

F. Starace¹, R. Rossi², F. Baccari², G. Gibertoni²

DOMANDA DI SALUTE MENTALE E CAPACITÀ DI RISPOSTA DEI DSM ITALIANI

1. Introduzione

In questo capitolo verrà sostenuta la necessità di sostanziali investimenti “in capitale umano” dei servizi di salute mentale, per incrementare la consistenza numerica, tecnica, motivazionale e relazionale degli operatori impegnati nei servizi stessi.

In particolare, l’analisi si concentrerà sul dato quantitativo, ossia sulla consistenza numerica delle equipe di lavoro nei Dipartimenti di Salute Mentale. In Italia, i rari standard di riferimento reperibili nelle normative regionali sono puntualmente disattesi, anche quando attengono a criteri per l’accreditamento dei servizi.

Essendovi una stretta correlazione tra la consistenza numerica del personale in servizio e la capacità assistenziale che i servizi esprimono (al netto naturalmente delle caratteristiche “naturali” delle reti sociali e di sostegno non psichiatriche esistenti sui territori) è possibile assumere che questa estrema flessibilità costituisca una strategia non esplicita di governo della domanda. In altri termini, la riduzione del personale determina una selezione a maglie sempre più strette dei bisogni che saranno “presi in carico” dai servizi pubblici, con il conseguente dirottamento di una quota sempre più rilevante di utenza a strutture e professionisti privati. Anche le carat-

1. Direttore del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche AUSL di Modena, membro CSS

2. Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche AUSL di Modena

teristiche dell'intervento assumeranno dimensioni e tempi sempre più limitati, nel maldestro tentativo di traslare alla Salute Mentale di Comunità un'aspirazione turbo-prestazionale di stampo vetero-fordista, e privilegiando approcci fondati sulla polarità "visita ambulatoriale-ricovero" che riconoscono nel farmaco lo strumento d'azione privilegiato.

Dopo aver recentemente verificato la seconda ipotesi, ossia che la prescrizione nelle regioni italiane di farmaci antipsicotici è inversamente associata al tasso di professionisti operanti in salute mentale, con percentuali inferiori di prescrizioni nelle regioni con più alti tassi di professionisti (Starace et al., 2018), in questo contributo anticipiamo i risultati di un'analisi in corso sul rapporto tra "fabbisogno assistenziale" espresso dall'utenza in contatto con i DSM e la "capacità di risposta" dei Servizi.

Sono stati presi in considerazione solo i servizi di Salute Mentale Adulti, indipendentemente dalla configurazione organizzativa e dal vario grado di integrazione con le Dipendenze Patologiche e la Neuropsichiatria Infantile e Adolescenziale che i DSM hanno assunto nelle diverse Regioni. La base dati è costituita dalle informazioni ricavate dal Sistema Informativo Salute Mentale (SISM) relative all'anno 2016, ultimo disponibile (Ministero della Salute, Rapporto Salute Mentale, 2018).

2. Il Panorama Internazionale

Secondo la World Health Organization (WHO), il sistema dei servizi di salute mentale sarà chiamato ad uno sforzo sempre maggiore per fronteggiare la crescente domanda di salute mentale determinata da fattori sociali, economici e culturali (WHO, European Mental Health Action Plan, 2013). Il cambiamento demografico in atto – dovuto principalmente alle ondate migratorie (Priebe et al., 2015) e all'invecchiamento della popolazione europea ed italiana (Volkert et al., 2012) –, la progressiva riduzione delle risorse a disposizione e l'impegno nel processo di deistituzionalizzazione richiedono una realistica analisi delle effettive possibilità operative dei servizi a fronte della domanda di assistenza e dell'impegno clinico richiesto.

Secondo le ultime indagini della WHO, a livello globale il numero mediano di operatori di salute mentale è 9 per 100.000 abitanti. In Europa sono riportati nel 2014 43,5 operatori di salute mentale per 100.000 abitanti. Di tale forza lavoro, 7,4 operatori sono psichiatri, un trend in diminuzione rispetto

al 2011 (WHO, Mental Health Atlas, 2014).

