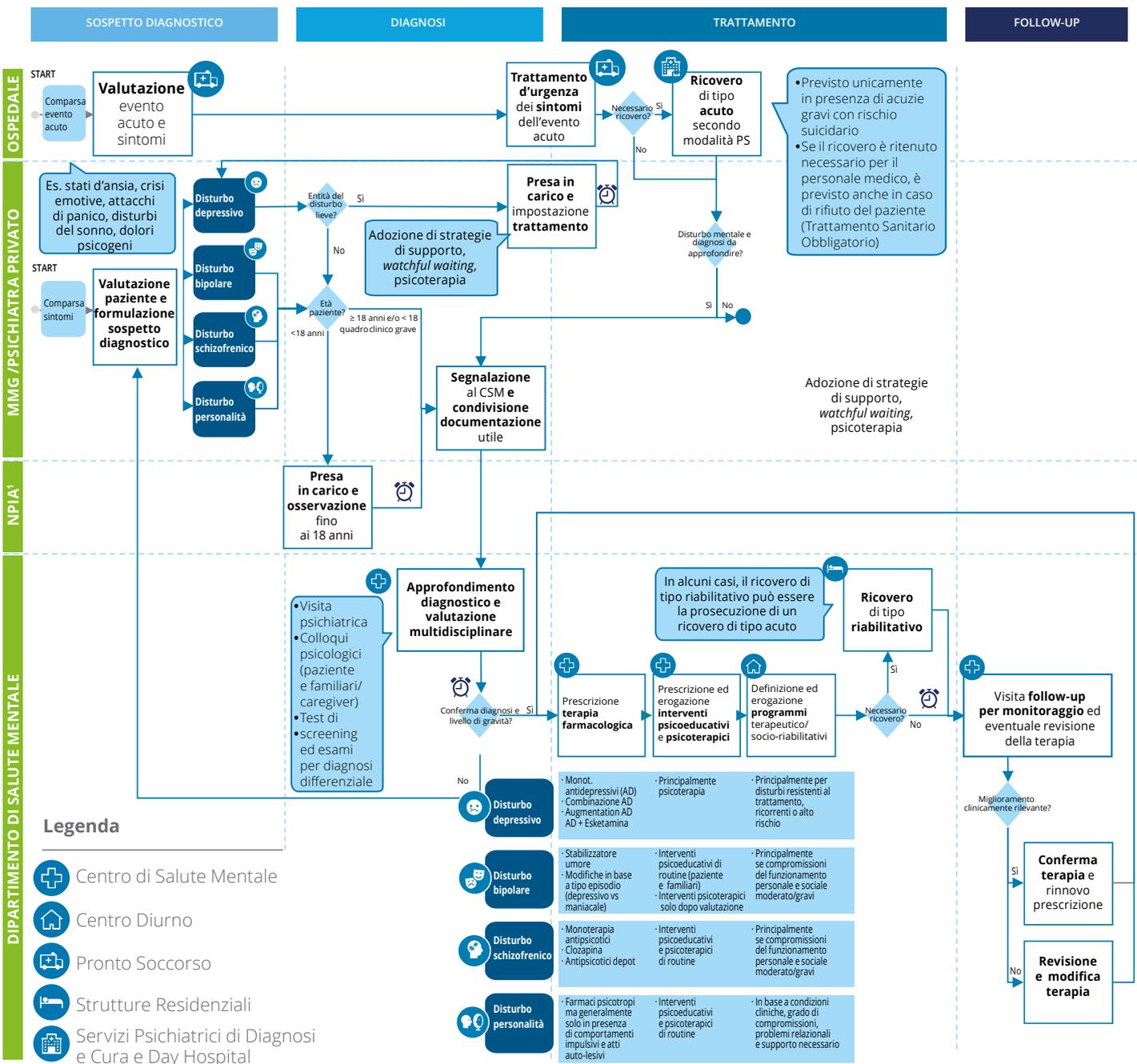
3.5 Il percorso di cura e assistenza dei pazienti con disturbi mentali

L'iter diagnostico-terapeutico e assistenziale dei pazienti con disturbi mentali si articola in diverse fasi, strutturate sulla base delle linee guida del MdS (26). Nell'ambito del Progetto MORE, il percorso di cura e assistenza dei pazienti affetti da disturbi

mentali è stato ricostruito e schematizzato in un diagramma di flusso con lo scopo di evidenziare i principali punti in comune e le specificità per ciascuno dei quattro disturbi mentali su cui si è focalizzato il Progetto. Il diagramma di flusso, illustrato in Figura 2,

non è completamente rappresentativo delle fasi che caratterizzano i percorsi di cura e assistenza dei pazienti affetti da tali disturbi mentali. In aggiunta, il diagramma non considera le eventuali differenze presenti nel percorso a livello regionale e locale.

Figura 2. Percorso di cura e assistenza dei pazienti affetti dai disturbi mentali (disturbi depressivi, disturbi bipolari, disturbi dello spettro schizofrenico, disturbi della personalità)



Fonti: 1) Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza; MdS - Definizione dei percorsi di cura da attivare nei dipartimenti di salute mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità (2014)

All'esordio dei sintomi, la persona potenzialmente affetta da un disturbo mentale si rivolge principalmente al Medico di Medicina Generale (MMG) o ad uno specialista privato che effettua una prima valutazione considerando la storia clinica personale e familiare, lo stato di salute e i sintomi manifestati.

Il percorso successivamente spesso si differenzia sulla base dei sintomi e del sospetto formulato dal MMG o dallo specialista:

- **Disturbi depressivi:** il primo inquadramento clinico e la formulazione del sospetto diagnostico sono effettuati dal MMG, il quale provvede alla gestione dei casi di minore gravità, garantendo supporto al paziente e monitorandone le condizioni cliniche (watchful waiting), eventualmente richiedendo una consulenza specialistica o suggerendo una psicoterapia. In presenza di casi di depressione maggiore moderata-grave, il MMG provvede alla segnalazione e all'invio presso il DSM di afferenza, attraverso un modello di collaborazione e consulenza per favorire l'assunzione in cura nel setting più appropriato.
- **Disturbi dello spettro schizofrenico e disturbi bipolari:** il MMG segnala i casi al DSM di afferenza del paziente, condividendo l'eventuale documentazione a supporto. Il servizio specialistico territoriale provvede alla gestione dei casi inviati per inquadramento diagnostico e trattamento, mantenendo un contatto con il MMG per seguire l'evoluzione della patologia e il contesto familiare.
- **Disturbi della personalità e del comportamento:** tali disturbi non sono caratterizzati da un vero e proprio esordio, bensì dal progressivo manifestarsi di caratteristiche disfunzionali a livello mentale, relazionale e sociale. Pertanto, non è sempre agevole riconoscere i sintomi in fase precoce.

Se quelli appena descritti rappresentano i percorsi nel caso di un esordio graduale e progressivo dei sintomi, è altresì vero che tali patologie possono manifestarsi improvvisamente e in condizioni di **emergenza-urgenza**. In questi casi il Pronto Soccorso diventa un ulteriore punto di accesso al percorso di assistenza

e cura in presenza di sintomi di tipo acuto (es. stati d'ansia, crisi emotive, attacchi di panico, disturbi del sonno, dolori psicogeni, condotte autolesive). La gestione dell'evento acuto da parte del Pronto Soccorso prevede un trattamento d'urgenza sulla base dei sintomi e, nei casi più gravi, un ricovero di tipo acuto. Se le condizioni del paziente richiedono un ricovero d'urgenza, in caso di rifiuto e di opposizione da parte del paziente è previsto un Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO). Dopo un accesso al Pronto Soccorso con sintomi acuti, solitamente è necessario un approfondimento della diagnosi e viene pertanto contattato il DSM di afferenza per segnalare il caso ed eventualmente condividere la documentazione clinica.

In presenza di un sospetto disturbo mentale, il paziente segnalato al DSM effettua una prima visita presso il Centro per l'approfondimento diagnostico. La diagnosi di un disturbo mentale può richiedere in alcuni casi più di una visita presso la struttura specialistica territoriale. Infatti, durante i primi contatti con il Centro, il paziente riceve una completa valutazione multidisciplinare e multiprofessionale del suo quadro clinico e psicosociale, che comprende: visite psichiatriche, colloqui psicologici al paziente e ai familiari/caregiver e, laddove necessari ulteriori approfondimenti, anche test ed esami strumentali per la diagnosi differenziale.

Al termine dell'iter diagnostico, il team multidisciplinare del Centro formula la diagnosi per lo specifico disturbo mentale e attiva per il paziente e i suoi familiari/caregiver interventi di natura multiprofessionale con il coinvolgimento non solo dello specialista psichiatrico, ma anche di altre figure quali psicologo, assistente sociale, terapeuta della riabilitazione, infermiere, sociologo e educatore. La tipologia di interventi varia a seconda dello specifico caso clinico e a seconda della tipologia di disturbo mentale diagnosticato ma, in generale, comprende la prescrizione di una terapia farmacologica adeguata alle condizioni del paziente e al disturbo diagnosticato. Diversamente, tali interventi non comprendono la prescrizione ed erogazione di interventi psicoterapeutici, psicoeducativi, abilitativi e riabilitativi e la definizione di programmi terapeutico/socioriabilitativi erogati presso i Centri

Diurni (CD) e le Strutture Residenziali (SR) del DSM. (59)

In alcuni casi di maggior gravità, il team multidisciplinare del Centro può valutare la necessità di un ricovero ospedaliero del paziente presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), ubicato all'interno delle strutture ospedaliere, oppure di un ricovero presso una delle Strutture Residenziali del DSM (CD o SR).

Impostata la terapia e gli interventi necessari per il paziente, periodicamente gli specialisti del Centro effettuano un monitoraggio delle condizioni cliniche e della risposta alla terapia mediante visite di controllo. Sulla base della risposta clinica del paziente, le terapie in corso, farmacologiche e non farmacologiche, vengono confermate o eventualmente rivalutate e modificate.

Pur non essendo il focus principale del presente elaborato, occorre sottolineare le criticità riscontrate nella gestione dei pazienti in fase adolescenziale e infantile nell'ambito del SSN. Una delle principali cause risulta essere la discontinuità nel percorso assistenziale che genera una netta separazione tra pazienti con meno di 18 anni e adulti. In Italia, la presa in carico e la gestione dei pazienti in età **infantile e adolescenziale** è più complessa rispetto all'area della salute mentale adulti, a causa di una netta divisione presente tra neuropsichiatria infantile e psichiatria (27). La complessità per tali pazienti è principalmente dovuta alla carenza di un modello univoco di presa in carico, non essendo ben definito ad oggi a quali strutture debbano afferire tali pazienti e come debbano afferirvi. Il reparto di **Neuropsichiatria Infantile e Adolescenziale (NPIA)**, rappresenta il servizio di riferimento per la diagnosi, la cura e la riabilitazione dei disturbi del neurosviluppo per i pazienti nella fascia di età 0-18 anni. Il reparto effettua valutazioni diagnostiche di natura neuropsichiatrica e psicologica a seguito di richiesta del medico curante del minore e, a seconda dei casi, eroga trattamenti terapeutico-riabilitativi come: colloqui psicologici e psichiatrici, riabilitazione logopedica e psicomotoria, terapia neuropsicofarmacologica, o interventi psicoeducativi di supporto ai minori e ai loro familiari. (26)

4. Progetto MORE: metodi e strumenti



Il Progetto MORE si è proposto di analizzare le principali criticità di tipo organizzativo e gestionale presenti lungo il percorso di cura e assistenza dei pazienti con disturbi mentali e, sotto la supervisione scientifica dell'Advisory Board, di fornire indicazioni preliminari alle Istituzioni per la futura programmazione delle risorse necessarie nell'ambito della salute mentale, evidenziando aree prioritarie di investimento.

A tal fine, l'approccio metodologico del Progetto, dettagliato nei paragrafi a seguire, ha previsto: i) la definizione di un **quadro di analisi** costituito dalle principali criticità individuate nell'assistenza dei pazienti con disturbi mentali e dalle relative grandezze qualitative e quantitative di misurazione; ii) la **raccolta dati** attraverso una ricerca su fonti pubbliche (i.e. articoli scientifici, database di dominio pubblico e siti web istituzionali) integrata mediante un

questionario sottoposto ai Centri di Salute Mentale (CSM) e ai Centri Psico Sociali (CPS) e i contributi dell'Advisory Board di Progetto; iii) la costruzione di un **modello quali quantitativo** in formato Excel per stimare l'attuale costo delle principali criticità individuate nell'assistenza dei pazienti con disturbi mentali e le risorse necessarie per rispondere a tali bisogni, considerando (o meno) un incremento della popolazione paziente in un orizzonte temporale di 3 anni.

4.1 La costruzione del quadro di analisi: le criticità e le relative grandezze oggetto dell'indagine

Al fine di valutare l'attuale costo delle principali criticità individuate nel percorso di assistenza ai pazienti con disturbi mentali e le risorse necessarie per rispondere a tali bisogni, in fase preliminare sono state identificate e validate di concerto con l'Advisory Board le principali criticità del percorso paziente e le relative grandezze associate a ciascuna criticità identificata. Tali grandezze, oggetto della rilevazione, costituiscono il quadro di analisi.

I principali passi per l'identificazione delle grandezze e per la definizione del quadro di analisi sono stati:

1. Identificazione delle principali criticità lungo il percorso del paziente:

dopo aver ricostruito il percorso dei pazienti affetti da disturbi mentali ed aver individuato i principali elementi comuni e distintivi dei disturbi di interesse del Progetto (i.e. disturbi dello spettro schizofrenico, disturbi depressivi, disturbi bipolari e disturbi della personalità e del comportamento), sono state identificate le principali criticità e i bisogni insoddisfatti nell'assistenza ai relativi pazienti.

2. Individuazione grandezze quali quantitative di misurazione delle criticità:

a ciascuna criticità identificata sono state associate una o più grandezze quantitative che permettono di misurare e quantificare la criticità e di stimarne il costo all'interno del modello. Ad esempio, per valutare il grado di consapevolezza ed informazione dei pazienti e dei loro caregiver, sono state utilizzate come grandezze il numero delle principali campagne informative e iniziative di sensibilizzazione promosse e accreditate nel 2022 nell'ambito della salute mentale dal Ministero della Salute e dalle principali Associazioni di Pazienti o Fondazioni/Enti di riferimento (es. Progetto ITACA, Fondazione ONDA) a livello nazionale; analogamente, per valutare l'adeguatezza del numero di posti letto dedicati alle cure in urgenza e le difficoltà nella gestione dei pazienti, è stato considerato il numero complessivo di posti letto nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) sul territorio nazionale. Si precisa che, laddove non sia stato possibile risalire ad una grandezza quantitativa, la criticità non è stata esclusa dall'analisi ma è stata indagata qualitativamente all'interno del presente documento (a titolo esemplificativo: incremento della disoccupazione).

3. Definizione ipotesi di stima del peso economico e dei dati da reperire:

per ogni grandezza quantitativa rientrante nel modello è stato definito un calcolo per la stima del relativo peso economico e sono stati individuati i dati necessari (i.e. unità, costi) da reperire nella successiva fase di raccolta. Prendendo ad esempio la necessità di migliorare il grado di consapevolezza e informazione dei pazienti e dei loro caregiver, è stato stimato il costo relativo all'organizzazione di una campagna di sensibilizzazione e moltiplicato per il numero di campagne informative e iniziative di sensibilizzazione promosse nell'arco dell'anno 2022 per avere il costo stimato in un anno. Secondo la medesima logica, per i posti letto negli SPDC, è stato calcolato il costo medio annuo di un singolo posto letto e moltiplicato per il numero di posti letto presenti negli SPDC sul territorio nazionale.

4.2 Le modalità di raccolta dati per le grandezze

A partire dalle ipotesi di stima per ciascuna grandezza e dai dati da reperire, è stata avviata la fase di raccolta **dati**, in termini di grandezze e costi associati. I dati sono stati raccolti mediante le seguenti modalità:

1. Ricerca ed analisi da fonti pubbliche

Dopo aver definito il quadro di analisi, è stata effettuata una prima ricerca su articoli scientifici, database di dominio pubblico e siti web istituzionali per comprendere la disponibilità dei dati ed il loro livello di aggiornamento. La ricerca da fonti pubbliche è stata inoltre integrata grazie alle indicazioni e alle informazioni raccolte da parte dell'Advisory Board. A titolo esemplificativo e non esaustivo, alcune fonti consultate sono state i Rapporti SISM del Ministero della Salute (MdS), OECD, ISTAT, ISTISAN - ISS. Per il dettaglio delle fonti pubbliche utilizzate per ogni grandezza, si rimanda al paragrafo "8.1 Le referenze delle grandezze presenti nel modello quali quantitativo" nel Capitolo Appendice.

2. Questionario

Per alcune grandezze del quadro di analisi, a causa dell'**indisponibilità e/o non esaustività¹ dei dati pubblici** si è reso necessario adottare uno strumento di raccolta alternativo. Dopo aver analizzato le grandezze ed i possibili target a cui rivolgere la raccolta insieme all'Advisory Board, è stato deciso di avviare una raccolta dati mediante un **questionario anonimo accessibile online**, su base volontaria, e rivolto ai responsabili medici dei **Centri di Salute Mentale e Centri Psico Sociali** presenti sul territorio nazionale.

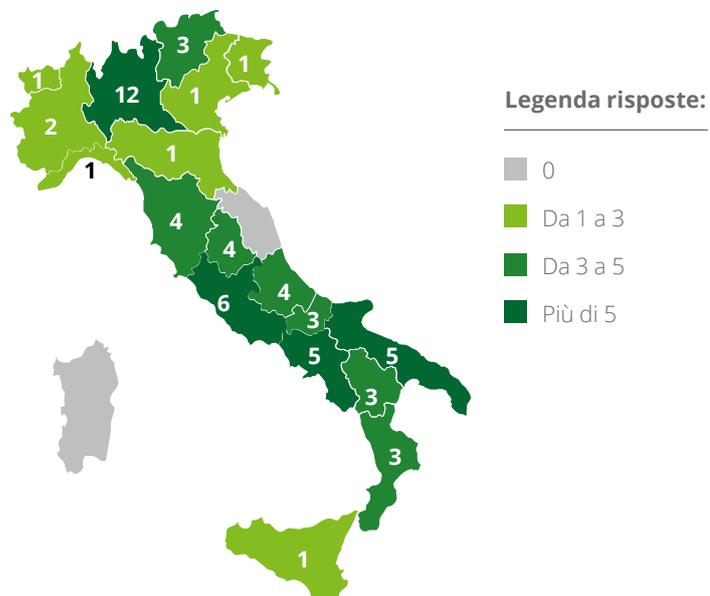
I Centri destinatari del questionario sono stati individuati grazie ad una mappatura realizzata da Deloitte a partire dall'**Anagrafe dei Dipartimenti di Salute Mentale** del Ministero della Salute, che ha permesso di identificare preliminarmente

i Dipartimenti presenti sul territorio italiano (140 DSM), ed integrata mediante una ricerca e mappatura puntuale dei Centri afferenti ad ogni DSM tramite la consultazione dei siti web regionali e dei singoli Centri. Il processo di identificazione dei Centri a livello nazionale ha portato alla creazione di un database aggiornato sulla base delle informazioni ad oggi pubblicamente disponibili. La mappatura ha permesso di identificare **681 Centri**, che rappresentano **più del 60%** del numero di strutture psichiatriche territoriali attive mappate secondo il Rapporto SISM 2022 (**1.112 Centri**) (7). Tale differenza tra i due valori può essere dovuta a diversi fattori (es. limitato aggiornamento delle informazioni nei siti web dei Dipartimenti e/o dei Centri, conteggio di strutture non più attive e/o accorpate ad altre). Ai fini dell'analisi dei dati raccolti tramite il questionario si precisa che, a partire dalla mappatura sopra riportata, il numero dei Centri su cui sono state riportate le risposte ottenute è stato aggiustato rimuovendo dal conteggio dapprima i contatti e-mail doppi e per cui non è stata possibile la ricezione dell'e-mail (es. formato PEC, indirizzo non più esistente). In seguito, sulla base delle informazioni raccolte attraverso un'attività di contatto telefonico con Centri, sono stati esclusi dal conteggio anche i Centri chiusi/trasferiti

e i Centri con uno stesso responsabile per i quali era sufficiente un'unica compilazione. Al netto di tali aggiustamenti, a fronte dei 681 Centri di partenza, sono stati identificati **309 possibili Centri rispondenti**. Il questionario è stato inoltre condiviso anche con 140 Direttori dei Dipartimenti di Salute Mentale, i cui contatti sono stati recuperati dalla Lettera di Appello dei DSM del gennaio 2023 (15) e tramite ricerca desk, per agevolare la condivisione con i responsabili medici dei relativi Centri. Composto principalmente da domande a risposta chiusa e con la possibilità di raccogliere anche dati più qualitativi e di natura descrittiva, il questionario è stato lanciato in una **prima versione integrale** (di 27 domande) nel mese di **Dicembre 2022** ed è stato successivamente rilanciato in una **versione ridotta** (di 13 domande) nel **Febbraio 2023**. In aggiunta, è stata effettuata un'estensiva attività di recall al fine di stimolare la compilazione da parte dei Centri, sebbene, da tale attività, sia emersa una difficoltà nel dedicare tempo e risorse umane alla compilazione del questionario. Come risultato, è stato raccolto un totale di **60 risposte**, con un tasso di rispondenza di **circa il 20%**.

