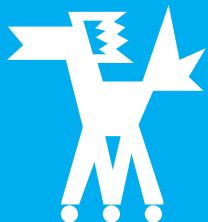


piano d'azione europeo per la salute mentale



A.A.S. n. 1 Triestina

Dipartimento di Salute Mentale

Comitato regionale per l'Europa	EUR/RC63/11
63.ma sessione	+ EUR/RC63/Conf.Doc./8
Çeşme Izmir, Turchia, 16–19 settembre 2013	10 luglio 2013
	131285
Ordine del giorno provvisorio - punto 5 (d)	ORIGINALE: INGLESE

Piano d'Azione Europeo per la Salute Mentale

I disturbi mentali rappresentano una delle maggiori sfide per la sanità pubblica nella Regione Europea dell'OMS in termini di prevalenza, carico della malattia e disabilità, giacché colpiscono oltre un terzo della popolazione ogni anno. In tutti i paesi, i problemi di salute mentale hanno una prevalenza di gran lunga maggiore tra i soggetti più svantaggiati.

La Regione Europea dell'OMS si trova quindi ad affrontare diverse criticità che riguardano sia il benessere (mentale) della popolazione, sia l'erogazione delle cure ai soggetti affetti da problemi di salute mentale. Queste sfide devono essere affrontate tramite interventi sistematici e coerenti. Il Piano d'Azione Europeo per la Salute Mentale individua sette obiettivi tra loro collegati e propone azioni efficaci e integrate volte a migliorare la salute e il benessere mentale nella Regione Europea. Investire nella salute mentale è fondamentale per garantire la sostenibilità delle politiche socio-sanitarie nella Regione Europea.

Il presente documento propone un disegno per un Piano d'Azione Europeo per la Salute Mentale che riprende i quattro ambiti prioritari di Salute 2020 (*Health 2020*), la nuova politica di riferimento europea per la salute e il benessere, e fornisce un contributo diretto alla sua realizzazione.

Il Piano d'Azione è stato sviluppato in stretta consultazione con gli Stati Membri sotto la guida del Comitato Permanente del Comitato Regionale OMS per l'Europa. Il Direttore Regionale per l'Europa e l'Ufficio Regionale desiderano ringraziare gli Stati Membri e tutti coloro che hanno partecipato all'elaborazione di questo Piano d'Azione.

Il progetto di risoluzione presentato è sottoposto all'attenzione del Comitato Regionale.

Sommario

Introduzione.....	4
La salute mentale in Europa: situazione odierna e sfide.....	4
I valori europei e la visione europea per la salute mentale.....	6
Ambito d'applicazione del Piano d'Azione Europeo per la Salute Mentale.....	6
Obiettivi del Piano d'Azione Europeo per la Salute Mentale.....	6
Obiettivo 1: tutti hanno le medesime opportunità di ottenere il benessere mentale a qualsiasi età, in particolare i soggetti più vulnerabili o a rischio.....	7
Risultati	7
Azioni proposte.....	8
Obiettivo 2: le persone con problemi di salute mentale sono cittadini che vedono perfettamente riconosciuti, protetti e promossi i loro diritti umani	9
Risultati	10
Azioni proposte.....	10
Obiettivo 3: i servizi di salute mentale sono accessibili anche dal punto di vista finanziario, competenti e a disposizione della collettività in base al bisogno.....	11
Risultati	12
Azioni proposte.....	12
Obiettivo 4: le persone hanno diritto a una terapia rispettosa, sicura ed efficace	13
Risultati	14
Azioni proposte.....	14
Obiettivo 5: i sistemi sanitari forniscono valide cure per la salute fisica e mentale di tutti.....	14
Risultati	15
Azioni proposte.....	15
Obiettivo 6: i sistemi per la salute mentale collaborano e si coordinano con altri settori.....	16
Risultati	16
Azioni proposte.....	16
Obiettivo 7: la governance per la salute mentale e l'erogazione dei servizi sono basati su informazioni e conoscenze attendibili	17
Risultati	17
Azioni proposte.....	18
Informazioni relative a una risoluzione	18
Appendice 1. Lo stato della salute mentale nella Regione Europea	19
Appendice 2. Evoluzione delle policy.....	21
Appendice 3. Modello: il ciclo del benessere mentale	23

Introduzione

1. Promuovere la salute mentale, la prevenzione e il trattamento dei disturbi mentali è fondamentale per preservare e migliorare la qualità della vita, il benessere e la produttività di persone, famiglie, lavoratori e collettività, contribuendo quindi a rendere la società più forte e resiliente nel suo complesso.
2. Questi obiettivi sono stati approvati dagli Stati Membri nella Regione Europea dell'OMS, dalla Commissione Europea e dal Consiglio d'Europa nella Dichiarazione europea per la Salute Mentale firmata a Helsinki nel gennaio 2005 e ripresa dal Comitato Regionale OMS per l'Europa nella sua Risoluzione EUR/RC55/R2. Prendendo le mosse da questo impegno e con l'intento di rispondere all'evolversi dei bisogni relativi alla salute mentale nella Regione Europea, l'Ufficio Regionale OMS per l'Europa ha elaborato il presente Piano d'Azione in stretta collaborazione con i principali attori della salute mentale nella Regione.
3. Il Piano d'Azione è perfettamente allineato ai valori e alle priorità sanciti in Salute 2020, la nuova politica di riferimento europea per la salute e il benessere, e contribuisce a realizzarne le finalità (cfr. matrice sottostante). Esso è inoltre in sintonia con il programma stabilito nel Piano d'Azione Globale dell'OMS per la Salute Mentale (WHA66.8), ottempera alla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità (2008) e tiene conto delle conclusioni del Patto europeo per la salute e il benessere mentale (2008)
4. Il Piano d'Azione è strettamente interconnesso con gli altri programmi dell'OMS, compresi quelli relativi all'uguaglianza di genere, i determinanti socio-sanitari, i fattori di rischio, la salute infantile e degli adolescenti, l'invecchiamento in salute, le malattie non trasmissibili e i sistemi sanitari; ognuno di questi programmi si articola in piani e misure che presuppongono un lavoro comune al fine di realizzare tutti i potenziali vantaggi che ne derivano per il benessere (vedasi Appendice 1). Viste nel loro insieme, le diverse convenzioni, dichiarazioni, strategie e piani d'azione formano un fondamento solido di riferimento a questo Piano d'Azione, chiamato ad affrontare le criticità che interessano oggi la Regione Europea.
5. Il Piano d'Azione prende in considerazione la salute mentale e i disturbi mentali in qualsiasi età della vita. Sono invece esclusi i disturbi associati all'uso di sostanze.

Tabella 1. Matrice: punti di contatto tra Salute 2020 e il Piano d'Azione Europeo per la Salute Mentale

	Ob. 1	Ob. 2	Ob. 3	Ob. 4	Ob. 5	Ob. 6	Ob. 7
Disuguaglianze e determinanti sociali	x	x		x	x		x
Governance			x		x	x	x
Arco della vita	x		x				
Empowerment		x		x		x	
Sistemi sanitari			x	x	x		x
Sanità pubblica	x				x	x	x

La salute mentale in Europa: situazione odierna e sfide

6. La Regione Europea dell'OMS si trova ad affrontare diverse criticità che riguardano sia il benessere (mentale) della popolazione, sia l'erogazione dell'assistenza sanitaria ai soggetti affetti da problemi di salute mentale (vedasi Appendice 2). Gli Stati Membri si confrontano con alcune sfide condivise: preservare il benessere della

popolazione in una fase di cambiamento degli assetti economici, impegnarsi a tutelare i diritti e a promuovere l'*empowerment* degli utenti dei servizi e delle loro famiglie, e ancora garantire cure di qualità realizzando nel contempo le riforme necessarie nel settore dei pubblici servizi.

7. Il benessere della popolazione è diventato un tema centrale per i governi. Le politiche attuate possono migliorare il benessere mentale e ridurre l'esposizione ai fattori di rischio. In un'epoca contraddistinta per molti paesi da difficoltà economiche, dalla disoccupazione in aumento e dall'invecchiamento demografico, occorre concentrarsi su come mantenere e massimizzare il benessere in tutte le fasi della vita.

8. I disturbi mentali rappresentano una delle maggiori sfide per la sanità pubblica nella Regione Europea in termini di prevalenza, carico della malattia e disabilità. I problemi di salute mentale – tra cui figurano la depressione, l'ansia e la schizofrenia – sono la principale causa di invalidità e pensionamento precoce in diversi paesi, rappresentano un peso grave per l'economia e richiedono un intervento politico.

9. L'impegno verso la deistituzionalizzazione e la creazione di servizi di salute mentale territoriali prosegue nella Regione, anche se con ritmi diversi. Esiste un consenso quanto alla necessità di erogare le cure e le terapie in contesti locali, perché i grandi ospedali psichiatrici conducono spesso a uno stato di abbandono e all'istituzionalizzazione. In questo processo ha acquisito centralità l'assistenza sanitaria primaria e la collaborazione con le équipe multidisciplinari per la salute mentale di comunità.

10. Esiste una solida base scientifica che dimostra l'efficacia delle terapie e delle cure per diversi disturbi psichiatrici e le relative comorbidità. Sarebbe possibile migliorare il benessere, incrementare la produttività e prevenire molti suicidi. Di fatto però, una larga fetta della popolazione che soffre di disturbi mentali non riceve alcun trattamento a causa di difficoltà di accesso ai servizi – il cosiddetto "gap di trattamento" – oppure lo riceve con molto ritardo.