La riduzione della dotazione organica degli psichiatri in Europa è in netto contrasto con l'aumento della domanda di salute mentale a livello di popolazione, determinando di conseguenza un sovraccarico ed un rallentamento del sistema.

Anche in Italia si è rilevato uno scostamento tra la domanda di salute mentale in costante crescita, e la riduzione dell'offerta sanitaria, con conseguente aumento degli utenti in carico per ciascun medico (Tansella et al., 1986) e potenzialmente un calo della prontezza di risposta del sistema nelle sue articolazioni territoriali.

In proposito, dopo la recente pubblicazione del Rapporto Salute Mentale del Ministero della Salute su dati 2017, è possibile essere estremamente precisi nel documentare le seguenti variazioni osservate nel triennio 2015-2017:

- il depauperamento del capitale umano dei Servizi (oltre 500 medici in meno, 100 psicologi in meno, 1.000 infermieri in meno), a fronte di un incremento della domanda di assistenza (80.000 persone in più rispetto al 2015);
- l'incremento delle prestazioni territoriali, da 10 milioni del 2015 a circa 11 milioni e mezzo nel 2017, anche se solo l'8% di queste è effettuato a domicilio delle persone assistite;
- la riduzione ulteriore (solo 1 su 3) delle persone in contatto coi servizi territoriali nelle 2 settimane successive alle dimissioni ospedaliere;
- l'aumento del 50% delle giornate di degenza in assistenza residenziale e della durata media di degenza, che supera gli 800 giorni;
- l'aumento notevole dei soggetti ai quali vengono prescritti antipsicotici, che quasi raddoppiano dal 2015 al 2017, passando da 23 a 40 x 1.000.

Da quanto riportato sopra, sembrerebbe che l'intensità e l'appropriatezza delle cure erogate all'utente non costituiscano un set definito di attività ed interventi codificati da linee guida e raccomandazioni, quanto piuttosto una variabile dipendente dalla materiale possibilità che tali attività vengano praticate.

In letteratura sono state proposte diverse modalità per caratterizzare l'utenza afferente ai Servizi. Ad esempio, la definizione di "Severe Mental Illness" (SMI) fornita da Ruggeri (Ruggeri et al., 2000) prevede un criterio diagnostico di Psicosi, associato a un impairment significativo nell'area funzionale ed a una durata di malattia superiore a 2 anni. Anche in questo caso, tuttavia, i criteri di SMI non colgono la complessità degli utenti "ad alto ca-

rico" dei DSM. Gli autori riconoscono, infatti, che circoscrivere il criterio diagnostico alle Psicosi esclude dalla definizione di SMI un'importante percentuale di pazienti affetti da disturbi gravi ma non psicotici – in particolare i disturbi di personalità gravi. Inoltre, per quanto la durata di malattia sia certamente un criterio fondamentale nella definizione di SMI, appare chiara la sua inutilizzabilità all'interno di un setting clinico cui possono afferire utenti con elevate necessità assistenziali sin dall'esordio. Anche la disabilità non può predire univocamente l'intensità di cure da erogare, tant'è che è stato dimostrato come una condizione di SMI si associ a un pattern di bisogni assistenziali complesso e diversificato (Lora et al., 2007).

Criteri operativi più dettagliati possono essere ritrovati nei criteri di inclusione dei modelli di trattamento integrati ad alta intensità implementati in Paesi dell'area anglosassone.

