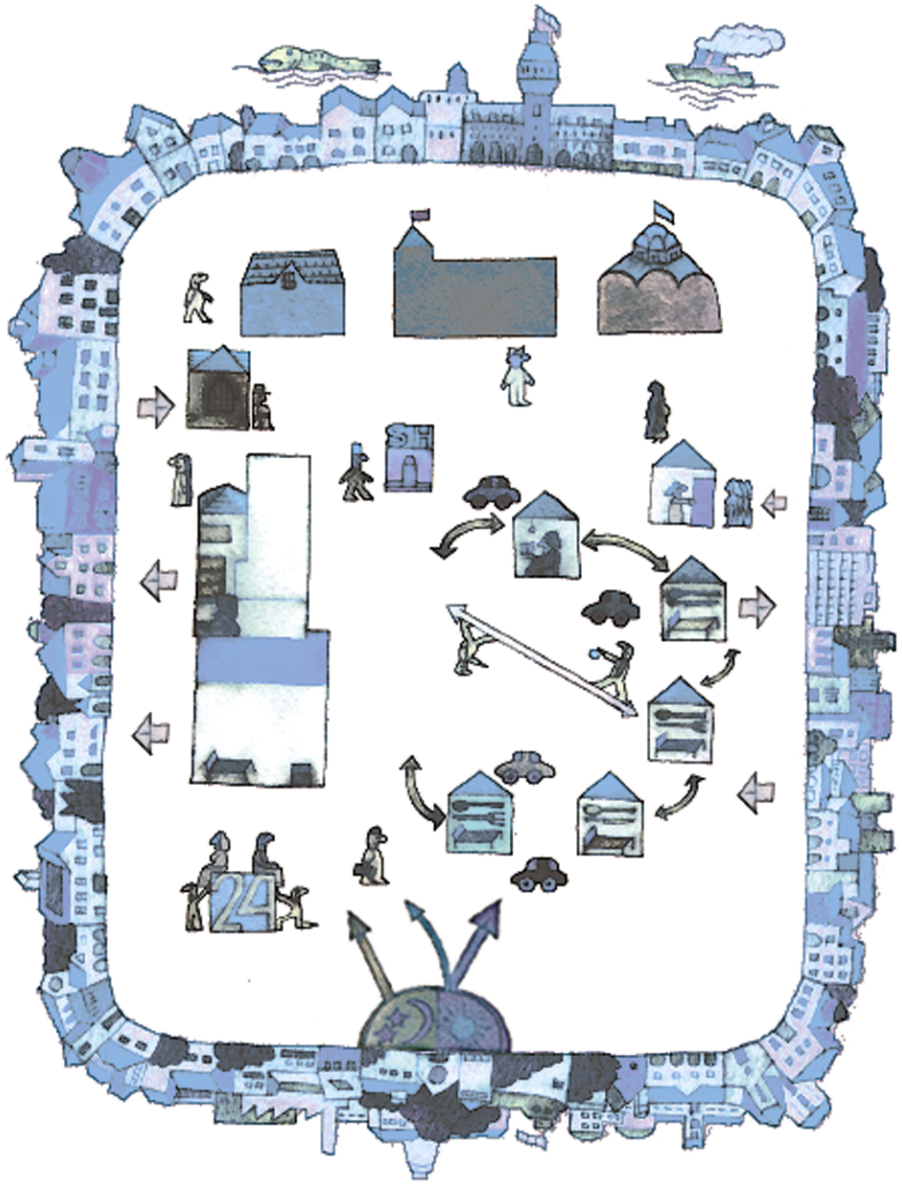


Servizio «forte» ed integrazione: organizzare le risorse.

Roberto Mezzina

- In collaborazione con Renata Bracco

Assetto organizzativo dei servizi di salute mentale territoriali del FVG

•Il FVG ha nel suo insieme una popolazione di circa 1.200.000 residenti.
•A seguito della riforma sanitaria regionale avviata nel 2015 rimangono 5 aziende miste in cui sono in fase di accorpamento le aziende sanitarie territoriali e le aziende sanitarie ospedaliere. Sul territorio delle 5 ASL insistono altrettanti DSM.

•15 CSM sulle 24 ore con 113 p.l.,

- Equipe multi professionali relativamente numerose rispetto ad altre realtà della nostra nazione.
- Buona proiezione territoriale.
- Risorse finanziare gestite direttamente per la promozione dei Percorsi di formazione ed Inserimento Lavorativo.

•3 SPDC con 36 p.l.
•3 REMS con 10 p.l. (6 persone accolte)

•Superamento delle strutture residenziali con l'utilizzo della metodologia BIdS

Il Dipartimento di Salute Mentale – ASUI Trieste

4 Centri di Salute Mentale
24 h x 7 gg x 60.000 ab. in media
28 p.l. territoriali

1 Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura con 6 p.l. presso l'ospedale civile

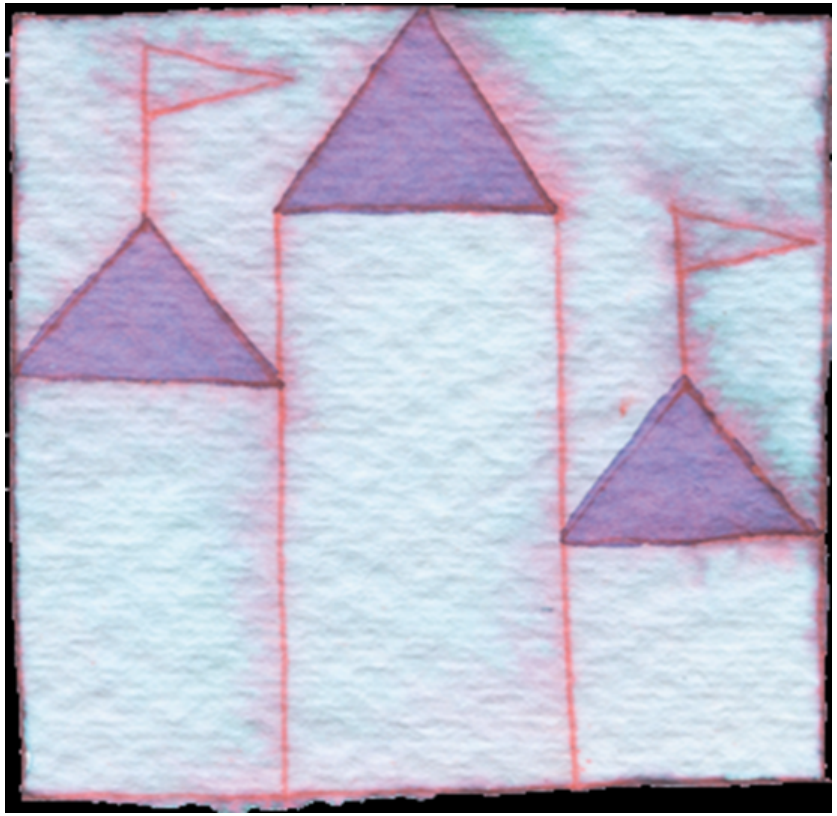
1 Servizio Abilitazione e Residenze

- formazione
- inserimento lavorativo
- cooperative sociali
- metodologia budget di salute
- abitare assistito
- Centro Diurno diffuso e attività abilitative

1 REMS con 2 p.l.

1 Clinica Psichiatrica Universitaria

1 Punto di Accoglienza dei Disturbi del Comportamento Alimentare



Criteri / principi della pratica territoriale

- Responsabilità sulla salute mentale dell'area territoriale
- Presenza attiva del Servizio e mobilità verso la domanda
- Accessibilità (e modello di riconoscimento)
- Continuità terapeutica
- Centralità della crisi nel servizio territoriale
- Globalità/integrazione
- Lavoro di èquipe
- Approccio di sistema, alla vita intera

Paradigmi a confronto ed orientamento valoriale (1)

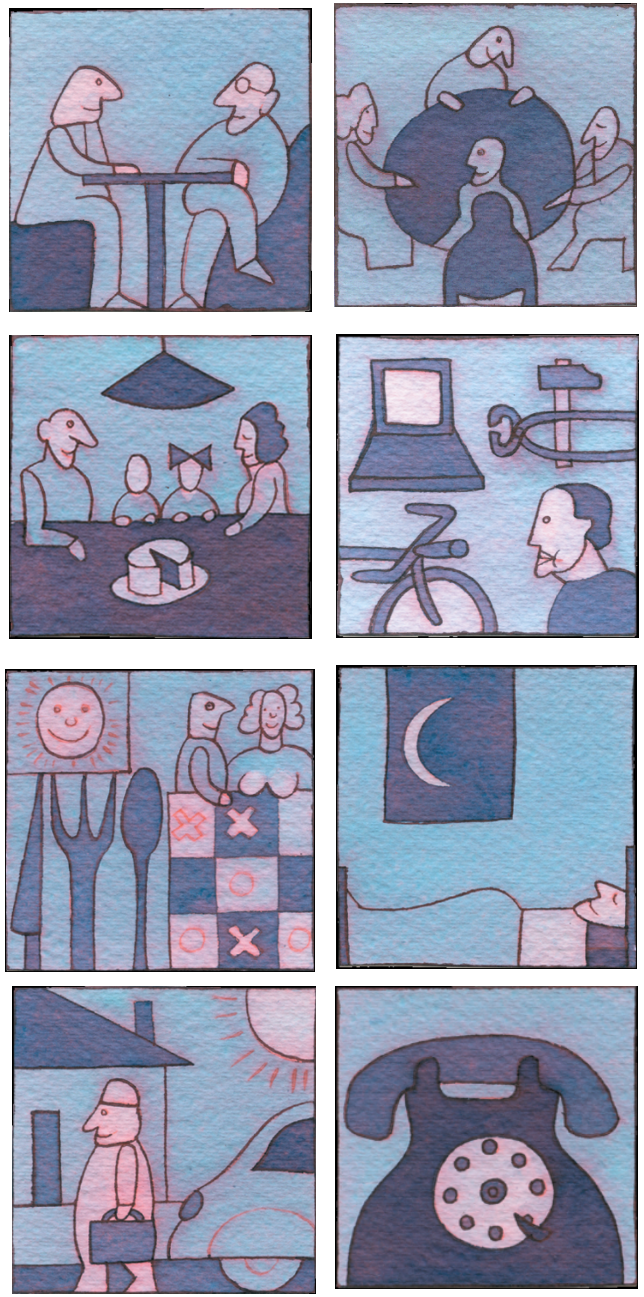
DA	A
Da servizi orientatati alla valutazione degli esiti in termini di efficacia ed efficienza	A servizi orientati alla creazione di opportunità, di percorsi di ripresa ed emancipazione
Da servizi orientati alla responsabilità professionale	A servizi orientati alla responsabilità verso il territorio di competenza
Dalla mera garanzia formale dei diritti garantiti dalle norme legislative	All'implementazione di: - accesso ai diritti di cittadinanza (casa, lavoro, socialità); - promozione di politiche finalizzate all'inclusione sociale ed alla lotta all'esclusione

Paradigmi a confronto ed orientamento valoriale (2)

DA	A
Da servizi specializzati e frammentati	A servizi con • visione unitaria della persona, • visione globale sull'essere umano nella sua interezza • garanzia della continuità terapeutica come progetto di ripresa della propria vita e non mero programma terapeutico riabilitativo • possibilità di scelta in ogni momento del progetto

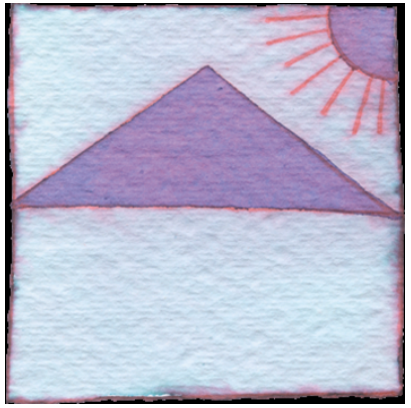
DSM Trieste - Dati 2016

- 4.470 in contatto con i servizi di salute mentale territoriali, età media 55 anni, 56% sono donne.
- 2.439 persone visitate in luoghi diversi dalla sede del servizio
- 23 persone in TSO (10/100.000 abitanti adulti) di cui 1/3 attuati nei CSM 24 h
- Porte aperte ovunque e non uso di alcuna contenzione fisica
- 316 utenti impegnati nella formazione e nell'inserimento lavorativo nelle cooperative sociali e nelle imprese for profit, di cui 25 assunti.
- 151 Budget di salute per programmi terapeutico riabilitativi individuali.
- 18 persone accolte con un programma semestrale nell'esperienza innovativa della Recovery House.



Funzioni, programmi ed attività del

Centro di Salute Mentale 24 ore

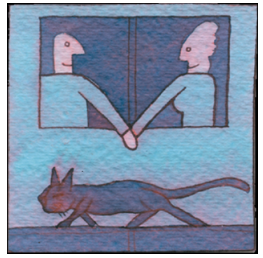


- Riconoscimento e gestione della crisi nel Centro di Salute Mentale sulle 24 ore
- Programmi terapeutici riabilitativi individualizzati
- Protagonismo, partecipazione e coinvolgimento dell'utenza
- In/formazione per i familiari

I programmi del CSM

Promozione di percorsi attivi di cittadinanza e protagonismo con attività abilitative e di socializzazione e promozione di eventi finalizzati all'aggregazione socializzazione e inclusione (838 persone).