In Figura 3 è illustrata la distribuzione del numero di risposte a livello regionale.

Figura 3. Distribuzione delle risposte al questionario sul territorio nazionale.



¹ Con tale dicitura, si intendono i dati disponibili incompleti, non aggiornati e/o ad un livello di aggregazione non appropriato ai fini dell'analisi.

In Figura 4 è riportata una prima elaborazione dei dati raccolti che mostra il dettaglio del numero dei pazienti gestiti presso i Centri, con uno spaccato sui quattro disturbi analizzati.

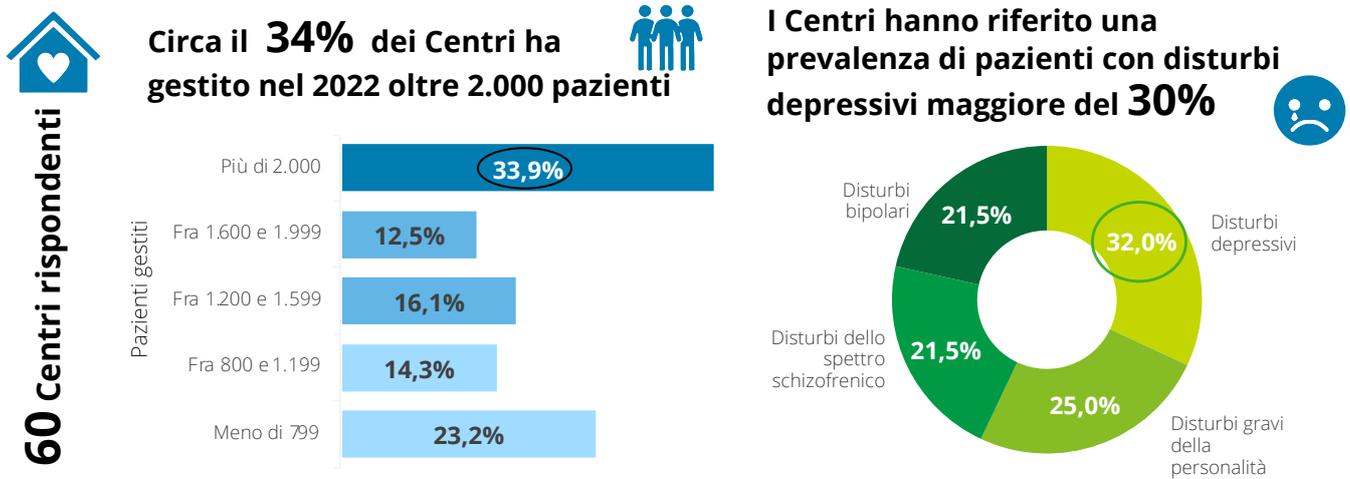
Si precisa che il questionario non vuole essere una mappatura dei servizi e dei Centri esistenti su scala nazionale ma è stato ideato con l'obiettivo di integrare i dati che non è stato possibile raccogliere attraverso la consultazione delle fonti pubbliche. Infine, esso è rappresentativo dei soli Centri che hanno deciso di partecipare all'indagine. Per gli altri risultati relativi al questionario, si rimanda al Capitolo 8 Appendice.

3. Contributi dell'Advisory Board

Infine, come ultima modalità di raccolta dati, nel corso del Progetto, sono stati previsti momenti di confronto plenari ed individuali con tutti gli esperti dell'Advisory Board. Questi sono stati fondamentali sia per integrare ulteriori dati grazie ai contributi da parte degli esperti, sia per analizzare e contestualizzare meglio quanto già raccolto tramite ricerca da fonti pubbliche e questionario.

Alla luce della metodologia di raccolta dati sopra descritta, le evidenze riportate nei successivi capitoli di questo documento sono da intendersi quindi come una rappresentazione indicativa ma non esaustiva del contesto nazionale che si prestano quindi ad essere ulteriormente arricchite da ulteriori studi a livello nazionale e/o regionale.

Figura 4. Elaborazione dei dati raccolti dal questionario ai Centri, con un dettaglio sul numero di pazienti gestiti dai Centri e un focus sui quattro disturbi analizzati.



4.3 Gli scenari del modello quali quantitativo

Al termine della raccolta e dell'analisi dei dati ottenuti tramite la ricerca da fonti pubbliche e da questionario, le grandezze selezionate sono state inserite nel modello quali quantitativo, organizzato secondo **quattro tipologie di scenario**:

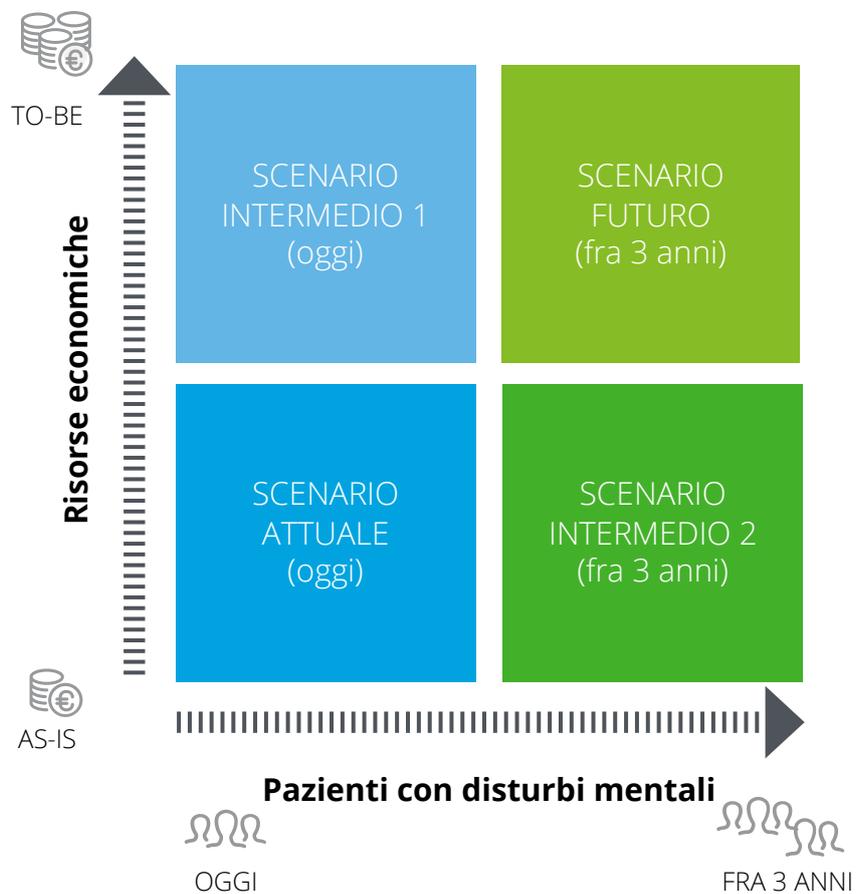
Scenario Attuale: Lo scenario stima ad oggi il peso economico delle criticità identificate nella gestione dei pazienti con disturbi mentali considerando l'attuale popolazione paziente. Per come è stato definito, lo scenario non prevede alcuna variazione per nessuna grandezza considerata.

Scenario Intermedio 1: Lo scenario stima le risorse economiche necessarie, ad oggi, per rispondere alle criticità e ai bisogni insoddisfatti rilevati lungo l'attuale percorso paziente e considerando una popolazione paziente costante. Nello specifico, tale scenario prevede quindi un incremento di risorse rispetto allo scenario attuale, senza prevedere però un incremento della popolazione paziente. La variazione degli investimenti per rispondere alle principali criticità di tipo organizzativo e gestionale non è uniforme per tutte le grandezze, ma risponde ad una priorità di investimento definita sulla base delle indicazioni fornite dall'Advisory Board. Per il dettaglio, si rimanda al paragrafo "4.4 La metodologia adottata per i parametri del modello" del presente Capitolo.

Scenario Intermedio 2: Lo scenario stima il peso economico di specifiche criticità identificate considerando un incremento della popolazione paziente a 3 anni. Lo scenario prevede quindi un incremento della popolazione pazienti e non considera invece alcun incremento di risorse economiche. Per tale scenario, è stata stimata una percentuale di incremento della popolazione paziente fra 3 anni pari al 15%. Per il dettaglio, si rimanda al paragrafo "4.4 La metodologia adottata per i parametri del modello" del presente Capitolo.

Scenario Futuro: Lo scenario rappresenta la combinazione degli scenari intermedi 1 e 2. In tal senso, esso stima le risorse economiche necessarie per rispondere ai bisogni insoddisfatti individuati (sempre secondo la priorità di investimento definite grazie alle indicazioni e alla supervisione dell'Advisory Board – vedi paragrafo "4.4 La metodologia adottata per i parametri del modello") e per far fronte ad un incremento della popolazione paziente a 3 anni.

Figura 5. Descrizione della struttura del modello quali quantitativo e delle quattro tipologie di scenario.



4.4 La metodologia adottata per i parametri del modello

Come descritto in precedenza, il modello prevede differenti scenari che, a partire da quello attuale, ipotizzano possibili alternative da qui a 3 anni in base alla variazione di **due parametri principali**, ovvero i) **risorse economiche** e ii) **popolazione paziente**.

Risorse economiche

Fra le grandezze quantitative inserite all'interno del modello sono state, in un primo momento, identificate quelle su cui ipotizzare un investimento (i.e. personale medico e sociosanitario,

campagne informative, ecc.). In seguito, grazie alle indicazioni e alla supervisione dell'Advisory Board, è stata definita per ognuna di queste grandezze la priorità di investimento qualitativa secondo tre livelli: **Alta, Media e Bassa**. Successivamente alla definizione qualitativa dei livelli di priorità, sono state assegnate le percentuali di priorità di investimento rappresentative dell'indicazione qualitativa: ad esempio, per la priorità **"Alta"** è stato assegnato un **50%** di aumento delle risorse, per la **"Media"** un **30%** e per la **"Bassa"** un **10%**. Al fine di referenziare e raffinare il valore

percentuale assegnato alla priorità di investimento, è stata effettuata una ricerca di fonti pubbliche quali quantitative (es. articoli scientifici, database di dominio pubblico e siti web istituzionali). In Figura 6 sono riportate le criticità, le grandezze che le rappresentano nel modello e le relative priorità di investimento qualitative. Per i maggiori dettagli riguardanti la percentuale di priorità quantitativa di ciascuna grandezza e le fonti a supporto, si rimanda al paragrafo "8.2 Le priorità di investimento e le referenze delle relative percentuali" nel Capitolo di Appendice.

Figura 6. Elenco delle criticità e rispettive grandezze, con dettaglio sulla priorità di investimento qualitativa per ciascuna grandezza

Criticità	Grandezza	Priorità di investimento	Percentuale di priorità
1. Carenza di personale medico e sociosanitario	1.1 Personale medico e sociosanitario per la diagnosi e gestione del paziente operante presso le strutture dei DSM (ie. psichiatra, psicologo, tecnico riabilitazione psichiatrica, assistente sociale, educatore, OSS, sociologo, infermiere)	● ● ●	47,2%
2. Limitata awareness ed informazione dei pazienti, dei loro familiari e dei caregiver, difficoltà nell'intercettare tempestivamente la sintomatologia per indirizzarli al percorso più adeguato e mancanza di una standardizzazione dell'iter diagnostico	2.1 Numero medio annuale di campagne informative e iniziative di sensibilizzazione promosse nell'ambito della salute mentale dal Ministero della Salute e dalle principali Associazioni di pazienti	● ● ●	50%
	2.2 Numero medio annuale di corsi ECM di aggiornamento e formazione erogati ai Medici di Medicina Generale e agli psichiatri sui disturbi mentali	● ● ●	30%
	2.3 Numero medio annuale di esami diagnostici (es. test di laboratorio, imaging) prescritti dalle strutture dei DSM per la diagnosi differenziale dei disturbi mentali	● ● ●	10%
3. Adeguamento della spesa media di trattamento (farmacologico e non) dovuto all'aumento dei pazienti e alla necessità di rispondere ai bisogni terapeutici insoddisfatti, al fine di fornire una cura adeguata e personalizzata	3.1 Spesa lorda per trattamenti non farmacologici svolti a livello territoriale (es. psicoterapia, interventi psicoeducativi, interventi abilitativi, riabilitativi, di risocializzazione e di formazione lavorativa)	● ● ●	50%
	3.2 Spesa lorda farmaceutica complessiva annua per antidepressivi, antipsicotici e stabilizzatori dell'umore (litio) erogati in regime convenzionato e in distribuzione diretta	● ● ●	30%
4. Necessità di una presenza pervasiva sul territorio nazionale di strutture dedicate alla presa in carico, cura e riabilitazione dei pazienti con disturbi mentali (es. CSM/CPS, SPDC, CD, SR) in un'ottica di potenziamento dell'assistenza territoriale e dell'offerta sociosanitaria	4.1 Numero complessivo di Centri di Salute Mentale e Psico Sociali (ie. Centri) sul territorio nazionale	● ● ●	24%
	4.2 Numero complessivo di posti letto nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) sul territorio nazionale	● ● ●	36%
	4.3 Numero complessivo di Centri Diurni (CD) sul territorio nazionale	● ● ●	30%
	4.4 Numero complessivo di Strutture Residenziali (SR) sul territorio nazionale	● ● ●	13,1%
5. Utilizzo limitato di strumenti digitali per favorire una continuità assistenziale nel rapporto fra specialista del Centro e paziente	5.1 Numero medio annuale di visite erogate tramite strumenti di telemedicina	● ● ●	30%

Legenda priorità ● ● ● Bassa ● ● ● Media ● ● ● Alta

Nel modello, per ogni grandezza su cui è stato ipotizzato un investimento è stata valutata la possibile correlazione con le altre grandezze inserite nel modello e ne è stato definito l'impatto a livello qualitativo (i.e. Alto, Medio, Basso). Sebbene il modello simuli l'impatto dell'intervento di alcune grandezze rispetto ad altre, non è stato possibile valutare tutte le sfaccettature degli impatti (si rimanda al paragrafo 4.5 per le assunzioni e limiti del modello), la valorizzazione quantitativa dell'impatto qualitativo è stata assegnata attraverso la definizione di percentuali di variazione. A titolo esemplificativo, l'investimento nei corsi ECM di aggiornamento e formazione per MMG e psichiatri potrebbe ridurre il fenomeno degli accessi in urgenza al Pronto Soccorso, generando in tal modo una riduzione di costi (risparmio) per il sistema. Per i maggiori dettagli riguardanti l'impatto sulle altre grandezze, si rimanda al paragrafo "8.4 L'impatto sulle grandezze correlate" nel Capitolo di Appendice.

Popolazione paziente

Per lo scenario intermedio 2 e per

lo scenario futuro è stata stimata la **percentuale di incremento della popolazione paziente fra 3 anni**. L'incremento della popolazione (per tutti i disturbi considerati) a 3 anni è stato stimato al **15%**. Tale percentuale è stata elaborata a partire dai dati di prevalenza degli utenti trattati (dal 2015 al 2019), sui quali è stato calcolato un trend di crescita attraverso una funzione "forecast" in Excel. Sono stati esclusi volutamente dall'analisi i dati 2020-2021 per evitare un'eventuale distorsione nel forecast a causa dell'impatto della pandemia da COVID-19. In seguito, al fine di quantificare la stima dell'incremento, il dato ottenuto è stato rapportato alla prevalenza desumibile dal Rapporto SISM 2022 (7). L'incremento della popolazione non tiene conto del sommerso di pazienti che si stima essere **oltre il 5% dell'attuale popolazione italiana** che non accede ai servizi di cura (28).

Al fine di riflettere l'incremento della popolazione sul peso economico di ogni grandezza presente nel modello per lo scenario intermedio 2 e per quello futuro,

è stato calcolato il **costo medio/paziente per ciascuna grandezza** a partire dal relativo costo annuale (presente nello scenario attuale) e dai dati di prevalenza. Per ulteriori dettagli riguardo il calcolo del costo annuale delle grandezze nello scenario intermedio 2 e in quello futuro, si rimanda al paragrafo "8.5 La stima del costo annuale nello scenario intermedio 2 e in quello futuro" nel Capitolo di Appendice.

Analisi di sensitività

L'incertezza sulle percentuali riguardanti l'aumento quantitativo delle grandezze nel modello è stata valutata attraverso un'analisi di sensitività. Per analizzare gli scostamenti, sono stati riportati **due casi limite**: i) **Investimento massimo**, dove tutte le grandezze suscettibili di investimento sono state **umentate** secondo la **percentuale massima** prevista nel modello (i.e. 50%) e ii) **Investimento minimo**, dove tutte le grandezze suscettibili di investimento sono state **umentate** secondo la **percentuale minima** prevista nel modello (i.e. 10%).

4.5 Le assunzioni e i limiti del modello quali quantitativo

Il modello quali quantitativo vuole essere uno strumento utile per analizzare l'attuale costo delle principali criticità individuate nell'assistenza dei pazienti con disturbi mentali e le risorse necessarie per rispondere a tali bisogni, considerando (o meno) un incremento della popolazione paziente in un orizzonte temporale di 3 anni. Tuttavia, si precisa che il modello analizza solo alcuni aspetti quantitativi e costi associati e non è in grado di esaurire tutte le molteplici sfaccettature che compongono processi per loro natura complessi ed articolati. A tal riferimento, si precisa che:

- Il Progetto non rappresenta uno studio di *burden of disease* in quanto l'obiettivo principale è stato quello di analizzare solo alcune criticità legate al percorso di presa in carico e cura dei pazienti e stimarne i costi. Per tale motivo, esso non considera

costi indiretti ed altri costi associati ad elementi di tipo organizzativo, amministrativo e clinico che non sono stati considerati in questo Progetto (es. costi previdenziali, costo legato alla perdita di produttività, costo per ospedalizzazione, costi per la costruzione di nuove strutture, ecc.).

- Le stime di spesa considerano solo gli incrementi per rispondere ad alcune criticità e ad alcuni bisogni rilevati lungo il percorso di presa in carico e cura e si basano su di una prioritizzazione delle aree di intervento elaborata insieme agli esperti dell'Advisory Board. Si precisa quindi che i risultati ottenuti sono suscettibili di variazioni legate a possibili modifiche delle priorità di investimento che potrebbero essere necessarie in futuro.

- Il Progetto è limitato ai dati disponibili da fonti pubbliche al momento della ricerca ed è altresì legato ai numeri dei Centri rispondenti che hanno compilato il questionario su base anonima. A titolo esemplificativo, non è stato possibile includere nell'analisi flussi amministrativi e/o assistenziali (es. SDO, Database INPS, ecc.).

Sebbene il modello simuli anche l'impatto degli investimenti su alcune grandezze correlate (es. l'incremento del numero dei corsi ECM impatta sugli accessi in urgenza al PS), considerato che la valorizzazione puntuale di tutti gli impatti è di difficile stima in quanto legata a molteplici variabili, questo è stato valorizzato attraverso l'utilizzo di percentuali indicative. Per ulteriori dettagli, si rimanda al paragrafo "8.4 L'impatto sulle grandezze correlate" nel Capitolo di Appendice.

5. I RISULTATI E I MESSAGGI CHIAVE DEL PROGETTO MORE



5.1 Overview dei risultati

Il Progetto MORE, considerando solo i principali snodi e bisogni lungo il percorso di presa in carico e cura dei pazienti affetti da disturbi mentali, ha rilevato una spesa per la salute mentale di **4 Miliardi di euro**, in linea con quanto rilevato dai dati del Mds e Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica (CIPE) (29). In Figura 7, sono riportati i principali risultati e le stime di spesa del modello quali quantitativo per ciascuno scenario.