I principali modelli di riferimento sono il Case Management (CM), l'Assertive Community Treatment (ACT) e l'Intensive Case Management (ICM). Secondo i criteri di allocazione della Ontario ACT Association (Ministry of Health and Long-Term Care, 2005) sono eleggibili per una presa in carico ACT – e quindi considerati pazienti "gravi" –, prioritariamente i pazienti affetti da psicosi e disturbo bipolare e i pazienti con marcata disabilità nelle aree delle ADL-IADL occupazionale e della cura del sé. Sono definiti "gravi" i pazienti ad uso intensivo dei servizi di urgenza/emergenza e dei ricoveri ospedalieri, che presentano sintomi maggiori resistenti al trattamento, comorbidità con uso di sostanze da più di 6 mesi, coinvolgimento nel sistema Penale Giudiziario, imminente rischio abitativo, difficoltà nell'accesso ai servizi ambulatoriali, degenza presso strutture psichiatriche a lungo termine.

I protocolli dei modelli di presa in carico multidisciplinare sono piuttosto espliciti nella definizione dell'impegno assistenziale. A questo riguardo, il Flexible-ACT, un modello che prevede la coesistenza di ICM ed ACT, assegna ad un team di circa 11-12 professionisti, tra cui un solo psichiatra full-time, la gestione di 200-220 pazienti (Nakhost et al., 2017).

Tra i numerosi approcci adoperati per quantificare il fabbisogno assistenziale in salute mentale la modalità utilizzata su più ampia scala è probabilmente quella adottata dal Dipartimento per la Salute inglese mediante classificazione dei casi in contatto con i servizi attraverso i cluster derivanti dall'applicazione della scala HoNOS-MHCT (Department of Health, Mental Health Clustering Booklet, 2012). Creato per disporre di un riferimento standard per il finanziamento dei servizi sulla base dei bisogni e del pro-

babile uso dei servizi, questo metodo ha l'obiettivo di indurre comportamenti assistenziali efficienti agendo sulla leva del finanziamento differenziato per i differenti cluster (payment by result).

Ad ogni modo le stime per l'approvvigionamento di risorse e di operatori in salute mentale sono state calcolate senza tener conto della disomogeneità di domanda assistenziale da parte dell'utenza.

Oggi appare sempre più indispensabile riuscire a valutare, in base alle caratteristiche di trattamento dei disturbi mentali, quanti e quali professionisti siano necessari, soprattutto per garantire una adeguata cura territoriale.

Nell'ambito di una policy di staff management, gli indici di base da tenere in considerazione possono essere riassunti come:

- la prevalenza reale di malattia nella popolazione, ovvero la "domanda reale" o "need of care"
- la popolazione richiedente assistenza, ovvero la "domanda espressa" o "demand of care"
- la popolazione che riceve assistenza, ovvero l'offerta di assistenza effettiva.

Secondo questo modello, si assume che solo una frazione delle persone che presentano un bisogno di salute mentale richieda assistenza, e solo una parte di chi la richiede la riceva effettivamente. L'erogazione finale di assistenza – in termini sia di qualità che di quantità, influenza a sua volta la prevalenza di malattia e la popolazione richiedente assistenza.

Lo scostamento tra domanda reale e percepita è influenzato da diversi parametri, di cui alcuni personali (stigma, livello socio-culturale) e altri sovrapersonali (livello socioculturale ambientale) (Araya et al., 2018, Barbato et al., 2014). Secondo alcune stime, circa il 60% delle persone che avrebbe bisogno di supporto psichiatrico non lo riceve (Kessler et al., 2001, Kohn et al., 2004).

Lo scostamento tra la domanda espressa e l'offerta assistenziale effettiva invece dipende dalla struttura del sistema erogante, dalla sua capacità di erogazione (determinata in primo luogo dallo staffing) e dai percorsi di accesso alle cure.

Partendo dagli indici sopra citati, possono essere descritti 3 principali metodi di calcolo dello staffing in salute mentale (Fakhri et al. 2014, Sargeant et al., 2018, Konrad et al., 2009):

- *basato sui bisogni* (Faulkner et al., 1997 e 2003, Burke et al., 2013, Elisha et al., 2004): stima la dotazione organica basandosi sulla domanda reale

attesa e sulla possibilità di erogazione di prestazioni del singolo professionista. Questo modello è fortemente dipendente dalle stime di prevalenza ed incidenza.