Progetto di welfare comunitario «Microaree» che coinvolge 642 persone (12% dell'utenza)



Sviluppo di programmi di abitare supportato e/o domiciliarità avanzata per il superamento della residenzialità psichiatrica con la metodologia del Budget Individuale di Salute (44 abitazioni per 98 residenti)

Sviluppo di programmi di integrazione sociosanitaria con i servizi sociali comunali per 448 persone (10% dell'utenza)

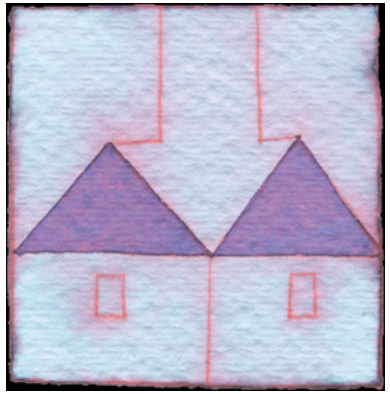
Interventi nelle case di riposo e nelle residenze polifunzionali per 191 persone

Collaborazione con l'ICS per le persone asilanti (45 persone) e con il Progetto "Stella polare" a favore di persone straniere soggette a sfruttamento (5 persone)

Presa in carico congiunta con il Dipartimento delle Dipendenze per 58 persone

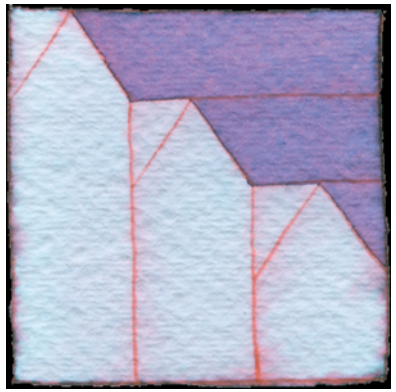
Lavoro terapeutico in carcere per 20 persone

Assetto organizzativo dell'abitare nei servizi di salute mentale territoriali



Abitare supportato

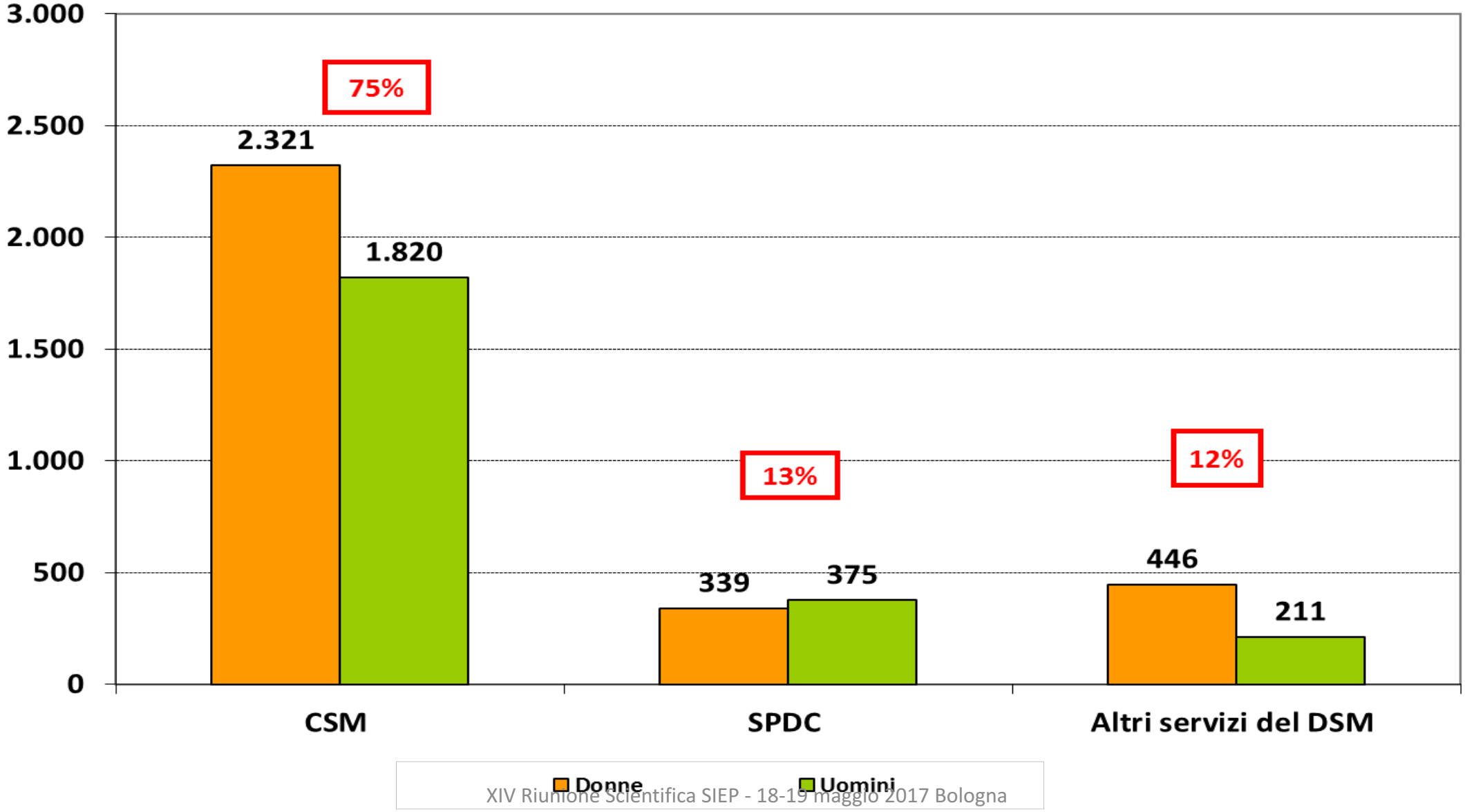
Il titolare del contratto di affitto e/o il proprietario può essere
- ASUITS in comodato (4 case),
- ASUITS per il tramite della L. 15 (9 case),
- Il gestore dell'abitazione (cooperazione sociale, associazione e privato per 4 abitazioni).



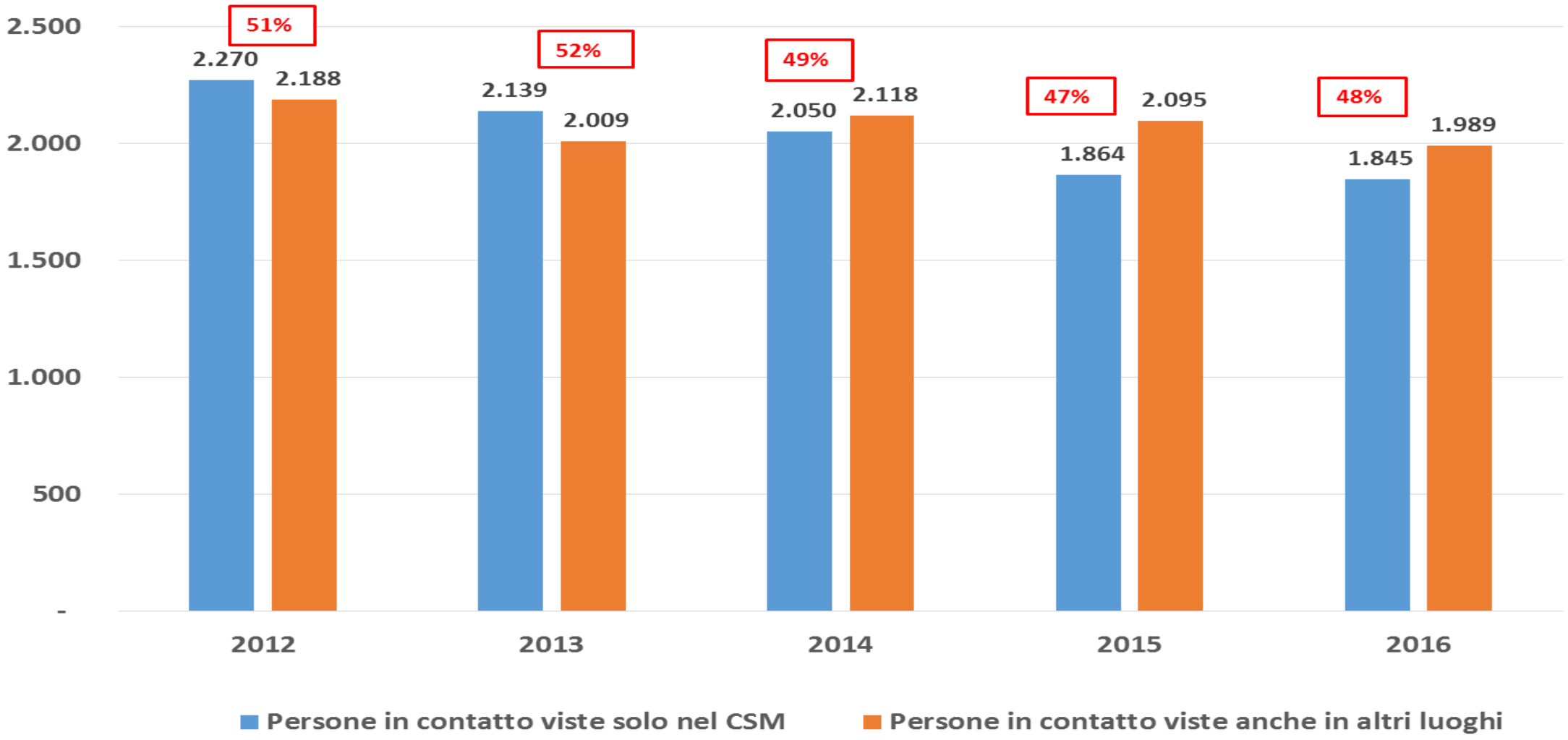
Domiciliarità avanzata

Il titolare del contratto di affitto e/o il proprietario è la persona stessa (27 abitazioni).

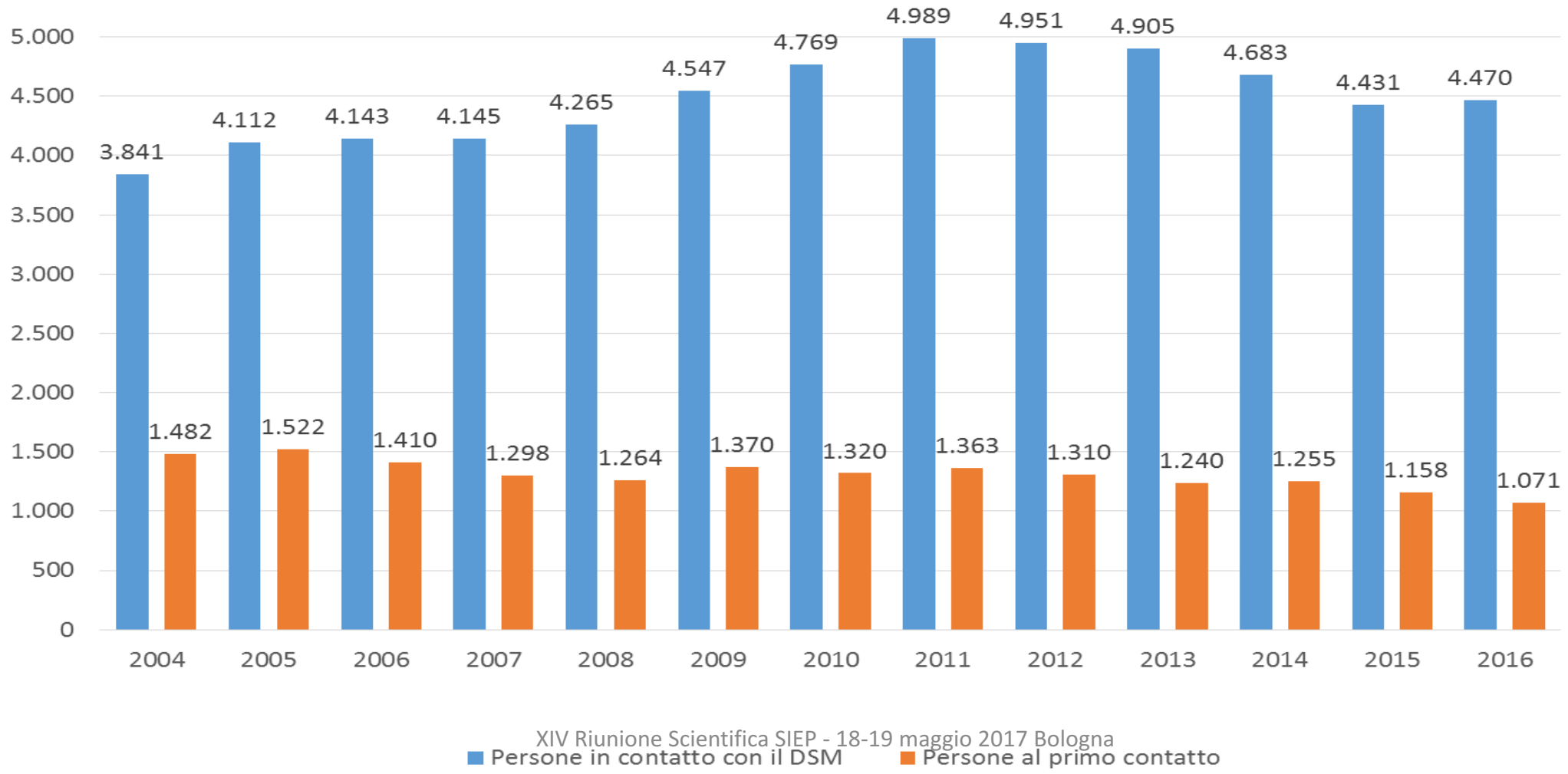
DSM - Persone in contatto per genere e punto di accesso alla rete dei servizi di salute mentale (N=5.512)



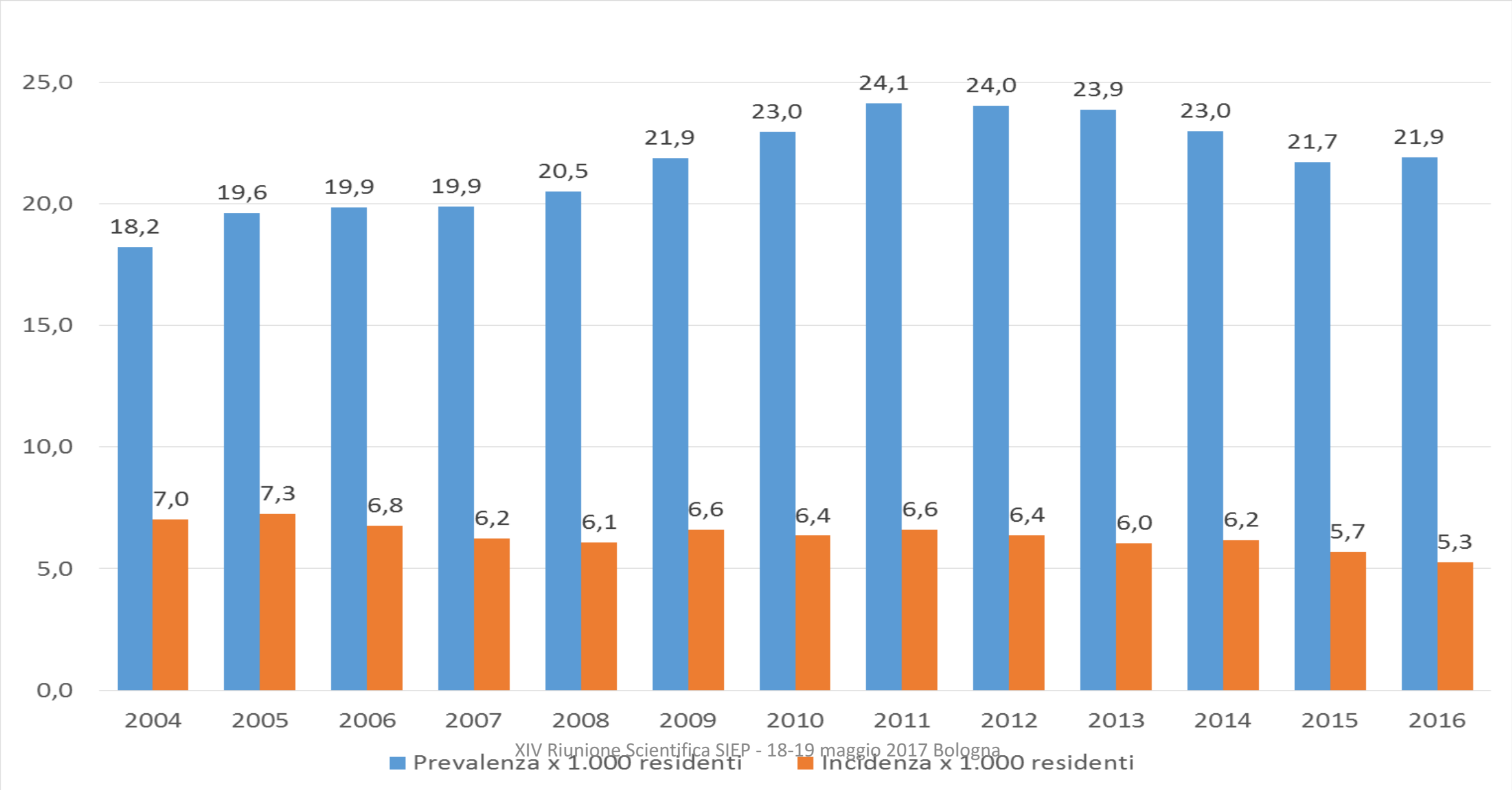
CSM – Proiezione territoriale dei servizi di salute mentale territoriali



