

Dinamica attuale in Italia della programmazione sanitaria in tema di salute mentale

Current dynamic in Italy of mental health planning

Luigi Ferrannini, Francesco Scotti

Luigi Ferrannini

Consulente per la Rete Psichiatrica dell'Agenzia Sanitaria Regione Liguria e Coordinatore Tecnico del Gruppo Interregionale Salute Mentale della Commissione Salute

Francesco Scotti

Rappresentante della Regione Umbria nel Gruppo Interregionale Salute Mentale della Commissione Salute

Parole chiave: salute mentale, azioni prioritarie, percorsi di cura, governance

RIASSUNTO

Dopo alcuni anni, in cui le decisioni relative alla organizzazione ed agli standard assistenziali sono stati delegati completamente alle Regioni – in forza dell'autonomia derivante dall'abrogazione del Titolo V della Costituzione – è emersa da più parti la necessità di definire politiche omogenee nell'area della Salute Mentale, a fronte dei mutamenti del quadro epidemiologico, delle patologie e delle popolazioni trattate, ciò anche al fine di superare crescenti disuguaglianze nei trattamenti erogati tra le Regioni.

Un raccordo più stretto tra il Gruppo Interregionale per la Salute Mentale - strumento tecnico della Commissione Salute delle Regioni, il Ministero della Salute e l'Agenas – quale organismo di supporto tecnico-metodologico -, ha consentito di emanare nuovi Atti di Indirizzo e priorità operative, che stanno gradatamente entrando in vigore in tutte le Regioni, con un grande sforzo di aggiornamento e modernizzazione del sistema tecnico-organizzativo vigente nel settore.

Key words: mental health, priority actions, care pathways, governance

SUMMARY

In Italy, for some years decisions related to the organization and standards of mental health services have been fully delegated to regional governments, based on their autonomy derived from the abrogation of "Titolo V" in the Italian Constitution. Then, due to epidemiological changes related to pathologies and treated populations, the need to define homogeneous policies for mental health emerged, also in order to overcome increasing inequalities in health care provided in different regions.

Therefore, a stronger linkage between the Interregional Group for Mental Health – a technical organ of the Health Commission of the regional governments –, the Ministry of Health and Agenas providing technical-methodological support has been promoted. This reinforcement has allowed emanating new enforcing guidelines and operational priorities, which are gradually entering into force in all regions, through a great effort of update and modernization of the technical-organizational system in practice in the mental health sector.

1. Introduzione: i problemi in campo

Dopo un significativo periodo di silenzio, e cioè dalla emanazione dei P.P.O.O. Salute Mentale 1994-1996 e 1998-2000 - non dimentichiamo che erano già passati circa 20 anni dalla promulgazione della Legge 180 - la programmazione nel settore dei Servizi di Salute Mentale, come per ogni altro aspetto della Sanità Pubblica, è stata gestita, per effetto della Riforma del Titolo V della Costituzione, direttamente dalle Regioni in un quadro che ha visto omogeneità e differenze. Queste ultime a volte anche significative per quanto attiene alla composizione dei Dipartimenti di Salute Mentale, all'organizzazione degli SPDC, allo sviluppo della residenzialità psichiatrica, alle modalità di esecuzione dei TSO ed altro ancora.

A fronte di questo quadro, nel quale solo i Piani Sanitari Nazionali (PSN) di questi anni facevano qualche riferimento all'assistenza psichiatrica, ma sempre in modo generico, nell'ultimo periodo vi è stata una significativa ripresa di attenzione verso la Salute Mentale. Sicuramente anche per via dell'incremento dell'incidenza e della prevalenza dei disturbi psichiatrici maggiori e di quelli cd minori, dell'aumento progressivo dei casi trattati, dell'affacciarsi di nuovi problemi come la complessa vicenda della chiusura degli OPG. Questa nuova stagione della programmazio-

ne ha visto l'emanazione di vari Documenti, Raccomandazioni ed Atti di Intesa, che hanno determinato significative modifiche delle normative nazionali, e hanno anche avviato complessi processi di riorganizzazione dell'offerta di cura.