11. Molte persone con problemi di salute mentale scelgono di non cercare o mantenere un contatto con i servizi di salute mentale per timore di essere stigmatizzati e discriminati. Le esperienze negative maturate durante cure e trattamenti pregressi sono un altro fattore che tende a disincentivare l'accesso ai servizi. Le riforme devono contribuire a migliorare la fiducia nella sicurezza e nell'efficacia delle cure. Le politiche per la salute mentale devono realizzare alcune riforme strutturali dei servizi al fine di garantire la qualità e l'erogazione di terapie sicure, efficaci e accettabili da parte di professionisti sanitari competenti.

12. L'aspettativa di vita delle persone con disabilità mentali, corretta in base all'età e al sesso, è di svariati anni inferiore a quella della popolazione generale a causa delle comorbidità e delle interazioni tra stato di salute mentale e fisico che vengono ignorate. Un'informazione inadeguata e lo stigma costituiscono un altro fattore importante.

13. Il lavoro multidisciplinare e le collaborazioni sono fondamentali. Tutti i settori della società sono responsabili della salute mentale. Ogni ente pubblico e organismo indipendente vi contribuisce e deve dare il suo apporto. Non si vuole affermare che nessuno si preoccupi della salute o della malattia mentale. Vale invece il contrario: è difficile trovare qualcuno che non manifesti preoccupazione e partecipazione, ma può essere talvolta difficile capire quali soggetti debbano assumere un ruolo di coordinamento.

14. L'importanza della libertà di scelta e di un rapporto collaborativo presuppone la capacità di comunicare le informazioni con trasparenza e di assumersi la responsabilità di informare tutte le parti interessate in merito alla qualità delle cure e degli interventi, evidenziando anche la necessità di un miglioramento e le potenzialità di innovazione e cambiamento.

15. Queste sfide devono essere affrontate tramite interventi sistematici e coerenti. Il Piano d'Azione Europeo per la Salute Mentale propone azioni efficaci e integrate volte a migliorare la salute e il benessere mentale nella Regione Europea. La visione cui si ispira questo Piano d'Azione è illustrata nell'Appendice 3.

I valori europei e la visione europea per la salute mentale

16. Il Piano d'Azione, attento ai bisogni e alle aspirazioni della popolazione residente nella Regione Europea e guidato dai diritti umani fondamentali e dalle esperienze di utenti dei servizi e *carer*, si ispira a tre valori complementari e alle visioni che ne derivano.

- (a) **Equità:** tutti devono avere la possibilità di raggiungere il massimo livello possibile di benessere mentale e di ricevere un'assistenza commisurata alle loro esigenze. Occorre contrastare qualsiasi forma di discriminazione, pregiudizio o negligenza che impedisce alle persone con problemi di salute mentale di godere appieno dei loro diritti e di accedere equamente alle cure.
- (b) **Empowerment:** tutte le persone affette da problemi di salute mentale hanno il diritto, in qualsiasi fase della loro vita, di essere autonomi, di assumersi responsabilità e intervenire nelle decisioni che influiscono sulla loro vita, salute mentale e benessere.
- (c) **Sicurezza ed efficacia:** le persone possono avere fiducia nella sicurezza e nell'efficacia di tutte le azioni e gli interventi mirati alla salute mentale della popolazione o al benessere delle persone affette da problemi di salute mentale.

Ambito d'applicazione del Piano d'Azione Europeo per la Salute Mentale

17. Allo scopo di realizzare i propri valori e visioni e di rispondere alle sfide, il presente Piano d'Azione propone un approccio basato su tre finalità interdipendenti e indivisibili che si rafforzano reciprocamente.

- (a) Migliorare il benessere mentale delle popolazioni e ridurre il carico delle malattie mentali, concentrandosi in particolare sui gruppi vulnerabili, sull'esposizione ai fattori determinanti e sui comportamenti a rischio.
- (b) Rispettare i diritti delle persone affette da problemi di salute mentale e offrire loro opportunità eque per il conseguimento della massima qualità della vita, contrastando lo stigma e la discriminazione.
- (c) Istituire servizi accessibili, sicuri ed efficaci, in grado di rispondere alle aspettative e ai bisogni mentali, fisici e sociali delle persone con problemi di salute mentale e delle loro famiglie.

Obiettivi del Piano d'Azione Europeo per la Salute Mentale

18. Nel complesso sono stati formulati sette obiettivi, di cui quattro obiettivi centrali e tre trasversali, che delimitano la portata di questo Piano d'Azione. Per ogni obiettivo sono proposte delle azioni che gli Stati Membri e l'OMS devono intraprendere al fine di ottenere risultati misurabili a livello delle politiche e/o della loro esecuzione. La priorità tra queste azioni deve essere determinata in funzione delle esigenze e delle risorse disponibili a livello nazionale, locale e regionale.

19. I quattro obiettivi centrali sono i seguenti:

- (a) tutti hanno le medesime opportunità di ottenere il benessere mentale a qualsiasi età e ciò vale in particolare per i soggetti più vulnerabili o a rischio;
- (b) le persone con problemi di salute mentale sono cittadini che vedono perfettamente riconosciuti, protetti e promossi i loro diritti umani;
- (c) i servizi di salute mentale sono accessibili anche dal punto di vista finanziario, competenti e a disposizione della collettività in base al bisogno;
- (d) le persone hanno diritto a una terapia rispettosa, sicura ed efficace.

20. I tre obiettivi trasversali sono i seguenti:

- (e) i sistemi sanitari forniscono valide cure per la salute fisica e mentale di tutti;
- (f) i sistemi per la salute mentale collaborano e si coordinano con altri settori;
- (g) la *governance* per la salute mentale e l'erogazione dei servizi sono basati su informazioni e conoscenze attendibili.

Obiettivo 1: tutti hanno le medesime opportunità di ottenere il benessere mentale a qualsiasi età, in particolare i soggetti più vulnerabili o a rischio

21. I governi e i cittadini attribuiscono importanza al benessere e vogliono che ciò si rifletta nelle politiche adottate. Il benessere mentale migliora la resilienza, rafforza la fiducia nel futuro, incrementa la capacità di adattarsi ai cambiamenti e di affrontare le difficoltà. In momenti di forti tensioni socio-economiche, queste azioni volte a rafforzare il benessere e a prevenire le malattie mentali sono fondamentali, in particolare per i gruppi vulnerabili.

22. Il tenore di vita si ripercuote direttamente sul benessere di una popolazione. In ogni caso il benessere mentale dipende anche da altri fattori, come il controllo sulla propria vita, l'autonomia e i legami sociali.

23. L'elevato numero di persone che non è in grado di lavorare per lunghi periodi a causa di problemi o disabilità legati a disturbi mentali rappresenta un problema sempre più grave in diversi paesi. Tra queste persone, il tasso di rientro al lavoro è preoccupantemente basso. In questo ambito si sono dimostrati efficaci i pacchetti integrati di promozione, prevenzione e intervento sul posto di lavoro, abbinati a buone prassi gestionali.

24. Esistono prove convincenti che un livello adeguato di sostegno sociale e integrazione, nonché di servizi socio-assistenziali universali, rappresenta una protezione contro la mortalità. Si osserva altresì che esiti negativi come l'assenza di reddito, lo scarso rendimento scolastico, la disoccupazione, il consumo dannoso di stupefacenti e alcolici, la delinquenza, i ricoveri di emergenza, una ridotta aspettativa di vita, i disturbi mentali e il suicidio sono spesso fenomeni concomitanti nelle persone e nelle famiglie. I modelli integrati e comprensivi dimostrano spesso la loro maggiore efficacia ed economicità rispetto agli interventi singoli. Tali approcci sono mirati, tengono pienamente conto dei fattori psicosociali e culturali, valorizzano le risorse e affrontano i punti deboli.

25. Alcuni paesi della Regione Europea sono colpiti da catastrofi naturali o antropiche che provocano stress e sofferenze elevate a vaste fette della popolazione. Misure adeguate di prevenzione e/o intervento precoce possono rafforzare la resilienza e limitare la prevalenza del disturbo post-traumatico da stress (PTSD), depressione, ansia, disturbi legati all'uso di sostanze, violenza e suicidio.

26. I governi hanno un ruolo fondamentale nel creare le condizioni per conferire forza alle persone e alle comunità, promuovere e proteggere il loro benessere e rafforzarne la resilienza. Le disuguaglianze nella salute e nel benessere mentale possono essere appianate soltanto tramite azioni universali, integrate e coordinate, di entità e intensità proporzionate alle esigenze dei gruppi vulnerabili e svantaggiati. Alcune misure di promozione della salute mentale e prevenzione dei problemi di salute mentale si sono dimostrate efficaci anche in termini di costi.

Risultati

27. L'obiettivo 1 mira a ottenere i seguenti risultati:

- (a) maggiore attenzione all'importanza del benessere mentale e dei fattori che lo promuovono per quanto concerne lo stile di vita, la famiglia, il lavoro, la scuola e la scuola per l'infanzia, la comunità e la società in senso lato;

- (b) maggiore disponibilità di misure di supporto per la salute mentale in fase prenatale e postnatale, comprese azioni di *screening* per la violenza domestica e l'alcolismo;
- (c) sviluppo delle capacità nell'assistenza sanitaria primaria al fine di migliorare la promozione della salute mentale, la prevenzione e il riconoscimento precoce dei disturbi mentali, nonché l'assistenza psicologica a bassa soglia;
- (d) aumento del tasso di rientro al lavoro delle persone affette da disturbi mentali;
- (e) minore suicidalità tra la popolazione e in particolare in sottogruppi specifici per età, genere, origine etnica e altri gruppi vulnerabili; e
- (f) definizione e utilizzo di sistemi di misurazione del benessere e dei fattori che lo determinano (nonché di misurazione dei disturbi mentali) durante l'intero arco della vita.