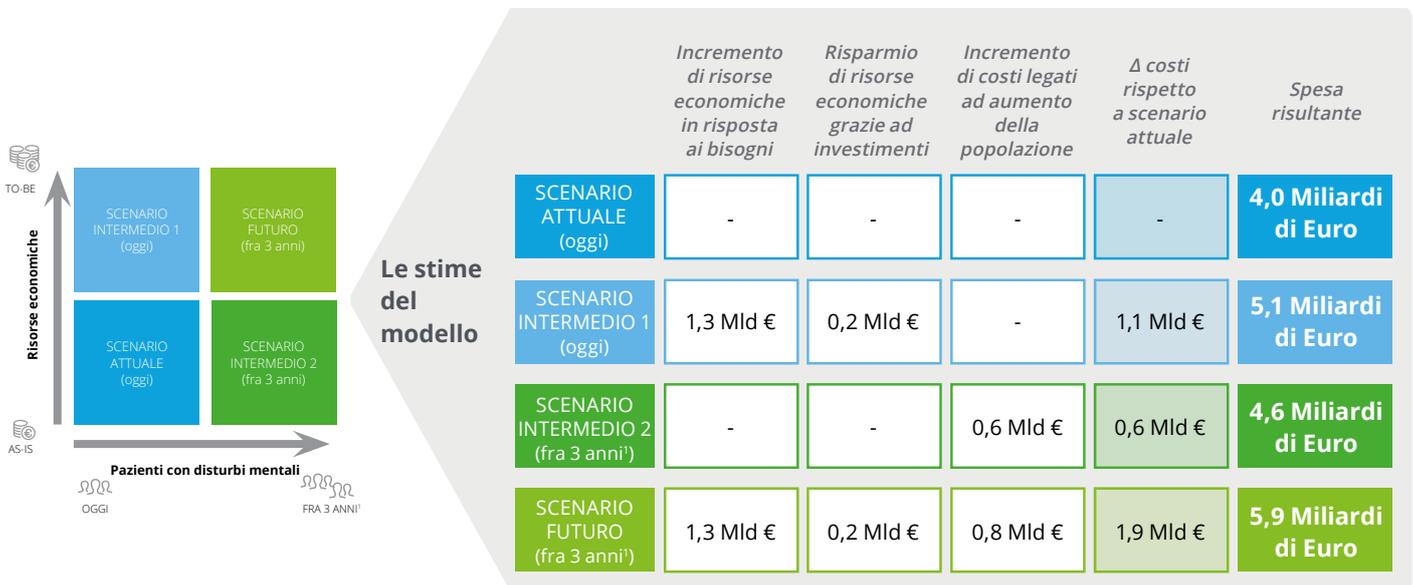
Dai risultati del modello, si evince la necessità di incrementare gli investimenti di **almeno 1,9 Mld** in futuro rispetto allo stato attuale per riuscire a colmare il gap di risorse in risposta solo ad alcune criticità

identificate (es. personale, campagne di sensibilizzazione, spesa per trattamenti, ecc.). Tale risultato è in linea con i numerosi interventi promossi dalla Società Italiana di Psichiatria (SIP) (30) e con la **lettera di appello del gennaio 2023**, in cui **91 Direttori** dei DSM hanno richiesto alle Istituzioni di «*destinare, al massimo in un triennio, oltre 2 miliardi aggiuntivi rispetto ai 4 miliardi di Euro attuali, al fine di raggiungere l'obiettivo minimo del 5% del fondo sanitario per la salute mentale*» (15).

Inoltre, considerando la stima di popolazione utilizzata nel Progetto MORE, gli investimenti necessari potrebbero in realtà essere ancora più ingenti. Difatti,

l'incremento della popolazione a tre anni nel modello è **stimato al 15%** considerando la prevalenza degli utenti trattati nei DSM rilevati nel Rapporto SISM del Ministero della Salute. Tale dato rappresenta una media dell'incremento della popolazione paziente per i quattro disturbi mentali considerati (i.e. disturbi depressivi, disturbi dello spettro schizofrenico, disturbi bipolari, disturbi della personalità e del comportamento) ed è possibile che la percentuale di crescita salga fino ad un massimo del 23%. Inoltre, la percentuale di incremento non tiene conto del sommerso di pazienti che si stima essere **oltre il 5% dell'attuale popolazione italiana** che non accede ai servizi di cura (28).

Figura 7. Sommario dei risultati del modello quali quantitativo, con un dettaglio sulle stime di spesa per ciascuno scenario



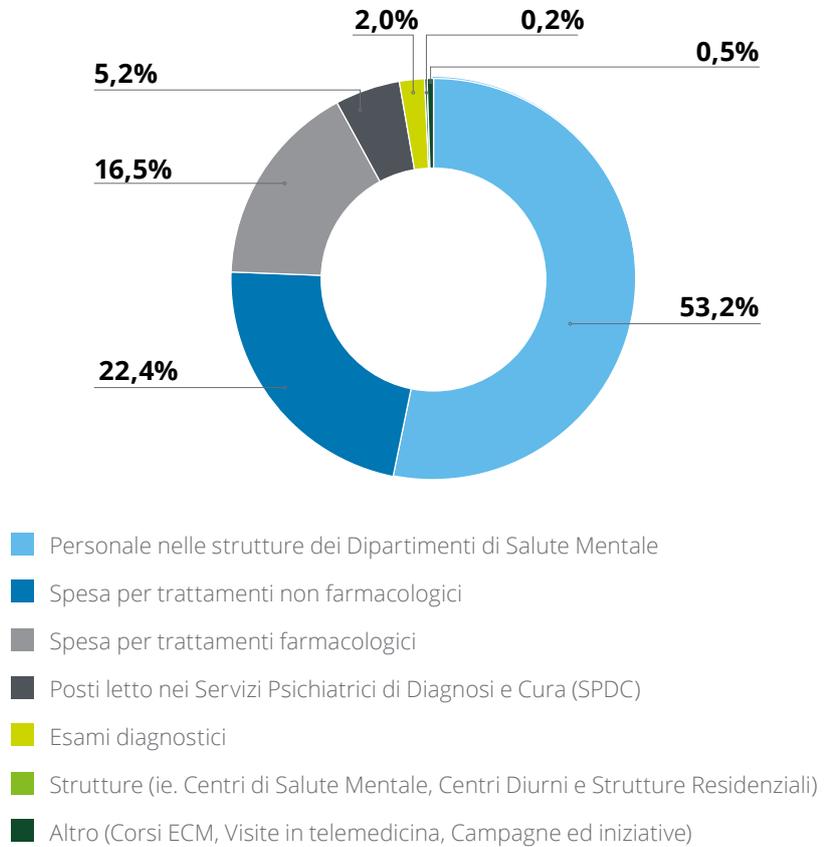
1) L'incremento della popolazione è stimato considerando i trend di prevalenza degli utenti trattati nei DSM rilevati nei Rapporti SISM del Mds ed è pari al 15%

Più nel dettaglio, la **ripartizione dell'investimento di 1,9 Miliardi di euro** stimata nello scenario futuro, in base alle priorità di investimento individuate, dovrà essere così dettagliata:

Secondo i dati dell'Organisation for Economic Co-operation and Development (OCSE), l'Italia si colloca fra gli ultimi posti in Europa per quota di spesa sanitaria dedicata alla salute mentale, destinandovi **circa il 3,4%** (31), rispetto ad altri Paesi ad alto reddito (es. UK, Germania, Norvegia e Francia) che hanno invece già adottato politiche di bilancio coerenti con le raccomandazioni della Lancet Commission sulla Salute Mentale Globale e lo Sviluppo Sostenibile, con una spesa dedicata **superiore al 10%** della spesa sanitaria complessiva (3). In Figura 9 vengono riportate le % di spesa sanitaria dedicata alla salute mentale nei diversi paesi europei ed il confronto con l'Italia, sia allo stato attuale che con l'investimento previsto dal Progetto MORE.

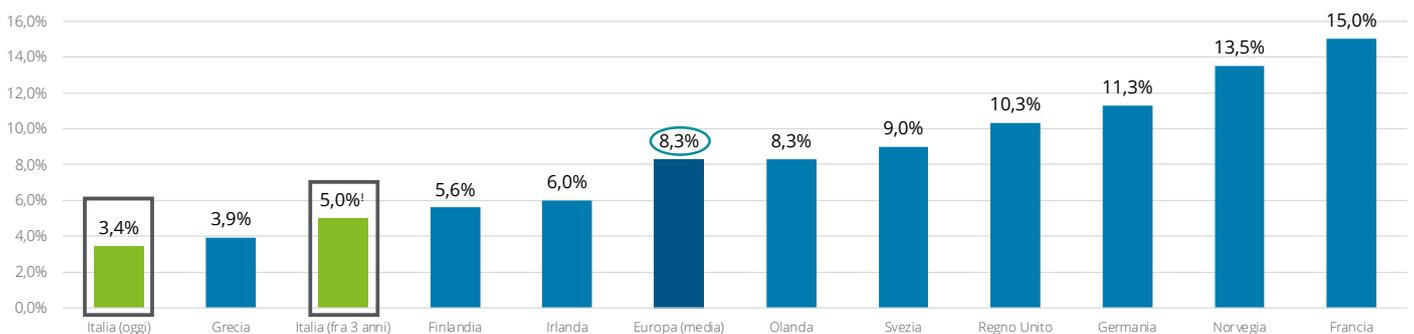
Un aumento delle risorse dedicate alla salute mentale in linea con quanto riportato nei risultati del presente studio, così come già precedentemente richiesto da Società Italiana di Psichiatria (SIP) (30) e dalla lettera di appello dei Direttori dei DSM, rappresenterebbe un primo importante passo nella giusta direzione per avvicinare l'Italia alla media Europea, portandola dal 3,4% al 5%.

Figura 8. Dettaglio sulla ripartizione dell'investimento totale stimato nello scenario futuro (1,9 Mld €)



L'investimento sul personale medico e sociosanitario operante presso i DSM rappresenta oltre il 50% dell'investimento complessivo stimato nello scenario futuro, seguito dalla spesa per trattamenti non farmacologici (22,4%) e la spesa per trattamenti farmacologici (16,5%). Un'altra voce di spesa prioritaria è costituita dalle campagne informative e di sensibilizzazione, per cui è stato stimato un investimento di circa 1 milione di Euro.

Figura 9. Percentuale della spesa sanitaria dedicata alla salute mentale da parte dei Paesi europei e dall'Italia (oggi vs fra 3 anni)



1) La % riportata considera solo gli incrementi per sanare alcune criticità/bisogni lungo il percorso di presa in carico e cura dei pazienti (i.e. Scenario futuro del Progetto MORE)

5.2 I messaggi chiave del Progetto

A partire dalle criticità e dalle relative grandezze presentate, sono state assegnate dall'Advisory Board le priorità di investimento qualitative (i.e. Alta, Media, Bassa). Successivamente, sono state definite le percentuali di priorità di investimento per ogni grandezza rappresentative delle indicazioni

dell'Advisory Board ed è stata effettuata una ricerca di fonti quali quantitative per referenziare e raffinare il valore percentuale.

Per ciascuna criticità identificata, il Progetto MORE si è posto l'obiettivo di promuovere **5 principali messaggi chiave** al fine di

identificare le azioni concrete in termini di investimento per colmare dei gap presenti nell'ambito della salute mentale. In Figura 10, si riportano i 5 messaggi chiave del Progetto, i quali sono affrontati nel dettaglio nei successivi capitoli:



PERSONALE

La carenza di personale medico e sociosanitario nei Dipartimenti di Salute Mentale è una criticità rilevante, accentuata negli ultimi anni da un incremento della domanda di assistenza. Un **aumento del personale** e la **formazione di team specializzati e multidisciplinari** potrebbe favorire una **miglior diagnosi** e l'implementazione di **percorsi di cura personalizzati e integrati**



INFORMAZIONE,
FORMAZIONE
E DIAGNOSI
PRECOCE

Un investimento sui **corsi di aggiornamento e formazione** erogati ai clinici e una **standardizzazione dell'iter diagnostico** potrebbero favorire il **riconoscimento precoce dei sintomi** e **ridurre i tempi di attesa** per la diagnosi. In un'ottica di prevenzione, inoltre, l'aumento del numero delle **campagne informative** e di **sensibilizzazione** potrebbe **ridurre lo stigma** ed avere un **impatto in termini di aderenza ai trattamenti**



TRATTAMENTI

Dato il continuo **aumento di pazienti** affetti da disturbi mentali previsto nei prossimi anni, al fine di garantire l'**accesso a nuove e migliori opzioni terapeutiche** ed una corretta integrazione per rispondere ai bisogni attualmente insoddisfatti, sarà necessario un **adeguamento della spesa per trattamenti farmacologici e non farmacologici**



STRUTTURE

Un **adeguamento** del numero delle **strutture dedicate** all'assistenza, cura e riabilitazione dei pazienti con disturbi mentali (i.e. CSM/CPS, CD, SR, ambulatori dedicati) e dei posti letto negli SPDC permetterebbe non solo di rispondere alla **crescente domanda di pazienti** che necessitano di una presa in carico in **condizioni di emergenza-urgenza**, ma di attuare un **potenziamento dell'assistenza territoriale e dell'offerta sociosanitaria**



DIGITAL HEALTH

Un **maggior ricorso** alla **digital health** potrebbe semplificare i processi di comunicazione tra professionisti sanitari e pazienti attraverso l'offerta di **soluzioni efficaci** e di facile accessibilità e **migliorare la continuità assistenziale**

5.3 Personale medico e sociosanitario



PERSONALE

La carenza di personale medico e sociosanitario nei Dipartimenti di Salute Mentale è una criticità rilevante, accentuata negli ultimi anni da un incremento della domanda di assistenza. Un **aumento del personale** e la **formazione di team specializzati e multidisciplinari** potrebbe favorire una **miglior diagnosi** e l'implementazione di **percorsi di cura personalizzati e integrati**

CRITICITÀ IDENTIFICATE

Carenza di personale medico e sociosanitario

La più importante risorsa alla base dei servizi erogati per l'assistenza e la cura nell'ambito della salute mentale è costituita dal capitale umano, ossia dalla "consistenza numerica, tecnica, motivazionale e relazionale degli operatori impegnati nei servizi stessi." (32). Il settore della salute mentale, in cui la relazione terapeutica è fondamentale e determinante per il trattamento dei pazienti, richiede pertanto un investimento essenziale nelle risorse umane.

Ad oggi, infatti, la diffusa carenza di personale nell'ambito della salute mentale grava sull'intero sistema pubblico e non riesce a far fronte all'incremento costante dell'incidenza dei disturbi mentali. Secondo il Rapporto SISM (7), nel 2021 in Italia la dotazione complessiva del personale all'interno dei Dipartimenti di Salute Mentale e delle strutture convenzionate risulta pari a **41.734 unità**, di cui il **71,4%** nei **servizi pubblici**. Nello specifico, comprendendo nel calcolo solo i dipendenti a tempo pieno e part-time che non fanno parte delle strutture convenzionate, la dotazione organica scende a **29.785**, di cui circa il **12%** sono **psichiatri**, il **7%** sono **psicologi** e **più del 40%** è costituito da **personale infermieristico**. La distribuzione regionale del personale in forza ai DSM non è equilibrata sul territorio nazionale: mentre nelle **regioni del Centro-Nord**

GRANDEZZE INDAGATE NEL MODELLO

- **Personale medico e sociosanitario** per la diagnosi e gestione del paziente operante **presso le strutture dei DSM** (i.e. psichiatra, psicologo, tecnico riabilitazione psichiatrica, assistente sociale, educatore, OSS, sociologo, infermiere)

(es. Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana e Lazio) si registra una presenza diffusa del totale della dotazione (pari al **53,4%**), nel **Sud e nelle isole** (es. Campania, Puglia, Calabria, Molise, Basilicata, Sicilia, Sardegna) si assiste ad una limitata presenza sul territorio di risorse umane, con una percentuale intorno al **27%**.

L'assistenza e la cura in ambito salute mentale si basa principalmente sul lavoro di **équipe multiprofessionale e multidisciplinare** al fine di integrare e migliorare l'andamento nelle varie fasi dell'iter diagnostico, terapeutico e assistenziale. In particolare modo, per i pazienti con disturbi gravi e complessi viene disposto come intervento territoriale la presa in carico con intervento integrato con il **Case Manager** (CM) (33), il quale svolge una funzione di coordinamento degli interventi elaborati dall'équipe, restando l'operatore di riferimento per il paziente lungo tutto il percorso di cura. Secondo i dati raccolti dal questionario, **circa l'80%** dei Centri rispondenti ha riferito di avere al proprio interno un **Case Manager** che, nella maggior parte dei casi, è un ruolo ricoperto da psichiatri e/o infermieri. In tale contesto, i Centri riportano la **necessità** della figura del Case manager per il **coordinamento degli interventi** in un gruppo multidisciplinare. Inoltre, viene sottolineata la sua importanza per

la **gestione dei casi più gravi o primi episodi per pazienti giovani**. Nonostante ciò, il **restante 20%** dei Centri rispondenti lamenta **l'assenza di una tale figura** per l'elevato numero di pazienti da gestire e la carenza di personale a supporto.

Con l'Intesa in Conferenza Stato-Regioni del 21 dicembre 2022, è stata sancita una "nuova metodologia per il calcolo dei fabbisogni di personale del SSN", con cui si è posto rimedio alla discussa assenza della Salute Mentale dal disegno di riorganizzazione dell'assistenza territoriale definito col DM 77/22 (34). Tra le novità di rilievo introdotte, vi è l'identificazione di standard minimi di personale necessari per il funzionamento a regime del sistema di salute mentale di comunità. A partire dall'analisi di tali standard, il Progetto MORE ha stimato la differenza tra la dotazione attuale e la dotazione teorica a livello territoriale ed ospedaliero delle figure di riferimento nel Progetto (i.e. Psichiatra, psicologo, infermiere, OSS, educatore, assistente sociale, tecnici di riabilitazione, sociologo). Secondo gli standard, la dotazione teorica per tali figure dovrebbe essere di **37.962** mentre da Rapporto SISM 2022 la dotazione attuale è di **25.791**. Per colmare il gap rilevato e far fronte all'incremento della popolazione paziente, l'attuale numero dovrebbe essere aumentato del **47,2 %**, con un investimento da parte del SSN di circa **1 Mld di euro**.

SCENARIO ATTUALE

 ≈ 3.600 Psichiatri	 ≈ 2.100 Educatori
 ≈ 2.100 Psicologi	 ≈ 1.200 Assistenti sociali
 ≈ 12.800 Infermieri specializzati	 ≈ 470 Tecnici di riabilitazione
 ≈ 3.500 Operatori Socio Sanitari	 ≈ 50 Sociologi

SCENARIO FUTURO



Ipotizzato un incremento delle risorse economiche e della popolazione paziente a 3 anni

In base allo **standard dell'Intesa di fabbisogno del personale***, è stata analizzata la differenza tra dotazione attuale di personale presso i DSM, reperita dal Rapporto SISM 2022 (dati 2021), e gli standard minimi di personale riportati nel documento AGENAS. Per colmare il gap, la dotazione attuale dovrebbe essere **umentata del 47,2 %**. Al fine di colmare tale gap e far fronte ad un ipotetico **incremento della popolazione¹**, il **SSN** dovrebbe **investire circa 1 Mld di Euro**.