In questo quadro si inserisce la Relazione sullo Stato di Salute della Popolazione, riferita agli anni 2012-2013, di recente pubblicata, che sottolinea l'impegno ad investire in Salute Mentale. In ciò riprende un imperativo centrale delle strategie sia dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che dell'Unione Europea. Anche secondo quest'ultima la salute mentale ha un peso importante per la sostenibilità e per l'efficacia di tutte le politiche sanitarie e sociali del continente. In effetti alcuni tra i principi che queste recenti strategie internazionali hanno enunciato, sono non solo assolutamente condivisibili, ma anche facilmente applicabili alla realtà italiana.

Per misurare il peso che i disturbi mentali hanno sulla salute della popolazione italiana sono stati utilizzati i dati del progetto *Global Burden of Disease 2010* relativi all'Italia. Questo progetto, sviluppato dall'*Institute for Health Metrics and Evaluation*, misura a livello mondiale il carico delle malattie sulla popolazione. In termini di DALYs (una misura che combina gli anni di vita persi a causa di una morte prematura insieme con gli anni di vita vissuti in stato di disabilità) i disturbi mentali rappresentano oggi in Italia

il 10% del totale, mentre misurando la disabilità in termini di YLDs (anni vissuti con disabilità) rappresentano il 20% del totale, con differenze tra i generi (DALYs: 12% nel genere femminile, 9.4% in quello maschile; YLDs: 20% nel genere femminile, 19% in quello maschile). L'adolescenza e la prima età adulta sono le fasce di età più colpite, con valori in termini di DALYs che vanno dal 27% nella fascia 10-19 anni al 32% in quella 20-29%, mentre quelli relativi a YLDs crescono dal 30% del totale nella fascia 10-14 al 38% in quella 25-29 anni. Per quanto riguarda le singole patologie in termini di YLD i disturbi depressivi rappresentano la 2^a causa di disabilità, i disturbi ansiosi la 9^a, la schizofrenia la 18^a, i disturbi bipolari la 20^a e la distimia la 21^a; in termini di DALYs i disturbi depressivi sono in 4^a posizione, i disturbi ansiosi in 20^a e quelli schizofrenici in 30^a. Questi dati mostrano che in Italia i disturbi mentali sono una causa importante di sofferenza per la popolazione sia a livello complessivo (misurata attraverso i DALY), che in termini di disabilità (misurata in termini di YLD), sottolineando al contempo la sottovalutazione dell'impatto che tali problemi hanno sulla salute della popolazione.

Nel 2010 la prevalenza trattata, cioè il tasso di pazienti con almeno un contatto nell'anno con i DSM è stata pari a 170.3 per 10,000 abitanti > 17 anni, con tassi maggiori per il genere femminile (187.21) che per quello maschile. Per quanto riguarda l'età le fasce di età medie (35-64 anni) mostrano i tassi più alti (189.3/10,000) rispetto ai giovani (18-34 anni: 156.4) e agli anziani (>64 anni: 143.3). Per quanto riguarda le diagnosi, formulate secondo ICD 10, i tassi più elevati sono rela-

tivi ai disturbi nevrotici (48.9/10,000), affettivi (42.7) e schizofrenici (36.35). Circa un quinto dei pazienti (21%) riceve una diagnosi di disturbo schizofrenico, mentre i disturbi nevrotici rappresentano un terzo del totale.

A partire dai dati di prevalenza trattata e da quelli del Global Burden of Disease, relativi alla prevalenza dei disturbi psichici nella popolazione generale, è possibile calcolare per la schizofrenia il *treatment gap*, ovvero la percentuale di soggetti che, pur avendo un disturbo schizofrenico, non sono in contatto con i DSM: questo è pari al 39%, il che significa che più di un paziente su tre non riceve un trattamento. Questo indicatore, per quanto non includa i pazienti trattati privatamente, è utile a monitorare in buona approssimazione il grado di accessibilità dei DSM ai disturbi mentali gravi.

L'incidenza trattata (56.7/10,000 > 17 anni), espressa dal tasso di pazienti al primo contatto con il DSM, rappresenta circa un terzo della prevalenza annua ed è più alta nel genere femminile (63.7/10,000) rispetto a quello maschile (49.1/10,000). Anche in questo caso i pazienti della fascia 35-64 anni (58.90/10,000) hanno un tasso più elevato, seguiti dai giovani (55.2) e dagli anziani (53.6), ma le differenze tra i gruppi di età non sono così rilevanti come per i casi prevalenti. Per quanto riguarda la diagnosi i tassi più elevati sono relativi ai disturbi nevrotici (25.2/10,000), seguiti dai disturbi affettivi (12.9), schizofrenici (6.8) e di personalità (4.2). I disturbi schizofrenici rappresentano 10.8% dei nuovi casi, quelli nevrotici il 40%. Tra i tassi dei pazienti ricoverati in SPDC e quelli dei pazienti seguiti in CSM vi è un rapporto di 1:6. Per quanto riguarda i tassi