DSM - Persone in contatto con i servizi di salute mentale
Trend storico 2004 - 2016



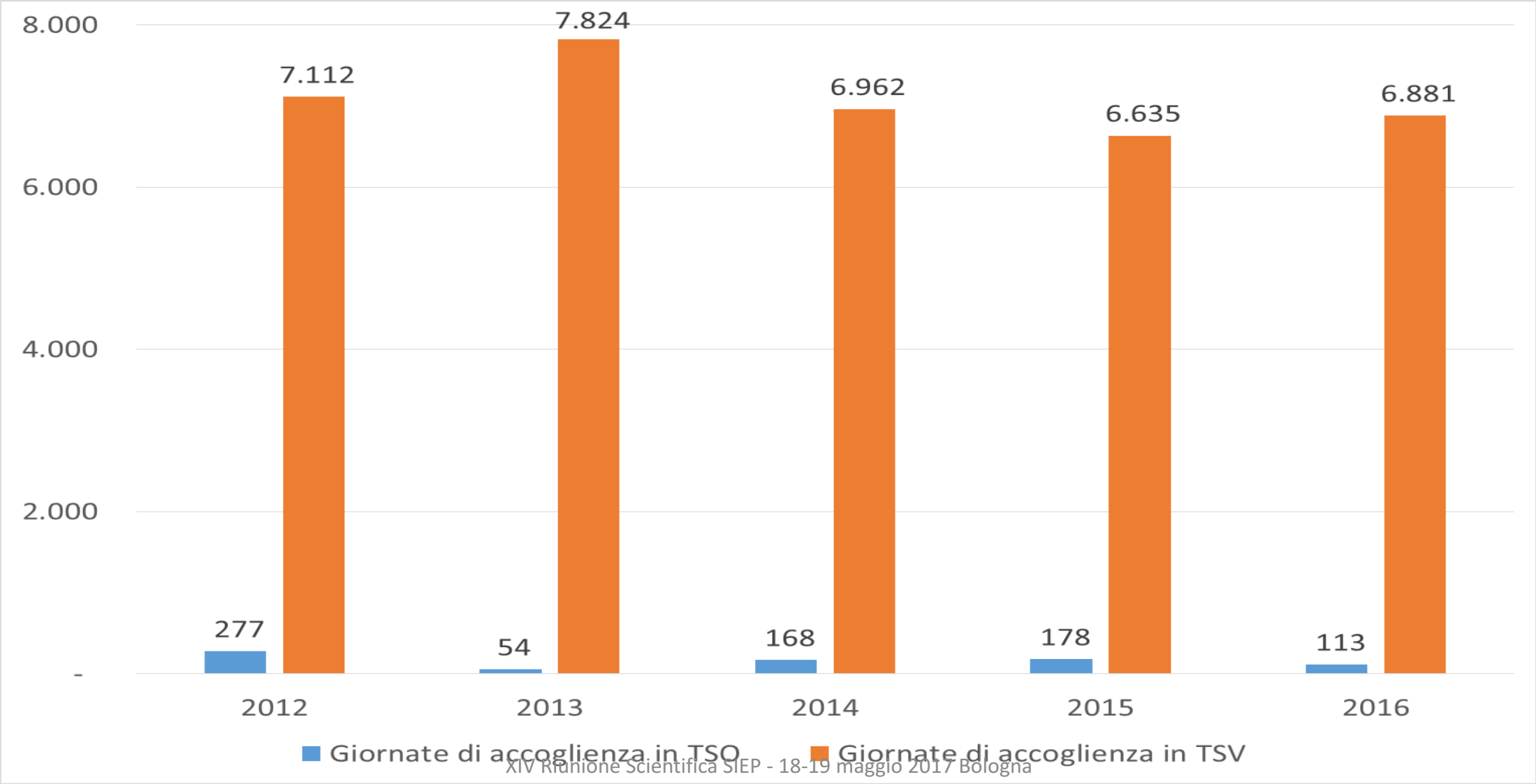
DSM – Tassi di prevalenza ed incidenza per 1.000 persone residenti adulte
Trend storico 2004 - 2016



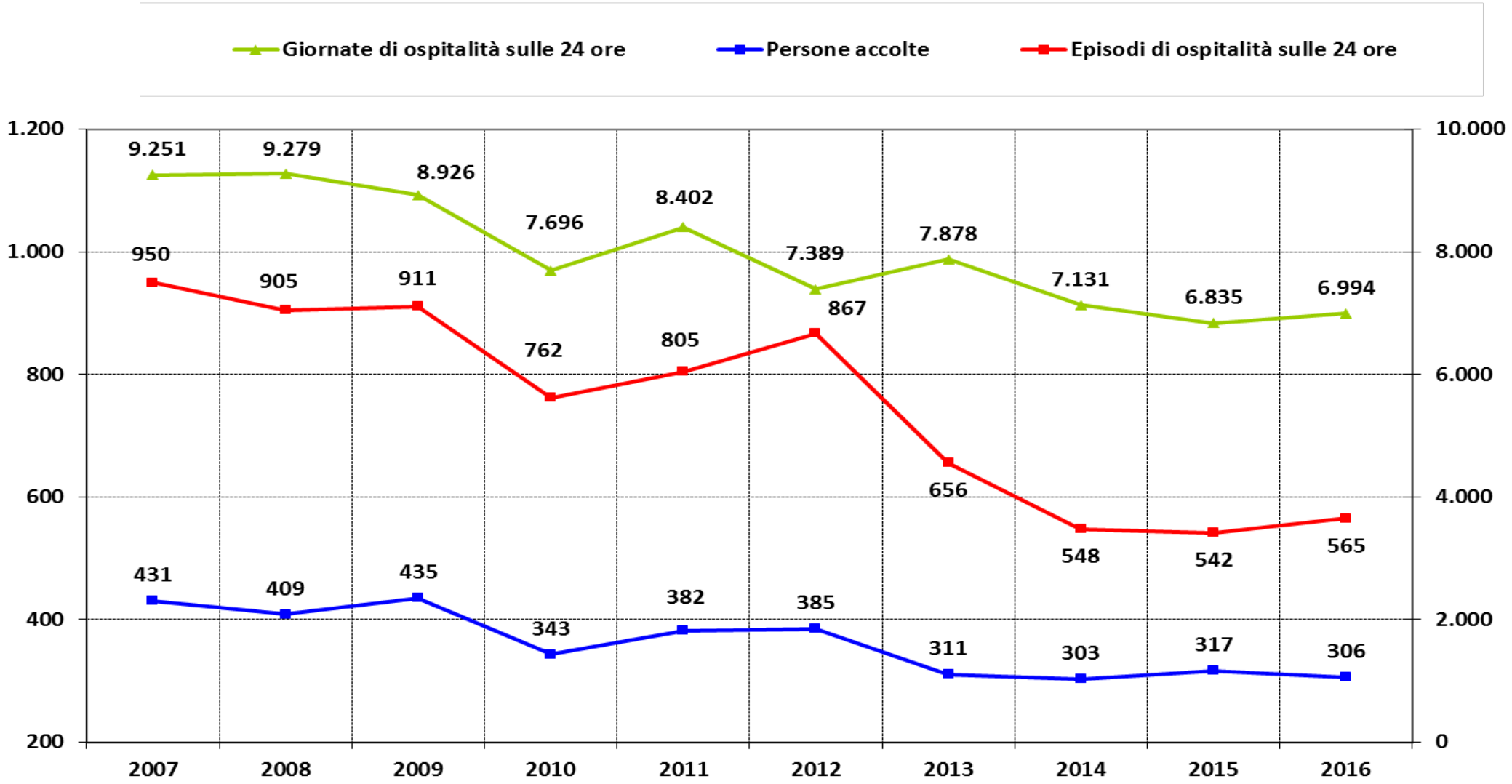
CSM - Attività di accoglienza nei CSM 24 ore nel 2016

	Persone accolte	Episodi di accoglienza	Giornate	Degenza media	Tasso di occupazione	Persone accolte 60 gg. o più continuativi	Giornate > 60 gg. continuativi	Giornate > 60 gg. continuativi / Giornate
CSM D1	90	172	1.464	9	67%	1	67	5%
CSM D2	64	110	2.191	19,9	75%	6	721	33%
CSM D3	67	144	1.608	11,2	55%	2	244	15%
CSM D4	84	139	1.731	12,5	95%	5	446	26%
	306	**565**	**6.994**	**12,4**	**74%**	**14**	**1.478**	**21%**

CSM - Attività di accoglienza nei CSM 24 ore
Trend 2012 - 2016



CSM - Attività di accoglienza nei CSM 24 ore
Trend 2007 - 2016



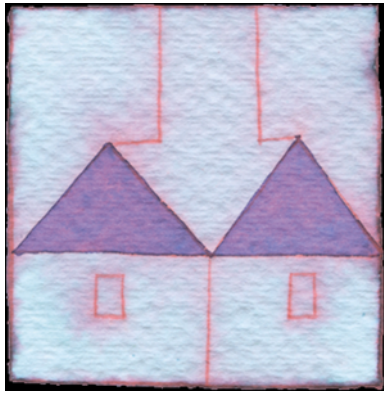
Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura

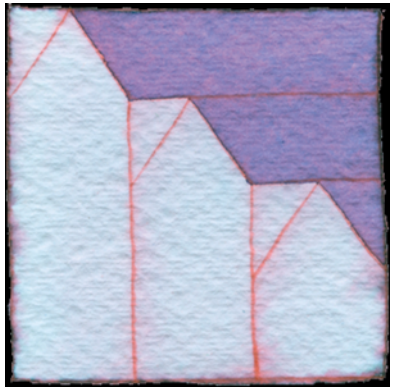
Trieste

1 SPDC 1/360.000 abitanti
6 p.l.

dal 1° ottobre 2011 con funzioni di Area Vasta su ASS2

Media nazionale 1/186.000 abitanti



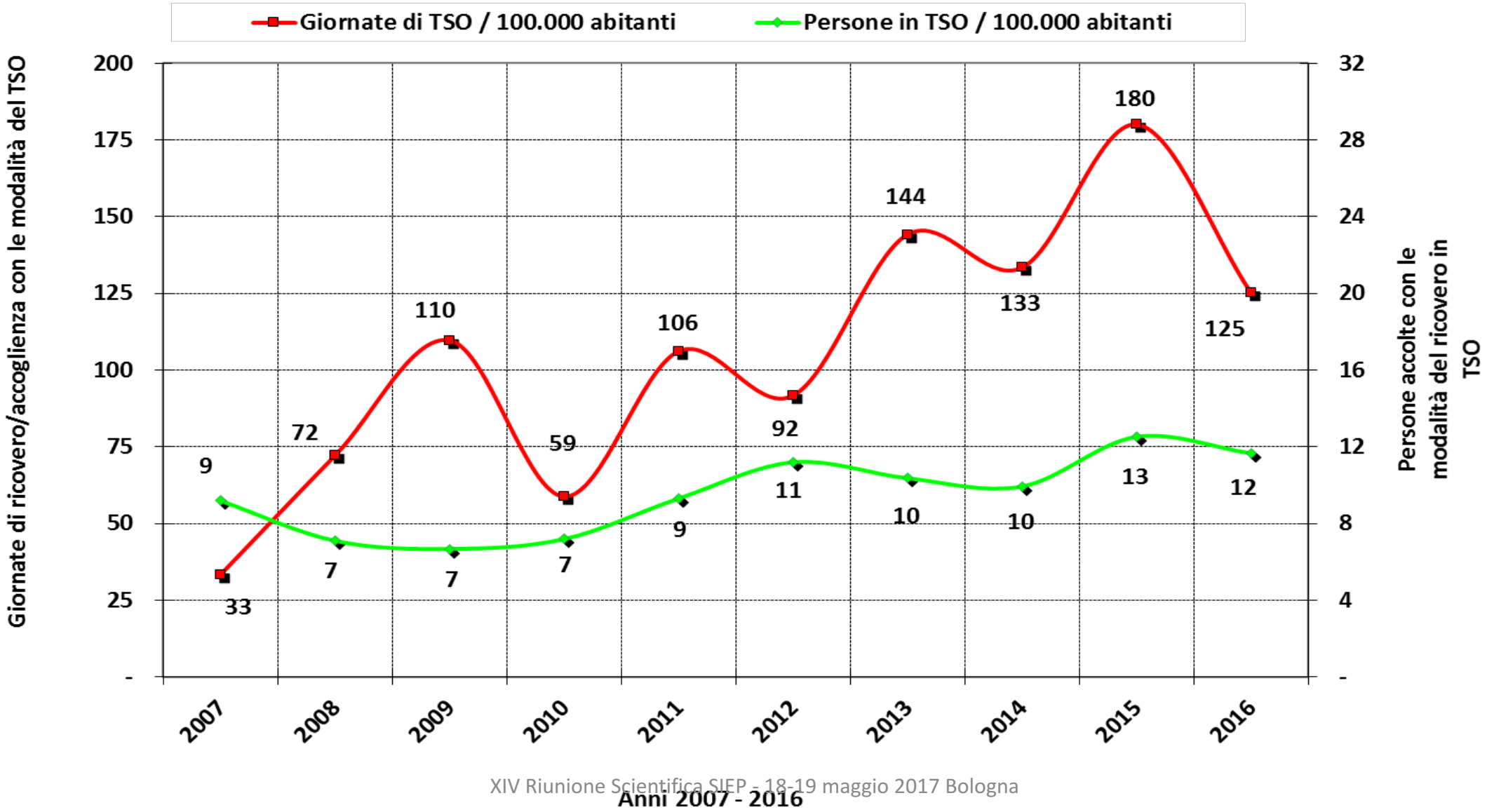


SPDC di Trieste

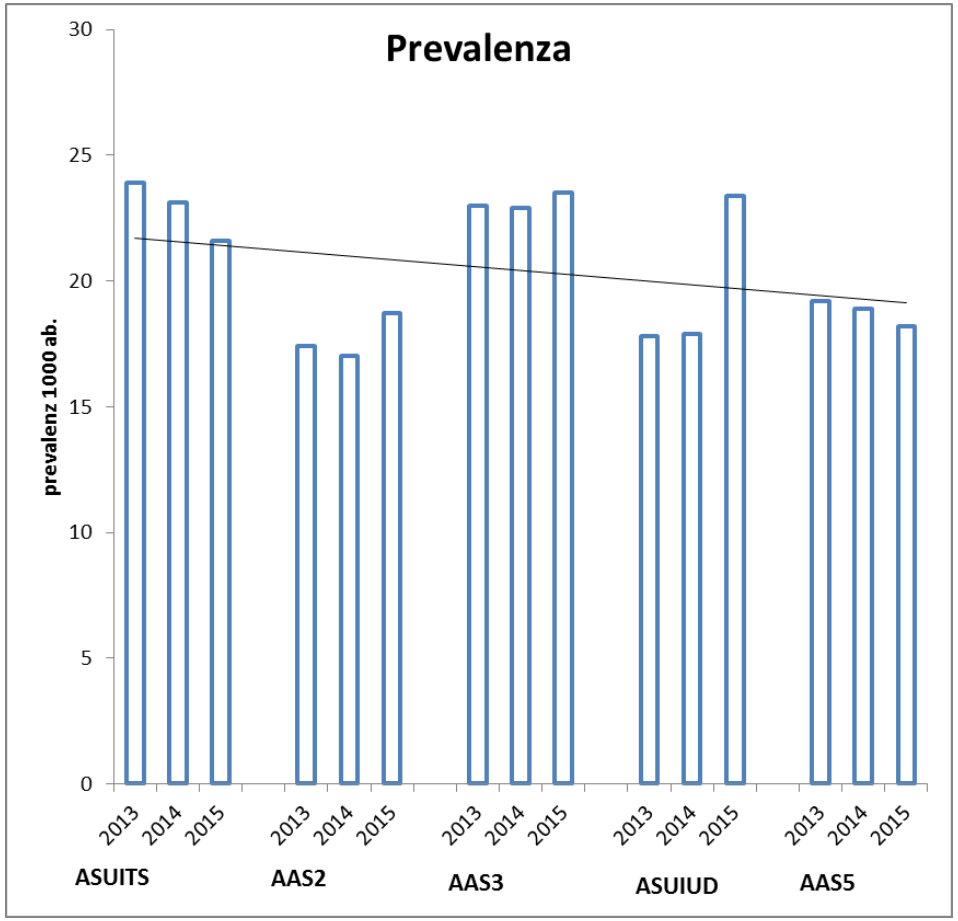
porte aperte

mai usata la contenzione

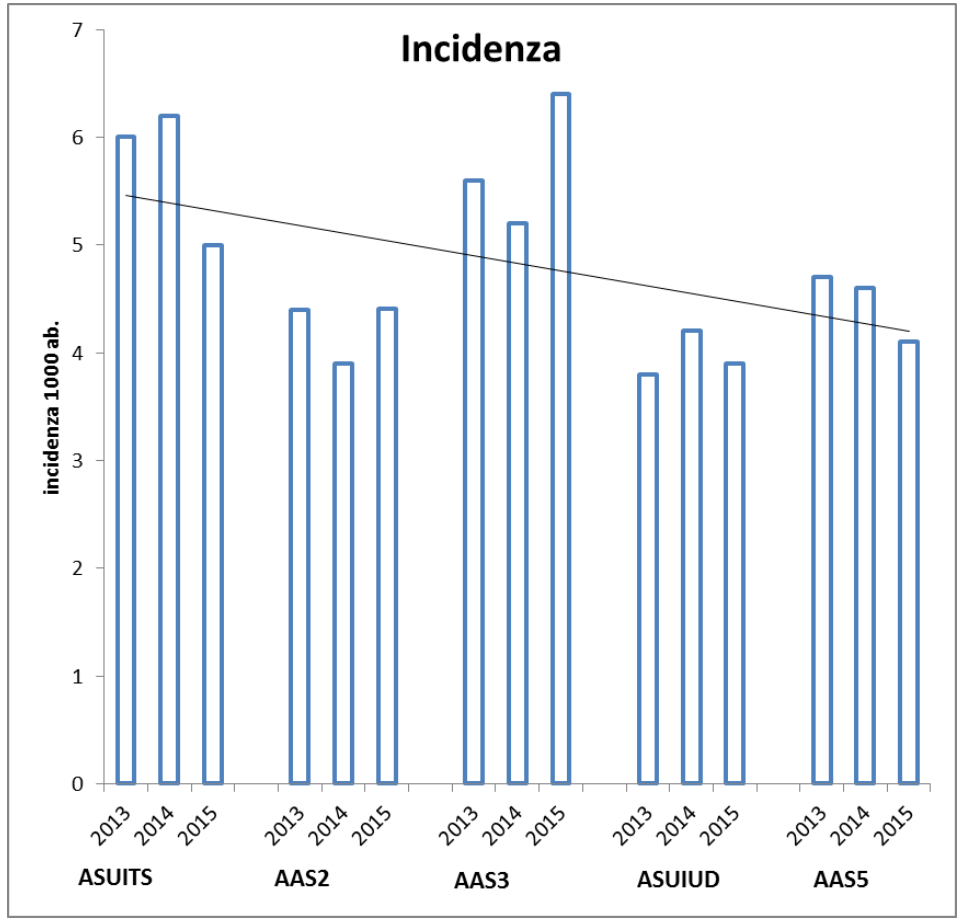
TSO – Tassi nel decennio 2007 - 2016

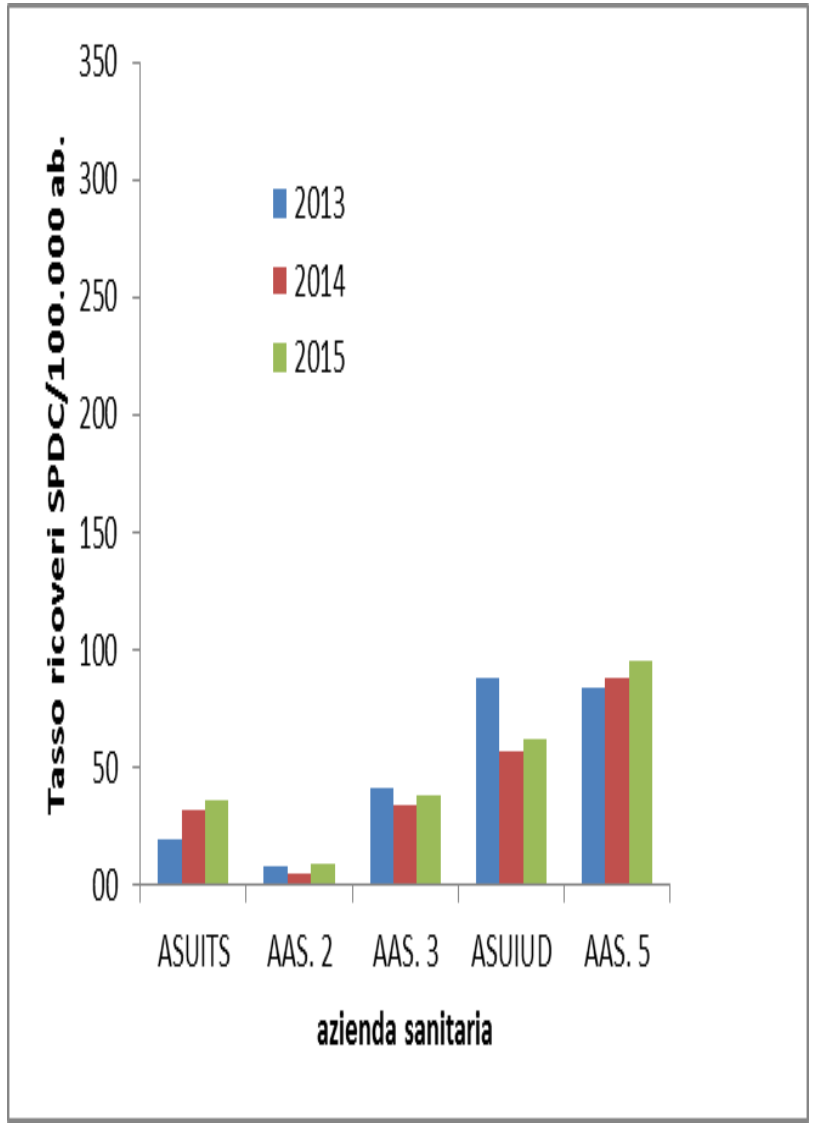


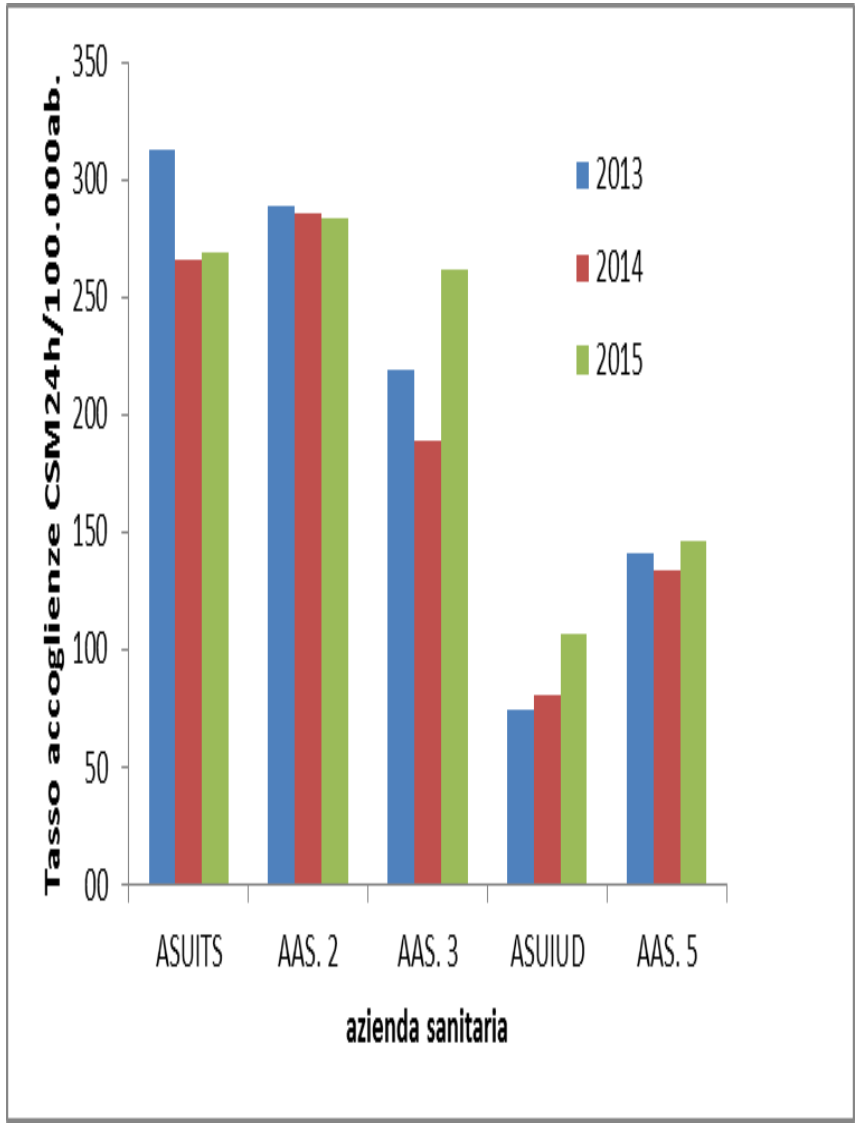
Dati regione fvg

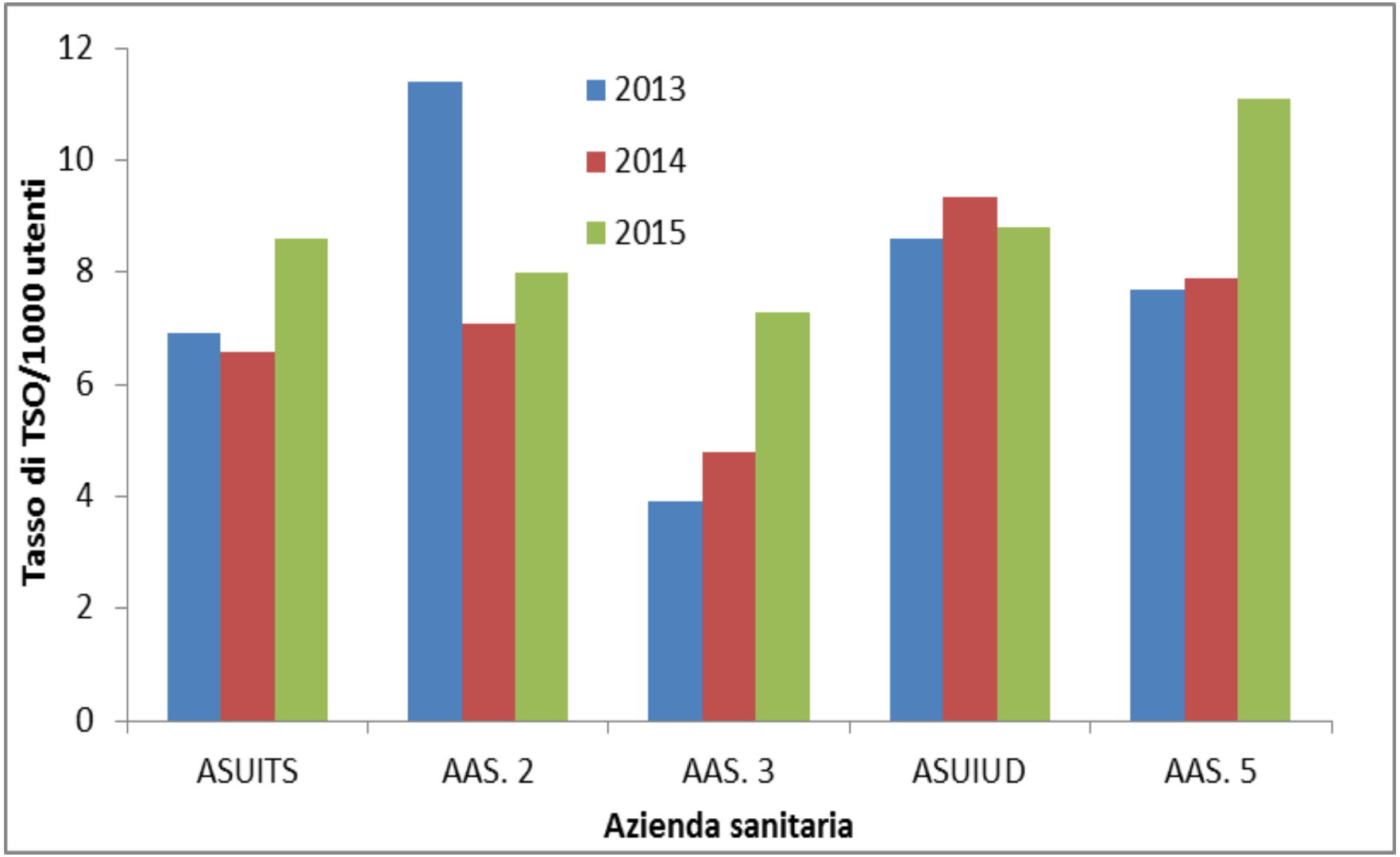


fvg


Incidenza
incidenza 1000 ab.
0
1
2
3
4
5
6
7
2013
2014
2015
ASUITS
AAS2
AAS3
ASUIUD
AAS5