- *basato sulla domanda* (Dreesch et al., 2005, O'Brien-Pallas et al., 2001): si basa sull'analisi dei pattern di utilizzazione dei servizi, ovvero utilizza i trend attuali di utilizzazione dei servizi per stimare la domanda futura. Questo metodo tende a confermare nella strutturazione organica futura elementi potenzialmente disfunzionali dell'organizzazione presente. Inoltre, se limitato all'analisi del "qui ed ora" non tiene in considerazione variazioni qualitative della domanda di assistenza, secondarie ad eventuali cambiamenti demografici e/o epidemiologici. Tuttavia, è possibile sulla base dei dati storici, produrre delle stime del fabbisogno futuro.
- *Benchmarking o service-target* (Hall T., 2018, Hirschhorn et al., 2006): è semplice e frequentemente utilizzato. Utilizza un modello standard con cui confrontare le stime, definito anche tramite il consenso di esperti. Tende a minimizzare le differenze sia operative che epidemiologiche dei vari sistemi. È possibile tuttavia che le stime ottenute tramite tale modello siano influenzate da interessi di parte (come il perseguito aumento di produttività di organizzazioni sanitarie private) (Dussault et al., 2010).

3. Il "fabbisogno assistenziale"

Nell'analisi che viene qui presentata, si è considerato esclusivamente la "risorsa tempo" necessaria allo stabilirsi di una relazione terapeutica e al realizzarsi di procedure ed interventi previsti da raccomandazioni e linee guida per psichiatri e psicologi.

Come proxy dell'intensità assistenziale teorica sono stati utilizzati i raggruppamenti diagnostici entro cui si collocano le oltre 800.000 persone in contatto con i DSM italiani (Ministero della Salute, Rapporto Salute Mentale, 2018), disponendoli in uno dei tre modelli-clinico organizzativi definiti nel Piano di Azioni Nazionale Salute Mentale (PANSM, 2013) per differenziare l'offerta in rapporto alla complessità dei bisogni dell'utenza. L'inclusione delle differenti categorie diagnostiche nei modelli clinico-organizzativi è riportata in tabella.

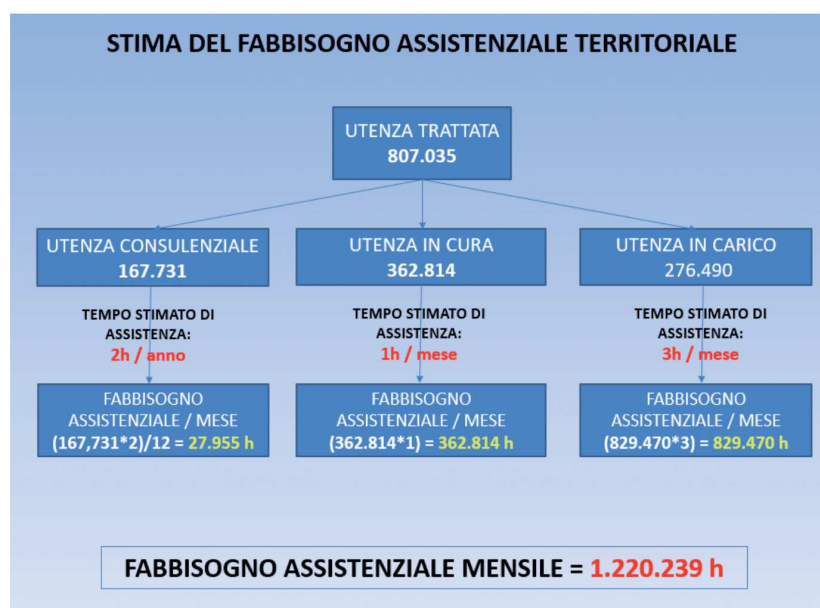
MODELLO CLINICO-ORGANIZZATIVO	CATEGORIA DIAGNOSTICA	N (%)
COLLABORAZIONE/CONSULENZA	Altri disturbi psichici	43.107
	Diagnosi non psichiatrica	124.624
	Totale	167.731 (20,8%)
ASSUNZIONE IN CURA	Alcolismo e tossicomanie	12.829
	Demenze e disturbi mentali organici	32.570
	Depressione	190.021
	Ritardo mentale	20.988
	Sindromi nevrotiche e somatoformi	106.406
	Totale	362.814 (45,0%)
PRESA IN CARICO	Schizofrenia e altre psicosi funzionali	159.827
	Mania e disturbi affettivi bipolari	60.985
	Disturbi della personalità e del comportamento	55.678
	Totale	276.490 (34,2%)