età specifici questi sono più elevati, sia per i pazienti trattati in CSM che per quelli ricoverati in SPDC, nella fasce di età media. Relativamente alla diagnosi, la percentuale di disturbi schizofrenici in SPDC è maggiore rispetto a quella trattata in CSM (34.1% vs. 20.7%). In misura minore questo è valido anche per i disturbi affettivi (30.5% vs. 24.7%) e di personalità (13.3% vs. 8.1%). Per quanto riguarda i CSM la diagnosi più frequente sono i disturbi nevrotici (29.5%), seguiti dai disturbi affettivi (24.7%) e schizofrenici (20.7%)

In particolare può essere utile richiamare, ancora una volta, l'attenzione su:

- imprescindibilità del lavoro multidisciplinare e multisettoriale, sia a livello di pianificazione generale (nazionale, regionale e locale) che nella quotidianità della pratica clinica;
- contestuale riconoscimento di una specificità di approccio basata sul genere e sulla classe di età: in particolare i bambini, i giovani, gli anziani e le problematiche di genere necessitano di interventi specialistici mirati;
- organizzazione della rete dei servizi di salute mentale accessibile a tutti, con uno spettro di offerta di cure basate su appropriatezza, qualità ed efficacia;
- promozione di servizi che mirino a facilitare, anche per le persone con patologie mentali croniche, la possibilità di vivere a pieno titolo una vita normale nella società, anche attraverso il supporto alle necessità dei familiari e dei carers.

Sulla base di quanto sin qui esplicitato, le direttrici per la futura programmazione, sia a livello nazionale che regionale e locale, non

possono non tenere conto di alcuni elementi fondamentali:

- Promozione di interventi preventivi del disagio mentale, da esplicitare all'interno del costruendo Piano nazionale della prevenzione 2014-2018
- Promozione di progettazioni che attivino l'implementazione e il monitoraggio del "Piano di azioni nazionale per la salute mentale (PANSM) 2013-2015", approvato in Conferenza Unificata il 24 gennaio 2013, e dei documenti che ne derivano
- Promozione di progetti che sviluppino in particolare gli obiettivi e le azioni previsti per l'area dell'età evolutiva, con riferimento specifico alla promozione della salute mentale e del benessere psicologico nella scuola
- Potenziamento della ricerca epidemiologica e della sorveglianza e monitoraggio dei disturbi mentali
- Maggiore attenzione verso i temi della ricerca sociale
- Coinvolgimento delle diverse categorie di stakeholders nella pianificazione delle linee programmatiche per la ricerca e per l'assistenza
- Lotta allo stigma, empowerment e promozione dell'inclusione sociale dei pazienti con disturbi mentali.

Anche alla luce di queste considerazioni possiamo affermare che vi sono molte ragioni per ritenere prioritario il potenziamento di servizi di salute mentale in grado di fornire trattamenti efficaci, di alta qualità ed accessibili a tutti ed il monitoraggio delle azioni sviluppate.

Fra le indicazioni per formulare strategie di intervento più qualificate ed efficaci, nonché

per promuovere ricerca mirata, possiamo annoverare:

- formazione degli operatori dei servizi, con accento sulla promozione del lavoro multidisciplinare
- formulazione ed applicazione di percorsi di cura scientificamente validati
- sviluppo, validazione e diffusione di interventi psicosociali efficaci
- valutazione del rapporto bidirezionale tra salute fisica e salute mentale, con attenzione al coinvolgimento degli operatori delle cure primarie
- impatto di interventi diretti a promuovere l'empowerment del paziente mediante il coinvolgimento nel trattamento e la partecipazione alle decisioni cliniche (gestione della sintomatologia, soddisfacente funzionamento personale e sociale).

Più specificamente, nell'attuale contesto diffuso di crisi socio-economica, occorre sottolineare l'importanza di non ridurre la disponibilità di risorse economiche e umane nei servizi e di mantenere alto il livello di qualità delle competenze professionali degli operatori del settore. E' questa un'opinione condivisa da tutti i DSM i cui operatori sono preoccupati che l'impoverimento dei servizi porti a mutazioni consistenti dell'assetto generale che stava entrando nella pratica quotidiana, con grave danno di quella psichiatria di comunità che era diventato un modello condiviso.