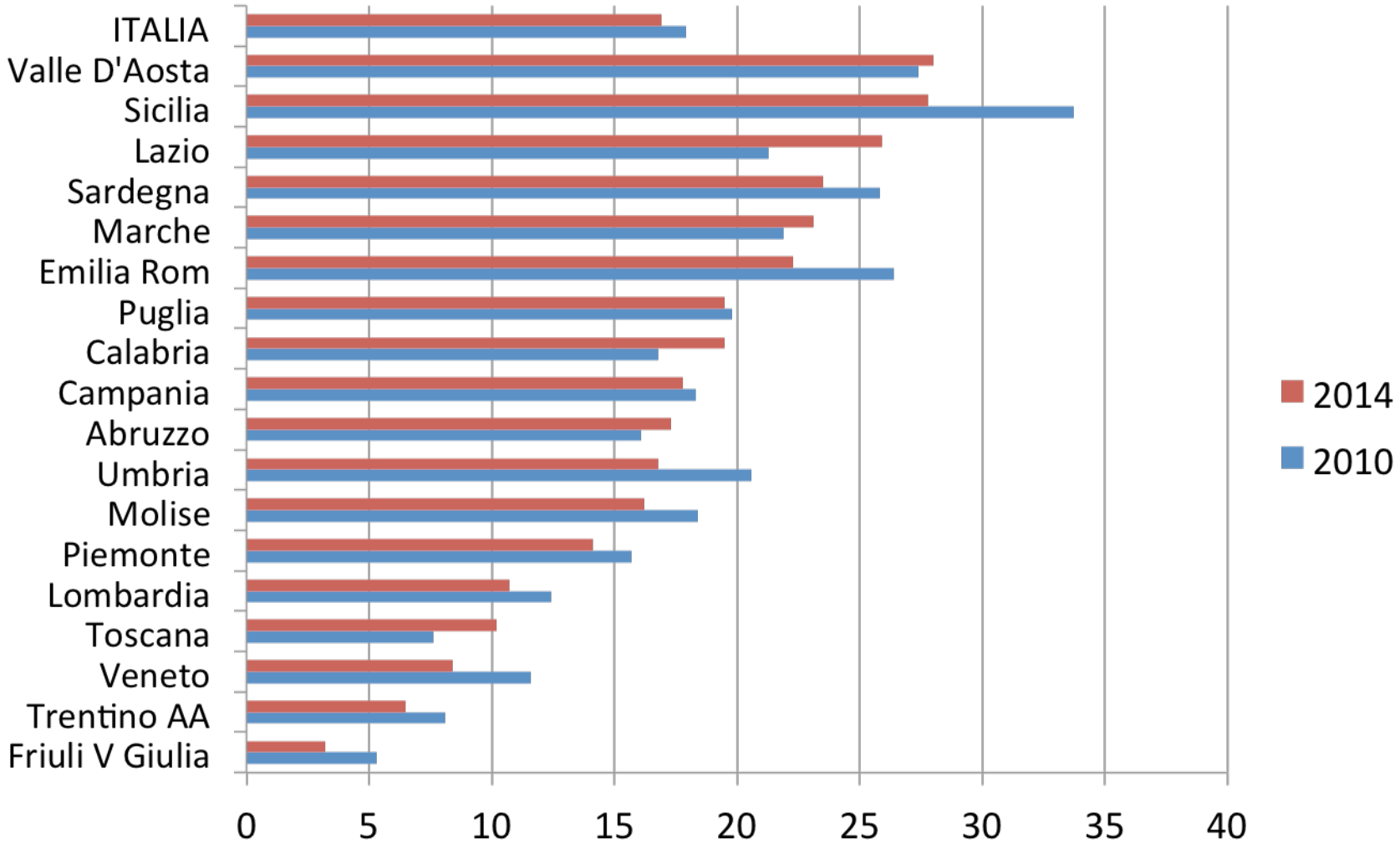

Tasso ricoveri SPDC/100.000 ab.
350
300
250
200
150
100
50
00
2013
2014
2015
ASUITS
AAS. 2
AAS. 3
ASUIUD
AAS. 5
azienda sanitaria

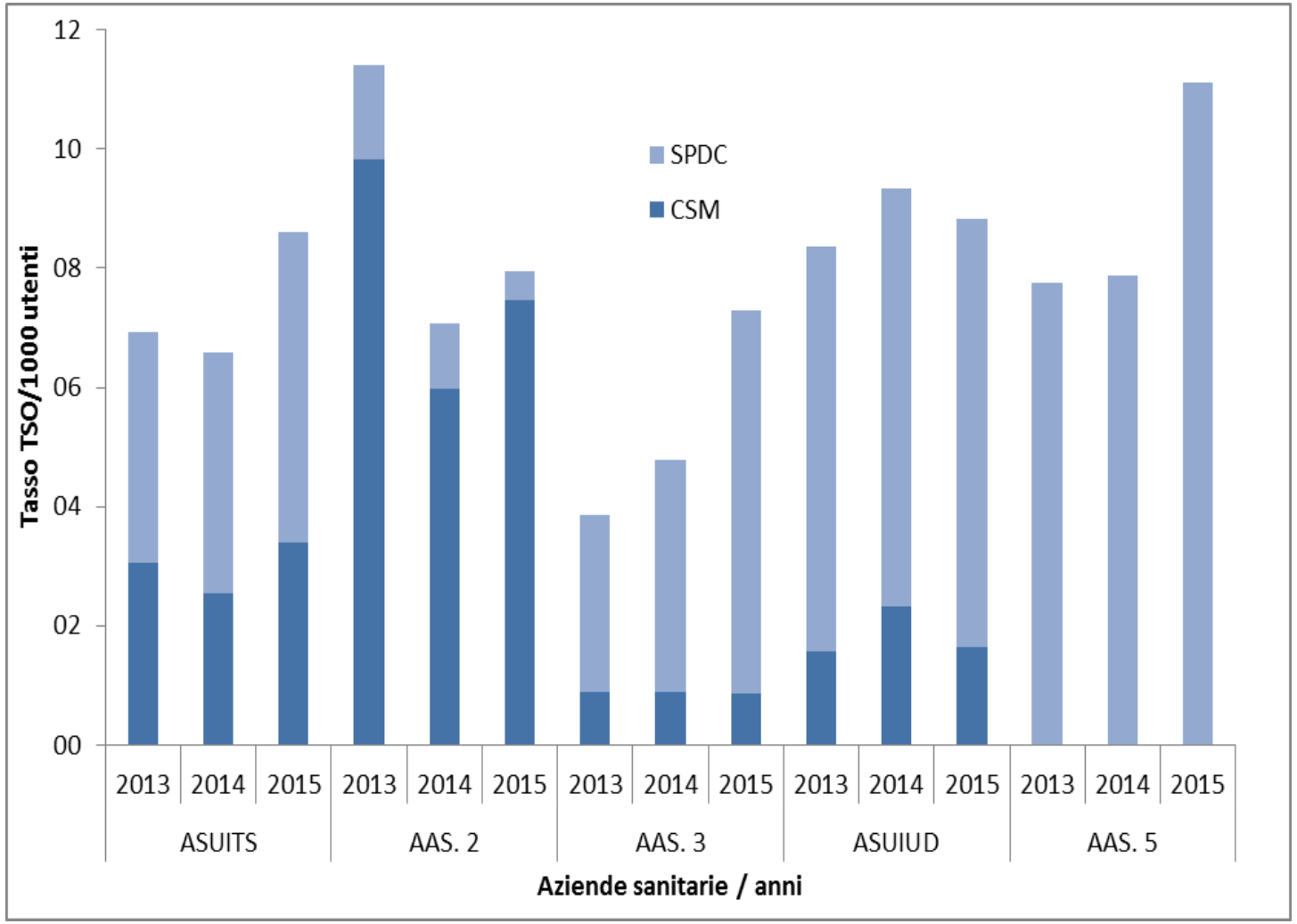

Tasso accoglienze CSM24h/100.000ab.
350
300
250
200
150
100
50
00
2013
2014
2015
ASUITS
AAS. 2
AAS. 3
ASUIUD
AAS. 5
azienda sanitaria


12
10
8
6
4
2
0
Tasso di TSO/1000 utenti
2013
2014
2015
ASUITS
AAS. 2
AAS. 3
ASUIUD
AAS. 5
Azienda sanitaria

Tassi (non standardizzati) di Ospedalizzazione per TSO per 100.000 residenti anni 2010-2014

Ministero Salute elaborazione banche dati SDO 2010 e 2014/ popolazione ISTAT




12
10
08
06
04
02
00
Tasso TSO/1000 utenti
SPDC
CSM
2013
2014
2015
ASUITS
AAS. 2
AAS. 3
ASUIUD
AAS. 5
Aziende sanitarie / anni

DSM - Trend storico personale 2009 - 15 maggio 2017

Profili professionali	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Dirigente medico	28	25	25	24	23	23	21	22	24
Dirigente psicologo	9	9	9	8	9	7	7	6	7
Dirigente Infermieristica	-	1	1	1	1	1	1	-	-
Coordinamento infermieristico	9	9	7	7	7	6	6	8	8
Personale infermieristico	121	110	110	109	111	111	102	107	103
TerP - Educatori professionali	9	9	9	9	9	9	9	8	8
Assistenti sociali	9	9	9	8	8	8	8	8	8
Personale tecnico - Altro ed educatori	-	-	-	-	-	-	3	5	5
OTA - OSS	28	29	29	28	27	27	28	20	20
Personale amministrativo e/o con funzioni amministartive	11	11	12	12	12	12	11	12	12
Personale in servizio	**224**	**212**	**211**	**206**	**207**	**204**	**196**	**196**	**195**
Calo % verso 2009	**100%**	**95%**	**94%**	**92%**	**92%**	**91%**	**88%**	**88%**	**87%**
Personale non operativo					10	5	7	10	13
Attivazione REMS - 3 maggio 2015 con équipe composta da infermieri ed OSS							14	12	12
Personale complessivo	**224**	**212**	**211**	**206**	**217**	**209**	**217**	**218**	**220**

Organizzare le risorse

a. Maggior efficienza del pubblico

Garanzia del lavoro territoriale e della continuità assistenziale

- L'organizzazione messa a punto prevede:

a. divisione del territorio di competenza del CSM in due sotto zone per le quali viene individuato il team di riferimento.
b. a partire dalle liste delle persone in trattamento presso il CSM e residenti nella sottozona, selezione dell'utenza e suo inserimento nei gruppi della Continuità Monitorata.
c. riunioni settimanali dei team in cui si discutono le singole situazioni e si definiscono le tempistiche degli interventi a domicilio.
d. In funzione della frequenza delle visite l'utenza viene classificata in:

1. **ALTA PRIORITÀ** **interventi domiciliari quotidiani,**
2. **MEDIA PRIORITÀ** **2 – 3 interventi domiciliari alla settimana,**
3. **BASSA PRIORITÀ** **1 visita settimanale e/o quindicinale.**

- L'attribuzione ad uno dei tre gruppi indicati varia nel tempo ed è in funzione dello stato di benessere della persona.

Risultati del lavoro dei team

- Nel 2015 sono entrate in contatto con i CSM 3.959 persone.

- Tra di queste state individuate 377 persone (10% dell'utenza dei CSM) per le quali le sotto equipe territoriali hanno ritenuto opportuno l'ingresso nei gruppi della continuità monitorata.

- 55% di tale utenza è composta da uomini (206) con un età media di 45 anni.
- Le donne risultano un po' più avanti negli anni (età media 49 anni).

- Al gruppo delle continuità monitorata appartengono anche 22 giovani under 25 (6%) tra i quali vi è un ragazzo non ancora maggiorenne.
- 16 persone, pari al 4% delle persone entrate nei gruppi delle priorità, erano pazienti al primo contatto con i CSM, 10 uomini e 6 donne.

- 76% dell'utenza così monitorata a domicilio (287 persone) soffre di un disturbo mentale severo (F2, F3, F6).

- 133 persone (35%) sono persone con bisogni complessi per i quali è necessaria la presa in carico integrata con altre agenzie del territorio.