Per ciascuno dei modelli clinico-organizzativi del PANSM sono stati quindi definiti come segue “tempi medi di assistenza” su base mensile / annuale, considerati sufficienti a realizzare tutte le azioni previste da Raccomandazioni, Linee Guida, Percorsi e Protocolli di Cura.

- a. *collaborazione/consulenza*: si tratta dell’utenza trattata, secondo modalità di lavoro organizzata tra DSM e medicina generale o tra servizi NPIA, PLS, servizi psicologici o sociali e scuola, senza necessità di cure specialistiche continuative. Per questa modalità si calcola un tempo medio di assistenza da parte della dirigenza sanitaria (medici e psicologi) pari a 2 h all’anno
- b. *assunzione in cura*: si collocano in questa modalità gli utenti che necessitano di trattamento specialistico ma non di interventi complessi e multiprofessionali. Per questa modalità si calcola un tempo medio di assistenza da parte della dirigenza sanitaria (medici e psicologi) pari a 1 h al mese
- c. *presa in carico*: si collocano in questa modalità gli utenti che presentano bisogni complessi e necessitano di una valutazione multidimensionale e interventi complessi da parte di diversi profili professionali. Per questa modalità si calcola un tempo medio di assistenza da parte della dirigenza sanitaria (medici e psicologi) pari a 3 h al mese.

Riportando le quantificazioni così definite al numero di utenti assegnati ai tre modelli clinico-assistenziali, si è stimato un fabbisogno assistenziale /

mese a livello nazionale pari a 1.220.239 h (27.955 h per l'utenza consuntiva, 362.814 h per l'utenza in cura e 829.470 h per l'utenza in carico). L'analisi è riportata nella tabella seguente.