Azioni proposte

28. Agli Stati Membri sono proposte le seguenti azioni:

Per tutte le età

- (a) individuare ed attuare strategie di prevenzione dei suicidi che tengano conto delle migliori evidenze scientifiche e combinino un'impostazione universalista con attività specifiche per i gruppi vulnerabili;

Iniziare sotto i migliori auspici

- (b) fornire sostegno alle famiglie, all'assistenza prenatale/postnatale e allo sviluppo della genitorialità;
- (c) fornire possibilità di istruzione prescolastica per i bambini e incoraggiare i genitori a considerare l'ambiente domestico come un luogo di apprendimento che si realizza attraverso il gioco, la lettura ai bambini da parte degli adulti e i pasti condivisi;
- (d) ridurre le esperienze negative durante l'infanzia (quali maltrattamenti, abbandono, violenza, esposizione alle dipendenze) tramite misure di sensibilizzazione, individuazione dei casi e intervento precoce;

Istruzione e acquisizione di competenze

- (e) proporre programmi universali e mirati di promozione della salute mentale nelle scuole, anche allo scopo di rilevare precocemente i problemi emotivi nei bambini e intervenire contro il bullismo;
- (f) attuare programmi di istruzione che coinvolgano l'intera comunità nelle aree colpite da diverse forme di svantaggio, allo scopo di spezzare il circolo che unisce povertà, svantaggio e risultati scolastici insoddisfacenti;
- (g) promuovere l'apprendimento permanente, allo scopo di migliorare l'alfabetizzazione linguistica e matematica dei soggetti più deboli ed emarginati;

Impiego (attività produttive e socialmente riconosciute)

- (h) creare incentivi per i datori di lavoro destinati a ridurre lo stress psico-sociale e lavorativo, migliorare la gestione dello stress e introdurre programmi semplici in grado di migliorare il benessere sul posto di lavoro;
- (i) incoraggiare un'organizzazione ottimale del lavoro e dell'orario lavorativo, finalizzata a riconciliare vita lavorativa e vita privata.

Comunità sane in ambienti sani

- (j) incoraggiare l'adozione di un'alimentazione sana e di uno stile di vita attivo a qualsiasi età tramite lo sport e altre attività, mettendo a disposizione anche delle aree di gioco sicure per i bambini;
- (k) favorire la creazione e la tutela di spazi salubri all'aria aperta e il contatto con la natura;

Dignità nell'età avanzata

- (l) costruire ambienti di vita e quartieri sicuri, economici e accessibili che rispondano alle esigenze manifestate dagli anziani e ne favoriscano la partecipazione sociale, la mobilità e l'autonomia;
- (m) fornire canali per l'apprendimento a distanza su misura per gli anziani, al fine di agevolare loro l'uso dei *social network* e l'adesione a programmi d'intervento precoce.

29. L'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS propone le seguenti azioni:

- (a) sensibilizzare in merito alla portata dei determinanti sociali sulla salute mentale, all'importanza della salute mentale come determinante intermedio e al contributo della salute mentale della popolazione alla salute pubblica;
- (b) individuare interventi e definire percorsi di cura per la prevenzione e il riconoscimento precoce delle forme di stress dannose e delle loro ripercussioni sull'individuo e sulla popolazione;
- (c) favorire la promozione e la diffusione di programmi educativi obiettivi che affrontino temi quali la prevenzione dei suicidi, lo stigma e la discriminazione, la demenza, il consumo di sostanze e alcol; e
- (d) diffondere presso gli Stati Membri le informazioni relative a interventi efficaci sul posto di lavoro.

Obiettivo 2: le persone con problemi di salute mentale sono cittadini che vedono perfettamente riconosciuti, protetti e promossi i loro diritti umani

30. Nella Regione Europea si stanno modificando le politiche per la salute mentale e il relativo apparato legislativo nell'ottica di offrire alle persone affette da problemi di salute mentale la possibilità di disporre dei propri beni e di partecipare appieno alla vita della comunità e della famiglia secondo le modalità da loro scelte e alle quali hanno diritto.

31. È ormai riconosciuto che la disabilità e gli handicap non sono soltanto una conseguenza della malattia, ma anche il risultato dell'interazione tra le persone con problemi di salute mentale e le barriere esterne che incontrano sotto forma di atteggiamenti e di limiti imposti dall'ambiente. La Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità impone ai governi e alle istituzioni di creare i presupposti sociali, economici e giuridici necessari a consentire alle persone con disabilità mentali di esercitare i loro diritti di cittadinanza.

32. I sistemi di salute mentale devono dare un contributo cruciale in questo ambito, perché la presenza di buoni servizi territoriali favorisce l'inclusione sociale e promuove la guarigione. Occorre mettere a punto servizi e attività che consentano all'individuo e alla collettività di realizzare il loro potenziale, oltre a salvaguardare e promuovere i loro diritti umani.

33. Una simile impostazione equivale a una dichiarazione d'impegno verso i valori fondamentali della giustizia sociale e dell'uguaglianza. È inoltre uno strumento potente con cui i sistemi sanitari possono migliorare la salute individuale e collettiva, affrontando anche le disparità sociali e nella salute.

34. Deve essere compiuto ogni sforzo per incoraggiare il ricovero e il trattamento volontari al fine di evitare qualsiasi forma di coercizione, garantendo nel contempo un grado di tutela in sintonia con i trattati internazionali e nazionali per i diritti umani. In caso di ricovero coatto e trattamento obbligatorio, devono essere garantite forme di tutela rigorose, come consulti indipendenti, controllo delle condizioni di detenzione e accesso a procedure di opposizione, all'assistenza legale indipendente e ad altre forme opportune di assistenza.

35. Secondo un'impostazione rispettosa dei diritti, occorre comprendere e valutare in quale misura la disuguaglianza e la discriminazione colpiscano le persone con disagio mentale all'interno e all'esterno del sistema sanitario. Talvolta tali disparità, lo stigma e la discriminazione rendono difficile o impossibile la fruizione di interventi adeguati e articolati per la salute mentale da parte di alcuni gruppi della popolazione, compresi quelli caratterizzati da una specifica origine etnica, genere, religione, orientamento sessuale, stato giuridico di profugo o migrante, livello socioeconomico e disabilità fisica e/o mentale.

Risultati

36. L'obiettivo 2 mira a ottenere i seguenti risultati:

- (a) garanzia di tutti i diritti umani e tutela dalle forme di discriminazione per le persone affette da problemi di salute mentale;
- (b) fruizione piena della cittadinanza tramite opportunità come il lavoro, l'alloggio e l'istruzione per le persone affette da problemi di salute mentale alla pari di quanto riconosciuto agli altri cittadini, tenuto conto degli adeguamenti necessari a compensare eventuali disabilità;
- (c) libero accesso alle informazioni e a una consulenza legale per le persone sottoposte a cure e/o trattamento obbligatorio.

Azioni proposte

37. Agli Stati Membri sono proposte le seguenti azioni:

- (a) approvare o emendare le politiche o la normativa in sintonia con le convenzioni ratificate o le dichiarazioni sottoscritte in materia, al fine di garantire i diritti umani e la tutela contro le discriminazioni per le persone affette da problemi di salute mentale in relazione a prestazioni assistenziali, impiego, formazione e alloggio;
- (b) appianare le disparità e le discriminazioni nell'accesso e nella fruizione dei servizi di salute mentale;
- (c) trasmettere ai pazienti e ai loro familiari informazioni adeguate, in modo accessibile, relativamente ai loro diritti, agli standard terapeutici e alle alternative di cura;
- (d) creare e/o individuare meccanismi che consentano alle persone affette da problemi di salute mentale di partecipare alla progettazione, esecuzione, verifica e valutazione delle politiche e dei servizi per la salute mentale;
- (e) sostenere anche finanziariamente le associazioni di *advocacy* che promuovono gli interessi di pazienti e familiari, allo scopo di rafforzare la loro funzione di rappresentanza;
- (f) garantire la disponibilità di un'assistenza legale gratuita per le persone sottoposte a ricovero coatto;
- (g) organizzare campagne anti-stigma basate sull'evidenza nelle comunità, indirizzate in particolare alle persone che possono influire maggiormente sulla vita di chi subisce discriminazioni.

38. All'Ufficio Regionale sono proposte le seguenti azioni:

- (a) lavorare con organizzazioni intergovernative al fine di tutelare i diritti umani e garantire la giustizia sociale per le persone affette da problemi di salute mentale;

- (b) diffondere gli esempi di buone prassi attuate da servizi e sistemi che sostengono e favoriscono la *recovery* e l'inclusione sociale;
- (c) offrire assistenza tecnica agli Stati Membri durante l'elaborazione e l'esecuzione di politiche che promuovono la *recovery* e l'inclusione sociale, oltre ad affrontare il tema delle disuguaglianze e della discriminazione.