Ritornando al quadro nazionale della programmazione dei Servizi di Salute Mentale, è importante descrivere il ruolo svolto dal Gruppo di Coordinamento Interregionale Salute Mentale (GISM) della Commissione

Salute¹, istituito nel 2006.

Il gruppo ha costituito il giunto tra la programmazione nazionale e quella regionale, cercando di contribuire a una sintesi e introdurre una coerenza tra i diversi livelli operativi e decisionali; sintesi che avrebbe dovuto da una parte tendere ad elevare, migliorandoli, gli standard assistenziali della Salute Mentale nel nostro Paese, dall'altra salvaguardare le diversità regionali, già forti prima e poi implementate ulteriormente dalla citata riforma del Titolo V della Costituzione.

Effettivamente il GISM ha istituito la possibilità di confronto tra le istanze della programmazione nazionale e quella regionale e ciò grazie a sistematici incontri con funzionari del Ministero della salute e rappresentanti delle sue Agenzie, in particolare l'AGENAS; ma soprattutto è stato il più efficace strumento di approfondimento delle tematiche di salute mentale che, condivise da tutte le Regioni, rischiavano di trovare realizzazione secondo linee di soluzione divergenti, contribuendo così a quella immagine delle

1. La Commissione Salute è il luogo dove si realizza l'istruttoria e la concertazione dei documenti che successivamente saranno esaminati dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome in sede plenaria, dove, attraverso la condivisione, si realizza la sintesi delle istanze espresse dai governi regionali con la partecipazione dei Presidenti delle Regioni o di Assessori da loro delegati. La Commissione Salute, quando necessario, si avvale della professionalità dei dirigenti/funzionari regionali o di esperti indicati dalle regioni che assicurano la competenza tecnica nella elaborazione dei documenti. I gruppi tecnici interregionali attraverso il confronto e la concertazione sulle materie di propria competenza, sono chiamati ad elaborare documenti che, nel rispetto dell'autonomia delle Regioni e delle Province autonome, producono il valore aggiunto dello scambio delle esperienze e la tendenza alla omogeneità dell'assistenza. (*Documento istitutivo della Commissione Salute, 2006*)

21 riforme sanitarie che viene evocata tutte le volte che si parla dei difetti dell'attuale sistema sanitario.

Grazie alla sua composizione il GISM ha intercettato, nella realtà psichiatrica italiana, tutte le questioni più importanti che agitano il campo e verso le quali vi sono sensibilità diverse nelle diverse regioni (il che contribuisce all'idea dello sviluppo a macchie di leopardo della trasformazione psichiatrica in Italia). I problemi della valutazione quantitativa e qualitativa delle prestazioni dei servizi si sono incrociati con la valutazione della salute della popolazione; le difficoltà di integrazione dei diversi ambiti di esercizio della salute mentale si sono incrociate con le tendenze a costruire servizi a canne d'organo in cui ciascun servizio fonda sulla propria specializzazione la richiesta di uno statuto di autonomia. Ma sono state affrontate anche problematiche di più antica formulazione e bloccate da tempo come quella dei LEA della salute mentale e le questioni della Formazione universitaria giudicata inadeguata rispetto ai bisogni formativi dei servizi di salute mentale.

Non tutto ciò di cui si è discusso ha portato a sintesi condivise e non tutto ciò su cui vi era accordo è stato poi accettato dalla Commissione salute o dal Ministero.

Questo tuttavia prova che prima di essere un luogo di verifica tecnica di principi stabiliti altrove il GISM è stato anche un luogo di confronto culturale tra le diverse anime della psichiatria italiana. Non un compito facile quest'ultimo in quanto si sono dovute superare le reciproche scomuniche tra i gruppi più agguerriti nel rinnovamento della psichiatria in Italia e quindi le accuse di ideologismo, di estremismo, di tecnicismo ecc. Si può dire

che in questo compito il GISM abbia svolto un ruolo complementare rispetto alle società scientifiche e, a volte, di supplenza.

Queste, in sintesi, le attività del Gruppo costituito, come si è detto, da dirigenti e da tecnici di tutte le Regioni, aperto dopo pochi mesi dalla sua istituzione, anche al settore della Neuropsichiatria Infantile.