 ≈ 4.500 (+25%) Psichiatri	 ≈ 3.200 (+54%) Educatori
 ≈ 2.500 (+21%) Psicologi	 ≈ 1.800 (+54%) Assistenti sociali
 ≈ 19.700 (+54%) Infermieri specializzati	 ≈ 720 (+54%) Tecnici di riabilitazione
 ≈ 5.300 (+54%) Operatori Socio Sanitari	 ≈ 60 (+21%) Sociologi

* Rielaborazione SIEP sulla «Metodologia per il calcolo dei fabbisogni di personale del SSN» della Conferenza Stato-Regioni e Agenas

5.4 Informazione, formazione e diagnosi precoce



**INFORMAZIONE,
FORMAZIONE
E DIAGNOSI
PRECOCE**

Un investimento sui **corsi di aggiornamento e formazione** erogati ai clinici e una **standardizzazione dell'iter diagnostico** potrebbero favorire il **riconoscimento precoce dei sintomi** e **ridurre i tempi di attesa** per la diagnosi. In un'ottica di prevenzione, inoltre, l'aumento del numero delle **campagne informative** e di **sensibilizzazione** potrebbe **ridurre lo stigma** ed avere un **impatto in termini di aderenza ai trattamenti**

CRITICITÀ IDENTIFICATE

Limitata awareness ed informazione dei pazienti, dei loro familiari e dei caregiver, difficoltà nell'intercettare tempestivamente la sintomatologia per indirizzarli al percorso più adeguato e mancanza di una standardizzazione dell'iter diagnostico

Dopo oltre quarant'anni dalla Legge Basaglia (legge 13 maggio 1978, n. 180), è ancora aperto il dibattito in merito alla necessità di diffondere una corretta informazione per superare la discriminazione dei pazienti con disturbi mentali e favorire l'inclusione delle persone che ne soffrono. La malattia mentale è ancora fortemente stigmatizzata, complici atteggiamenti culturali dominanti, basati su pregiudizi e luoghi comuni profondamente radicati nella società. Nell'immaginario collettivo, la malattia mentale è comunemente associata a concetti negativi quali pericolosità, inguaribilità, incomprendibilità, inaffidabilità, improduttività e irresponsabilità (35).

Alcuni disturbi mentali, come la depressione, si caratterizzano per la presenza di aspetti soggettivi intrinseci alla patologia, legati a sentimenti di bassa autostima e svalutazione che alimentano un processo di auto stigmatizzazione. A ciò si aggiungono il timore di mancata accettazione da parte della società e il senso di vergogna e colpa, che acuiscono i processi di auto discriminazione, conducendo così a una spirale negativa di progressiva desocializzazione.

GRANDEZZE INDAGATE NEL MODELLO

- Principali campagne informative e iniziative di sensibilizzazione promosse e accreditate nell'ambito della salute mentale dal Ministero della Salute e dalle principali Associazioni di pazienti ed altri Enti di riferimento.
- Principali corsi ECM di aggiornamento e formazione erogati ai MMG e agli psichiatri sui disturbi mentali.
- Esami diagnostici (es. test di laboratorio, imaging) prescritti dalle strutture dei DSM per la diagnosi differenziale dei disturbi mentali.

Considerando a titolo esemplificativo solo i disturbi depressivi, secondo i dati raccolti a livello nazionale dalla Sorveglianza Passi 2020-2021 (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), **quasi il 40%** delle persone con sintomi depressivi presenta ancora una **forte tendenza all'isolamento** (36). È quindi fondamentale che le future scelte ministeriali in merito le campagne favoriscano la sensibilizzazione ed una maggiore informazione in ottica di prevenzione, volta a superare discriminazioni e pregiudizi, favorendo l'inclusione. Una corretta informazione è indispensabile per un pronto invio della persona con sospetto disturbo mentale ai servizi preposti sul territorio, evitando che lo stigma favorisca un ritardo nell'accesso al setting di cura appropriato.

Nonostante le raccomandazioni ed il crescente interesse dell'opinione pubblica, da una mappatura effettuata sui siti web del Ministero della Salute e di alcune delle principali Associazioni di pazienti attive sul territorio italiano, integrata anche grazie ai contributi dell'Advisory Board, il numero delle maggiori campagne ed iniziative accreditate e promosse nell'ambito della salute mentale nel corso del 2022 è ancora esiguo (**circa 20 nel 2022**)².

Una promozione estesa delle campagne e una maggior informazione alla comunità sono fondamentali per ridurre lo stigma che ancora oggi rappresenta un freno nell'accesso a programmi diagnostico-terapeutici e socioriabilitativi. Nel solo ambito della depressione, secondo i dati raccolti tramite il questionario somministrato ai Centri, **circa il 70%** dei rispondenti riferisce di casi in cui pazienti si sono **rifiutati di accedere a programmi terapeutici** e, tra le varie motivazioni, quella maggiormente indicata (**quasi il 50%**) è stata proprio la **percezione di stigma** ed il timore di essere identificati come "malati mentali".

La maggior awareness dei pazienti e dei loro caregiver può inoltre avere un impatto positivo anche in termini di aderenza ai trattamenti farmacologici, riducendo sia il numero di pazienti che ogni anno sospendono il proprio trattamento farmacologico a causa di una mancata informazione sui possibili effetti collaterali. Secondo una stima elaborata applicando i tassi di non-aderenza rilevati in diversi studi della letteratura scientifica alla popolazione trattata nelle strutture dei Dipartimenti di Salute Mentale, i pazienti che ogni anno **sospendono** il proprio **trattamento farmacologico** sono **circa 200.000** (37) e, secondo i dati del SISM, il numero di pazienti che annualmente **non si presenta ad interventi di tipo psicoeducativo o psicoterapeutico** ammonta a quasi **3.300 casi** (7).

Per riconoscere tempestivamente i sintomi e garantire al paziente un'assistenza efficace fin dalle prime fasi della malattia, la **formazione clinica** e l'**aggiornamento costante** sul tema dei disturbi mentali è imprescindibile sia per il MMG che per gli specialisti psichiatri. Nello specifico, per rafforzare ancora di più la conoscenza sul tema dei disturbi mentali, la formazione è quindi di primaria importanza e a livello nazionale viene erogata attraverso i **corsi ECM** (Educazione Continua in Medicina), ovvero un processo attraverso il quale il professionista della salute si mantiene aggiornato su temi clinici per rispondere efficacemente ai bisogni dei pazienti, alle esigenze del Servizio Sanitario e al proprio sviluppo professionale.

Secondo l'analisi preliminare del presente lavoro svolta sui siti dell'Agenzia Nazionale dei Servizi Sanitari Regionali (AGENAS), **nel 2022** stati erogati **254 corsi accreditati ECM** sui quattro disturbi mentali analizzati. Tali corsi sono accessibili a psichiatri, MMG e personale sanitario (es. Psicologo,

infermiere, tecnico di riabilitazione). Il numero di corsi di formazione in tale ambito mette in luce una **possibile carenza formativa** su queste patologie, presentando peculiari criticità: da un recente intervento da parte della Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica (SIEP) (38), è emersa la presenza di alcune aree critiche, come l'elaborazione di progetti terapeutico-riabilitativi volti all'inclusione sociale, l'integrazione sociosanitaria, la capacità di lavoro in equipe multiprofessionali, in cui la formazione non sembra essere sufficiente. Nell'ottica di una maggiore collaborazione fra territorio e DSM, l'aumento dei corsi di formazione potrebbe favorire il riconoscimento precoce dei sintomi e favorire il tempestivo indirizzamento del paziente al percorso di cura più adeguato, riducendo di conseguenza gli accessi in Pronto Soccorso. Riguardo gli accessi in urgenza, infatti, appare evidente che ci sia un rilevante fenomeno di accesso improprio, in quanto tale considerazione viene confermata dal dato che **circa il 40%** degli accessi per problemi psichiatrici registra una **diagnosi di sindromi nevrotiche e somatoformi**, che dovrebbero essere trattate dalla medicina territoriale con la consulenza/ collaborazione dei Centri (39).

Dopo l'invio del paziente al centro e durante i primi contatti, la persona riceve una completa valutazione del suo quadro clinico e psicosociale, che comprende: visite psichiatriche, colloqui psicologici, sia al paziente che ai familiari/caregiver e, laddove necessario, anche test ed esami strumentali per la diagnosi differenziale. Attraverso una standardizzazione dell'iter diagnostico, le tempistiche per la formulazione della diagnosi verrebbero ottimizzate, favorendo altresì una diagnosi differenziale corretta che indirizzi i pazienti ai trattamenti appropriati.

Sul tema, in base ai risultati del questionario somministrato ai Centri, **più del 50%** dei test/questionari per la diagnosi e/o la valutazione del decorso dei disturbi mentali è rappresentato da Brief Psychiatric Rating Scale (**BPRS**), Health of the Nation Outcome Scales (**Honos**) e Hamilton Rating Scale for Depression (**HDRS**). Nonostante ciò, i dati aggregati hanno dimostrato una situazione di **disomogeneità nella somministrazione di test diagnostici**. Per quanto riguarda la diagnosi strumentale, invece, **più del 55%** dei Centri rispondenti ha dichiarato di prescrivere esami di laboratorio per la diagnosi differenziale. Gli esami diagnostici strumentali prescritti sono la Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) e la Tomografia Computerizzata (TC), in **circa il 22%** dei Centri, mentre l'elettrocardiogramma (ECG) è prescritto da **poco più del 19%** dei Centri in fase di diagnosi. **Solo il 3%** dei Centri rispondenti ha dichiarato di prescrivere la Tomografia a emissione di positroni (**PET**) e la Tomografia a emissione di fotone singolo (**SPECT**). La standardizzazione nella prescrizione degli esami diagnostici ed un maggior utilizzo del neuroimaging potrebbero agevolare la riduzione degli errori commessi nella formulazione delle prime diagnosi: secondo i dati rilevati tramite il questionario, i Centri hanno dichiarato come la percentuale media di **prime diagnosi errate (misdiagnosis)** sul totale delle diagnosi di disturbi mentali in un anno è di **circa il 10%**. Secondo tali dati, **quasi il 20%** dei Centri rispondenti ha inoltre sottolineato che per ridurre il numero di prime diagnosi errate, sarebbe importante **incrementare la formazione** per gli specialisti tramite corsi ECM e **adottare specifiche scale psichiatriche**. Un investimento mirato nell'ambito degli esami di approfondimento appare essenziale nella diagnosi differenziale in quanto, come sostenuto anche durante il **XX Congresso nazionale SINPF nel 2019**, verrebbero esclusi disturbi psichiatrici dovuti a condizioni mediche o a farmaci (40).

² Da un confronto con gli esperti dell'Advisory Board di Progetto è tuttavia emerso che le numerose associazioni dedicate ai pazienti sono in realtà molto attive sulla tematica. Tuttavia, le iniziative e le campagne sono spesso promosse in maniera eterogenea sul territorio, unicamente principalmente a livello locale e regionale ma raramente a livello centrale, e risultano difficili da tracciare.

SCENARIO ATTUALE



≈ 250

Corsi ECM erogati a MMG e psichiatri

Fonte: AGENAS (agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali)



≈ 90.000

Accessi in urgenza al **Pronto Soccorso** associati a disturbi mentali

Fonte: Rapporto SISM 2022 (dati 2021)



≈ 20

Campagne ed iniziative accreditate promosse nel 2022 a livello nazionale

Fonte: MdS, Fondazione ONDA, Progetto Itaca



≈ 200.000

Pazienti che ogni anno **sospendono** la propria **terapia farmacologica**

Fonte: Report «Psichiatria e farmacoterapia»; Rapporto SISM 2022 (dati 2021)



≈ 1 Mln

Esami di approfondimento prescritti dai Centri

Fonte: Rielaborazione Deloitte dati survey



≈ 12.000

Errori nella **corretta formulazione** delle **prime diagnosi**

Fonte: Rielaborazione Deloitte dati survey

SCENARIO FUTURO



Ipotizzato un incremento delle risorse economiche e della popolazione paziente a 3 anni

In base al **Piano d'azione europeo per la Salute Mentale**, il quale esprime la necessità di formare adeguatamente i clinici, il **numero dei corsi** dovrebbe essere aumentato. Al fine di aumentare gli investimenti in formazione del **30%**, il SSN dovrebbe investire **oltre 4 Mln di Euro**.

In base alle risposte dei Centri al questionario, in cui il **50% dei Centri rispondenti** riporta casi di pazienti che rifiutano di accedere a programmi terapeutico e socioriabilitativi per lo stigma associato, e in base al **Report WHO «Investing in Mental Health»**, un investimento nelle campagne **ridurrebbe lo stigma** nella Salute Mentale, generando un ritorno positivo per la comunità. L'aumento del **50%** del numero di campagne informative comporterebbe per il SSN un investimento di **circa 1 Mln Euro**.

Gli **esami di approfondimento diagnostico**, in particolare il neuroimaging, risultano di fondamentale importanza per confermare **diagnosi differenziali**. L'aumento del **10%** del numero degli esami di approfondimento comporterebbe in futuro un investimento per il SSN di **circa 20 Mln di euro**.

5.5 Trattamento farmacologico e non farmacologico



TRATTAMENTI

Dato il continuo **aumento di pazienti** affetti da disturbi mentali previsto nei prossimi anni, al fine di garantire l'**accesso a nuove e migliori opzioni terapeutiche** ed una corretta integrazione per rispondere ai bisogni attualmente insoddisfatti, sarà necessario un **adeguamento della spesa per trattamenti farmacologici e non farmacologici**

CRITICITÀ IDENTIFICATE

Adeguamento della spesa media di trattamento (farmacologico e non farmacologico) dovuto all'aumento dei pazienti e alla necessità di rispondere ai bisogni terapeutici insoddisfatti, al fine di fornire una cura adeguata e personalizzata

GRANDEZZE INDAGATE NEL MODELLO

- **Spesa lorda farmaceutica complessiva annua** per antidepressivi, antipsicotici e stabilizzatori dell'umore (ad esempio il litio) erogati in regime convenzionato e in distribuzione diretta.
- **Spesa lorda per trattamenti non farmacologici** svolti a livello territoriale (es. psicoterapia, interventi psicoeducativi, interventi abilitativi e riabilitativi, attività fisica).

Negli ultimi anni si è rafforzata la tesi secondo la quale l'ottimale cura del paziente con disturbi mentali consista nell'**integrazione tra trattamenti farmacologici e non farmacologici** (es. psicoterapia, supporto psicoeducativo, interventi riabilitativi) (41).

Nel Rapporto SISM 2022 (dati riferiti al 2021), la spesa farmaceutica lorda complessiva è stata di **564.115.275 €³** e, secondo un confronto storico del Rapporto nei diversi anni (2020, 2021, 2022), la spesa farmaceutica nell'ambito della salute mentale è **incrementata di circa il 5%**. L'incremento può esser dovuto ad un generale aumento della popolazione con disturbi mentali trattata con antidepressivi, antipsicotici e stabilizzatori dell'umore, a cui si aggiunge anche un possibile aumento del consumo medio di questi farmaci da parte dei pazienti. Nonostante tale incremento, il Rapporto OsMed 2021 mostra come i farmaci antidepressivi rappresentino una quota ridotta della spesa farmaceutica complessiva, costituita per lo più da farmaci antineoplastici e

immunomodulatori (28,2%), farmaci dell'apparato cardiovascolare (14,1%) e farmaci dell'apparato gastrointestinale (13,5%). (42)

Benché l'impatto dei disturbi mentali sul sistema sanitario sia rilevante, si assiste ad un costante disinvestimento della ricerca e sviluppo sui trattamenti farmacologici per la salute mentale. Come confermato da una **recente intervista** ad un Key Opinion Leader (KOL) dell'area salute mentale (43), la mancanza di nuove e più efficaci opzioni terapeutiche in psichiatria è da attribuirsi alla *"limitata comprensione delle basi biologiche dei disturbi mentali, che determina un rischio significativo di fallimento degli studi clinici in fasi avanzate"*. Nell'ambito dello sviluppo di nuove molecole, la pipeline del settore specifico è relativamente modesta, soprattutto se comparata allo sviluppo di nuovi farmaci per il trattamento nell'area oncologica o delle malattie infettive. Come riportato dalla **Carta della Salute Mentale**, iniziativa promossa dalla Società Italiana di Psichiatria (SIP) e con la collaborazione della associazione pazienti

Progetto ITACA, è importante investire in favore di progetti in ambito neuro-psicofarmacologico *"al fine di sostenere lo sviluppo da parte delle università, anche mediante partnership pubblico-privato, di linee di ricerca finalizzate al miglioramento dell'attuale standard terapeutico"* (44). In tale ambito, i farmaci innovativi nell'ambito della salute mentale porterebbero a una maggiore aderenza terapeutica, attenuando gli effetti collaterali dello switch di terapia che spesso caratterizza il piano terapeutico di questi pazienti, oltre che a rendere gli stessi più consapevoli della loro patologia e maggiormente autonomi nel proseguimento delle cure farmacologiche e non anche in un'ottica di assistenza e cura sul territorio e al domicilio (45). In futuro, un valido supporto arriverà dall'utilizzo di test genetici validati clinicamente per l'identificazione della terapia farmacologica più appropriata: la genetica aprirà la speranza di avere una diagnosi personalizzata, permettendo successivamente un trattamento farmacologico adatto all'esigenza individuale. Nonostante ciò, secondo il

³ Il dato riporta la spesa lorda effettuata in regime convenzionato e in distribuzione diretta per pazienti trattati con antidepressivi, antipsicotici e litio

questionario promosso, **circa il 90%** dei Centri rispondenti ha dichiarato di **non utilizzare i test genetici** in quanto non disponibili e/o non previsti dall'Azienda di riferimento. In Valle d'Aosta, è stato avviato un progetto in merito i disturbi dello spettro autistico per l'utilizzo di tali test nell'area della salute mentale (i.e. **Progetto 5000GENOMIVdA**) per indagare l'origine genetica e migliorare sia i sistemi di diagnosi precoce che i possibili trattamenti (46).

I trattamenti farmacologici entrati in commercio negli ultimi anni hanno aiutato ad alleviare molti dei disagi relativi a queste patologie, migliorando la qualità di vita dei pazienti, rendendo tali patologie trattabili e gestibili. Ne sono esempi i disturbi depressivi o i disturbi dello spettro schizofrenico, i cui più recenti trattamenti hanno consentito ai pazienti di prevenire ricadute e ospedalizzazioni, ricevendo il trattamento in setting di cura ambulatoriali/ domiciliare. L'adeguamento della spesa dovrebbe seguire una logica d'investimento che punti a **rendere autonomo il paziente**, erogando il trattamento farmacologico in **setting differenti dalle strutture ospedaliere** (es. domicilio) e

generando in tal modo dei conseguenti risparmi per il sistema sanitario.

Secondo quanto riportato da un approfondimento della Società Italiana di Farmacia Ospedaliera e dei servizi farmaceutici delle aziende sanitarie (SIFO) in un approfondimento sulla Carta della Salute Mentale, la disponibilità di altre tipologie di trattamenti non farmacologici, come la psicoterapia e/o la psicoeducazione, permette l'integrazione, consentendo un tasso di successo nella cura che varia **dal 60 all'80%** (47).

L'approccio non farmacologico, spesso integrato con la terapia farmacologica, ricopre un ruolo fondamentale nella cura dei pazienti con disturbi mentali. Le evidenze scientifiche dimostrano che i pazienti che soffrono principalmente di disturbi di ansia e depressione preferiscono e richiedono in oltre sette casi su dieci un trattamento di tipo psicologico/psicoterapico (48). Nel documento approvato dalla Conferenza Stato-Regioni il 13 novembre 2014 in attuazione del PANSM (49), viene raccomandato che per i pazienti con disturbi gravi⁴, in ciascuna delle tre fasi della malattia (presa in carico

precoce, gestione della fase acuta e trattamenti continuativi e a lungo termine), siano previsti trattamenti psicologici/psicoterapici, in molti casi considerati efficaci.

Come riportato dal Rapporto SISM 2022 (7) e dal Rapporto ISTISAN 22/21 (50), il totale delle prestazioni erogate dalle strutture territoriali in merito all'**attività psicologica e psicoterapica (6,5 %** sul totale delle prestazioni erogate nei Centri) suggerisce una *"marcata sottoutilizzazione di interventi altamente efficaci, relativamente poco costosi e con limitati effetti avversi"*. In tale contesto, si rilevano numerose evidenze sull'efficacia dell'integrazione a lungo termine tra i trattamenti farmacologici e non farmacologici, con la conseguente generazione di vantaggi per il paziente e per il sistema sanitario. Tuttavia, la situazione nei servizi di salute mentale vede tutt'oggi **ampi spazi di miglioramento e potenziamento**. Una più efficace integrazione nei percorsi di trattamento e riabilitazione potrebbe favorire l'erogazione di cure di qualità, in linea con le migliori evidenze e le più diffuse linee guida.

⁴ In tale documento, con "disturbi gravi" si indicano disturbi come la depressione grave, i disturbi della personalità e del comportamento, mania e disturbi bipolari, i disturbi dello spettro schizofrenico e altre psicosi funzionali.