Obiettivo 3: i servizi di salute mentale sono accessibili anche dal punto di vista finanziario, competenti e a disposizione della collettività in base al bisogno

39. Le cure di comunità sono fondate sull'idea di creare servizi di salute mentale che non si accontentino di curare i sintomi del disturbo mentale, ma che puntino a creare speranza e opportunità per le persone con problemi di salute mentale, agevolandone così la guarigione. Gli aspetti psicologici, biomedici, socioeconomici e culturali sono tutti parimenti importanti per riuscire a vivere una vita piena.

40. Tutti i paesi della Regione Europea hanno messo a punto strategie e/o piani d'azione che sanciscono il passaggio dalla psichiatria istituzionale alle cure di salute mentale organizzate sul territorio. In alcuni paesi sono stati chiusi i grandi istituti manicomiali che servivano ampie aree geografiche e sono stati spesso luoghi di abbandono e maltrattamento; in altri paesi ancora, la loro chiusura è stata almeno progettata. Il numero di posti letto psichiatrici è stato ridotto drasticamente in pressoché tutti i paesi. Tuttavia sono ancora numerose le criticità da affrontare e il progresso non è uniforme.

41. Per la stragrande maggioranza delle persone affette da problemi di salute mentale, l'assistenza sanitaria di base resta il primo punto d'accesso. Tale assistenza non è associata a uno stigma molto forte, risulta facilmente accessibile e può erogare trattamenti brevi in maniera efficace, in particolare per i problemi di salute mentale più comuni come l'ansia e la depressione. I professionisti sanitari delle cure di base necessitano di una formazione adeguata affinché siano in grado di individuare, diagnosticare, trattare, prescrivere le farmacoterapie e procedere eventualmente all'invio delle persone con problemi di salute mentale a uno specialista. Devono essere disponibili psichiatri e altri operatori della salute mentale in grado di offrire esperienza e assistenza.

42. Svareti paesi intendono istituire dei servizi di salute mentale locali e basati sul territorio, organizzati attorno ai bisogni del rispettivo bacino d'utenza. Siffatti servizi di salute mentale devono fornire o integrare: informazioni e strumenti di auto-aiuto per gli utenti o di supporto per i familiari, servizi collegati all'assistenza primaria per il trattamento dei problemi di salute mentale più comuni, servizi di salute mentale territoriali per la prevenzione, il trattamento e la riabilitazione psico-sociale di soggetti con disturbi mentali gravi e/o complessi, posti letto disponibili come *ultima ratio* in luoghi come i centri sanitari o gli ospedali generali locali per i casi acuti, assistenza in strutture residenziali per le persone che soffrono di problemi di salute mentale cronici e alcuni servizi regionali o nazionali per i casi speciali, compresi i servizi psichiatrici giudiziari. I servizi territoriali fanno spesso affidamento sul coinvolgimento delle famiglie. Occorre effettuare valutazioni periodiche della capacità e delle abilità di *coping* delle famiglie, che dovrebbero ricevere inoltre la necessaria assistenza, formazione e adeguate risorse.

43. Numerosi pazienti evidenziano problemi stratificati e i servizi devono offrire un intervento qualificato e stabilire partenariati. I disturbi derivanti dall'abuso di sostanze sono talmente frequenti che alcuni servizi di salute mentale territoriali necessiterebbero di un'*expertise* integrata e di un trattamento specialistico per i soggetti che evidenziano problemi mentali associati a dipendenze.

44. Talune categorie, come i bambini, gli adolescenti e gli anziani, possono evidenziare disturbi evolutivi o neuropsichiatrici legati all'età che richiedono l'intervento e le cure di uno specialista. I servizi di salute mentale per i giovani e gli anziani sono servizi specialistici che devono lavorare a stretto contatto con le famiglie e i servizi sociali e previdenziali.

45. La qualità dei servizi di salute mentale dipende dalla disponibilità di un numero adeguato di operatori

qualificati. I cambiamenti nell'assetto dei servizi o nelle modalità operative degli stessi rendono necessari adeguamenti nel numero degli addetti e nelle competenze disponibili in tutti gli elementi in cui si articolano i servizi di salute mentale.

46. In Europa i servizi di salute mentale sono generalmente, salvo alcune eccezioni, gratuiti al punto di accesso. In alcuni paesi è previsto il pagamento per intero o in parte dei servizi specialistici erogati. Le decisioni di finanziamento devono garantire la disponibilità di cure adeguate per l'intera popolazione, senza barriere per i soggetti più vulnerabili.

Risultati

47. L'obiettivo 3 mira a ottenere i seguenti risultati:

- (a) servizi di salute mentale organizzati in modo da promuovere una vita (normale) in seno alla società, che comprendano una gamma di cure e integrino servizi di salute mentale specialistici con servizi "generalisti";
- (b) assistenza sanitaria primaria in grado di procedere alla diagnosi precoce corretta, al trattamento e all'invio dei cittadini con disagio psichico;
- (c) servizi di salute mentale comunitari accessibili da tutte le fasce della popolazione;
- (d) chiusura dei grandi ospedali associati ad abbandono e maltrattamenti;
- (e) ospedali in grado di svolgere un ruolo terapeutico e di offrire una gamma di cure, assistenza e supporto adattati alle esigenze individuali, anziché fungere da semplice luogo di reclusione dei pazienti;
- (f) servizi di salute mentale erogati in strutture dignitose;
- (g) offerta di cure adeguate alle esigenze delle diverse fasce d'età dell'utenza da parte dei servizi di salute mentale;
- (h) conduzione di verifiche periodiche sulla tenuta e sulle esigenze della famiglia, fornendo altresì istruzioni e assistenza ai familiari;
- (i) disponibilità di équipe multidisciplinari in numero sufficiente;
- (j) rimozione di qualsiasi ostacolo finanziario iniquo che pregiudica l'accesso ai servizi di salute mentale.

Azioni proposte

48. Agli Stati Membri sono proposte le seguenti azioni:

- (a) sviluppare una strategia nazionale per la salute mentale in cui siano precisate le priorità e le responsabilità degli enti nazionali e locali specialistici e generici;
- (b) definire le cure primarie come primo punto di accesso per le persone con disagio psichico e fornire loro le competenze necessarie al trattamento dei disturbi mentali più comuni;
- (c) ubicare i servizi di salute mentale territoriali in sedi accessibili, in prossimità dei gruppi più vulnerabili, e fornire i servizi di supporto fondamentali;
- (d) istituire programmi specifici con unità mobili nelle aree con una forte prevalenza di popolazioni a rischio, quali gruppi minoritari poveri o persone senza fissa dimora;
- (e) attivare servizi territoriali mirati per le diverse fasce d'età, in grado di offrire interventi precoci e assistenza continua ai giovani con un esordio psichiatrico o un grave disturbo mentale;
- (f) mettere a punto unità psichiatriche terapeutiche separate per uomini e donne che offrano la necessaria *privacy*, segnatamente nelle camere e nei servizi igienici, gestite da operatori che offrono cure individualizzate ed efficaci in un clima di rispetto;

- (g) mettere a disposizione alloggi nella comunità e offrire sistemazioni abitative e cure incentrate sulla persona;
- (h) fare in modo che i servizi giudiziari per le persone con disagio mentale siano gestiti dai servizi per la salute mentale adeguatamente formati e operativi in strutture specifiche;
- (i) individuare e mettere a disposizione risorse a sostegno delle famiglie che si occupano di un parente bisognoso di cure protratte, come per esempio corsi di formazione, servizi di sollievo temporaneo, indennità adeguate;
- (j) analizzare e all'occorrenza rettificare il bilancio per la salute, allo scopo di incentivare la creazione di servizi territoriali per la salute mentale;
- (k) rimuovere gli ostacoli che impediscono ai soggetti più poveri di accedere ai servizi valutando aspetti come il trasporto, l'onere finanziario e la disponibilità.

49. All'Ufficio Regionale sono proposte le seguenti azioni:

- (a) elaborare linee guida di orientamento per le azioni suindicate, basate sull'evidenza scientifica e sull'esperienza, in collaborazione con le associazioni professionali;
- (b) individuare e diffondere i migliori modelli di servizi nella Regione;
- (c) raggruppare i paesi in sub-regioni affini per cultura, risorse e livello di sviluppo, allo scopo di coordinare le valutazioni, lo scambio di conoscenze e di favorire un'attuazione condivisa;
- (d) coordinare l'assistenza tecnica agli Stati Membri per la definizione di politiche e la messa a punto dei servizi;
- (e) sviluppare orientamenti sulle buone pratiche gestionali nella sanità per la salute mentale.

Obiettivo 4: le persone hanno diritto a una terapia rispettosa, sicura ed efficace

50. Il rapporto instaurato tra il settore della salute mentale e i pazienti è fondamentale ai fini di un'erogazione efficace dei servizi di salute mentale. In fase di definizione dell'organico e di organizzazione del sistema occorre tenere presente il sospetto con cui da sempre i cittadini guardano ai servizi di salute mentale e il timore che nutrono per essi. Le persone affette da disagio psichico e i loro familiari possono contattare con fiducia i servizi di salute mentale soltanto se sono certi di incontrare rispetto della dignità, riservatezza e tutela della loro sicurezza; in questo caso continueranno a usufruire dei servizi di salute mentale anche in seguito.

51. Le persone con disagio mentale hanno diritto di ricevere trattamenti rispondenti alle migliori prove scientifiche disponibili. La ricerca ha fornito un'evidenza scientifica in merito alla sicurezza, all'accettabilità, ai costi e all'efficacia degli interventi biologici, psicologici e sociali. Nuove e promettenti possibilità sono ora messe a disposizione dai servizi sanitari elettronici (*e-health*).