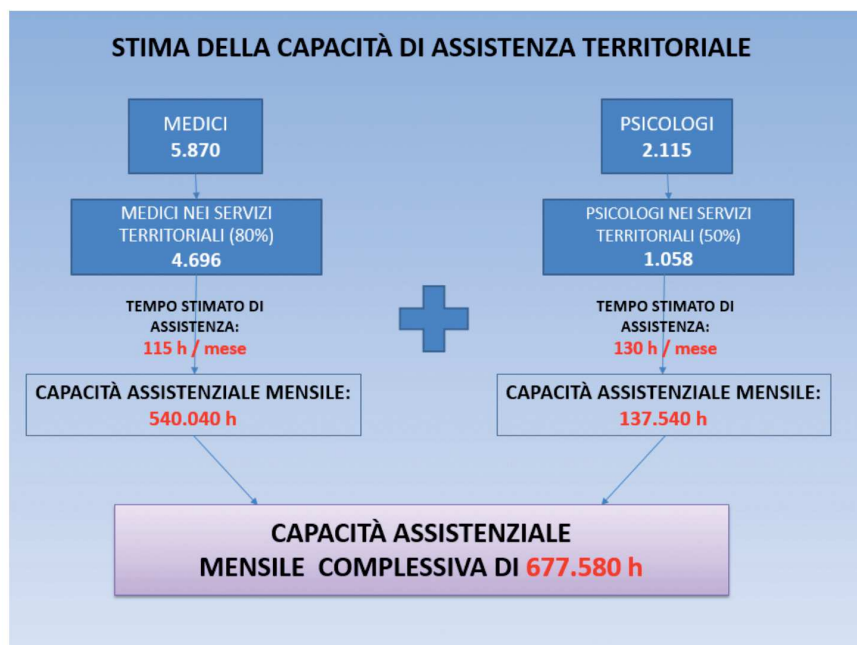


4. La "capacità assistenziale"

In Italia l'orario da contratto nazionale per i medici è di 38 ore a settimana, per un orario di lavoro di 165h al mese, non tutte dedicate alla attività clinica. E' possibile stimare che ogni professionista sia mediamente impegnato per 5 ore al mese in attività formative e di aggiornamento, per 12 ore al mese in turni di guardia presso reparti ospedalieri (questo dato risente dell'organico disponibile e del modello organizzativo dipartimentale), per 5 ore al mese nella gestione di urgenze cliniche territoriali e in riunioni clinico-organizzative settimanali interne all'equipe per almeno 8 ore al mese. Sicuramente tali attribuzioni temporali sono soggette a variazioni, come nel caso di carenza di personale medico o di scelte organizzative diverse (ad esempio riguardo ai turni di guardia od alle reperibilità per i reparti). In sintesi, al netto di ferie (20 h), guardie in SPDC (12 h), turni territoriali (5 h), formazione ECM (5 h), riunioni d'equipe (2 h / settimana = 8 h), si

stima un impegno effettivo nell'assistenza territoriale pari a 115 h / mese. Applicando gli stessi calcoli ai dirigenti psicologi, si stima un tempo di assistenza mensile pari a 130 ore (non sono presenti guardie e turni territoriali, ma 2 ore / mese in più di attività indirette).

Secondo il Rapporto Salute Mentale del Ministero Salute, nel 2016 il numero complessivo di medici nei DSM italiani era 5.870; gli psicologi erano invece 2.115. Calcolando che l'80% dei medici sia impegnato nei servizi territoriali (il restante 20% si assume assegnato ai SPDC e alle strutture resi-



denziali e comunitarie a gestione diretta) e considerando che il 50% degli psicologi operi nei servizi ad erogazione diretta del DSM, si ottiene per la dirigenza sanitaria un numero complessivo di 5.754 operatori (4.696 medici e 1.058 psicologi). Complessivamente, si stima una **capacità assistenziale / mese di 677.580 h**. Le stime sono riportate nella tabella seguente. È possibile dunque affermare che i DSM sono in grado di rispondere correttamente a solo il 55,6% del fabbisogno assistenziale stimato.

5. Le implicazioni sulla qualità e la sicurezza delle cure

I dati esposti presentano i limiti connessi alle assunzioni utilizzate per i calcoli. In particolare, occorre considerare che le stime di impegno assistenziale tengono conto esclusivamente dei tempi della dirigenza sanitaria e non dei professionisti sanitari, che contribuiscono in modo significativo alla gestione complessiva dei percorsi assistenziali, sia pur con mansioni e compiti differenti. Inoltre, non sono stati considerati, perché non disponibili, i tempi di assistenza del personale operante in strutture private accreditate / convenzionate. Infine, l'uso della categoria diagnostica ai fini della collocazione in una specifica modalità clinico organizzativa non tiene conto della variabilità inter-individuale che caratterizza i medesimi quadri diagnostici.