SCENARIO ATTUALE



≈ 564 Mln € **Spesa lorda farmaceutica complessiva***

Fonte: Rapporto SISM 2022 (dati 2021)



≈ 665 Mln € **Spesa lorda per trattamenti non farmacologici**

Fonte: Rielaborazione Deloitte su Rapporto SISM 2022 (dati 2021)



≈ 52 Mln **Numero di confezioni***
(es. antidepressivi, antipsicotici, stabilizzatori dell'umore)

Fonte: Rapporto SISM 2022 (dati 2021)



≈ 2 Mln **Prestazioni di trattamenti non farmacologici**
(es. psicoterapia, psicoeducazione, abilitative/riabilitative, risocializzazione)

Fonte: Rapporto SISM 2022 (dati 2021)



≈ 8 Mln **Pazienti trattati con terapie farmacologiche**

Fonte: Rapporto SISM 2022 (dati 2021)



≈ 3.300 **Pazienti che ogni anno sospendono i propri interventi psicoeducativi e psicoterapici**

Fonte: Rapporto SISM 2022 (dati 2021)

*I dati sono riportati in regime convenzionato e in distribuzione diretta. Il numero di pazienti trattati con terapie farmacologiche comprende i pazienti trattati con antidepressivi, antipsicotici e stabilizzatori dell'umore

SCENARIO FUTURO



Ipotizzato un incremento delle risorse economiche e della popolazione paziente a 3 anni

Secondo il **Rapporto ISTISAN**, sulla base dei dati reperiti dai **Rapporti SISM**, le **prestazioni** erogate in materia di **attività psicologica** e **psicoterapeutica** dalle strutture territoriali sono **basse rispetto al totale** (rispettivamente circa il 6,4% e il 6,5%), suggerendo un **mercato sottoutilizzato** di «*interventi altamente efficaci, relativamente poco costosi e con limitati effetti avversi*». Al fine di garantire un maggior numero di interventi psicoterapici e psicoeducativi, il SSN dovrebbe prevedere un investimento di **circa 500 Mln di Euro** per garantire un **aumento del 50%** delle risorse dedicate a tali interventi.

Recentemente, l'importanza di un investimento nella **ricerca** e nello **sviluppo di nuovi opzioni terapeutiche farmacologiche** è stata oggetto di dibattito** al fine di **garantire l'accesso a trattamenti innovativi**, anche in un'ottica di rafforzamento dell'assistenza territoriale e per rendere il paziente sempre più autonomo. Ipotizzando un **adeguamento** delle risorse dedicate del **30%**, il SSN dovrebbe prevedere un investimento futuro di **oltre 250 Mln di Euro**.

** Comunicato Silvia Ussai - Gruppo di lavoro Farmaci e Povertà della Società Italiana di Farmacologia (2023); Intervista a Prof. Bernardo Dell'Osso - Ordinario di Psichiatria Università di Milano (2022); Intervento Margaret Chan, ex DG del WHO, presso World Health Day (2017)

5.6 Strutture dedicate all'assistenza



STRUTTURE

Un **adeguamento** del numero delle **strutture dedicate** all'assistenza, cura e riabilitazione dei pazienti con disturbi mentali (i.e. CSM/CPS, CD, SR, ambulatori dedicati) e dei posti letto negli SPDC permetterebbe non solo di rispondere alla **crescente domanda di pazienti** che necessitano di una presa in carico in **condizioni di emergenza-urgenza**, ma di attuare un **potenziamento dell'assistenza territoriale e dell'offerta socio-sanitaria**

CRITICITÀ IDENTIFICATE

Necessità di una **presenza pervasiva** sul territorio nazionale di **strutture dedicate** alla **presa in carico, cura e riabilitazione** dei pazienti con disturbi mentali (es. CSM/CPS, SPDC, CD, SR, ambulatori dedicati) in un'ottica di **potenziamento dell'assistenza territoriale e dell'offerta socio-sanitaria**

Il Dipartimento di salute mentale (DSM) è l'insieme delle strutture e dei servizi che hanno il compito di farsi carico della domanda legata alla cura, all'assistenza e alla tutela della salute mentale nell'ambito del territorio definito dall'Azienda sanitaria locale (ASL). Come riportato nel sito web del Ministero della Salute nella sezione dedicata alla salute mentale, il DSM è dotato dei seguenti servizi:

- Servizi per l'assistenza diurna: i Centri di Salute Mentale (CSM).
- Servizi ospedalieri: i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC).
- Servizi semiresidenziali: i Centri Diurni (CD).
- Servizi residenziali: le Strutture Residenziali (SR).

Dal documento dell'Intesa in Conferenza Stato-Regioni sulla "nuova metodologia per il calcolo dei fabbisogni di personale del SSN" (25), emerge la volontà da parte delle Istituzioni di promuovere un **nuovo modello organizzativo** per lo sviluppo dell'**assistenza sanitaria territoriale** nell'ambito della salute mentale, basata sul **rafforzamento della prevenzione**. Uno sviluppo coeso della territorialità, tramite la presenza pervasiva di strutture dedicate,

GRANDEZZE INDAGATE NEL MODELLO

- **Numero** complessivo di **Centri** (CSM) sul territorio nazionale.
- **Numero** complessivo di **posti letto nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura** (SPDC) sul territorio nazionale.
- **Numero** complessivo di **Centri Diurni** (CD) sul territorio nazionale.
- **Numero** complessivo di **Strutture Residenziali** (SR) sul territorio nazionale.

potrebbe stimolare l'approccio integrato tra servizi ospedalieri, servizi sanitari locali e servizi sociali, razionalizzando in questo modo il ricorso alle cure ospedaliere e massimizzando la qualità nelle prestazioni sanitarie, la sicurezza delle cure e l'uso appropriato delle risorse.

Secondo una stima della SIEP in base ad una rielaborazione del DM 77 (51), le unità territoriali per la salute mentale, ovvero quelle afferenti ai Centri, vengono stimate individuando la presenza di almeno **1 Centro per unità territoriale di non più di 80-100.000 abitanti** (corrispondente al bacino d'utenza di due Case di Comunità). Inoltre, in particolari contesti territoriali, è possibile prevedere **1 Centro per 40-50.000 abitanti** (bacino d'utenza di una sola Casa di Comunità). In base alle assunzioni riportate, i **CSM teorici** sarebbero **841**. Tuttavia, secondo la mappatura dei CSM in Italia condotta da Deloitte (si rimanda al Capitolo 4 per la metodologia), i **Centri presenti** sul territorio nazionale sono **681**, con uno scarto di circa il **24%** tra dotazione teorica e attuale.

Per quanto riguarda le attività ospedaliere per la salute mentale, ovvero quelle afferenti ai Servizi Psichiatrici Diagnosi e Cura (SPDC), esse vengono stimate

individuando la presenza di **almeno 1 SPDC ogni 300.000 abitanti**, ovvero **196 SPDC** sul territorio nazionale (popolazione residente in Italia al 01/01/2023: 58.851.000). Considerando che per ogni SPDC debba esserci un massimo di 16 PL e che il Progetto Obiettivo "Tutela della salute mentale 1998-2000" (DPR 1.11.99) (52) individua 1 posto letto (PL) per 10.000 abitanti, la dotazione teorica di PL in SPDC dovrebbe essere di 5.885, mentre secondo il Rapporto SISM 2022 è di **4.333**, con uno scarto del **36%** tra dotazione teorica e attuale.

Da una **rielaborazione** del trend storico dei **Rapporti SISM** tra il **2016** ed il **2021**, risulta che le Strutture Residenziali (SR) siano calate del **13,1% (da 2.282 a 1.983)**, mentre i Centri Diurni del **17,3% (da 898 a 742)**. Se per le SR dovrebbe essere previsto un investimento volto a ripristinare almeno un numero equivalente delle strutture disponibili in passato, per i CD lo sforzo dovrebbe essere maggiore al fine di rafforzare un approccio organizzativo che punti sulla territorialità.

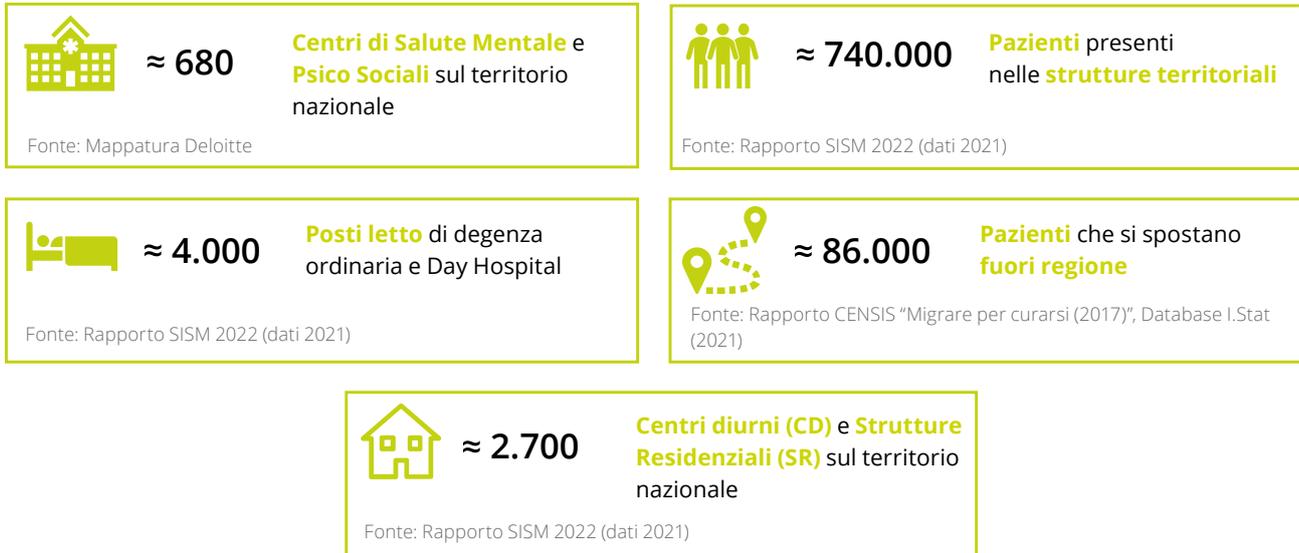
Data l'impossibilità di reperire valori accurati ed affidabili relativi ai costi relativi alla costruzione di nuove strutture adibite alla cura ed assistenza e considerando che è possibile che le suddette siano già

presenti e debbano essere solamente riqualficate, il modello ha preso in considerazione solamente il **costo di gestione** di tali strutture⁵. In tal senso,

è importante ricordare che la stima di investimento riportata in questo studio per incrementare il numero di CSM e di posti letto in SPDC, CD e SR rappresenta

solamente una **quota parte del costo totale** nel caso in cui tali sia prevista la creazione di edifici di nuova costruzione per queste strutture.

SCENARIO ATTUALE



SCENARIO FUTURO



Ipotizzato un incremento delle risorse economiche e della popolazione paziente a 3 anni

In base ad una **rielaborazione SIEP**, che stima il numero di CSM teorici per il territorio nazionale sulla base degli **standard** del **DM 77/2022**, il numero dei Centri dovrebbe essere **umentato del 24%** rispetto alla mappatura condotta da Deloitte. A tal fine, il SSN dovrebbe investire **circa 1 Mln di Euro** solo per **sostenere i costi di gestione** dei Centri aggiuntivi.

In base al **Progetto Obiettivo "Tutela della salute mentale 1998-2000"** (DPR 1.11.99), che individua in **1 PL per 10.000 abitanti**, i PL per la Salute Mentale dovrebbero essere **5.885**, mentre secondo il **Rapporto SISM 2022** (dati 2021) sono 4.333. Per colmare tale gap e far fronte ad un ipotetico incremento della popolazione, è necessario prevedere un **aumento del 36%**, che corrisponde ad un investimento di **oltre 95 Mln di Euro**.

Da una **rielaborazione del trend storico dei Rapporti SISM** tra il **2016** ed il **2021**, risulta che le **Strutture Residenziali (SR)** siano **calate del 13,1%**, mentre i **Centri Diurni** del **17,3%**. Presupponendo un investimento volto a ripristinare almeno un numero equivalente delle strutture disponibili in passato in un'ottica di migliore gestione territoriale di una crescente popolazione paziente, dovrebbe essere previsto un **incremento del numero di SR del 13,1%** e del **30%** per i **CD**. Sulla base dei costi di assistenza, questo aumento corrisponde a **circa 500 mila Euro** solo per sostenere i costi di gestione.

⁵ Il costo di gestione delle strutture in oggetto (i.e. CSM, PL in SPDC, CD, SR) è dato dal rapporto tra il costo relativo all'assistenza psichiatrica nella struttura di riferimento ed il numero di strutture presenti sul territorio nazionale. Per ulteriori dettagli, si rimanda al paragrafo "8.1 Le referenze delle grandezze presenti nel modello quali quantitativo" nel Capitolo di Appendice.

5.7 Digital health



DIGITAL HEALTH

Un **maggior ricorso** alla **digital health** potrebbe semplificare i processi di comunicazione tra professionisti sanitari e pazienti attraverso l'offerta di **soluzioni efficaci** e di facile accessibilità e **migliorare la continuità assistenziale**

CRITICITÀ IDENTIFICATE

Utilizzo limitato di strumenti digitali per favorire una continuità assistenziale nel rapporto fra specialista del Centro e paziente

La crescente domanda assistenziale per la salute mentale rappresenta una sfida per le società e i sistemi sanitari europei. Una più estesa promozione delle tecnologie digitali in salute mentale e per il trattamento dei disturbi mentali permetterebbe di estendere la portata dei servizi psicologici e psichiatrici, nonché di migliorare la prevenzione e sostenere la continuità delle cure anche in un'ottica di un'assistenza sempre più territoriale e al domicilio. (53)

Nonostante le premesse dell'applicazione della digital health alla salute mentale siano promettenti, la sua implementazione nel sistema sanitario risulta tutt'ora difficoltosa, principalmente a causa di un esteso scetticismo da parte dei professionisti. (54) Una delle maggiori preoccupazioni è la possibilità che i servizi di base siano sostituiti da alternative digitali più economiche ma con una perdita di qualità. La cura della salute mentale, per definizione, ha una forte dimensione emotiva: il dubbio più esteso tra i professionisti è se sia possibile o meno garantire tale dimensione da remoto. A tal proposito, uno studio di

GRANDEZZE INDAGATE NEL MODELLO

- **Numero** medio annuale di **visite erogate tramite** strumenti di **telemedicina**

metanalisi condotto da un team di ricerca dell'Università di Memphis ha confrontato gli interventi clinici e le valutazioni effettuate tramite videoconferenza con quelli effettuati di persona. Sebbene nel complesso lo studio riporti come i risultati prodotti dagli interventi in persona e quelli virtuali sono analoghi (55), restano comunque alcuni dubbi data la carenza di letteratura sulla telemedicina in ambito salute mentale.

Nell'ambito del presente Progetto, i risultati emersi dal questionario di indagine rivolto ai Centri mostrano una diffusa carenza nell'utilizzo della tecnologia a sostegno dell'attività clinica. La maggioranza dei Centri ha riferito infatti una **mancata integrazione digitale**, riferendo che **solo il 10%** delle visite svolte in un anno sono eseguite a distanza. Nonostante ciò, parte dei Centri ha riferito che sono in fase di attivazione alcuni progetti nell'ambito della telepsichiatria. Nello specifico, **più dell'80%** dei Centri rispondenti ha dichiarato che non sono disponibili e/o utilizzate abitualmente **piattaforme digitali integrate**. Inoltre, **più del 50%**

dei Centri rispondenti ha riferito di **non utilizzare strumenti di telemedicina**, principalmente a causa della **carenza di strumenti digitali** e dell'**assenza di linee guida regionali**.

I servizi digitali in psichiatria consentirebbero di semplificare i processi di comunicazione tra specialisti, professionisti e pazienti (es. telesesta psicologica per pazienti che si trovano fuori regione e/o che preferiscono la riservatezza di casa propria anziché recarsi nella struttura di riferimento), di facilitare il monitoraggio e follow up dei pazienti e di diminuire i costi correlati agli spostamenti a carico di pazienti e caregiver. Secondo i dati rilevati dall'indagine condotta dall'ISS e riportati nel Rapporto ISTISAN, alcuni DSM si stanno attivando nella digital health in questo campo, offrendo la possibilità di effettuare **visite psichiatriche di follow-up**, nonché **psicoterapie e attività riabilitative da remoto** al fine di garantire una **migliore continuità assistenziale, sostenibilità ed appropriatezza** dei programmi individualizzati di cura.

SCENARIO ATTUALE



≈ 390.000 Visite erogate in telemedicina

Fonte: Rielaborazione Deloitte dati Survey, Rapporto SISM 2022 (dati 2021)



≈ 3.300 Pazienti che ogni anno sospendono i propri interventi psicoeducativi e psicoterapici

Fonte: Rapporto SISM 2022 (dati 2021)



≈ 8.000 Riammissioni entro 7/30 giorni dalla dimissione

Fonte: Rapporto SISM 2022 (dati 2021)

SCENARIO FUTURO



Ipotizzato un incremento delle risorse economiche e della popolazione paziente a 3 anni

Attualmente, secondo il questionario inviato ai CSM, i Centri rispondenti hanno dichiarato che **circa il 10%** delle visite viene erogata in **telemedicina** sul totale delle visite erogate, mentre **più del 50%** dei Centri rispondenti ha riferito di **non utilizzare strumenti di telemedicina**, principalmente a causa della **carenza di strumenti digitali e dell'assenza di linee guida regionali**.

Inoltre, secondo il **Rapporto ISTISAN**, alcuni DSM hanno attivato a distanza la possibilità di effettuare **visite psichiatriche di follow-up**, nonché **psicoterapie e attività riabilitative** anche **da remoto** al fine di garantire una **migliore continuità assistenziale, sostenibilità ed appropriatezza** dei programmi individualizzati di cura.

Aumentando il numero di visite erogate in telemedicina del **30%**, il SSN dovrebbe prevedere un investimento di **3 Mln di Euro**.

6. L'Evento Nazionale



Le evidenze ed i messaggi chiave generati dal Progetto MORE sono stati presentati il **20 luglio 2023** a Roma nel corso di un evento nazionale in presenza degli **esponenti delle Istituzioni nazionali** (Tavolo Tecnico della Salute Mentale, Conferenza Stato-Regioni, FIASO) e dei **rappresentanti politici della Camera e del Senato**.

Nel corso dell'evento, la discussione che ha seguito la presentazione dei risultati del Progetto è stata ricca di stimoli e preziosi contributi da parte di tutti i partecipanti, tecnici e politici, i quali hanno dimostrato un profondo impegno nella collaborazione per avviare un processo di cambiamento nell'area della salute mentale, riconoscendo una **limitata attenzione pubblica** che per anni ha purtroppo caratterizzato quest'area terapeutica.

In particolare, è emerso come lo studio abbia messo in luce il tema relativo al **sottofinanziamento** della salute mentale rispetto ad altre aree terapeutiche e della mancata valorizzazione dei finanziamenti attualmente allocati. Come outcome dello studio, sono state presentate e discusse le **stime quantitative dei possibili investimenti** futuri al fine di **rispondere agli attuali bisogni insoddisfatti** per garantire una corretta gestione dei pazienti affetti da disturbi mentali. La discussione si è quindi focalizzata sulle **soluzioni migliorative future** attuabili da parte della **politica** e dei *decision maker* al fine di stimolare un cambiamento, sia in termini di presa in carico e gestione dei pazienti, sia in termini di finanziamento adeguato all'implementazione di un approccio uniforme a livello territoriale.

Tra i bisogni emersi, si è in primo luogo discussa la necessità di una vera e propria **rivoluzione culturale**, che dovrà coinvolgere i cittadini e partire dal concetto di prevenzione. In tal senso, la totalità degli esperti e dei rappresentanti politici ha ribadito come il **rafforzamento della prevenzione** conferirebbe grandi benefici, sia in termini sanitari, riferiti ad una migliore intercettazione di persone con disturbi mentali, sia in termini economici, riferiti ad un risparmio correlato. In particolare, sono state evidenziate le criticità relative alla **sfera adolescenziale**, area di transizione dall'età infantile all'età adulta, la quale necessita di un'implementazione di strutture dedicate e di percorsi formativi per permettere ai professionisti di migliorare l'intercettazione dei disturbi mentali e la successiva presa in carico.