Interventi a domicilio dei team per le persone delle continuità monitorata nel 2015

	Sotto équipe	Personale trasversale	Interventi dei team e personale trasversale	Personale di altra sotto équipe	Interventi	% interventi team
CSM D1	5.729	1.931	7.660	1.610	9.270	83%
CSM D2	3.351	3.303	6.654	2.514	9.168	73%
CSM D3	2.769	2.740	5.509	1.804	7.313	75%
CSM D4	2.712	2.749	5.461	2.522	7.983	68%
Interventi	14.561	10.723	25.284	8.450	33.734	75%
% interventi	43%	32%	75%	25%	100%	

Valorizzazione degli interventi domiciliari per le persone della continuità monitorata

Figure professionali	Altri luoghi	Costo orario medio	Costo per profilo professionale
Altro	133	€ 0,00	€ 0,00
Assistenti Sociali	1.946	€ 18,69	€ 36.367,14
Assistenti Sanitari	392	€ 18,98	€ 7.440,50
Educatori	383	€ 18,98	€ 7.269,67
Infermieri	21.271	€ 18,98	€ 403.742,03
Medici specializzandi	768	€ 0,00	€ 0,00
OSS	3.100	€ 14,76	€ 45.756,86
Psichiatri	2.239	€ 50,45	€ 112.951,98
Psicologi	1.127	€ 45,91	€ 51.739,30
Terp	2.337	€ 18,98	€ 44.358,29
Costo Complessivo	**33.734**		**€ 709.625,77**

Invece di ……..

Valore economico dell'intervento	€ 709.625,77
Valore medio di una giornata in SPDC	€ 381,10
Giornate di ricovero in SPDC	1.862
Persone ricoverate	5,0
Valore economico dell'intervento	€ 709.625,77
Valore medio di una giornata in SR terapeutica	€ 300,00
Giornate di accoglienza in SR terapeutica	2.365
Persone ricoverate	6,5
Valore economico dell'intervento	€ 709.625,77
Valore medio di una giornata in SR di integrazione socio sanitaria	€ 150,00
Giornate di accoglienza in SR di integrazione socio sanitaria	4.731
Persone ricoverate	13,0

DSM – Trend storico del bilancio DSM 2012 - 2016

		2012	%		2013	%		2014	%		2015	%		2016	%
Personale	€	10.767.587	58%	€	10.313.433	58%	€	9.920.000	59%	€	10.342.066	60%	€	9.935.457	59%
Farmaci	€	856.366	5%	€	428.489	2%	€	424.055	3%	€	364.788	2%	€	381.302	2%
Servizi generali - Altro	€	2.686.660	15%	€	2.688.748	15%	€	2.371.984	14%	€	2.395.704	14%	€	2.419.661	14%
Fondo LR 72/80	€	644.667	3%	€	793.146	4%	€	736.874	4%	€	728.548	4%	€	743.210	4%
Budget di Salute	€	3.500.058	19%	€	3.520.561	20%	€	3.476.939	21%	€	3.417.020	20%	€	3.381.104	20%
DSM - Bilancio	**€**	**18.455.337**	**100%**	**€**	**17.746.391**	**100%**	**€**	**16.931.866**	**100%**	**€**	**17.248.126**	**100%**	**€**	**16.860.734**	**100%**

b. Integrare risorse altre & fare co-produzione

- Servizi sociosanitari (distretti, servizi sociali)
- Stakeholders: Associazioni volontariato e promozione sociale, cooperative, ONG etc
- Persone con esperienza, utenza dei servizi, self-help, peer support
- Familiari organizzati e non
- Cittadinanza attiva

Come si caratterizza la co-produzione?

- *La creazione di servizi e programmi insieme con gli stakeholders, quali utenti, familiari, comunità.*

MH Action Plan: Vision

- un mondo in cui la salute mentale sia valorizzata, promossa e protetta, nel quale i disturbi mentali siano prevenuti e le persone affette da questi disturbi siano in grado di esercitare appieno tutti i diritti umani e di accedere in tempo utile a servizi di cura sanitari e sociali di alta qualità e culturalmente appropriati che promuovano la recovery, affinché possano ottenere il più alto livello possibile di salute e di partecipare pienamente alla vita sociale e lavorativa, libere da stigma e discriminazione.

Piano d'azione OMS 2013-2020
i sei **approcci e principi trasversali**

1. ***Accesso e copertura sanitaria universale***: senza discriminazioni per età, sesso, situazione socio-economica, razza, etnia di appartenenza oppure orientamento sessuale, e secondo il principio di uguaglianza, le persone con disturbi mentali dovrebbero poter accedere, senza correre il rischio di impoverirsi, ai servizi sanitari e sociali essenziali che consentano loro di guarire e di godere della migliore condizione di salute possibile.

2. ***Diritti umani***: le strategie, le misure e gli interventi di trattamento e cura, di prevenzione e di promozione applicati in salute mentale devono rispettare la Convenzione sui diritti delle persone con disabilità e gli altri strumenti internazionali e regionali in materia di diritti umani.

3. ***Interventi basati su prove di efficacia***: le strategie e gli interventi di trattamento e cura, di prevenzione e di promozione applicati nell'ambito della salute mentale devono basarsi su dati scientifici e/o sulle *best practice* e tenere conto delle considerazioni culturali.

4. ***Un approccio orientato a tutte le fasi della vita***: le politiche, la pianificazione ed i servizi di salute mentale devono tener conto dei bisogni sanitari e sociali relativi a tutte le fasi della vita – prima e seconda infanzia, adolescenza, età adulta e vecchiaia.

Piano d’azione OMS 2013-2020

5. ***Approccio multisettoriale***: un approccio globale e coordinato in materia di salute mentale presuppone il coinvolgimento di vari settori pubblici quali quello della sanità, dell’educazione, del lavoro, della giustizia, dell’abitazione, dell’azione sociale ed altri settori coinvolti, nonché del settore privato, a seconda della situazione del paese.
6. ***Empowerment delle persone con disturbi mentali e disabilità psicosociali***: le persone con disturbi mentali e disabilità psicosociali dovrebbero ottenere gli strumenti di partecipazione alle azioni di sensibilizzazione, alle politiche, alla pianificazione, alla legislazione, alla prestazione di servizi, alla sorveglianza, alla ricerca ed alla valutazione in materia di salute mentale.

Sfere di intervento sui bisogni

- **abitare** (ripristino, manuntenzione e la pulizia della casa, ricerca di altre soluzioni abitative)
- **reddito** (sussidio economico in denaro, uso della cassa del Centro,gestione quotidiana temporanea del denaro, atti in difesa e tutela del patrimonio)
- **approvigionamento alimentare** (catering, mensa presso il Centro, approvigionamento alimentare a casa)
- **cura di sé** (lavanderia, pulizia personale, parrucchiere, guardaroba)
- **occupazione e lavoro** (assegnazione di piccoli lavori al Centro, assegnazione di borse di lavoro, inserimenti in Cooperativa)
- **tempo libero** (laboratorio di teatro, pittura, musica, grafica, sartoria, ceramica, palestra; e barca, gite, soggiorni vacanze, feste, cinema e spettacoli).

Multisettorialità e intersettorialità

- All’interno del Welfare State / mix
- Salute generale (mainstreaming)

Quali criteri?

Bisogni / disuguaglianze

Collegati a: Persona / la cui centralità é cambio paradigmatico

Sistemi e determinanti sociali (Basaglia) – accento organizzazionale (Weick)

Crespi: tra oggettività e soggettività

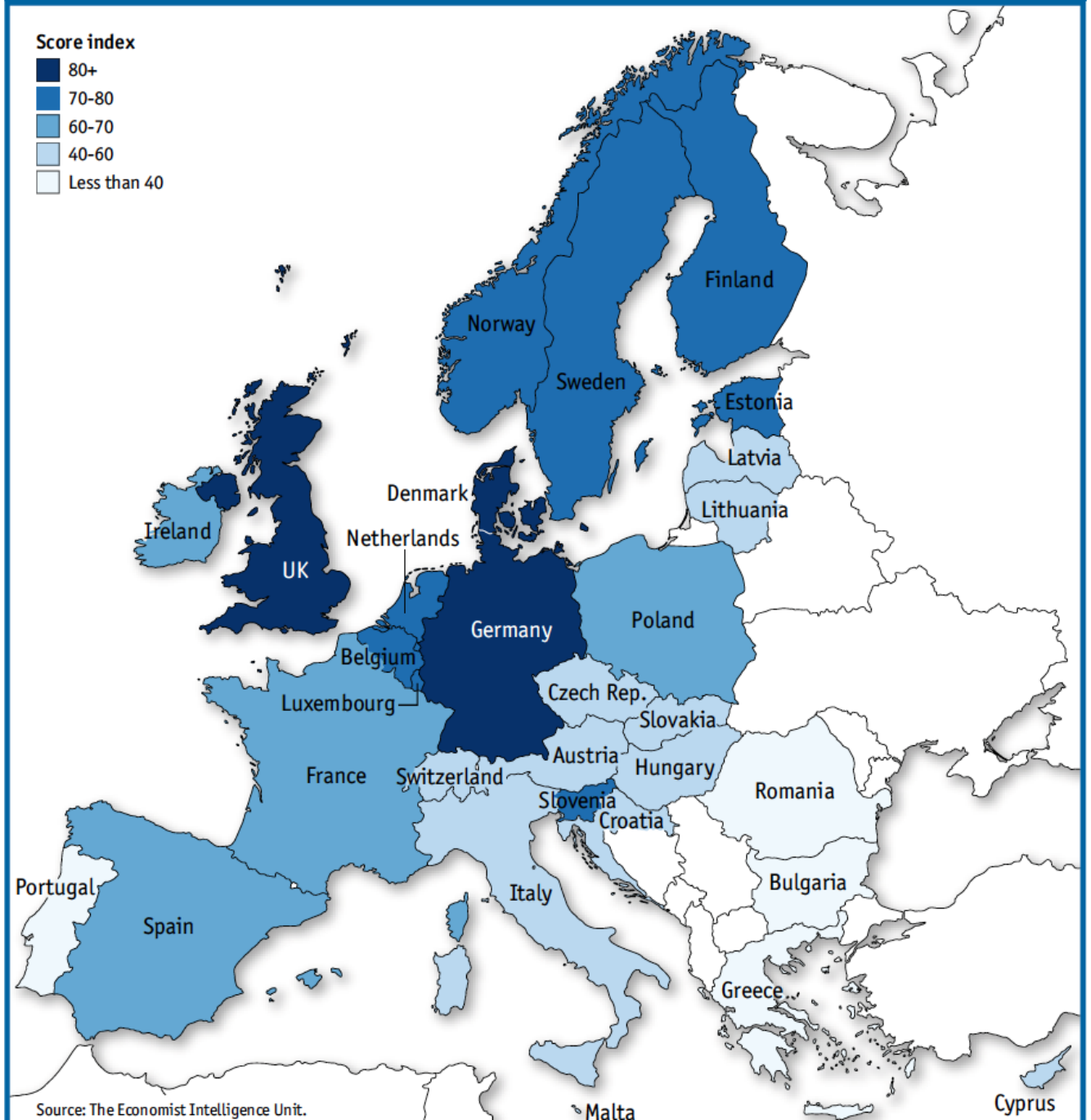
The Economist Intelligence Unit

A report from The Economist Intelligence Unit

MENTAL HEALTH AND INTEGRATION

PROVISION FOR SUPPORTING PEOPLE WITH MENTAL ILLNESS: A COMPARISON OF 30 EUROPEAN COUNTRIES

Overall score



Source: The Economist Intelligence Unit.

OVERALL SCORE

RANK	COUNTRY	SCORE
1	Germany	85.6
2	United Kingdom	84.1
3	Denmark	82
4	Norway	79.5
5	Luxembourg	76.6
6	Sweden	74.1
7	Netherlands	72.8
8	Estonia	71.4
9	Slovenia	71.1
10	Belgium	70.7
11	Finland	70
12	Spain	68.8
13	France	68.4
14	Ireland	68
15	Poland	64.1
16	Italy	59.9
17	Malta	59.7
18	Czech Republic	59.4
19	Austria	57.9
20	Lithuania	53.5
21	Latvia	51.9
22	Slovakia	46.8
23	Cyprus	46.6
24	Switzerland	45.7
25	Hungary	43.9
26	Croatia	40.1
27	Portugal	38.1
28	Greece	38
29	Romania	34.7
30	Bulgaria	25

ENVIRONMENT

Providing a stable home and family

RANK	COUNTRY	SCORE
=1	Germany	100.0
=1	United Kingdom	100.0
=3	Denmark	90.0
=3	Netherlands	90.0
=3	Norway	90.0
=3	Sweden	90.0
=7	Latvia	85.0
=7	Luxembourg	85.0
=9	Ireland	83.3
=9	Spain	83.3
=11	Belgium	81.7
=11	Slovenia	81.7
=13	Finland	80.0
=13	Poland	80.0
15	Italy	76.7
16	Estonia	75.0
17	Czech Republic	68.3
18	Slovakia	63.3
19	Malta	61.7
20	France	56.7
20	Portugal	56.7
22	Austria	55
23	Hungary	53.3
24	Lithuania	51.7
24	Romania	51.7
26	Greece	46.7
27	Switzerland	45
28	Bulgaria	38.3
29	Croatia	33.3
30	Cyprus	28.3

ACCESS

Access to health services

RANK	COUNTRY	SCORE
1	Germany	86.5
2	Slovenia	83.8
3	Norway	82.3
4	Denmark	79.6
5	Spain	72.7
6	Luxembourg	72.5
7	Netherlands	72
8	United Kingdom	72
9	France	71.4
10	Austria	71.4
11	Malta	69.7
12	Lithuania	69.1
13	Sweden	68.8
14	Estonia	67.4
15	Belgium	67.1
16	Ireland	66.2
17	Czech Republic	64.9
18	Italy	58.2
19	Slovakia	49.9
20	Switzerland	48
21	Poland	45.5
22	Cyprus	44.4
23	Croatia	43.4
24	Finland	39.7
25	Latvia	33.9
26	Hungary	32.9
27	Greece	24.8
28	Portugal	19.3
29	Bulgaria	16.0
30	Romania	11.0

OPPORTUNITIES

Improving work and education opportunities

RANK	COUNTRY	SCORE
1	France	100.0
2	Finland	88.9
=3	Denmark	83.3
=3	Estonia	83.3
=5	Germany	77.8
=5	Netherlands	77.8
=5	Norway	77.8
=5	Spain	77.8
=9	Luxembourg	72.2
=9	Poland	72.2
=9	United Kingdom	72.2
12	Austria	66.7
=13	Belgium	61.1
=13	Italy	61.1
=13	Malta	61.1
13	Sweden	61.1
=17	Cyprus	55.6
=17	Ireland	55.6
=17	Slovenia	55.6
20	Czech Republic	50.0
=21	Hungary	38.9
=21	Latvia	38.9
=21	Switzerland	38.9
=24	Croatia	33.3
=24	Greece	33.3
=24	Lithuania	33.3
27	Portugal	22.2
=28	Bulgaria	16.7
28	Romania	16.7
30	Slovakia	11.1

GOVERNANCE

Reducing stigma and increasing awareness

RANK	COUNTRY	SCORE
1	United Kingdom	87.5
2	Finland	78.9
3	Denmark	75.6
=4	Germany	75
=4	Luxembourg	75
6	Sweden	71.4
7	Belgium	69.3
8	Norway	67.3
9	Estonia	64.7
10	Poland	62.1
11	Ireland	62
12	Cyprus	61.5
13	France	58.0
14	Slovenia	57.2
15	Netherlands	53.3
16	Romania	52.2
17	Lithuania	51.7
18	Czech Republic	50.6
=19	Hungary	48.6
=19	Slovakia	48.6
21	Switzerland	48.1
22	Portugal	47.8
23	Croatia	47.6
24	Malta	47.1
25	Greece	45.4
26	Spain	45
27	Latvia	44.6
28	Italy	44.1
29	Austria	42.2
30	Bulgaria	25.7

© The Economist Intelligence Unit Limited 2014

have middling results in the index. Since Franco Basaglia—an Italian psychiatrist and neurologis and one of Europe's pioneers in crusading for a human rights-based treatment of those with mental illness—came to prominence in the 1960s, for example, Italians have been leaders in European mental healthcare reform. Trieste, where the last psychiatric hospital closed in 200 and patients are now served entirely through integrated community-based care, is commonly held up as a model of best practice. Similarly in Spain, a number of autonomous regions, notably Andalusia and Catalonia, have also achieved much in this field, as has Lille in France. As the

Integrazione OMS

- Integrazione tra politiche e gestione, es per una determinata popolazione che contratta servizi pubblici e privati. Livelli di Pianificazione, formazione, supervisione, gestione economica etc. Rischi sono i gaps
- Lavorare attraverso i settori es sanitari e sociali, come per anziani
- Integrare funzioni assicurative e di offerta dei servizi.
- Tutte vanno viste come continuum

La gestione e l'erogazione di servizi sanitari in modo che il cliente riceve un continuum di interventi preventivi e curativi, secondo il bisogno nel tempo e attraverso differenti livelli del sistema di salute.