Tuttavia, va precisato che le stime della capacità assistenziale sono calcolate *per eccesso* ipotizzando per tutti i dirigenti censiti il Tempo Pieno Equivalente: non vengono considerate le lunghe assenze non sostituite, le assenze periodiche ex L.104, il part-time, i contratti flessibili, ecc. D'altro canto, le stime del fabbisogno assistenziale sono calcolate *per difetto*, e considerate da molti insufficienti, considerando la complessità e l'articolazione delle attività previste da Raccomandazioni, Linee Guida, Percorsi e Protocolli di Cura. Infine, ci si può ragionevolmente attendere che la variabile complessità di quadri diagnostici analoghi, tenda a "diluire" il suo effetto quando vengono considerati numeri molto ampi, come in questo caso.

La carenza cronica di psichiatri e psicologi potrebbe innescare dei circoli viziosi, diminuendo l'adeguatezza delle cure in termini di continuità di rapporto (Lora et al., 2011), aumentando il carico di interventi urgenti e la necessità di gestione tramite terapie farmacologiche ad alto dosaggio e/o di ricoveri ospedalieri. Il tutto a discapito di interventi elettivi efficaci ed evidence based che potrebbero dare esiti superiori, in termini di migliore prognosi e qualità di vita dell'utenza, ed una prospettiva di recovery più elevata.

Il quadro di grave sofferenza in termini di risorse umane determina già oggi una scelta obbligata, ossia quella di individuare priorità di cura, limitando di fatto l'accesso alle cure a gruppi specifici di persone con problemi psichici ed aumentando il treatment gap.

In conclusione, l'analisi in corso pone seri interrogativi circa la reale possibilità, da parte di psichiatri e psicologi operanti nei DSM italiani, di erogare cure di qualità, in linea con le migliori evidenze e le più diffuse Linee

Guida. Questo mal si coniuga con il dettato dell'art.5 della Legge 24/2017 (Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie) in materia di responsabilità professionale, laddove prevede che i professionisti si attengano "alle raccomandazioni previste dalle linee guida pubblicate ai sensi del comma 3 ed elaborate da enti e istituzioni pubblici e privati nonché dalle società scientifiche".

Ciò che appare intollerabilmente carente, considerato il rapporto tra fabbisogno e capacità assistenziale è la variabile indipendente TEMPO, che non sembra suscettibile ad espandersi con modalità tendenti all'infinito, come invece lascerebbe intendere l'accumularsi di attività comprese in raccomandazioni e derivanti da obblighi normativi, AD INVARIANZA DI RISORSE UMANE.

In tal senso è possibile interpretare i risultati assai deludenti delle indagini volte a valutare i "livelli essenziali di assistenza" in Salute Mentale e il grado di ottemperanza alle raccomandazioni (Lora et al., 2011).

Qualora confermati, e replicati a livello locale, questi dati impongono urgenti misure su un piano organizzativo (definizione di standard di personale commisurati all'impegno assistenziale stimato), etico (definizione di priorità e liste d'attesa), medico-legale ("impegno assistenziale" massimo per singolo professionista, di persone prese in carico).