52. I pazienti e le famiglie devono essere sicuri che le terapie siano scelte esclusivamente in base al criterio dei loro vantaggi per la salute. Eventuali conflitti d'interesse relativi alle scelte terapeutiche che coinvolgano i fornitori delle cure devono essere gestiti con trasparenza e diventare di pubblico dominio; nei conflitti d'interesse rientra qualsiasi incentivo materiale – sotto forma di retribuzioni, bonus o altri privilegi – per la prescrizione di determinati prodotti ai pazienti.

53. I curricula di studio professionali e le qualifiche devono comprendere anche gli interventi più umani e sicuri basati sull'evidenza e i progressi compiuti in ambito terapeutico. Nella Regione Europea sono stati definiti alcuni standard che valgono per la qualificazione e l'aggiornamento professionale dei profili pertinenti. La varietà delle pratiche cliniche in Europa si riflette ancora oggi nella diversità dei piani di studio. Considerato che si verificano flussi migratori consistenti di professionisti del settore all'interno della Regione, è necessario garantire che siano acquisite competenze attendibili. Gli interventi per i problemi di salute mentale devono ispirarsi a codici di condotta professionali e ottemperare ai requisiti di legge vigenti nei vari paesi della Regione.

54. Siccome le cure incentrate sulla persona dipendono dal clima di rispetto e di fiducia che viene a instaurarsi tra gli operatori e i fruitori delle cure, il morale e la dedizione di chi presta il servizio incide sulla qualità dell'assistenza. Il personale lavora spesso in condizioni difficili per periodi prolungati e deve sopportare pressioni, ambiguità dei ruoli, stigma e discriminazione. Gli operatori sanitari possono prestare cure basate sul rispetto e sull'*empowerment* del paziente soltanto nella misura in cui essi stessi si sentono responsabilizzati e rispettati. A tal fine, è necessario che siano adottati una forma di *leadership*, uno stile gestionale e condizioni di lavoro che offrano supporto e rispetto.

Risultati

55. L'obiettivo 4 mira a ottenere i seguenti risultati:

- (a) trattamenti per la salute mentale a impostazione medica, sociale o psicologica che siano tutti terapeutici e rispettino la dignità e le preferenze degli utenti del servizio e, ove indicato, dei loro familiari;
- (b) trattamenti efficaci scelti sulla base di criteri di efficacia ed equità;
- (c) personale adeguatamente formato e competente, in grado di tenere alto il morale;
- (d) cooperazione internazionale tra i governi e gli operatori del settore al fine di stabilire indici di riferimento per la formazione, le competenze e gli standard di cura.

Azioni proposte

56. Agli Stati Membri sono proposte le seguenti azioni:

- (a) definire delle procedure di *governance* volte a garantire la responsabilità degli operatori nell'erogazione di trattamenti rispettosi, sicuri ed efficaci;
- (b) consentire agli utenti dei servizi di partecipare alle decisioni in merito all'ordine d'importanza, allo sviluppo e all'uso di trattamenti innovativi ed efficaci, sia a livello di sistema che individuale;
- (c) mettere a punto pratiche in sintonia con i requisiti deontologici stabiliti dalle associazioni professionali;
- (d) includere le competenze relative alla salute mentale nei piani di studi magistrali per tutti i medici e gli altri profili professionali coinvolti e garantire l'educazione continua per il personale impiegato nelle cure primarie;
- (e) garantire che tutte le posizioni nei servizi siano occupate da professionisti competenti e offrire percorsi di formazione permanente al fine di preparare il personale ai cambiamenti;
- (f) offrire al personale delle occasioni di crescita e un ambiente di lavoro stimolante che tenga alto il morale.

57. All'Ufficio Regionale sono proposte le seguenti azioni:

- (a) fornire supporto durante la definizione e la diffusione di programmi di studio per il personale dell'assistenza sanitaria di base in cui si tenga conto dei principi della *recovery*;
- (b) organizzare reti internazionali per lo scambio d'informazioni sulle migliori politiche ed evidenze;
- (c) sostenere in collaborazione con la sezione e il direttivo per la psichiatria dell'Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) delle misure volte a coordinare la standardizzazione internazionale delle competenze, l'armonizzazione della formazione post-laurea e dell'educazione continua in medicina.

Obiettivo 5: i sistemi sanitari forniscono valide cure per la salute fisica e mentale di tutti

58. Il carico elevato che i problemi di salute mentale comportano è esacerbato da numerose comorbidità e interazioni tra la (cattiva) salute fisica e mentale. Una percentuale elevata delle persone che soffrono di malattie

cardiovascolari, cancro e diabete sono colpiti anche dalla depressione che incrementa in maniera significativa il tasso di mortalità di queste persone. Le malattie non trasmissibili e altre categorie di patologie sono a loro volta fattori di rischio per i disturbi mentali.

59. L'aspettativa di vita delle persone affette da gravi problemi mentali come la schizofrenia, il disturbo bipolare o la depressione maggiore è dai 20 ai 30 anni inferiore a quella della restante popolazione e il loro cattivo stato di salute fisico è responsabile per il 60% di questa mortalità superiore. Rispetto alla popolazione generale, questo gruppo non è stato interessato in pari misura dal tendenziale allungamento della vita legato alla migliore prevenzione e al trattamento di malattie come la cardiopatia ischemica, il cancro e il diabete.

60. La cattiva salute fisica delle persone con disturbi mentali è in parte riconducibile ad alcuni fattori di rischio come il tabagismo, la sedentarietà, un'alimentazione squilibrata, il consumo eccessivo di alcol e altre sostanze. Alcuni psicofarmaci incrementano l'incidenza dell'obesità e del diabete mellito di tipo 2. Tuttavia in questo quadro assumono importanza anche le disparità a livello di accesso, erogazione e utilizzo dei servizi sanitari da parte delle persone con disagio psichico; tali disparità contribuiscono ad allargare la forbice della morbidità e mortalità tra questi soggetti e il resto della popolazione, con un divario che si sta allargando e diventa più pronunciato nei paesi a reddito più elevato rispetto ai paesi con un reddito medio o basso.

61. Viceversa, i disturbi mentali rappresentano un fattore di rischio per una serie di patologie fisiche. La depressione in particolare è fortemente prevalente tra le persone affette da malattie cardiovascolari, diabete e cancro, ma viene diagnosticata e trattata in misura insufficiente. Il disagio psichico ha un impatto negativo sul decorso e sull'esito di svariate malattie fisiche, poiché interferisce con l'aderenza dei malati alle terapie, contribuisce in maniera sostanziale alla loro disabilità e ne pregiudica la qualità della vita.

Risultati

62. L'obiettivo 5 mira a ottenere i seguenti risultati:

- (a) medesima aspettativa di vita per le persone con disagio mentale rispetto alla popolazione generale, a parità di età e genere;
- (b) stesse possibilità di accesso ai servizi sanitari per le cure fisiche nel caso di persone con disagio mentale e disturbi fisici come malattie cardiovascolari, diabete, cancro e problemi dentari; la qualità delle cure fisiche ricevute deve essere identica a quella offerta alla popolazione restante;
- (c) riconoscimento e adeguato trattamento dei disturbi mentali nelle persone affette da patologie fisiche.

Azioni proposte

63. Agli Stati Membri sono proposte le seguenti azioni:

- (a) garantire che le persone con disturbi mentali gravi ricevano un'attenzione prioritaria nelle strategie sanitarie;
- (b) garantire che tutti i cittadini abbiano le medesime possibilità di accesso alle cure sanitarie per i disturbi fisici e mentali;
- (c) intraprendere azioni volte a migliorare l'accesso delle persone con disagio mentale alle cure sanitarie fisiche e in particolare alle cure urgenti;
- (d) garantire la presenza di servizi che monitorano gli indicatori della salute e i relativi fattori di rischio, nonché gli eventuali effetti indesiderati dei farmaci tra le persone con disagio mentale seguite dai servizi territoriali e nelle strutture ospedaliere;
- (e) prevedere dei programmi di educazione e trattamento che promuovano un cambiamento nello stile di vita delle persone con disagio mentale;

- (f) valutare periodicamente lo stato di salute mentale delle persone affette da malattie fisiche croniche;
- (g) offrire a tutti i professionisti delle cure primarie corsi sull'individuazione e la gestione della depressione e dell'ansia in persone affette da malattie fisiche.

64. All'Ufficio Regionale sono proposte le seguenti azioni:

- (a) coordinare l'elaborazione di linee guida basate sulle buone pratiche in materia di valutazione della salute fisica nei servizi di salute mentale;
- (b) coordinare l'elaborazione di linee guida basate sulle buone pratiche in materia di valutazione della salute mentale nei servizi di salute fisica;
- (c) garantire l'integrazione della salute mentale nel lavoro dell'OMS relativo ad altre patologie.

Obiettivo 6: i sistemi per la salute mentale collaborano e si coordinano con altri settori

65. La collaborazione tra servizi diversi è fondamentale nell'ambito della salute mentale e delle cure alle persone affette da disturbi mentali. In ogni paese, tale attività è demandata funzionalmente a diverse autorità di livello nazionale, regionale o locale, ovvero in genere a diversi uffici di tali autorità. I diversi enti devono circoscrivere le loro funzioni e responsabilità, organizzando adeguati sistemi di coordinamento tra di loro. Occorre individuare gli organismi con poteri decisionali e i diversi enti devono avere la possibilità di lavorare in maniera integrata.