Integrazione OMS (2)

- Per l'utente: sistema scorrevole, facile da navigare, coordinato, con gli operatori sanitari consapevoli della sua salute come un tutto (non singoli aspetti clinici), con continuità di cure.
- Per i fornitori: servizi tecnici separati sono offerti, gestiti, finanziati e valutati insieme, in un modo strettamente coordinato.
- L'integrazione organizzativa si ha quando ci sono fusioni, contratti e alleanze strategiche tra diverse istituzioni.
- L'integrazione professionale quando differenti professioni sanitarie lavorano insieme per offrire servizi unitari (es prenatale e pediatria). La prima sfida è di avere un appropriato range di competenze disponibili; la seconda di far collaborare in modo efficace differenti figure professionali.

Non sempre buona, non sempre cattiva

- Skill mix: Bisogna impiegare diverse figure e assegnare un ampio ventaglio di compiti a ciascuna professione.
- Le prospettive di integrazione dell'utente e del provider sono diverse (es coordinate cartesiane). Possono essere povere per l'utente anche se appaiono alte come in certe reti di servizi di cure primarie.
- Argomenti a favore: costo-efficacia, orientata al cliente, equa e padroneggiata localmente. Meno costi per la condivisione di risorse e più efficacia perché affrontano la persona nella sua interezza (più la sua famiglia, rete etc) piuttosto che il singolo problema individuali.
- Non è necessariamente equo ma può dare priorità piuttosto che singoli programmi.
- Criticità: nei sistemi non funzionali, un singolo buon programma può essere penalizzato dall'integrazione.
- Il desiderio per programmi integrati ignora la realpolitik dominata da targets e tempistiche ridotte.

Lezioni da un’integrazione che riesce

- Non un singolo pacchetto, ma un continuum.
- Non una terapia per risorse inappropriate e per risparmi, o per programmi che non funzionano.
- La base empirica è bassa, non ricerche. Solo Paesi a basso e medio reddito. Non viene esaminata la domanda (sistematic Cochrane R, 2007).

Integrazione

- Cittadinanza
- Ruolo attivo
- Recovery, empowerment
- Social justice

Obiettivi principali dell'Action Plan Europeo in sintesi

- **Benessere nel ciclo di vita**
- Diritti umani ed empowerment per i cittadini
- Servizi di comunità accessibili ed attraversabili
- Trattamenti rispettosi, sicuri ed efficaci, coinvolgimento nelle decisioni
- Buona salute fisica e mentale garantita per tutti
- **Approccio intersettoriale**
- Informazione e conoscenza

Determinanti di salute

I determinanti sociali di salute (Marmot)

I ‘determinanti di salute’, ossia i fattori che potenziano o minacciano lo stato di salute di individui e comunità, sono collegati a **scelte individuali**, come il fumo, o a **caratteristiche sociali, economiche e ambientali** che spesso sfuggono al controllo degli individui.

I determinanti sociali attengono

- all’età,
- al sesso,
- allo status sociale,
- all’etnia,
- all’accesso all’istruzione,
- alla qualità dell’abitare,
- alla presenza di relazioni di sostegno,
- alla partecipazione civica e sociale,
- alla disponibilità di lavoro,
- alla qualità dell’aria che respiriamo, e delle case che abitiamo.

Cfr. M. Marmot, *Social determinants of health inequalities*, «Lancet», 2005, 365, pp. 1099-104; CSDH,

Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health, World Health Organization, Geneva 2008.

Vulnerabilità e svantaggio sociale

- **Una maggiore vulnerabilità è connessa allo svantaggio sociale, ovvero alla povertà e alla bassa istruzione.**
- La stessa OMS riconosce anche il nesso tra salute mentale e comportamento, nel senso di **problemi "di salute comportamentali"** come l'abuso di sostanze, la violenza, l'abuso su donne e bambini. Essi agiscono a **cluster**.
- Al pari delle malattie cardiache, anche depressione ed ansia risultano più difficili da affrontare in condizioni di alta disoccupazione, basso reddito, limitata istruzione, condizioni lavorative stressanti, discriminazione di genere, stili di vita insalubri e violazioni dei diritti umani.

- R. Desjarlais - Leon Eisenberg - Byron Good - Arthur Kleinmann, *La salute mentale nel mondo. Problemi e priorità nelle popolazioni a basso reddito*, tr. it. a cura di C. Bellotti, G. de Girolamo, A. Fioritti, V. Melega, Il Mulino, Bologna 1998. Cit. in WHO, *Promoting Mental Health,* cit., p. 13.

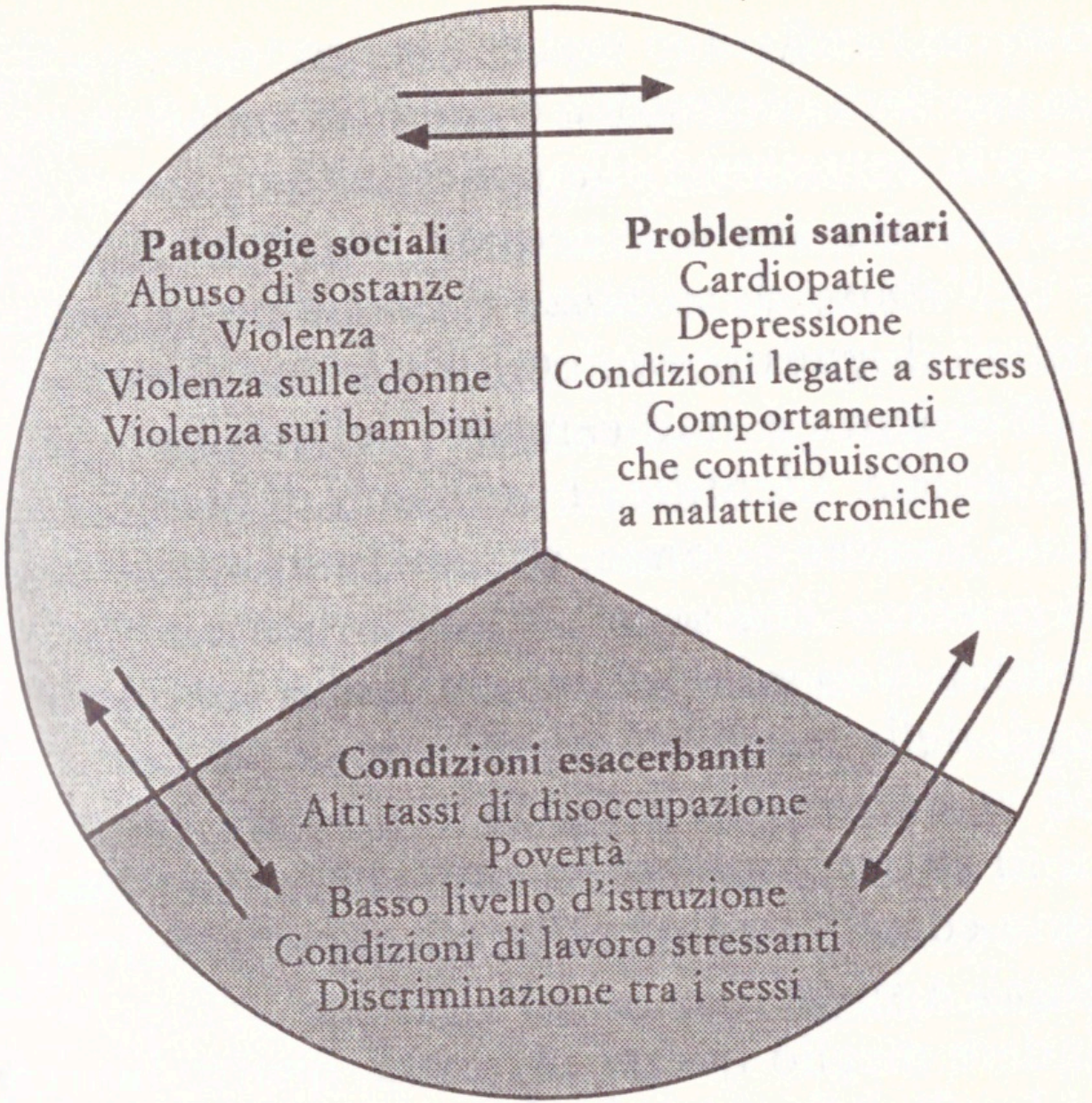


Fig. 1.2. Modello di sovrapposizione di raggruppamenti di problemi.

Social determinants of mental health

WHO and the Calouste Gulbenkian Foundation

Overview

- Good mental health is integral to human health and well being. A person's mental health and many common mental disorders are shaped by various social, economic, and physical **environments** operating at different **stages of life**.
- Risk factors for many common mental disorders are heavily associated with **social inequalities**, whereby ***the greater the inequality the higher the inequality in risk***.
- It is of major importance that action is taken to improve the conditions of **everyday life,** beginning before birth and progressing into early childhood, older childhood and adolescence, during family building and working ages, and through to older age.
- Action throughout these life stages would provide opportunities for both **improving population mental health, and for reducing risk of those mental disorders** that are associated with social inequalities.

Persona (Sé)	**Altri:** .Amici, Familiar,i .Altri utenti, Piccoli animali	**Risorse** **materiali** per la propria vita / fattori sociali	**Servizi** formali ed informali	**Piccole cose** **significative / vita quotidiana**
autodeterminazione a star bene (“la volontà”)	Essere accettati	Lavoro	Riaversi da un impatto negativo	Organizzarsi la vita, avere un senso di scopo
Comprendere la malattia; accettare la malattia o darle valore come esperienza; saperla affrontare o prevenire	Essere riconosciuti nel proprio percorso	Casa,	Sostegno adeguato, fiducia, ascolto; capacità umane e professionali; fare qc. in più del ruolo	Spiritualità, fede
Cambiare (“crescere” o “svoltare”), risvegliarsi, racchiudersi per un po’ per poi cambiare	Reciprocità	Reddito	Accettazione medicine o co-gestione (negoziare)	Il valore del caso e delle coincidenze, dei fatti di vita come elementi di cambiamento (no “destino”)
Assumersi responsabilità; auto-aiuto	Occuparsi di, prendersi cura di, essere importanti per qc.	Diritti	Combattere lo stigma	Il valore del tempo, dei piccoli passi, del percorso
Autostima, immagine positiva di Sé, accettarsi	Riconoscere la competenza (sanno molte cose su di sé, su che cosa aiuta; cercano di aiutarsi; sanno riconoscere chi li aiuta)	luoghi “giusti” di vita (salute e malattia) per dare senso, permettere crescita, socializzare	Catalizzare opportunità sociali	
Capacità di sopportazione e resistenza umana (“resiliance”)	Rabbia e odio, dimostrare q.sa	Partecipare a Reti sociali		

Definendo la dimensione sociale della recovery

- Quando si evidenzia una **dimensione sociale e partecipativa alla vita sociale ed alla comunità**, essa costituisce un elemento fondamentale in quanto sta ad indicare che la persona sta emergendo dall'isolamento, dalla frattura di senso e comunicativa della malattia, che si traduce in desocializzazione.

- Si può cogliere nel soggetto una "**cittadinanza vissuta**", e l'emergenza di un Sè sociale, non alienato, il che rappresenta l'intima natura sociale della recovery.

Riabilitazione come azione complessa

- Da questo la necessità di un complesso della riabilitazione che riguardi (**Rotelli, 1994) costruire (o ricostruire) l'accesso reale ai diritti di cittadinanza** e l'esercizio progressivo degli stessi.
- I 3 livelli di intervento dove devono operare le strategie riabilitative includono:
- il piano legislativo,
- l'azione per la disponibilità di risorse,
- la produzione di **capacità di accesso** a favore dell'utente complessivo (utente designato, familiari, circuiti collaterali ad essi, operatori, servizi).
- Obiettivi indicati sono autonomia personale, istruzione, formazione professionale, capacità sociale, necessità di potere, capacità di esprimere comprensibilmente i propri punti di vista.

Capabilities

- Amartya Sen ha ridefinito l'orizzonte delle speranze individuali riconoscendo il diritto ad acquisire **funzionamenti di natura sociale, che permettono in realtà un vero esercizio di libertà ed eguaglianza**. Essi chiamano in causa il modo in cui ogni individuo sceglie un tipo di vita piuttosto che un altro, ovvero stabilisce un proprio stile di vita.
- Le *capabilities*, definite dalla Nussbaum in dieci domini, includono in questo senso molti aspetti che possiamo riferire allo stile di vita, come ad esempio la libertà di espressione emotiva, l'essere capaci di ridere, giocare, godere di attività ricreative, avere il controllo sul proprio ambiente materiale di vita e altro ancora.
- Tali capacità "di fare e di essere" sono modulate da condizioni sociali, economiche ed ambientali, ovvero dai determinanti sociali di salute già ricordati.