Bibliografia

- Araya R, Zitko P, Markkula N, Rai D, Jones K. Determinants of access to health care for depression in 49 countries: A multilevel analysis. *J Affect Disord.* 2018;234:80-88.
- Barbato A, Vallarino M, Rapisarda F, Lora A, Caldas De Almeida M. EU Compass for action on mental health and well-being access to mental health care in europe -Scientific Paper, 2014.
- Burke BT, Miller BF, Proser M, et al. A needs-based method for estimating the behavioral health staff needs of community health centers. 2013.
- Department of Health. Mental Health Clustering Booklet. Department of Health, 2012.
- Dreesch N, Dolea C, Dal Poz MR, et al. An approach to estimating human resource requirements to achieve the Millennium Development Goals. *Health Policy Plan.* 2005;20(5):267-276.
- Dussault G, Buchan J, Sermeus W, Padaiga Z. Assessing future health workforce needs. 2010:1-35. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/124417/e94295.pdf.
- Elisha D, Levinson D, Grinshpoon A. A Need-based model for determining staffing needs for the public sector outpatient mental health service system. *J Behav Health Serv Res.* 2004;31(3):324-333.
- Fakhri A, Seyedin H, Daviaud E. A combined approach for estimating health staff requirements. *Iran J Public Health.* 2014;43(1):107-115.
- Faulkner LR, Goldman CR. Estimating psychiatric manpower requirements based on patients' needs. *Psychiatr Serv.* 1997;48(5):666-670.
- Faulkner LR. Implications of a Needs-Based Approach to Estimating Psychiatric Workforce Requirements. *Acad Psychiatry.* 2003;27(4):241-246.
- Hall T. Human Resources For Health: Models for projecting workforce supply and requirements. 2011:234. <http://www.who.int/hrh/tools/models.pdf>.
- Hirschhorn LR, Oguda L, Fullem A, Dreesch N, Wilson P. Estimating health workforce needs for antiretroviral therapy in resource-limited settings. *Hum Resour Health.* 2006; 4:1.
- Kessler RC, Berglund PA, Bruce ML, et al. The prevalence and correlates of untreated serious mental illness. *Health Serv Res.* 2001;36(6 Pt 1):987-1007.
- Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ.* 2004;82(11):858-866.
- Konrad TR, Ellis AR, Thomas KC, Holzer CE, Morrissey JP. County-Level Estimates of Need for Mental Health Professionals in the United States. *Psychiatr Serv.* 2009;60(10):1307-1314.
- Legge n. 24/2017 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie".
- Lora A, Bezzi R, Erlicher A. Estimating the prevalence of severe mental illness in mental

- health services in Lombardy (Italy). *Community Ment Health J.* 2007;43(4):341-357.
- Lora A., Conti V., Leoni O., Rivolta AL. Adequacy of treatment for patients with schizophrenia spectrum disorders and affective disorders in Lombardy, Italy. *Psychiatric Services*, 62, 9, 2011.
- Ministero della Salute. *Rapporto Salute Mentale*. Roma, 2018.
- Ministry of Health and Long-Term Care. *Ontario Program Standards for ACT Teams*, Second Edition. 2005;(2):1-41.
- Nakhost A, Law SF, Francombe Pridham KM, Stergiopoulos V. Addressing Complexity and Improving Access in Community Mental Health Services: An Inner-City Adaptation of Flexible ACT. *Psychiatr Serv.* 2017;68(9):867-869.
- O'Brien-Pallas L, Baumann A, Donner G, Murphy GT, Lochhaas-Gerlach J, Luba M. Forecasting models for human resources in health care. *J Adv Nurs.* 2001;33(1):120-129.
- Piano di azione nazionale per la salute mentale (PANSM). Approvato in Conferenza unificata con Accordo n. 4 del 24 gennaio 2013.
- Priebe S, Giacco D, El-Nagib R. Public health aspects of migrant health: a review of the evidence on health status for labour migrants in the European Region. *WHO Euro*, 2015.
- Ruggeri M, Leese M, Thornicroft G, Bisoffi G, Tansella M. Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *Br J Psychiatry.* 2000; 177:149-155.
- Sargeant JK, Adey T, McGregor F, et al. Psychiatric human resources planning in Canada. *Can J Psychiatry.* 2010;55(9):1-20.
- Starace F, Mungai F, Barbui C. Do mental health staffing levels affect antipsychotics prescribing? *PLoS One*, 13,2,2018
- Tansella M, Micciolo R, Balestrieri M, Gavioli I. High and long-term users of the mental health services : A case register study in Italy. *Soc Psychiatry.* 1986; 21:96-103.
- Volkert J, Schulz H, Härter M, Włodarczyk O, Andreas S. The prevalence of mental disorders in older people in Western countries - a meta-analysis. *Ageing Res Rev.* 2013;12(1):339-353.
- WHO. 2014 *Mental health atlas*. Who Geneva. 2014:72.
- World Health Organization. *The European Mental Health Action Plan 2013-2020.*; 2015.