66. Le procedure per l'invio di un utente da un servizio all'altro possono essere complesse, prevedere diversi percorsi di accesso e processi di valutazione. Pochi operatori dei servizi comprendono le procedure in atto presso altre organizzazioni, anche se appartengono alla medesima area geografica. È possibile convenire delle procedure di valutazione uniformi, a condizione che il personale sia informato dei requisiti posti dagli altri enti.

67. In numerosi paesi le risorse finanziarie destinate ai servizi di salute mentale, salute pubblica e assistenza sociale provengono da fonti e voci di bilancio diversi, sicché le diverse regole di pagamento o rimborso possono compromettere una buona prassi. Gli enti finanziatori dovrebbero addivenire a nuovi accordi per il pagamento di nuove modalità di lavoro o addirittura condividere le loro risorse di bilancio al fine di migliorare l'efficienza e l'equità. In alcuni casi sono gli utenti stessi e i loro familiari a sapere meglio come destinare le risorse in modo efficace ed efficiente e ciò rafforza il loro ruolo.

Risultati

68. L'obiettivo 6 mira a ottenere i seguenti risultati:

- (a) fruizione da parte delle persone con disagio mentale delle prestazioni e dei servizi cui hanno diritto;
- (b) accesso alle cure, compresi i servizi specializzati, tramite una procedura integrata di valutazione;
- (c) sistemi di finanziamento che offrono incentivi per modalità di lavoro efficienti;
- (d) le scelte di destinazione delle risorse relative alle cure è effettuata mettendo a frutto l'*expertise* degli utenti dei servizi e delle loro famiglie.

Azioni proposte

69. Agli Stati Membri sono proposte le seguenti azioni:

- (a) precisare i ruoli e le responsabilità degli enti generici e specialistici per la salute mentale nei diversi settori. Gli enti generici possono designare alcuni responsabili tra il personale per le questioni relative alla salute mentale;

- (b) garantire che i servizi di salute mentale riconoscano tra i loro compiti quello di coordinare le diverse possibilità offerte a livello di assistenza sociale, impiego, residenzialità e formazione;
- (c) individuare procedure di valutazione uniformi, condivise dagli enti per la salute mentale e quelli socio-assistenziali;
- (d) offrire incentivi affinché gli enti che devono lavorare in stretto coordinamento condividano le rispettive risorse di bilancio;
- (e) creare opportunità affinché gli utenti dei servizi e/o i familiari pianifichino i servizi di cui necessitano, fornendo loro risorse di cui devono rendere conto.

70. All'Ufficio Regionale sono proposte le seguenti azioni:

- (a) diffondere politiche e prassi efficaci al fine di agevolare l'apprendimento reciproco tra gli Stati Membri;
- (b) valutare l'impatto dei provvedimenti al fine di migliorare le reti di collaborazione tra gli Stati Membri.

Obiettivo 7: la governance per la salute mentale e l'erogazione dei servizi sono basati su informazioni e conoscenze attendibili

71. Conoscenze e informazioni corrette, pertinenti e all'avanguardia sono indispensabili al fine di consentire a qualsiasi componente del sistema per la salute mentale di valutare la salute mentale della popolazione e l'effetto degli interventi di sanità pubblica, garantire la qualità, l'efficacia e l'efficienza dei servizi di salute mentale, monitorare il numero di addetti, la distribuzione e i trasferimenti del personale, nonché valutare i vantaggi apportati dall'innovazione.

72. I vari *stakeholder* e componenti del sistema necessitano di informazioni diverse. In un ambito vasto come la salute mentale, occorrono dati di *input*, elaborazione, *output* e risultato relativi alle variabili socio-economiche e ambientali. Tali dati vanno richiesti soltanto nei casi in cui la loro raccolta sia affidabile e il loro utilizzo sia fondamentale, poiché richieste superflue di dati possono impegnare risorse altrimenti necessarie all'erogazione di cure di qualità e avere un effetto demoralizzante.

73. La trasparenza e la responsabilità sono fondamentali per dimostrare e salvaguardare la sicurezza e la qualità dei servizi di salute mentale e i diritti degli utenti e delle loro famiglie.

74. Le innovazioni devono essere introdotte sulla scorta di studi di valutazione dell'efficacia e di individuazione degli elementi essenziali da diffondere tra i soggetti decisori. Novità sono introdotte in tutte le aree della Regione, quindi un coordinamento delle attività di ricerca e disseminazione all'interno della Regione andrà a vantaggio di tutti gli Stati Membri. Occorre prestare particolare attenzione ai risvolti etici e altri aspetti nelle ricerche che riguardano persone con disagio mentale, specialmente nel caso di bambini.

75. La terminologia talvolta confusa e ambigua utilizzata nell'ambito della salute mentale può inficiare la raccolta e l'interpretazione dei dati, frapponendosi al raggiungimento di una base consensuale tra i portatori d'interesse.

Risultati

76. L'obiettivo 7 mira a ottenere i seguenti risultati:

- (a) selezione di un set di indicatori per gli esiti, pertinenti alle esigenze del pubblico destinatario;
- (b) controlli indipendenti sulla qualità e la sicurezza effettuati con il coinvolgimento di utenti dei servizi e familiari;

- (c) attività di ricerca coordinata e diffusione internazionale dei risultati ottenuti;
- (d) disponibilità di dati sul personale, sulla sua distribuzione e sui motivi della stessa;
- (e) definizioni terminologiche concordate a livello internazionale.

Azioni proposte

77. Agli Stati Membri sono proposte le seguenti azioni:

- (a) completare e spedire gli indicatori del Piano d'Azione Globale per la Salute Mentale (Appendice 1);
- (b) demandare la valutazione della qualità e della sicurezza a organismi indipendenti dai fornitori dei servizi che forniscono rapporti trasparenti;
- (c) mettere a punto misure di condivisione delle informazioni tra operatori ed enti nel rispetto della *privacy* personale;
- (d) quantificare gli effetti degli interventi di sanità pubblica tramite valutazioni d'impatto sulla salute mentale;
- (e) sostenere l'attività di ricerca volta a valutare il fabbisogno, ideare innovazioni efficaci e valutare i risultati;
- (f) rendere gli utenti e i loro familiari parte integrante del controllo qualità.

78. All'Ufficio Regionale sono proposte le seguenti azioni:

- (a) lavorare in collaborazione con la sede centrale dell'OMS, la Commissione Europea e altre organizzazioni intergovernative all'individuazione di un *set* di indicatori adatti agli standard europei;
- (b) elaborare in collaborazione con gli *stakeholder* e pubblicare una serie di definizioni dei termini attinenti alla salute mentale;
- (c) monitorare il coinvolgimento degli utenti dei servizi e dei loro familiari.

Informazioni relative a una risoluzione

79. Un progetto di risoluzione sarà presentato al CR63.

Appendice 1. Lo stato della salute mentale nella Regione Europea

La Regione Europea dell'OMS comprende 53 Stati Membri e quasi 900 milioni di persone che vivono in condizioni culturali, economiche, sociali e politiche diverse. Ad oggi permane un divario significativo all'interno dei paesi della Regione Europea dell'OMS e tra un paese e l'altro: il PIL pro capite può variare di 100 volte da un paese all'altro e la differenza nell'aspettativa di vita media ammonta a un massimo di 20 anni per gli uomini e 12 anni per le donne.¹

I disturbi mentali rappresentano una delle più importanti sfide per la salute pubblica nella Regione Europea in termini di prevalenza, carico della malattia e disabilità. Secondo le stime, i disturbi mentali interessano oltre un terzo della popolazione ogni anno, laddove i disturbi più diffusi sono la depressione e l'ansia. La depressione colpisce due volte di più le donne che gli uomini. All'incirca l'1-2% della popolazione riceve una diagnosi di disturbo psicotico, con una distribuzione equa tra uomini e donne, mentre il 5,6% degli uomini e l'1,3% delle donne evidenzia problemi da uso di sostanze. L'invecchiamento demografico ha portato a un aumento della prevalenza della demenza, che si attesta attorno al 5% tra gli ultrasessantacinquenni e al 20% tra gli ultraottantenni. In tutti i paesi, il disagio mentale tende a essere più prevalente tra i soggetti più svantaggiati.

Nella Regione Europea, la seconda principale causa del carico di malattia (misurato in DALY - *Disability Adjusted Life Years*, ovvero gli anni di vita corretti per la disabilità) sono i disturbi neuropsichiatrici con il 19% del carico complessivo. La variabilità all'interno della Regione è considerevole e riconducibile alle diverse condizioni socio-economiche. In termini di carico della malattia, i disturbi mentali sono ai vertici della classifica in svariati paesi a reddito elevato dell'Europa occidentale, mentre si attestano solo al quarto o quinto posto in alcuni paesi a basso reddito, dove è maggiore la prevalenza di patologie perinatali o malattie cardiovascolari.

Un indicatore importante del peso sociale di una malattia per la collettività e il sistema sanitario è la misura in cui essa contribuisce agli stati patologici cronici (YLD, *years lived with disability*, ovvero gli anni vissuti con una disabilità). Nella popolazione europea, i disturbi mentali rappresentano di gran lunga la principale categoria di malattie croniche, pari a poco meno del 40%. Il disturbo depressivo unipolare rappresenta da solo il 13,7% del carico di malattia ed è quindi la più diffusa malattia cronica in Europa. Seguono a breve distanza i disturbi legati al consumo di alcol (6,2%) al secondo posto, il morbo di Alzheimer e altre forme di demenza al settimo posto (3,8%), mentre la schizofrenia e i disturbi bipolari occupano l'undicesima e la dodicesima posizione e sono entrambi responsabili per il 2,3% di tutti gli YLD.