Successivamente è stato enfatizzato l'ancora significativo problema dello **stigma** legato alla salute mentale, che non colpisce esclusivamente i pazienti ma viene percepito dagli stessi professionisti. A supporto della lotta allo stigma, durante l'evento è stato lodato il lavoro svolto negli anni da parte delle associazioni pazienti, come **Progetto ITACA** e **Fondazione ONDA**, le quali hanno permesso di avviare un processo di riconoscimento e di superamento di tutte quelle forme di stigma, informando e sensibilizzando i cittadini.

È stato inoltre evidenziato il tema della carenza di **personale dedicato** presso le strutture. Il personale medico, sanitario e sociosanitario presente nei DSM (psichiatri, psicologi, infermieri specializzati, tecnici di riabilitazione, assistenti sociali, ecc.) non è in grado di fornire una risposta adeguata alla magnitudo di necessità di cura e assistenza che vengono richieste dai pazienti con disturbi mentali. L'assenza di risposta da parte dei DSM non deriva però solo esclusivamente dalla carenza di personale dedicato, ma anche da carenze di tipo strutturale (es. CSM non equamente distribuiti sul territorio nazionale, numero limitato di posti letto dedicati ai pazienti con tali patologie, diminuzione negli anni delle strutture residenziali e semi residenziali). Il quadro generale sembra indicare una crescente difficoltà dei cittadini a trovare una risposta nei Dipartimenti di Salute Mentale. Ciò porta alla necessità di gestione, non di rado, del **paziente con disturbi mentali da parte dei caregivers**. Tale situazione è insostenibile ed in futuro porterebbe ad un peggioramento della situazione sia da un punto di vista economico che sociale.

In conclusione, la discussione emersa in sede dell'Evento Nazionale ha permesso di raccogliere preziosi spunti in merito a **future opportunità e proposte migliorative** per progredire verso un'evoluzione nell'area della salute mentale. La principale azione trasversale proposta dagli esperti per tale sviluppo è il **potenziamento dei finanziamenti** per l'area della salute mentale.

Il prossimo passo ambizioso del Progetto MORE sarà quello di presentare tali risultati in **Parlamento**, con il fine ultimo di sensibilizzare e stimolare ulteriormente l'interesse in merito ad un miglioramento della cura e dell'assistenza nell'area della salute mentale.

“Mental health is not a destination, but a process.”

Noam Shpancer, PhD

7. CONCLUSIONI



La **tutela della salute mentale** è oggi riconosciuta come una **priorità globale** e rappresenta una **sfida cruciale** per la salute pubblica dato il suo impatto sulla qualità di vita dell'individuo così come sull'intera società e relativo sviluppo economico. Negli ultimi anni, la tutela della salute mentale è diventata una delle **aree di intervento più complesse**, richiedendo una forte **integrazione** fra gli **interventi sanitari** e gli interventi **sociosanitari** per soddisfare i bisogni emergenti della popolazione.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), il peso globale dei disturbi mentali continua a crescere, contando **quasi 1 miliardo di persone** nel mondo che vive con almeno un disturbo mentale. In aggiunta, è stimato che la pandemia **COVID 19** abbia significativamente incrementato il numero di pazienti ed abbia creato gravi interruzioni nell'assistenza, amplificando ulteriormente una **situazione già critica** in quest'area terapeutica. Nonostante i trend di crescita, la salute mentale è stata una delle **aree più trascurate** in termini di risorse dedicate della sanità pubblica a livello globale, non ricevendo l'attenzione che necessitava.

Il Progetto MORE è nato con la volontà di far luce su alcune criticità presenti lungo il percorso di cura e assistenza dei pazienti con disturbi mentali, con l'auspicio di fornire indicazioni preliminari alle Istituzioni per la futura programmazione delle risorse necessarie nell'ambito della salute mentale, evidenziando aree prioritarie di investimento.

Uno dei principali aspetti che il sistema sanitario dovrà affrontare è costituita dal **capitale umano**: la limitata presenza di personale medico e sociosanitario nei DSM è una criticità rilevante, accentuata negli ultimi anni da un incremento della domanda di assistenza. A fronte di un aumento delle persone con disturbi mentali, si registrano gravi difficoltà nei DSM di gestione dei pazienti in carico per la mancanza di personale specializzato. Data l'importanza di istituire la figura di coordinamento del **Case Manager** e la necessità di creare **team specializzati e multidisciplinari** nei percorsi assistenziali, è importante portare all'attenzione il

divario esistente tra la dotazione attuale di professionisti sanitari e la dotazione teorica per poter in futuro garantire un alto standard qualitativo di cure e assistenza erogata alla persona.

Risulta fondamentale continuare a lavorare sia sull'**awareness** che sulla **informazione/formazione** rispetto ai disturbi mentali da parte della collettività e degli addetti ai lavori. Difatti, è evidente come lo **stigma associato** a tali condizioni rimanga tutt'ora un problema sociale ampiamente diffuso. Nonostante il crescente interesse dell'opinione pubblica e l'impegno costante delle Associazioni dei pazienti, permane la necessità di un incremento delle risorse volte ad un **ampliamento del numero di campagne informative** e delle **iniziative di sensibilizzazione** accreditate su scala nazionale. Pertanto, la promozione di una più estesa informazione alla comunità è fondamentale per ridurre lo stigma che ancora oggi rappresenta, come indicato dai Centri rispondenti all'indagine, un freno nell'accesso a programmi diagnostico-terapeutici e socioriabilitativi. Occorre promuovere **attività di prevenzione**, in particolare iniziative di sensibilizzazione **rivolte a adolescenti e giovani adulti**. Il problema della salute mentale in questa fascia di età richiede una prospettiva di intervento non strettamente legata alla risposta di cure sul territorio ma che si estenda ad **interventi socioriabilitativi**, come il reinserimento lavorativo, la continuazione degli studi e il supporto alle famiglie. Attingendo a progetti già sviluppati dalle Associazioni di familiari e pazienti, si potrebbe implementare l'erogazione di interventi dedicati a studenti, docenti e familiari nelle scuole.

Un esteso **rafforzamento delle conoscenze** in merito al tema dei disturbi mentali è imprescindibile, oltre che per i pazienti e i loro caregiver, anche per i professionisti sanitari, in particolare per il MMG e per gli specialisti psichiatri, al fine di assicurare una presa in carico ottimale. La **formulazione precoce** del sospetto diagnostico, il corretto e tempestivo **referral** verso le strutture di riferimento adeguate, l'elaborazione di **progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati**, la gestione di pazienti con **comorbidità**,

l'**integrazione sociosanitaria**, il rapporto di **collaborazione con le Associazioni pazienti** e la capacità di lavoro in equipe multiprofessionali sono solo alcune delle aree in cui la formazione clinica e l'aggiornamento hanno ampi margini di miglioramento.

Contestualmente, una **migliore standardizzazione** dell'iter diagnostico, comprensivo di test e di esami strumentali, per una **diagnosi differenziale** consentirebbe una sempre più tempestiva diagnosi ed un avvio a **trattamenti più appropriati**. A tal riferimento, un valido supporto potrà arrivare anche da un impiego diffuso di **test genetici** per indagare l'origine mutazionale dei disturbi e migliorare sia i sistemi di diagnosi precoce che l'impiego di possibili trattamenti personalizzati.

In merito ai trattamenti, seppur la terapia farmacologica possa sembrare lo strumento d'azione privilegiato, l'**approccio integrativo** dei trattamenti farmacologici e non farmacologici (i.e. psicoterapia, psicoeducazione, interventi riabilitativi, ecc.) ricopre un ruolo fondamentale nella cura dei pazienti. Negli ultimi anni, le numerose evidenze scientifiche confermano che un'efficace integrazione a lungo termine tra i trattamenti farmacologici e non farmacologici genera dei benefici sia per i pazienti sia per il sistema sanitario. La **marcata sottoutilizzazione** dei trattamenti non farmacologici presso i Centri suggerisce la **necessità di intervenire** in tale ambito al fine di incrementare interventi **altamente efficaci**, relativamente **poco costosi** e con **limitati effetti avversi**. Ad integrazione, è altresì fondamentale **investire** sulla **innovazione farmacologica** con la promozione di linee di ricerca e progetti in ambito neuropsicofarmacologico, anche mediante **partnership pubblico private**, per garantire l'accesso a **nuove e migliori opzioni terapeutiche** e migliorare l'attuale standard terapeutico.

La **presenza pervasiva di strutture territoriali** dedicate alla cura e all'assistenza dei pazienti con disturbi mentali potrebbe stimolare l'**approccio integrato** tra servizi ospedalieri, servizi

sanitari locali e servizi sociali. Nell'ottica del **DM 77/2022**, lo sviluppo coeso della territorialità porterebbe ad una razionalizzazione del ricorso alle cure ospedaliere e una massimizzazione della qualità erogata attraverso le prestazioni sanitarie, la sicurezza delle cure e l'uso appropriato delle risorse. In tale ambito, risulta necessaria una **revisione degli standard organizzativi ormai obsoleti** (es. Progetto Obiettivo "Tutela della salute mentale 1998-2000" (DPR 1.11.99), il quale individua in 1 posto letto per 10.000 abitanti) per rispondere ai **futuri bisogni emergenti** di una popolazione in aumento.

In linea con il nuovo modello di sanità territoriale, una più estesa **promozione delle tecnologie digitali** nell'ambito della salute mentale permetterebbe di

migliorare la prevenzione, di estendere la portata dei servizi psicologici e psichiatrici e di **sostenere la continuità delle cure**. I servizi digitali in psichiatria consentirebbero di semplificare i processi di comunicazione tra specialisti, professionisti e pazienti, di facilitare il monitoraggio e follow up dei pazienti e di diminuire i costi correlati agli spostamenti a carico di pazienti e caregiver. Un aspetto, tuttavia, da non tralasciare è la sfera emotiva che ricopre un ruolo fondamentale nel trattamento dei disturbi mentali e che rappresenta la vera sfida da cogliere nella telemedicina per questo ambito.

In conclusione, alla luce del disegno di riorganizzazione dell'assistenza territoriale definito con il DM 77/2022 (Nuovi modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza

territoriale nel SSN) e degli "standard per l'assistenza territoriale dei servizi salute mentale" varati da AGENAS, emerge la **necessità di rafforzare la rete dei servizi sociosanitari** in ottica territoriale per fornire risposte "integrate" per **promuovere prevenzione, presa in carico tempestiva e cura** della persona con disturbi mentali.

In tale direzione, i risultati del presente studio si pongono come uno **stimolo di riflessione** sulle le priorità su cui sarà necessario investire nel futuro, incentivando le Istituzioni alla costruzione di nuovi modelli organizzativi basati su prevenzione e assistenza territoriale, riformulando così l'offerta sociosanitaria per gli individui affetti da disturbi mentali.



Autori

Andrea Franchi – Team Leader - Health Economics Market Access Reimbursement | Janssen | afranch8@its.jnj.com

Francesco Maugeri – Manager – Business Unit | Janssen | fmaugeri@its.jnj.com

Carmen Sansone - Manager - Health Economics Market Access Reimbursement | Janssen | csansone@its.jnj.com

Elisa Costantini - Partner | Digital Care - Life Sciences Deloitte Consulting - Milano, IT | ecostantini@deloitte.it

Marco Togni – Manager | Digital Care - Life Sciences Deloitte Consulting - Milano, IT | mtogni@deloitte.it

Carlo D’Angiolella – Consultant | Digital Care - Life Sciences Deloitte Consulting - Milano, IT | cdangiolella@deloitte.it

Virginia Amato – Analyst | Digital Care - Life Sciences Deloitte Consulting - Milano, IT | viamato@deloitte.it

Ringraziamenti

Prof.ssa Bondi Emi

Presidente Società Italiana di Psichiatria (SIP)

Prof.ssa Galderisi Silvana

Presidente Società Italiana di Psicopatologia (SOPSI)

Dott.ssa Giagnotti Felicia

Presidente Progetto ITACA - Volontari per la Salute Mentale

Dott. Grattagliano Ignazio

Presidente Puglia Società Italiana di Medicina Generale e delle cure primarie (SIMG)

Prof. Maina Giuseppe

Direttore SCU Psichiatria presso l’AOU San Luigi Gonzaga di Torino

Dott. Maniscalco Tommaso

Coordinatore Gruppo Interregionale Salute Mentale Conferenza delle Regioni e PA

Prof. Mennini Francesco Saverio

Professore di Economia Sanitaria presso l’Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”

Dott.ssa Merzagora Francesca

Fondatrice e Presidente Fondazione ONDA - Osservatorio Nazionale sulla salute della donna e di genere

Dott.ssa Orthmann Nicoletta

Coordinatrice Medico-Scientifica Fondazione ONDA - Osservatorio Nazionale sulla salute della donna e di genere

Dichiarazione di conflitti di interesse

Gli esperti E.B., S.G., F.G., I.G., F.S.M., F.M. dichiarano di aver ricevuto un rimborso come contributo per le attività relative al progetto.

8. APPENDICE

8.1 Le referenze delle grandezze presenti nel modello quali quantitativo

Nella tabella sottostante, sono riportate le grandezze di misurazione presenti nel modello quali quantitativo, le relative fonti e la metodologia di stima per il costo annuale.

Grandezza di misurazione	Tipologia dato	Descrizione dato	Fonte/i consultata/e	Note e metodologia di stima
Corsi ECM di aggiornamento e formazione erogati ai Medici di Medicina Generale e agli psichiatri sui disturbi mentali Centro Diurno (CD)	Unità	Numero di corsi di aggiornamento e formazione erogati nel 2022	Sito AGENAS	Il numero di corsi è stato mappato manualmente dalla sezione "Ricerca Eventi E.C.M." di AGENAS in un database Excel dedicato, impostando i seguenti criteri:
	Costo unitario	Costo medio di un corso per il SSN	Sito AGENAS	- Professione/Disciplina: corsi erogati ai medici specializzati in Medicina Generale e/o Psichiatria
Accessi in urgenza al Pronto Soccorso associati a disturbi mentali	Unità	Numero di accessi al Pronto Soccorso associati a disturbi mentali nel 2022	Rapporto Ministero della Salute "Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale" (2022)	Il numero di accessi al Pronto Soccorso per ciascun disturbo mentale è stato raccolto dal Rapporto del Ministero della Salute "Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale", in cui è riportato il dato per ogni gruppo diagnostico
	Costo unitario	Costo medio per accesso al Pronto Soccorso	Report Regione Liguria "Proposta metodologica per la valutazione dei costi dell'emergenza" (2007) - Dato aggiustato all'inflazione	Il costo medio per accesso è stato raccolto dal Report Regione Liguria "Proposta metodologica per la valutazione dei costi dell'emergenza" che stima un costo medio di 241 €, con un valore che oscilla tra un minimo di 153 € a un massimo di 353 €. Il dato è stato successivamente aggiustato considerando un'inflazione dal 2007 al 2021, passando quindi da 241 € a 284 €
Mobilità sanitaria intra ed extra regionale	Unità	Numero di pazienti con disturbi mentali che si reca fuori Regione per curarsi	Rapporto CENSIS "Migrare per curarsi (2017)", Database ISTAT "Aspetti della vita quotidiana: Stato di salute - regioni e tipo di comune" (2021) ed Elaborazione Deloitte	Il numero di pazienti con disturbi mentali che si reca fuori Regione per curarsi è stato ricavato a partire dal numero totale di malati che ogni anno intraprende degli spostamenti fuori Regione, applicando in prima approssimazione una percentuale correttiva dell'11,5% data dal rapporto fra "popolazione con disturbi mentali/popolazione con almeno una malattia cronica"
	Costo unitario	Costo mobilità sanitaria regionale per persona	Rapporto CENSIS "Migrare per curarsi" (2017) e Report Osservatorio GIMBE "La mobilità sanitaria interregionale nel 2018" (2020)	Il valore della mobilità sanitaria regionale per persona è stato ricavato dalla letteratura dividendo il valore complessivo della mobilità sanitaria per la popolazione che si reca fuori Regione
Principali campagne informative e iniziative di sensibilizzazione accreditate promosse nell'ambito della salute mentale dal Ministero della Salute e dalle principali Associazioni di pazienti	Unità	Numero di campagne informative e iniziative di sensibilizzazione promosse nel 2022 dal MdS e dalle PAGs	Sito web del MdS - Portale sulla Salute Mentale, sito web Fondazione ONDA, sito web Progetto Itaca	Il numero delle principali campagne/iniziative è stato mappato manualmente dai siti web del Ministero della Salute, di Fondazione ONDA e di Progetto Itaca in un database Excel dedicato. La mappatura è stata integrata grazie al contributo dell'Advisory Board
	Costo unitario	Costo medio per l'organizzazione di una campagna/iniziativa in ambito salute mentale	Dato interno fornito da Janssen	Il dato fornito da Janssen è una prima approssimazione inserita all'interno del modello. La stima potrà essere ulteriormente rifinita in quanto il costo complessivo può comprendere o meno alcune voci (costi pubblicitari, di allestimento, per locazione della sede, etc.) e può dipendere da diversi fattori (es. portata numerica e capillarità della campagna/iniziativa, impatto desiderato)

Grandezza di misurazione	Tipologia dato	Descrizione dato	Fonte/i consultata/e	Note e metodologia di stima
Centri di Salute Mentale e Psico Sociali sul territorio nazionale	Unità	Numero di Centri a livello nazionale	Mappatura Deloitte da «Anagrafe dei DSM» (2022), siti web regionali	Il numero di Centri è stato reperito a partire dalla mappatura dei DSM nel «Anagrafe dei DSM» (2022). Per ogni DSM, sono stati ricercati i relativi Centri all'interno dei siti web dei Dipartimenti.
	Costo unitario	Costo medio di gestione in un Centro	Rielaborazione da Rapporto Ministero della Salute "Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale" (2022)	Il costo medio è stato ricavato a partire da una rielaborazione del Rapporto del Mds. Il dato è stato calcolato dal rapporto tra il Costo relativo all'assistenza psichiatrica territoriale e il numero di CSM mappati da Deloitte
Esami diagnostici per la diagnosi differenziale dei disturbi mentali (es. test di laboratorio, imaging)	Unità	Numero di esami prescritti all'anno	Raccolta tramite survey	-
	Costo unitario	Costo medio per esame	Rielaborazione da Nomenclatore "Prestazioni di specialistica ambulatoriale" (2013) - Dato aggiustato all'inflazione	Il costo medio è stato ricavato a partire dal Nomenclatore "dell'assistenza specialistica ambulatoriale", considerando e mediando fra loro i costi di: RMN, TC, PET, SPECT, esami di laboratorio. Per ogni esame, è stata calcolata una media ponderata in modo tale da comprendere nel calcolo la frequenza di prescrizione presso i Centri di ciascun esame. Il dato è stato successivamente aggiustato all'inflazione.
Errori nella corretta formulazione delle prime diagnosi di disturbi mentali	Unità	% di prime diagnosi errate	Raccolta tramite survey e Rapporto Ministero della Salute "Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale" (2022)	La % di prime diagnosi errate per ogni disturbo mentale è stata raccolta tramite survey. Per il calcolo delle prime diagnosi errate in valore assoluto, è stata applicata tale percentuale all'incidenza degli utenti trattati per ciascun disturbo mentale analizzato
	Costo unitario	Costo indiretto associato	Paper Scientifico "The real-world health resource use and costs of misdiagnosing bipolar I disorder" (2019)	Nel paper scientifico, sono stati rilevate diverse voci di costo annue sostenute da pazienti con disturbo bipolare non diagnosticati correttamente (es. costo per visite ambulatoriali, assistenza domiciliare, altri costi). Il costo utilizzato è dato dalla differenza di costo annuale tra paziente diagnosticato correttamente e paziente non diagnosticato correttamente. Successivamente, il dato è stato convertito in euro.
Personale medico e sociosanitario per la diagnosi e gestione del paziente operante presso le strutture dei DSM (ie. psichiatra, psicologo, tecnico riabilitazione psichiatrica, assistente sociale, educatore, OSS, sociologo, infermiere)	Unità	Numero di specialisti presenti nei DSM	Rielaborazione da Rapporto Ministero della Salute "Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale" (2022)	Il dato è stato reperito all'interno degli allegati del Rapporto SISM ed è stato diviso equamente con la grandezza presente nella fase di trattamento. Nel conteggio, è stato rilevato solo il personale del DSM (dipendenti e convenzionati) ma non il personale delle strutture convenzionate. In seguito, è stato incrementato il personale nello scenario intermedio 1 e futuro seguendo una distribuzione % differenziata riferendoci alla «Metodologia per il calcolo dei fabbisogni di personale del SSN» della Conferenza Stato-Regioni e AGENAS, rielaborata dalla SIEP. Per tale motivo, la % di priorità viene ripartita diversamente sul personale in quanto è stato considerato il delta percentuale tra la dotazione attuale (SISM) e lo Standard Intesa (Conferenza Stato-Regioni AGENAS).
	Costo unitario	Costo medio unitario annuo delle figure professionali	Salute mentale: organizzazione, strutture e personale. Cosa prevede il decreto con i fabbisogni approvato dalla Stato-Regioni (2023)	Il dato è stato raccolto in un articolo in cui è stata svolta una rielaborazione SIEP su costi unitari medi annui desunti da Conto Annuale 2019 del MEF