- A. Sen, *La diseguaglianza. Un riesame critico*, tr. it. di A. Balestrino, Il Mulino, Bologna 1994.
- M. Nussbaum, *Capabilities as fundamental entitlements: Sen and social justice*, «Feminist economics», 2003, 2/3, pp. 33-59.

From Residential Facilities to Supported Housing: The Personal Health Budget Model as a Form of Coproduction

Pina Ridente[1] and Roberto Mezzina[2]

[1]*CMHC, Dipartimento di Salute Mentale (DSM), Trieste, Italy*

[2]*Dipartimento di Salute Mentale, (DSM), WHO Collaborating Center for Research and Training, Trieste, Italy*

Abstract: During the deinstitutionalization process in Trieste, an array of different residential facilities were identified and used for different purposes in the course of time. They were integrated in the Mental Health Department and operated in close connection with 24-hour Community Mental Health Centres. Over the last decade, a steady decline in residential beds was achieved also thanks to the implementation of a health budget model in connection with a bespoke therapeutic rehabilitation program. The whole process was focused on reorganizing and transforming existing facilities

BdS

- La progressiva riduzione dei posti letto residenziali si è poi avvalsa, nell’ultima decade, della **metodologia del budget di salute collegata ad un progetto terapeutico abilitativo personalizzato.**
- I dati indicano come la riconversione delle risorse dalle strutture agli ambiti di vita delle persone e ai loro contesti abbia avuto una serie di **ricadute sul sistema complessivo**, che rafforzano i progetti individuali di presa in carico delle persone con bisogni complessi.

BdS

- Il **Progetto Personalizzato / budget di salute** si declina sugli assi principali non solo dell'abitare, ma anche del lavoro e della socialità, a partire dai bisogni espressi dalle persone e dalle necessità individuate collaborativamente.
- Si tratta di una **modalità di progettazione e di finanziamento innovativa nel mix pubblico/privato** che lo scenario complesso della crisi del welfare e dell'integrazione socio-sanitaria ha generato e che sposta risorse economiche intorno alla persona.
- I partner, rappresentati da operatori del privato sociale (cooperative sociali A e B), co-gestiscono i singoli progetti e contribuiscono alla co-progettazione proponendo le azoni e le modalità concrete di realizzazione degli stessi progetti.

Sperimentazione di nuove modalità di abitare supportato e di residenzialità

- **La casa per la recovery.** Il programma si è costituito presso una residenza sulle 24 ore in precedenza occupata da persone per lunghe durate, che sono state collocate in altre soluzioni abitative nel 2015. Si è creato un percorso di ingresso con l'esplicitazione delle intenzioni e degli obiettivi, in modo da favorire candidature consapevoli e responsabili. L'esperienza in gruppo di 6 giovani, con problemi di psicosi, coabitante per sei mesi, ha la finalità di favorire i percorsi individuali di recovery, anche attraverso la riduzione o la revisione dell'uso dei farmaci. I vari sotto-sistemi (gruppo della casa, gruppo familiari, operatori del privato sociale, operatori del DSM), dialogano tra loro sulla base dei principi della massima trasparenza e condivisione delle decisioni, che vedono sempre i giovani utenti come protagonisti. L'uscita dalla casa coincide con la costruzione di un progetto personalizzato, che può essere sostenuto con budget di salute.

- **La rete di self-help supportata**. Contemporaneamente, lo sviluppo di moduli di supporto flessibili per la domiciliarità ha permesso di realizzare soluzioni di coabitazione, mettendo in comune le risorse per la quotidianità (cuoche, pulitrici, badanti), a volte anche con l'impiego di peer, o di familiari in supporto ad altri, che possono anche rappresentare punti di riferimento, sulla base della convivialità, per altri utenti che vengono ospitati (programma "Aggiungi un posto a tavola").

- **Gli appartamenti transizionali.** Gli alloggi messi a disposizione dalla LR n. 15, che restavano di proprietà pubblica, e quindi non potevano essere case "delle persone", sono stati utilizzati come soluzioni transitorie per percorsi progressivi, a volte in uscita dalla residenzialità a tipo comunità sulle 24 ore, altre per facilitare la fuoriuscita da lunghe permanenze nei CSM.

- **La REMS a porte aperte**. Dal maggio 2015, in una sede di Centro diurno, frequentato da una quarantina di utenti, è stata realizzata la prima REMS provvisoria (Residenza per L'Esecuzione delle Misure di Sicurezza), per due posti letto, che grazie all'ambiente normalizzante e alle attività abilitative realizzate con associazioni, aperte alla comunità, ha potuto garantire la più alta qualità terapeutica e abilitativa in un'ottica "no-restraint".

Sviluppo di comunità

- Il nesso tra sviluppo di comunità economico e salute ripropone la necessità di sviluppo del potenziale umano delle società, e dunque il nesso tra politiche sociali e sanitarie perché le prime hanno effetti diretti, visibili, sugli indicatori di salute.

Case studies

- Microarea
- CSM 24 h
- Intervento sulle Reti Sociali
- BdS e Fap / Abitare assistito modulare o a cluster
- Collaborazioni nelle aree di confine (distretti)
- Joint care
- Proposta mia welfare

Il Centro diurno diffuso / Cantieri sociali

- *“Benessere”*: consapevolezza, conoscenza e rispetto del proprio corpo, promuovendo attività - di gruppo e individuali - di educazione motoria generale, l'organizzazione di corsi e attività attinenti alla motricità generale;
- *“Aggregazione, socializzazione ed inclusione”:* attività e programmi di socializzazione, relazionali, di sostegno al fine di promuovere e sviluppare capacità e attitudini espressive e relazionali, di riappropriazione di identità, iniziative di carattere culturale e aggregativo;
- *“Espressione e lotta allo stigma“*: programmi a carattere espressivo culturale, con particolare riferimento a percorsi di laboratorio di carattere teatrale, musicale, pittorico e più in generale artistico, finalizzati all'organizzazione di *performance*, mostre, *piece* teatrali, concerti nonché partecipazione ad eventi cittadini, nazionali ed internazionali, rivolti alla sensibilizzazione sul tema dell'inclusione sociale e del contrasto a forme di emarginazione e pregiudizio, in collaborazione con teatri, locali pubblici, associazioni e altri soggetti pubblici e privati;
-

- *”Partecipazione”:* gruppi trasversali di protagonismo della specifica utenza, costituiti da familiari e persone con esperienza nel campo del disagio psichico, da operatori del settore, da rappresentanti di associazioni e da cittadini, promozione del “sostegno tra pari”, alla valorizzazione dell'esperienza soggettiva del disagio, ai percorsi di *recovery,* alla lotta allo stigma ed al pregiudizio; percorsi formativi finalizzati a valorizzare la figura del *peer supporter* nei servizi di salute mentale, per un coinvolgimento nell'attività di accoglienza, nell'organizzazione di gruppi di *self help* e nella costruzione di ricerche partecipate sulla qualità dei servizi;
- *“Specificità di genere”:* crescita della consapevolezza di genere - per il rafforzamento dell'identità soggettiva e di gruppo -; scambio e sostegno tra pari nonché impulso di attività culturali e di sensibilizzazione sulle tematiche di genere in rete con altre organizzazioni associative ed istituzionali del territorio;
- *“Formazione ed inserimento lavorativo”,* attraverso l’attivazione di percorsi individualizzati di formazione, preformazione e di inserimento lavorativo - sostenuti da ”borse di formazione al lavoro” o da “budget di salute” - finalizzati allo sviluppo di abilità e di competenze relazionali e lavorative in molteplici settori di attività, in collaborazione con enti del territorio e di formazione.

Trieste: indicazioni generali

- Salute di comunità come passaggio che deriva dalla deistituzionalizzazione: sistemi intorno agli individui ed alle comunità
- Approccio globale ed olistico che pone in relazione la medicina ai sistemi di welfare in una sinergia potente - concetto di whole systems, whole life approach (Jenkins, Rix, 2002)
- L’attenzione agli individui ed ai diritti di cittadinanza pone la questione dei valori da cui discendono pratiche e servizi (value-based services, Fulford, 2001)
- Costruzione di percorsi personalizzati come chiave organizzativa-strategica, in cui la persona ha un ruolo attivo e un potere contrattuale.

Indicazioni

- Evitare o ridurre le transitions in care: frammentazione del sistema dei servizi.
- Costruire responsabilità ed accountability dei servizi verso la comunità. La titolarità dei processi di cura va posta nel territorio.
- Riconoscimento della rilevanza dei contesti come produttori di senso delle azioni di salute e come portatori di risorse - rifiuto dell'automatismo dei pacchetti indifferenti ai contesti di applicazione.
- Passaggio da una medicina riparativa ad una salute partecipata (no black box come imbuto dello specialismo).
- Sviluppo del protagonismo dei soggetti (stake o share holders) del sistema salute (concetto di leadership legata alla messa in moto di processi di cambiamento strategico ed organizzativo a cascata ed a ciclo continuo).

Freedom first

Christien Muusse, Sonja van Rooijen (TRIMBOS Instituut)

Freedom First

- A study of the experiences with community-based mental healthcare in Trieste, Italy, and its significance for the Netherlands
- Una ricerca qualitativa sul campo, con tutti gli stakeholders.
- Indicatori di qualità delle cure e dei servizi
- Freedom First come principio guida (porte aperte e no restraint)
- Riflessione, creatività, reciprocità

I tre approcci

- l'**approccio olistico/globale:** l'assistenza in salute mentale non mette l'enfasi sulla malattia ma sulla persona e l'individuo e sulla restituzione della soggettività. Non si parla di pazienti o clienti, ma di utenti o ospiti. L'esclusione sociale è considerata come risultato del modello medico con il suo linguaggio particolare, le sue relazioni e la sua struttura gerarchica. ' 'Il punto di vista relazionale ' è stato spiegato così:
- a) i bisogni personali sono stati fissati sulla base della storia personale dell`utente e questi si riferiscono anche alle relazioni sociali, dalla cerchia familiare al contesto della persona;
- b) per rispondere ai bisogni dell'utente, le relazioni fra operatori e utenti sono con-siderate come essenziali;
- c) i servizi sono stati valutati secondo criteri di passi personali verso recovery e empowerment. Per sostenere questa idea, il servizio di salute mentale territoriale è aperto 24-7 ore.

- 2) **L'approccio ecologico**: l'enfasi è messa sul contesto sociale, la rete personale e i gruppi sociali a cui appartiene un individuo. Le cure sono offerte nella comunità, sono outreaching, pro attive accessibili e hanno l'inclusione sociale come scopo. Gli operatori si mettono in contatto con l' individuo, la sua famiglia, i servizi di alloggio,ecc.
- Il centro di salute mentale offre servizi di prevenzione e cure generali e special-istiche per tutti gli utenti della regione/del quartiere per cui ha la responsabilità. A causa di sua 'responsabilità territoriale' per gli utenti, il centro di salute mentale non può trasferire i pazienti con gravi problemi in altri centri.
- 3) **L'approccio giuridico**: l'enfasi è messa sui diritti umani delle persone con problemi psichiatrici, tanto dalla prospettiva giuridica quanto sociale. Per creare una comuni-tà che garantisce l' inclusione e la possibilità che ognuno possa esercitare i suoi dirit-ti sociali, sia necessario di creare una rete di sostegno.

Un servizio fondato su valori

- Aiutare una persona e non trattare una malattia
- Cittadini con diritti
- Superare la crisi
- Comprendere gli eventi di vita
- Spiegare e discutere l’esperienza
- Non perdere valore come persona (invalidazione, abbandono, violenza)
- Mantenere ruoli sociali e reti / sistemi
- Sviluppare il potenziale di crescita (recovery)
- Opportunità
- Cambiamento (condizioni e stili di vita)
- Risorse materiali (lavoro, denaro, aiutp pratico)
- Evitare gli effetti jatrogeni delle terapie
- Aiutare le strategie personali di ripresa

Che cosa caratterizza il concetto di approccio WHOLE LIFE?

- *Mettere la persona al centro, come cittadino e membro di una comunità, perché sviluppi la sua vita in tutti gli aspetti, nella sua globalità e integrità.*
- Una persona con problemi di salute mentale ha **gli stessi bisogni di base** di tutti noi.
- Riconoscere una **persona nella sua interezza è la maniera di sviluppare e condurre una vita che è piena** di propositi, interessi, riconoscimenti, contributi, valori e riconoscimenti.
- Le persone con un problema di salute mentale sono alla ricerca di una **vita completa**, inclusiva di bisogni ed aspirazioni.
- Permettere alle persone di avere l'opportunità di una vita completa ed assisterli nel loro processo di recovery e benessere richiede un accesso diretto alla **salute**, alle opportunità **educative**, a processi di **formazione** lavorativa, al **lavoro**, al **volontariato**, alle **reti** sociali, allo **sport** ed al tempo libero, alla **cultura**, alla **fede** ed alla religione.

Che cosa si intende per WHOLE SYSTEM?

- *L’intero mondo delle relazioni, delle reti e degli attori sociali, dei supporti, dei servizi e delle opportunità attivato attorno alla persona, in un’ottica di risposta globale finalizzata alla recovery.*
- L'approccio Whole Life dell' IMHCN promuove tutto ciò attraverso l'applicazione di una metodologia Whole Systems nella progettazione, pianificazione ed implementazione di un **sistema di salute mentale completo ed integrato.**
- Il Whole System deve avere degli **scopi e degli obiettivi comuni negoziati e condivisi da tutti i portatori d'interesse** della comunità.
- In tal modo i componenti del Sistema sono **interdipendenti** l'uno dall'altro ed ognuno di essi è portatore di un proprio definito contributo sistema completo dove l'aspetto globale e non il singolo componente è l'obiettivo più importante.

WHOLE COMMUNITY

- Questo tipo di approccio ottimizza le **risorse umane, economiche, sociali e culturali delle comunità locali**.
- Tutte le comunità hanno la possibilità di offrire opportunità significative per gli individui e le famiglie, per continuare ad avere o per riacquistare una vita completa in tutti i suoi aspetti.
- Assicurare la **partecipazione attiva di organizzazioni ed individui della comunità** nel progettare ed implementare una strategia basata sulla vita intera e sul sistema globale sta alla base del successo di questo approccio.

Contact

- Roberto Mezzina, Direttore
- Dipartimento di Salute Mentale – ASUITS / WHO Collaborating Centre for Research and Training
- via Weiss, 5, 34125 Trieste, Italy
- +393488710355
- roberto.mezzina@asuits.sanita.fvg.it
- who.cc@asuits.sanita.fvg.it
- www.triestesalutementale.it