Una percentuale elevata delle persone che percepiscono prestazioni o pensioni sociali a causa di una disabilità hanno un disturbo mentale come patologia primaria. Questo aspetto fa lievitare l'onere finanziario dei problemi di salute mentale per un paese. I disturbi mentali sono la causa di disabilità cui bisogna ricondurre il 44% delle prestazioni sociali e pensioni di invalidità in Danimarca, il 43% di quelle in Finlandia e Scozia e il 37% di quelle erogate in Romania. Nella Repubblica di Moldavia, uno dei paesi più poveri in Europa, è destinato alle disabilità mentali il 25% di tutte le prestazioni assistenziali e le pensioni di invalidità pubbliche. Queste differenze possono rispecchiare il grado di discriminazione ed esclusione dal mondo del lavoro delle persone con disagio mentale nei diversi paesi. I tassi d'occupazione delle persone con problemi di salute mentale in Europa spaziano dal 18% al 30%. Tale variabilità dipende in parte dal tipo di diagnosi – l'occupazione è minima nel caso di disturbi psicotici – e in parte dal singolo paese².

1 The European health report 2009: Health and health systems. Copenhagen, Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS, 2009.

2 L'Europa in cifre. Annuario Eurostat 2010. Unione Europea, 2010.

I disturbi mentali sono strettamente collegati al suicidio. La suicidalità nella Regione Europea è molto elevata rispetto ad altre parti del mondo. Il tasso annuo in questa Regione è di 13,9 suicidi all'anno per 100 000 abitanti, ma anche qui si osservano notevoli differenze. I 9 paesi con i tassi di suicidio più elevati al mondo sono tutti concentrati nella Regione Europea. In diversi paesi, la prima causa di morte tra gli adolescenti è il suicidio. In Europa, i suicidi sono 5 volte più frequenti tra gli uomini che tra le donne. La depressione, l'alcolismo, la disoccupazione, l'indebitamento e le ineguaglianze sociali sono tutti fattori di rischio strettamente associati alla suicidalità. I tassi di suicidio variano in coincidenza con aumenti della disoccupazione e dell'incertezza legata al timore di perdere il posto di lavoro. Secondo alcuni studi, i tassi di suicidio sono aumentati dal 2008, in particolare nei paesi più colpiti dalla recessione economica.

La mortalità tende a essere più elevata tra le persone affette da problemi di salute mentale che muoiono anche 20 anni prima rispetto al resto della popolazione. L'elevata suicidalità può spiegare in parte questo dato, ma il fattore principale è la prevalenza di malattie croniche come le malattie cardiovascolari, i tumori e il diabete, nonché le difficoltà di accesso alle cure e la qualità dei trattamenti per queste patologie nei soggetti con comorbidità. Le persone affette da patologie croniche soffrono in elevatissima percentuale di depressione che rimane spesso non diagnosticata ed è associata a una mortalità accresciuta.

Oggi la maggior parte dei paesi ha messo a punto politiche e leggi in materia di salute mentale; molti di questi stanno compiendo progressi nella realizzazione di servizi di salute mentale territoriali. Tuttavia la capacità e la qualità dei servizi e del personale sanitario sono estremamente eterogenee nella Regione, stando al numero di posti letto, alla copertura dei servizi territoriali, al numero di psichiatri o infermieri o ancora agli investimenti. Taluni paesi europei sono all'avanguardia quanto al tipo di visione e alla qualità delle attività svolte. Diversi paesi della Regione Europea dispongono di una rete capillare di servizi territoriali. Taluni altri continuano però a gestire i servizi di salute mentale principalmente tramite grandi ospedali psichiatrici e incontrano ostacoli nell'attuazione delle proprie strategie.

Appendice 2. Evoluzione delle policy

La salute mentale è stata sancita come priorità di lavoro della comunità internazionale nel rapporto del 2001 *“The world health report 2001 – Mental Health: New Understanding, New Hope”* approvato nel 2002 dall'Assemblea Mondiale della Sanità dell'OMS.

In Europa, gli Stati Membri della Regione Europea hanno approvato la Dichiarazione Europea e il Piano d'Azione in occasione della Conferenza ministeriale tenuta a Helsinki nel 2005; tali documenti sono stati firmati anche dalla Commissione Europea e dal Consiglio d'Europa e adottati dal Comitato Regionale (EUR/RC55/R2). Questo è stato il punto di partenza per un programma di lotta allo stigma e alla discriminazione e di sviluppo di servizi inseriti nella comunità.

Nel 2008, l'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS ha pubblicato, grazie al co-finanziamento della Commissione Europea, una relazione che faceva il punto sul diverso stato di sviluppo dei sistemi per la salute mentale in Europa.³

La Commissione Europea ha pubblicato nel 2008 il Patto Europeo per la Salute e il Benessere Mentale che si concentra su 5 ambiti prioritari: salute mentale nei giovani e in campo educativo, prevenzione della depressione e del suicidio, salute mentale degli anziani, promozione dell'inclusione sociale e lotta allo stigma, promozione della salute mentale nei luoghi di lavoro. Per ogni priorità sono state formulate alcune raccomandazioni.

Nel 2008 è entrata in vigore la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità che è ormai ratificata dalla maggioranza degli Stati Membri della Regione Europea e dall'Unione Europea. La Convenzione riconosce alle persone con disabilità, anche quelle causate da menomazioni mentali, il diritto a una partecipazione piena ed effettiva nella società, al riparo da stigmatizzazioni o discriminazioni.

Nel 2010, l'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS e la Commissione Europea hanno completato un progetto co-finanziato che promuoveva l'*empowerment* delle persone colpite da disturbi mentali e dei familiari, basato sul coinvolgimento delle organizzazioni di utenti e dei familiari. In tale occasione l'OMS ha rilasciato una dichiarazione sull'*empowerment* degli utenti in cui sono proposti alcuni indicatori per la misurare il progresso verso l'*empowerment* degli utenti dei servizi di salute mentale.⁴

Nel giugno 2011, sotto la Presidenza ungherese, il Consiglio dell'Unione Europea invitò nelle sue conclusioni la Commissione Europea a continuare a occuparsi del tema della salute e del benessere mentale, sostenendo gli Stati Membri nell'attività di ricerca sulla salute mentale e i fattori che la determinano, da svolgersi sulla scorta del lavoro già compiuto dall'OMS e dall'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico. L'Azione congiunta per la salute e il benessere mentale, co-finanziata dal programma UE per la salute, è stata lanciata nel 2013.

Alcune iniziative mondiali si concentrano sulla promozione delle buone prassi cliniche. Nel 2008, l'OMS ha varato il programma per la salute mentale *“Mental Health Gap”*⁵. Il programma è una sintesi delle migliori evidenze scientifiche su interventi efficaci. Esso tratta diversi stati mentali patologici e serve da riferimento per le attività mirate a potenziare l'assistenza alle persone colpite da disturbi mentali, neurologici e derivanti dall'uso di sostanze.

3 *Policies and practices for mental health in Europe – meeting the challenges*. Copenhagen, Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS, 2008.

4 *User empowerment in mental health – a statement by the WHO Regional Office for Europe*. Copenhagen, Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS, 2010.

5 *mhGAP Mental Health Gap Programme. Scaling up care for mental, neurological, and substance abuse disorders*. Organizzazione Mondiale della Sanità, 2008.

La tutela dei diritti e la prevenzione sono gli obiettivi principali del Piano d'azione per l'attuazione della Strategia europea di prevenzione e controllo delle malattie non trasmissibili 2012–2016 (EUR/RC61/12) e del Piano d'azione europeo per la riduzione del consumo nocivo di alcol 2012–2020 (EUR/RC61/13). Tali piani d'azione sono stati elaborati in sintonia con le rispettive strategie globali del 2009⁶ e hanno fornito un contributo alla Conferenza di alto livello delle Nazioni Unite sulle malattie non trasmissibili del 2011.

Nella Risoluzione su salute mondiale e politica estera, approvata nel 2011 dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite durante la sua 65sima sessione (A/RES/65/95) viene riconosciuto che “i problemi di salute mentale sono estremamente importanti in qualsiasi società e rappresentano una parte significativa del carico di malattia, contribuiscono al deterioramento della qualità della vita e comportano un elevatissimo costo economico e sociale”⁷ e accolto favorevolmente il rapporto dell'OMS sulla salute mentale e lo sviluppo. L'Assemblea Mondiale della Sanità ha approvato una risoluzione nel 2012 (WHA65.4)⁸, in cui viene invocato un Piano d'azione globale per la salute mentale che si occupi di servizi, politiche, legislazione, piani, strategie e programmi volti a erogare trattamenti, favorire la guarigione e prevenire i disturbi mentali, promuovere la salute mentale e consentire alle persone con disagio mentale di vivere una vita piena e produttiva in seno alla comunità. Questo Piano d'azione per la salute mentale di ampia portata è stato approvato nel maggio 2013 dall'Assemblea Mondiale della Sanità (WHA66.8).⁹

6 WHA61.4 Strategie per la riduzione del consumo nocivo di alcol.

WHA61.14 Prevenzione e controllo delle malattie non trasmissibili: attuazione della strategia globale.

7 A/RES/65/95 Sanità globale e politica estera.

8 WHA65.4 Il carico globale dei disturbi mentali e la necessità di una risposta completa e coordinata da parte dei settori sanitario e sociale a livello di singolo paese.