Grandezza di misurazione	Tipologia dato	Descrizione dato	Fonte/i consultata/e	Note e metodologia di stima
Trattamenti farmacologici somministrati al paziente prima del trattamento clinicamente efficace	Unità	Numero di trattamenti somministrati ad ogni paziente prima del trattamento efficace	Raccolta tramite survey	-
	Costo unitario	Costo per paziente riguardo il trattamento farmacologico di prima linea - convenzionata e distribuzione diretta	Rielaborazione da Rapporto Ministero della Salute "Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale" (2022) e Paper scientifico "Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: A STAR*D Report" (2006)	Il costo unitario per paziente riguardo il trattamento farmacologico di prima linea - convenzionata e distribuzione diretta - è stato reperito dal prodotto tra costo unitario per trattamento di prima linea (convenzionata e distribuzione diretta) in un determinato disturbo ed il numero di pazienti per cui i trattamenti farmacologici non sono efficaci.
Mancata aderenza a farmaci antidepressivi, antipsicotici e/o stabilizzatori dell'umore	Unità	Numero di pazienti non aderenti alla terapia farmacologica	Rielaborazione Deloitte da Report "Psichiatria e farmacoterapia: mutamenti culturali e innovazioni scientifiche" e Rapporto dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale" (2022)	Le percentuali di non aderenza ai trattamenti farmacologici espresse nel Report (es. Non aderenza ad antidepressivi: 50%-70%, non aderenza a schizofrenia: 40%-90%), sono state applicate al totale dei pazienti presenti nei Centri. (Nota: l'intervallo di non aderenza è stato semplificato come media tra valore max e min)
	Costo unitario	Costo medio indiretto legato alla non aderenza	Rielaborazione Deloitte da Rapporto Ministero della Salute "Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale" (2022), Articolo "Conseguenze economiche della mancata aderenza alle terapie farmacologiche" (2018), Articolo "Aderenza terapeutica: ogni anno costi di 125 miliardi in Europa per ricoveri e cure d'emergenza" (2022) e Articolo "Malattie croniche. Ciat - Solo il 50% dei pazienti segue le cure in modo corretto"	Il costo medio indiretto è stato calcolato come il rapporto tra il costo legato alla mancata aderenza e la popolazione italiana al 2021 con almeno una malattia cronica
Mancata aderenza ad interventi psicoeducativi e psicoterapeutici	Unità	Numero medio di visite alle quali il paziente non si presenta	Rapporto Ministero della Salute "Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale" (2022)	Il dato è stato rilevato nel Report come «Utenti che hanno abbandonato il trattamento» per ogni disturbo mentale
	Costo unitario	Costo medio per visita	Nomenclatore "Prestazioni di specialistica ambulatoriale" (2013) - Dato aggiustato all'inflazione	Il costo medio è stato ricavato a partire dal Nomenclatore "dell'assistenza specialistica ambulatoriale", considerando e mediando fra loro i costi di: Colloquio psicologico clinico e Visita psichiatrica di controllo. Il dato è stato successivamente aggiustato all'inflazione.

Grandezza di misurazione	Tipologia dato	Descrizione dato	Fonte/i consultata/e	Note e metodologia di stima
Riammissioni entro 7/30 giorni dalla dimissione	Unità	Numero medio di riammissioni entro 7/30 giorni	Rielaborazione Deloitte da Rapporto Ministero della Salute "Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale" (2022)	Il numero di riammissioni è stato calcolato partendo dalle dimissioni dalle strutture psichiatriche ospedaliere, sia pubbliche che private. Con riferimento al regime ordinario, ovvero ai Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), le riammissioni non programmate entro 30 giorni rappresentano il 13,5% del totale delle dimissioni, mentre quelle a 7 giorni rappresentano il 7,5%. Calcolati i valori assoluti, è stata estratta una media aritmetica tra i due valori
	Costo unitario	Costo medio giornaliero per la gestione del singolo paziente nei reparti delle strutture ospedaliere	Rapporto Ministero della Salute "Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale" (2022)	Il costo medio giornaliero per la gestione di un singolo paziente in assistenza ospedaliera è stato calcolato dividendo il costo annuale di gestione dei pazienti nei reparti delle strutture ospedaliere per il numero di pazienti gestiti presso le strutture e per 365 giorni. Infine, il costo giornaliero è stato moltiplicato per le giornate medie di degenza
Centri Diurni (CD) sul territorio nazionale	Unità	Numero di Centri Diurni (CD) a livello nazionale	Rapporto Ministero della Salute "Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale" (2022)	Il numero dei Centri Diurni o "strutture semiresidenziali" (CD) è 742
	Costo unitario	Costo medio annuo di gestione di un singolo paziente all'interno dei CD	Rielaborazione Deloitte da Rapporto Ministero della Salute "Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale" (2022)	Il costo medio è stato ricavato a partire da una rielaborazione del Rapporto del MdS. Il dato è stato calcolato dal rapporto tra il Costo relativo all'assistenza psichiatrica semiresidenziale e il numero di CD mappati dal SISM
Strutture Residenziali (SR) sul territorio nazionale	Unità	Numero di Strutture Residenziali (SR) a livello nazionale	Rapporto Ministero della Salute "Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale" (2022)	Il numero delle "strutture residenziali" (SR) in Italia è presente negli allegati del Rapporto e sono 1.983
	Costo unitario	Costo medio annuo di gestione di un singolo paziente all'interno dei SR	Rielaborazione Deloitte da Rapporto Ministero della Salute "Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale" (2022)	Il costo medio è stato ricavato a partire da una rielaborazione del Rapporto del MdS. Il dato è stato calcolato il rapporto tra il Costo relativo all'assistenza psichiatrica residenziale e il numero di SR mappati dal SISM.
Posti letto nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) sul territorio nazionale	Unità	Numero di posti letto all'interno dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) a livello nazionale	Rapporto Ministero della Salute "Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale" (2022)	Il numero di posti letto all'interno dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) a livello nazionale è stato rilevato tramite la somma dei posti letto in regime ordinario e Day Hospital presenti nelle strutture pubbliche ed equiparate e nelle case di cura private accreditate
	Costo unitario	Costo medio annuo di un singolo posto letto all'interno dei SPDC	Rielaborazione Deloitte da Rapporto Ministero della Salute "Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale" (2022)	Il costo medio è stato ricavato a partire da una rielaborazione del Rapporto del MdS. Il dato è stato calcolato dal rapporto tra il Costo relativo all'assistenza psichiatrica ospedaliera e il numero di posti letto all'interno dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) a livello nazionale
Spesa lorda farmaceutica complessiva	Costo annuale	Spesa farmaceutica lorda annua	Rapporto Ministero della Salute "Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale" (2022)	La spesa farmaceutica lorda annua, sia in regime convenzionato che in distribuzione diretta, è stata ricavata dal Rapporto del MdS ed è pari a 564.115.275 €

Grandezza di misurazione	Tipologia dato	Descrizione dato	Fonte/i consultata/e	Note e metodologia di stima
Spesa lorda per trattamenti non farmacologici svolti a livello territoriale (es. psicoterapia, interventi psicoeducativi, interventi abilitativi e riabilitativi)	Unità	Numero di prestazioni non farmacologiche (es. psicoterapia, interventi psicoeducativi, interventi abilitativi e riabilitativi, interventi di risocializzazione e formazione lavorativa) eseguite presso le strutture del DSM all'anno	Rapporto Ministero della Salute "Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale" (2022)	Il numero di prestazioni non farmacologiche eseguite presso le strutture del DSM è presente nel testo del Rapporto SISIM
	Costo unitario	Costo medio per prestazione	Rielaborazione del Testo Unico della Tariffa Professionale degli Psicologi (2002) - Dato aggiustato all'inflazione	Il dato è stato ripreso dal formato tabellare delle consulenze svolte dagli psicologi, il quale viene espresso tramite un intervallo tra min. e max. Il dato è stato successivamente aggiustato all'inflazione.
Visite erogate in telemedicina	Unità	Numero medio di visite erogate in telemedicina	Raccolta tramite survey, Rielaborazione Rapporto Ministero della Salute "Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale" (2022)	Il numero medio di visite erogate in telemedicina è dato prodotto tra % di visite erogate in telemedicina presso i Centri (dato raccolto tramite survey) e le prestazioni territoriali erogate nell'anno da parte del Medico e dello Psicologo
	Costo unitario	Costo medio per visita in telemedicina	Nomenclatore "Prestazioni di specialistica ambulatoriale" (2013) - Dato aggiustato all'inflazione	A partire dal costo medio ricavato dal Nomenclatore "dell'assistenza specialistica ambulatoriale", il valore risultante è stato decrementato del 20%
Visite erogate in presenza	Unità	Numero medio di visite erogate in presenza	Rapporto Ministero della Salute "Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale" (2022)	Il numero medio di visite erogate in presenza è dato dalla somma di prestazioni territoriali erogate nell'anno da parte del Medico e dello Psicologo, a cui sono state sottratte le visite svolte in telemedicina. Il dato è stato successivamente aggiustato all'inflazione.
	Costo unitario	Costo medio per visita in presenza	Nomenclatore "Prestazioni di specialistica ambulatoriale" (2013) - Dato aggiustato all'inflazione	Il costo medio è stato ricavato a partire dal Nomenclatore "dell'assistenza specialistica ambulatoriale", considerando e mediando fra loro i costi di: Colloquio psicologico clinico e Visita psichiatrica di controllo. Il dato è stato successivamente aggiustato all'inflazione.

8.2 Le priorità di investimento e le referenze delle relative percentuali

Nella tabella in basso, sono riportate le percentuali di priorità di investimento assegnate e le fonti per referenziare e raffinare il valore percentuale.

GRANDEZZA DI MISURAZIONE	PRIORITÀ SUGGERITA DAL BOARD	% SUGGERITA DA DELOITTE	% SUPPORTATA DA FONTE	FONTE	NOTE
<p>Personale medico e sociosanitario per la diagnosi e gestione del paziente operante presso le strutture dei DSM (i.e. psichiatra, psicologo, tecnico riabilitazione psichiatrica, assistente sociale, educatore, OSS, sociologo, infermiere)</p>	ALTA	50%	47,20%	Metodologia per il calcolo dei fabbisogni di personale del SSN	In base allo standard dell'Intesa di fabbisogno del personale, è stato analizzato il delta tra dotazione attuale e standard. Per soddisfare lo standard, occorre aumentare del 47,2 % la dotazione attuale.
<p>Principali campagne informative e iniziative di sensibilizzazione promosse nell'ambito della salute mentale dal Ministero della Salute e dalle principali Associazioni di pazienti</p>	ALTA	50%	Fonte qualitativa	1. Raccolta dati tramite survey	1. La survey ha dichiarato che circa il 50% dei pazienti presso i Centri non accede a programmi terapeutici e socioriabilitativi per lo stigma associato ai disturbi mentali. Se venissero raddoppiate le campagne, si potrebbe generare un argine allo stigma associato;
				2. Investing in Mental Health	2. Nel documento "Investing in Mental Health", viene affermato che Le campagne contro lo stigma si traducono in una percentuale maggiore di pazienti che ricevono le cure necessarie ed un reinserimento nelle scuole e nelle loro comunità. Tale investimento nelle campagne ridurrebbe lo stigma nella Salute Mentale e la discriminazione associata, generando un ritorno positivo per la comunità.
<p>Spesa lorda per trattamenti non farmacologici svolti a livello territoriale (es. psicoterapia, interventi psicoeducativi, interventi abilitativi e riabilitativi)</p>	ALTA	50%	Fonte qualitativa	Rapporto ISTISAN - ISS	Secondo il Rapporto ISTISAN e come riportato dai Rapporti SISM 2019 e 2020, le prestazioni erogate in materia di attività psicologica e psicoterapeutica dalle strutture territoriali sono basse rispetto al totale (circa il 6,4% e il 6,5%), suggerendo una marcata sottoutilizzazione di "interventi altamente efficaci, relativamente poco costosi e con limitati effetti avversi".
<p>Corsi ECM di aggiornamento e formazione erogati ai Medici di Medicina Generale e agli psichiatri sui disturbi mentali</p>	MEDIA	30%	Fonte qualitativa	1. Salute mentale: bisogna investire su prevenzione e territorio	1. Nella Conferenza Nazionale per la Salute Mentale del 2019, è stata discussa l'importanza riguardante l'investimento nella formazione dei professionisti sanitari, "pena una dissonanza tra un sistema che si orienta verso i determinanti sociali e una formazione ancora orientata sul modello teorico biologico «;
				2. Piano d'azione europeo per la Salute Mentale	2. Nel Piano d'Azione, viene espressa la necessità di una formazione adeguata per i professionisti sanitari, nello specifico per l'assistenza sanitaria di base (es. MMG) "affinché siano in grado di individuare, diagnosticare o procedere eventualmente all'invio delle persone con problemi di salute mentale a uno specialista «.

GRANDEZZA DI MISURAZIONE	PRIORITÀ SUGGERITA DAL BOARD	% SUGGERITA DA DELOITTE	% SUPPORTATA DA FONTE	FONTE	NOTE
Centri di Salute Mentale e Psico Sociali (ie. Centri) sul territorio nazionale	MEDIA	30%	24%	Rielaborazione SIEP del DM 77/2022	In base ad una rielaborazione della SIEP sui dati del DM 77, i CSM dovrebbero essere 1 ogni 80.000-100.000 abitanti ed in alcuni contesti in cui ci potrebbero essere 1 CSM su 40.000/50.000. Sulla base dei calcoli svolti da Deloitte, in cui è stata eseguita una mediazione (1 CSM ogni 70.000), i CSM teorici sarebbero 841, mentre dalla mappatura Deloitte è emersa la presenza di 681 Centri, con uno scarto del 24%.
Posti letto nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) sul territorio nazionale	MEDIA	30%	36%	Progetto Obiettivo "Tutela della salute mentale 1998-2000" (DPR 1.11.99)	Considerando che il Progetto Obiettivo "Tutela della salute mentale 1998-2000" (DPR 1.11.99) individua in 1 posto letto per 10.000 abitanti, i PL per la Salute Mentale dovrebbero essere 5.885, mentre secondo il SISM sono 4.333, con uno scarto del 36%.
Spesa lorda farmaceutica complessiva annua per antidepressivi, antipsicotici e stabilizzatori dell'umore (litio) erogati in regime convenzionato e in distribuzione diretta	MEDIA	30%	Fonte qualitativa	1. Dichiarazione Silvia Ussai (Società Italiana di Farmacologia)	1. Secondo Silvia Ussai, membro del gruppo di lavoro Farmaci e Povertà della Società Italiana di Farmacologia, nonostante l'impatto rilevante delle patologie psichiatriche sui sistemi sanitari, "assistiamo ad un costante disinvestimento della ricerca e sviluppo sui farmaci per la salute mentale", esprimendo la necessità di "investimento globale sui temi della farmacologia psichiatrica";
				2. Dichiarazione Margaret Chan (ex DG dell'OMS)	2. Secondo Margaret Chan, ex DG dell'OMS, nella maggior parte dei Paesi a livello mondiale viene investito per la cura dei disturbi mentali meno del 2% dei fondi per la salute pubblica e questo determina gravi carenze in ambito sanitario. Difatti, afferma come "le opportune cure psicosociali e farmacologiche potrebbero assicurare una vita sana a decine di milioni di persone."
Visite erogate tramite strumenti di telemedicina	MEDIA	30%	Fonte qualitativa	1. Rapporto ISTISAN - ISS	1. Secondo il Rapporto ISTISAN, alcuni DSM hanno attivato anche a distanza, nel periodo del distanziamento sociale, la possibilità di effettuare visite psichiatriche di follow-up, nonché psicoterapie e attività riabilitative anche da remoto al fine di garantire una migliore continuità, sostenibilità ed appropriatezza dei programmi individualizzati di cura;
				2. Telesichiatria: Guida completa e utilizzo di tecnologie digitali	2. Come riportato nel Report, il ruolo della telesichiatria può avere un significativo valore rispetto ai contesti tradizionali, agevolando i collegamenti con i servizi ambulatoriali, riducendo i costi correlati (es. trasporto, ricovero, accesso al PS) e migliorando lo stato di salute generale dei pazienti tramite l'implementazione presso le strutture di assistenza primaria e le cliniche di assistenza specialistica;
				3. Osservatorio per l'innovazione digitale in sanità	3. Secondo un'indagine svolta dall'Osservatorio per l'innovazione digitale in sanità del Politecnico di Milano nell'ambito dell'evento "La Salute Connessa", la pandemia COVID-19 ha portato ad un aumento riguardo l'uso delle piattaforme digitali sanitarie, salendo di quasi 20 punti percentuali durante l'emergenza (da 11% a 30%) e per il futuro più di otto italiani su 10 (l'82%) vorrebbe usarle per accrescere il rapporto con il proprio medico.
Centri Diurni (CD) sul territorio nazionale	MEDIA	30%	Fonte qualitativa	Intervento del Dott. Tommaso Maniscalco (Coordinatore Gruppo Interregionale Salute Mentale Conferenza delle Regioni e PA)	Durante l'incontro plenario dell'Advisory board del 29/05, il Dott. Maniscalco ha suggerito di aumentare la priorità di investimento nelle strutture semiresidenziali, ovvero i Centri Diurni (CD), per rafforzare un approccio organizzativo territoriale. Per tale motivo, la percentuale di investimento è stata quasi raddoppiata rispetto alle Strutture Residenziali

GRANDEZZA DI MISURAZIONE	PRIORITÀ SUGGERITA DAL BOARD	% SUGGERITA DA DELOITTE	% SUPPORTATA DA FONTE	FONTE	NOTE
Strutture Residenziali (SR) sul territorio nazionale	BASSA	10%	13,10%	Salute mentale sempre meno finanziata. Tra il 2016 e il 2021 taglio del 10,7% alle risorse	Da una rielaborazione del trend storico dei Rapporti SISM tra il 2016 ed il 2021, risulta che le Strutture Residenziali siano calate del 13,1% (circa 229 SR), mentre per i CD il calo è ancora più significativo (-17,3%). Mediando i calcoli, risulta che, per tornare ai livelli del 2016, occorre aumentare di circa il 15,2%.
Esami diagnostici (es. test di laboratorio, imaging) prescritti dalle strutture dei DSM per la diagnosi differenziale dei disturbi mentali	BASSA	10%	Fonte qualitativa	Neuroimaging in psichiatria (RMN, TC, PET e SPECT)	Il neuroimaging in psichiatria costituisce un aiuto nella comprensione dei meccanismi neurobiologici di disturbi come schizofrenia, disturbi bipolare, e la depressione maggiore. Risulta inoltre utile nel caso della diagnosi differenziale per escludere l'ipotesi di una disfunzione organica (es. tumori cerebrali). Non bisogna però dimenticare che il neuroimaging in psichiatria non è uno strumento privo di limiti il cui utilizzo va valutato in base al singolo caso e che la diagnosi in psichiatria ad oggi è prettamente clinica.

8.3 I principali risultati raccolti tramite il questionario

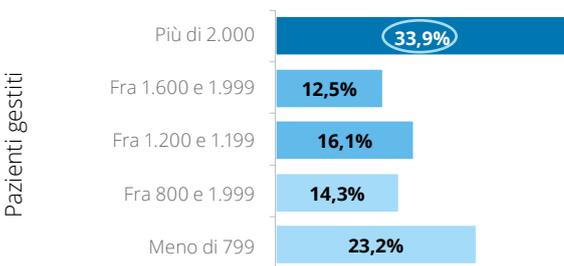
Il questionario è stato condiviso per la prima volta il 20/12/2022 ed è stato ufficialmente chiuso il 17/03/2023. In basso, sono riportate le principali evidenze raccolte.