9 WHA66.8 Piano d'azione globale per la salute mentale 2013–2020.

Appendice 3. Modello: il ciclo del benessere mentale

Il gradiente sociale nei disturbi mentali e il grado di benessere mentale evidenziano come la salute mentale sia direttamente collegata alle condizioni materiali in cui vivono le persone. Fattori quali la povertà, la disoccupazione, ambienti di lavoro inadatti, abitazioni fatiscenti e un'istruzione scolastica insufficiente si ripercuotono negativamente sul benessere, oltre ad aumentare in maniera significativa il rischio di disturbi mentali.

Inoltre uno stato di scarso benessere mentale e l'appartenenza a un ceto sociale basso sono entrambi associati in maniera indipendente a fattori come alimentazione squilibrata, tabagismo, alcolismo, dipendenze e violenza. L'incidenza dei disturbi mentali aumenta a causa di tali fattori di rischio. Il deterioramento della salute mentale contribuisce a risultati meno soddisfacenti in pressoché tutti gli ambiti della vita e acuisce spesso le disparità, perché le fasce più deboli sono anche quelle più esposte alla malattia mentale e a un minore benessere mentale. Quindi, la salute mentale è sia una conseguenza, sia una causa delle ineguaglianze.

Sebbene l'evidenza scientifica suggerisca la presenza di un legame tra le circostanze di vita e gli esiti della salute mentale a livello di popolazione, la questione è più complessa nel singolo individuo. A livello individuale subentrano infatti altri fattori, come l'età, il genere, la personalità e la resilienza, che esercitano un forte influsso sul benessere mentale. Esistono persone che danno prova di una notevole resilienza e riescono a mantenere la salute mentale e vivere bene nonostante i problemi e le situazioni di svantaggio che si trovano ad affrontare, mentre altre persone sono colpite dal disagio mentale pur vivendo in condizioni più favorevoli. Tra i compiti che ancora rimangono da affrontare, c'è quello di capire perché alcune persone vivono bene mentre altre stentano, e perché alcune persone sono più propense ad assumere comportamenti a rischio di altre.

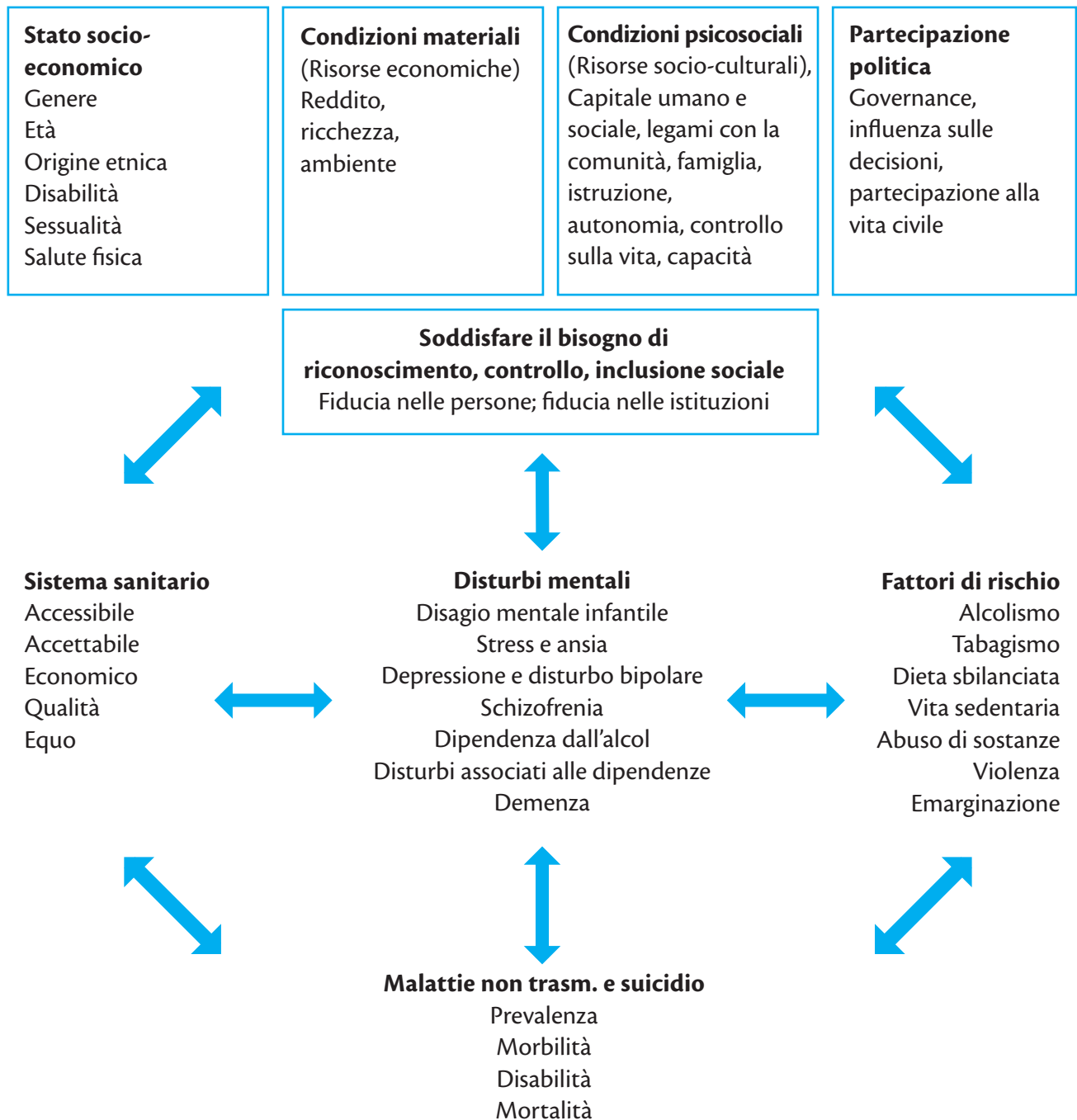
È importante osservare che i problemi di salute mentale e di salute fisica hanno in comune alcuni comportamenti e fattori di rischio come l'alcolismo, il tabagismo e la violenza. Questi sono infatti associati sia a disturbi mentali come la depressione, la psicosi e il suicidio, sia all'incidenza di malattie non trasmissibili come le patologie cardiovascolari, i tumori, l'asma e il diabete. Le malattie non trasmissibili sono a loro volta un grave fattore di rischio per i disturbi mentali e la prevalenza di tali disturbi è associata ai tassi di mortalità delle malattie non trasmissibili. A questo punto è palese che la salute mentale e la salute fisica debbano essere considerate un tutt'uno.

L'accesso a un'assistenza sanitaria efficace è fondamentale a ridurre la morbidità e la mortalità legate alle malattie non trasmissibili e ai suicidi, rompendo così un circolo vizioso. Sistemi sanitari efficaci lavorano per promuovere la guarigione e la salute, incrementare il benessere e il funzionamento sociale. Esistono tuttavia fattori socio-economici come l'età, il genere, l'orientamento sessuale, il reddito, lo status sociale e l'origine etnica che influiscono su alcuni aspetti del sistema sanitario come l'accesso, la disponibilità di servizi, la loro economicità e qualità, e l'esito degli interventi. Le persone con problemi di salute mentale hanno difficoltà ad accedere a servizi sanitari di qualità per le cure fisiche o mentali.

Il disagio psichico ha un effetto fortemente negativo su ogni elemento e interazione di questo circolo. I disturbi mentali influiscono sul benessere; le persone colpite da disturbi mentali usufruiscono in minore misura dell'offerta educativa, evidenziano un elevato tasso di disoccupazione con un reddito basso e in genere sono socialmente isolate. La presenza di disturbi mentali aumenta la probabilità di alcuni comportamenti a rischio: il tabagismo, l'alcolismo, un'alimentazione sbilanciata e la mancanza di esercizio fisico sono molto più frequenti tra le persone con problemi di salute mentale. Una persona con disturbi mentali è esposta a un maggiore rischio di obesità, malattie cardio-vascolari, cancro, diabete e suicidio a causa per esempio delle conseguenze del disagio mentale, di comportamenti a rischio e degli effetti collaterali delle terapie farmacologiche. Le persone con disagio mentale sono più esposte a violazioni dei diritti umani, sia dei diritti universali che dei diritti specifici delle persone con disabilità. Nella società subiscono il vissuto negativo della stigmatizzazione e della discriminazione, mentre all'interno delle istituzioni possono essere vittime di abbandono e maltrattamenti. La presenza di un disturbo mentale può ridurre l'accessibilità, l'erogazione e la qualità dei servizi nel settore pubblico e privato, provocando

maggiore sofferenza, esclusione, morbidità e mortalità. Tuttavia l'evidenza scientifica di cui disponiamo oggi consente di programmare interventi volti a prevenire, alleviare e perfino compensare questi effetti dannosi e indesiderabili.

Figura 1: il ciclo del benessere mentale



Versione italiana a uso interno a cura
del Centro Collaboratore OMS
per la ricerca e formazione in salute mentale
Dipartimento di Salute Mentale,
AAS n. 1 Triestina

Edito in inglese dal
WHO Regional Office for Europe,
nel 2013, col titolo:
The European Mental Health Action Plan
© World Health Organization, 2013

Il Dipartimento di Salute Mentale dell'AAS n. 1 Triestina,
si assume la responsabilità per l'accuratezza della
traduzione
© Dipartimento di Salute Mentale
Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 1 Triestina, 2015