PROFILAZIONE CENTRI

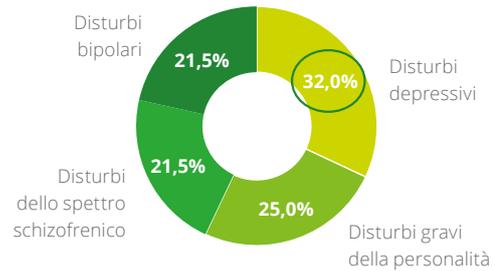


60 Centri rispondenti

Circa il **34%** dei Centri ha gestito nel 2022 **oltre 2.000 pazienti**

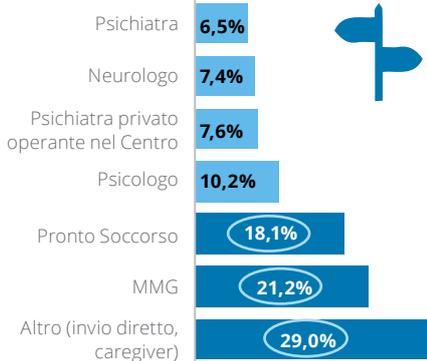


Oltre il **30%** di pazienti gestiti dai Centri affetti da **disturbi depressivi**



REFERRAL E TEMPI DI ATTESA

Quasi il **30%** dei pazienti accede ai Centri per accesso **volontario** o indirizzato dal **caregiver**, oltre il **20%** è inviato dal proprio **MMG** e circa il **18%** proviene dal **Pronto Soccorso**



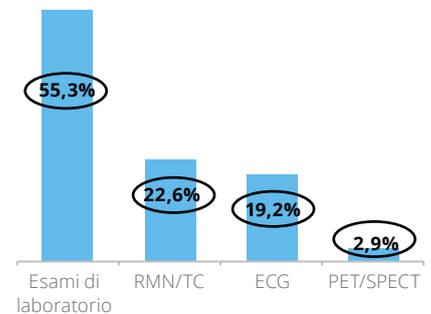
Tempo medio di attesa per prima consultazione **≤ 1 mese** per quasi il 90% dei Centri

PERCORSO DIAGNOSTICO

Limitato ricorso ad **esami strumentali** di caratterizzazione clinica della diagnosi

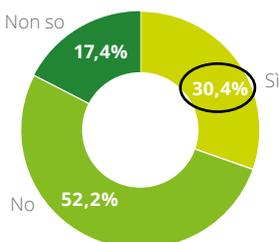


Disomogeneità di **test e questionari** somministrati per la diagnosi e/o valutazione del decorso dei disturbi, principalmente **BPRS** (circa **20%**), **HONOS** (quasi **18%**) e **HDRS** (circa **16%**)



TELEMEDICINA

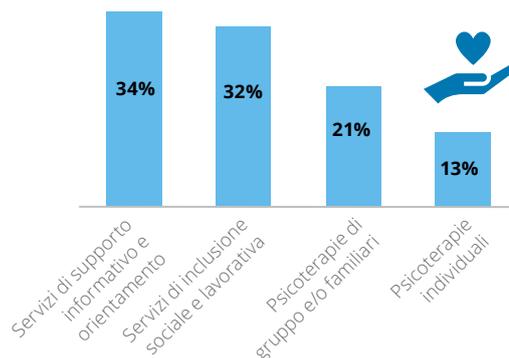
Solo il **30%** dei Centri usa **strumenti di telemedicina**



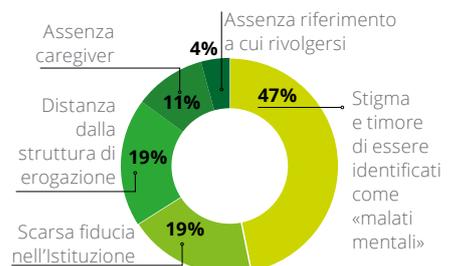
Circa **10%** di visite in telemedicina sul totale delle visite erogate

SERVIZI/PROGRAMMI TERAPEUTICO E SOCIORIBABILITATIVI E STIGMA

Il **90%** dei Centri **offre o segnala servizi e programmi** per pazienti e caregiver, in particolare:



Nei disturbi depressivi, il **70%** dei Centri riporta casi di **pazienti che rifiutano di accedere a programmi** terapeutico e socioriabilitativi, principalmente (**47%**) per stigma e timore di essere identificati come «malati mentali»



8.4 L'impatto sulle grandezze correlate

Nella tabella sottostante, sono riportate le grandezze su cui è ipotizzato un incremento di risorse, le grandezze correlate ed il relativo impatto (i.e. Basso: 25%; Medio: 50%; Alto: 100%).

Grandezza su cui è ipotizzato un incremento di risorse	Priorità (% di incremento)	Grandezze correlate	Impatto (% di variazione)
Personale medico e sociosanitario per la diagnosi e gestione del paziente operante presso le strutture dei DSM (ie. psichiatra, psicologo, tecnico riabilitazione psichiatrica, assistente sociale, educatore, OSS, sociologo, infermiere)	47,2%	Non disponibile	
Numero medio annuale di campagne informative e iniziative di sensibilizzazione promosse nell'ambito della salute mentale dal Ministero della Salute e dalle principali Associazioni di pazienti	50%	Mancata aderenza a farmaci antidepressivi, antipsicotici e/o stabilizzatori dell'umore	 25%
Numero medio annuale di corsi ECM di aggiornamento e formazione erogati ai Medici di Medicina Generale e agli psichiatri sui disturbi mentali	30%	Accessi in urgenza al Pronto Soccorso associati a disturbi mentali	 25%
Numero medio annuale di esami diagnostici (es. test di laboratorio, imaging) prescritti dalle strutture dei DSM per la diagnosi differenziale dei disturbi mentali	10%	Errori nella corretta formulazione delle prime diagnosi di disturbi mentali	 50%
Spesa lorda per trattamenti non farmacologici svolti a livello territoriale (es. psicoterapia, interventi psicoeducativi, interventi abilitativi e riabilitativi)	50%	Mancata aderenza ad interventi psicoeducativi e psicoterapeutici	 25%
Spesa lorda farmaceutica complessiva annua per antidepressivi, antipsicotici e stabilizzatori dell'umore (lito) erogati in regime convenzionato e in distribuzione diretta	30%	Numero di riammissioni entro 7/30 giorni dalla dimissione	 50%
Numero complessivo di Centri di Salute Mentale e Psico Sociali (ie. Centri) sul territorio nazionale	24%	Mobilità sanitaria intra ed extra regionale	 25%
Numero complessivo di posti letto nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) sul territorio nazionale	36%	Mobilità sanitaria intra ed extra regionale	 25%
Numero complessivo di Centri Diurni (CD) sul territorio nazionale	30%	Mobilità sanitaria intra ed extra regionale	 25%
Numero complessivo di Strutture Residenziali (SR) sul territorio nazionale	13,1%	Mobilità sanitaria intra ed extra regionale	 25%
Numero medio annuale di visite erogate tramite strumenti di telemedicina	30%	Mancata aderenza ad interventi psicoeducativi e psicoterapeutici	 25%
		Numero di riammissioni entro 7/30 giorni dalla dimissione	 25%

Legenda impatto  Bassa  Media  Alta

8.5 La stima del costo annuale nello scenario intermedio 2 e futuro

Per stimare il costo annuale della grandezza nello scenario intermedio 2:

Costo annuale della grandezza nello Scenario intermedio 2=
(Costo medio/paziente*Incremento dei pazienti)+Costo annuale della grandezza nello scenario attuale

Dove:

- Il "Costo medio/paziente" è dato dal rapporto tra il Costo annuale della grandezza di riferimento nello scenario attuale e la Prevalenza attuale della popolazione paziente;
- "Incremento dei pazienti" è dato dal prodotto tra la Prevalenza attuale della popolazione paziente e l'incremento percentuale della popolazione fra 3 anni (15%)

Per stimare, invece, il costo annuale della grandezza nello scenario futuro:

Costo annuale della grandezza nello Scenario futuro=
(Costo medio/paziente*Incremento dei pazienti)+Costo annuale della grandezza nello scenario intermedio 1

Dove:

- Il "Costo medio/paziente" è dato dal rapporto tra il Costo annuale della grandezza di riferimento nello scenario attuale e la Prevalenza attuale della popolazione paziente;
- "Incremento dei pazienti" è dato dal prodotto tra la Prevalenza attuale della popolazione paziente e l'incremento percentuale della popolazione fra 3 anni (15%)

Per i dati per cui non era presente lo spaccato per ogni disturbo mentale e dove possibile (i.e. mobilità sanitaria, esami diagnostici prescritti, visite in telemedicina), è stata calcolata una **proxy** in base alla **prevalenza dello specifico disturbo** derivante dal Rapporto SISM 2022. Nello specifico, il costo annuale è stato ripartito per ogni disturbo mentale in base alla relativa prevalenza.

9. Bibliografia

1. *Salute Mentale*. **Istituto Superiore di Sanità**.
2. *Salute mentale, Sip: "Servono 3 miliardi in più per gli italiani senza cura"*. **Società Italiana di Psichiatria**. 2021.
3. *The Lancet Commission on global mental health and sustainable development*. **The Lancet Commission**. 2018.
4. *Che cos'è la salute mentale*. **Ministero della Salute**. 2013.
<https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?id=171&area=salute%20mentale&menu=vuoto>.
5. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text. rev.)*. **American Psychiatric Association**. 2022.
6. *ICD-11 Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines for Mental and Behavioral Disorders*. **WHO**. 2018.
7. *Rapporto salute mentale - Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM)*. **Ministero della Salute**. 2022.
8. *Major depressive disorder*. **Otte C, et al.** 2016, *Nature Reviews Disease Primers*.
9. *Oltre la remissione. Prevenzione delle recidive nel trattamento a lungo termine della depressione. I primi risultati dello studio PREVENT*. **P.L. Scapicchio**. 2008, *Farmacologia clinica*.
10. *Prevalence and correlates of mental disorders among adolescents in Italy: The PrISMA study*. **Frigerio A, et al.** 2009, *Eur Child Adolesc Psychiatry*.
11. *Minori e salute mentale: mancano i neuropsichiatri infantili e non ci sono posti letto sufficienti: 395 in tutta Italia, dovrebbero essere almeno 700*. **La Repubblica**. 2022. https://www.repubblica.it/solidarieta/emergenza/2022/12/15/news/minori_e_salute_mentale_in_italia_mancano_i_neuropsichiatri_infantili-379154823/.
12. *Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019*. **Collaborators, GBD 2019 Diseases and Injuries**. *The Lancet*, Vol. 396, p. 1204-1222.
13. *COVID-19 pandemic triggers 25% increase in prevalence of anxiety and depression worldwide*. **WHO**. 2022. <https://www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>
14. *Total expenditure on mental health care as a percentage of total health spending*. **OECD**. 2020. *OECD Publishing*.
15. *Lettera appello*. **91 Direttori dei DSM**. 2023.
16. *Giornata mondiale della salute mentale – World Health Mental Day*. **Ministero della Salute**. 2022. <https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioNotizieSaluteMentale.jsp?menu=notizie&id=6019>.
17. *Depression Fact Sheet*. **WHO**. 2020. <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
18. *Headway 2023 - Mental Health Index*. **The European House – Ambrosetti**. 2023.
19. *Depressione, se grave fa perdere 42 giorni di lavoro l'anno*. **ANSACOM**. 2019. ANSA.it https://www.ansa.it/canale_saluteebenessere/notizie/postit/ONDA/2019/10/07/depressione-se-grave-fa-perdere-42-giorni-di-lavoro-lanno_de84e9c5-c6ac-4b06-bfce-da433e20832d.html
20. *Suicide*. **OMS**. 2021. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.
21. *Vogliamo misurare la salute mentale? Mancano i dati sui suicidi dal 2017*. **Il Sole 24 Ore**. 2021. <https://www.infodata.ilssole24ore.com/2021/09/16/vogliamo-misurare-la-salute-mentale-mancano-dati-sui-suicidi-dal-2017/>
22. *Il suicidio. Considerazioni in un'ottica di prevenzione*. **Istituto Superiore di Sanità**. 2012.
23. *Indagine qualitativa sul paziente affetto da psicosi e dai caregiver*. **Fondazione ONDA & Società Italiana di Neuropsicofarmacologia (SINPF)**. 2023.
24. *Metodo per la determinazione del fabbisogno di personale del SSN*. **AGENAS**. 2022.
25. *Linee Programmatiche per il Budget di Salute. Intesa tra il Governo, le Regioni e le Autonomie Locali*. 2022.
26. *Definizione dei percorsi di cura da attivare nei dipartimenti di salute mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità*. **Ministero della Salute**. 2014.
27. *I manicomi non ci sono più ma i problemi restano. In cura 800 mila persone per disturbi mentali. Ecco le proposte degli psichiatri a 39 anni dalla legge Basaglia del 1978*. **Mencacci, C.** 2017. <https://www.claudiomencacci.it/publicazione/manicomi-non-ci-piu-problemi-restano-cura-800-mila-persone-disturbi-mentali-le-proposte-degli-psichiatri-39-anni-dalla-legge-basaglia-del-1978/>
28. *Covid e salute mentale. Un sommerso di 4,5 milioni di italiani che non accedono ai servizi di cura. L'allarme degli psichiatri*. **Società Italiana di Psichiatria (SIP)**. 2021. *Quotidiano Sanità*.
29. *Il finanziamento pubblico della Salute Mentale e la necessità di un intervento straordinario*. **Starace, F.** 2022. *Quotidiano Sanità*.
30. *L'Italia dovrebbe investire due miliardi di euro per la salute mentale*. **Masucci, J.** 2021. *Espresso*.
31. *A New Benchmark for Mental Health Systems: Tackling the Social and Economic Costs of Mental Ill-Health*. **Organisation for Economic Co-operation and Development (OCSE)**. 2021.
32. *Salute mentale. Con il personale attuale coperto solo il 55,6% del fabbisogno di assistenza nei Dsm*. **Starace, F.** 2019. *Quotidiano Sanità*.
33. *L'infermiere Case Manager in Salute Mentale: Follow up sui pazienti con scala HONOS*. *Rivista L'infermiere*. 2019. <https://www.infermiereonline.org/2019/12/13/infermiere-case-manager-in-salute-mentale-follow-up-sui-pazienti-con-scala-honos/>
34. *Fabbisogni del personale SSN, quali scenari per la salute mentale*. **Starace, F.** 2023. *Sanità 24 - Il Sole 24 Ore* <https://www.sanita24.ilssole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2023-01-13/fabbisogni-personale-ssn-quali-scenari-la-salute-mentale-093213.php?uuid=AE5xLZWC>
35. *Fatti e Cifre contro lo stigma*. **Ministero della Salute**. 2020.
36. *Sorveglianza PASSI*. **Istituto Superiore di Sanità**. 2021. <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/depressione#dati>.
37. *Psichiatria e farmacoterapia: mutamenti culturali e innovazioni scientifiche*. **Progetto ITACA**. 2017.
38. *Il capitale umano nella salute mentale*. **Quotidiana sanità**. 2022. https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=106811.
39. *Ogni giorno 1.313 pazienti psichiatrici in Pronto Soccorso. Le carenze del Sistema sanitario nazionale*. **Cozza, M.** 2022. *La Repubblica*.
40. *XX Congresso Nazionale della Società Italiana di NeuroPsicoFarmacologia (SINPF)*. **SINPF**. 2019.
41. *Integrating pharmacotherapy and psychotherapy*. **Thome, J.** 2015. *Journal of Neural Transmission*.
42. *L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale anno 2021*. **OsMed, Gruppo di Lavoro**. 2022.
43. *Silvia Ussai: necessario investire in ricerca e sviluppo dei farmaci per la salute mentale*. *Adnkronos*. 2022. https://www.adnkronos.com/silvia-ussai-necessario-investire-in-ricerca-e-sviluppo-dei-farmaci-per-la-salute-mentale_6yoFAOh1qPs6OWJXNK24vK
44. *Carta della Salute Mentale*. **Società Italiana di Psichiatria (SIP)**. 2017.
45. *Antipsychotic maintenance treatment in schizophrenia and the importance of preventing relapse*. **Emsley, R.** 2018. *World Psychiatry*.

46. 5000GenomiVdA. 2023. <https://5000genomivda.it/it/>.
47. *L'approccio del farmacista nell'area della Psichiatria - Approfondimenti sulla Carta della Salute Mentale*. **Società Italiana di Farmacia Ospedaliera e dei servizi farmaceutici delle aziende sanitarie (SIFO)**. 2018.
48. *I servizi di salute mentale non possono erogare solo farmaci, serve psicologia e psicoterapia*. **Rebecchi, D.** 2023. *Quotidiano Sanità*. https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=113341.
49. *Piano Di Azioni Nazionale Per La Salute Mentale (PANSM)*. **Ministero della Salute**. 2014.
50. *Indagine sul funzionamento dei Dipartimenti di Salute Mentale durante la pandemia da SARS-CoV-2*. **Istituto Superiore di Sanità**. 2022.
51. *Salute mentale: organizzazione, strutture e personale. Cosa prevede il decreto con i fabbisogni approvato dalla Stato-Regioni*. **Starace, F.** 2023.
52. *Progetto-Obiettivo "Tutela Della Salute Mentale" 1998-2000*. **Ministero della Salute**. 1999.
53. *The Size and Burden of Mental Disorders and other Disorders of the Brain in Europe 2010*. **Wittchen HU, et al.** 2011. *Eur Neuropsychopharmacol*.
54. *The digital revolution and its impact on mental health care*. **Bucci S., et al.** 2019. *Psychol Psychother*.
55. *Are videoconferenced mental and behavioral health services just as good as in-person? A meta-analysis of a fast-growing practice*. **Batastini A B, et al.** 2021. *Clin Psychol Rev*.
56. *Uno squilibrio da non trascurare*. **Facchini, A.** 2023. *Internazionale*. <https://www.internazionale.it/essenziale/notizie/alice-facchini/2023/03/15/squilibrio-disagio-psichico>.
57. *La psichiatria di comunità in Lombardia. Il Piano Regionale per la Salute Mentale lombardo e le sue linee di attuazione (2004-2012)*, Milano. **Percudani M., et al.** 2013. McGraw-Hill Education.
58. *Chi è l'infermiere Case Manager?* **Del Mastro, F.** 2019. *NurseTimes.org* <http://www.nursetimes.org/quis-est-hic-un-importante-risorsa-per-la-qualita-delle-cure-erogate-l-infermiere-case-manager/339>.
59. *The clinical characterization of the patient with primary psychosis aimed at personalization of management*. **Maj M., et al.** 2021

10. Sitografia

- Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS): www.agenas.gov.it
- ISTAT: www.istat.it
- Fondazione ONDA: <https://fondazioneonda.it/>
- Istituto Superiore di Sanità (ISS): <https://www.iss.it/>
- Ministero della Salute: www.salute.gov.it
- Progetto ITACA: <https://progettoitaca.org/>
- Rapporto SISM (Sistema Informativo per la Salute Mentale) 2022: https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?id=3282
- Società Italiana di Psichiatria (SIP): <https://psichiatria.it/>
- Società Italiana di Psicopatologia (SOPSI): <https://sopsi.it/>
- Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie (SIMG): <https://www.simg.it>
- WHO: <https://www.who.int>



La presente pubblicazione contiene informazioni di carattere generale, Deloitte Touche Tohmatsu Limited, le sue member firm e le entità a esse correlate (il "Network Deloitte") non intendono fornire attraverso questa pubblicazione consulenza o servizi professionali. Prima di prendere decisioni o adottare iniziative che possano incidere sui risultati aziendali, si consiglia di rivolgersi a un consulente per un parere professionale qualificato. Nessuna delle entità del network Deloitte è da ritenersi responsabile per eventuali perdite subite da chiunque utilizzi o faccia affidamento su questa pubblicazione.

Il nome Deloitte si riferisce a una o più delle seguenti entità: Deloitte Touche Tohmatsu Limited, una società inglese a responsabilità limitata ("DTTL"), le member firm aderenti al suo network e le entità a esse correlate. DTTL e ciascuna delle sue member firm sono entità giuridicamente separate e indipendenti tra loro. DTTL (denominata anche "Deloitte Global") non fornisce servizi ai clienti. Si invita a leggere l'informativa completa relativa alla descrizione della struttura legale di Deloitte Touche Tohmatsu Limited e delle sue member firm all'indirizzo www.deloitte.com/about.