2. Attività GISM 2006-2010

Predisposizione di atti a valenza nazionale:

a) Linee di indirizzo nazionali per la salute mentale - Accordo Conferenza Unificata Stato Regioni - 20 marzo 2008; b) ASO/TSO - Raccomandazioni in merito all'applicazione di accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale - Conferenza delle Regioni - 29 aprile 2009; c) Contenzione fisica in psichiatria: una strategia possibile di prevenzione - Conferenza delle Regioni - 29 luglio 2010; d) predisposizione di un pacchetto di indicatori al fine di monitorare in modo omogeneo tra le varie regioni il funzionamento dei servizi di salute mentale sia dell'area adulti, che dell'area minori; e) espressione di pareri su DdL su variegate aree della salute mentale.

3. Attività GSM 2010-2013

Nell'autunno del 2010, la Regione Liguria è stata riconfermata come capofila del coordinamento GISM e l'attività è stata concentrata, attraverso un accordo ed un lavoro congiunto con il Ministero della Salute, sulle seguenti azioni: a) Piano Sanitario Nazionale 2011/2013; b) Piano Nazionale di Azioni Salute Mentale 2013-2015; c) Rimodulazione delle attività e dei percorsi di cura nelle Strutture Residenziali Psichiatriche per adulti.

Sofferamoci velocemente sul PNASM 2013-2015, composto da linee di indirizzo relative alla tutela della salute mentale della popolazione che tenessero conto di nuovi bisogni in uno scenario sociale e sanitario mutato e delle criticità da affrontare, attraverso una metodologia del lavoro per progetti di intervento specifici e differenziati, sulla base della valutazione dei bisogni delle persone e della implementazione di percorsi di cura, contribuendo a rinnovare l'organizzazione dei servizi e lo stile di lavoro dell'équipe.

Le aree di bisogno prioritarie sono così state individuate: a) area esordi – intervento precoce; b) area disturbi comuni, ad alta incidenza e prevalenza; c) area disturbi gravi persistenti e complessi; d) area disturbi infanzia e adolescenza, attraverso indicazioni operative concrete, accompagnate da pacchetti di indicatori di processo e di esito, al fine di migliorare il livello di verificabilità e trasparenza dei processi terapeutico-riabilitativi.

Si è data, inoltre, particolare enfasi ai processi di coordinamento degli interventi integrati con le altre aree di lavoro, al fine di fornire risposte ad una domanda complessa di assistenza che riguarda la persona ed il suo bisogno di salute globalmente considerato, ottimizzando l'utilizzo delle risorse finanziarie, sempre più limitate, e dei servizi stessi.

4. Rapporti e azioni in comune tra GISM, Ministero della Salute ed AGENAS

La collaborazione inizia nel 2013 e si concentra su due obiettivi prioritari: a) rimodulazione delle attività e dei percorsi di cura nelle Strutture Residenziali Psichiatriche in età adulta ed evolutiva; b) definizione dei

Percorsi di cura nei Disturbi Psichiatrici Maggiori (Disturbi dello Spettro Psicotico, Disturbi dello Spettro dell' Umore, Disturbi Gravi di Personalità, anche sulla base di importanti azioni programmatiche ed operative messe in atto da alcune Regioni: vale per tutte l'esempio del lavoro fatto dalla Regione Emilia e Romagna sui Disturbi Gravi di Personalità, documenti già approvati dalla Commissione Salute e dalla Commissione Sociale ed in corso di approvazione come Atto d'Intesa dalla Conferenza Unificata Stato-Regioni.

Non va infine dimenticato l'impatto delle indicazioni del DMS "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" L. 7 Agosto 2012 n. 315, con particolare riferimento all'art. 1, comma c, che fornisce indicazioni e standard operativi in materia di assistenza ospedaliera, anche psichiatrica e di neuropsichiatria infantile.

Infine, il PATTO SULLA SALUTE 2014-2016, che enfatizza l'assistenza territoriale nell'area distrettuale, apre (forse) qualche problema (ci riferiamo, in particolare agli artt. 5 e 6) sull'assetto organizzativo e sui compiti del Dipartimento di Salute Mentale, come articolato nelle varie Regioni, anche in relazione alla revisione dei LEA, che sembra in fase di completa ridefinizione (si vedano, in particolare, gli artt. 25, 26, 29, 32).

5. Conclusioni

Le nuove direttrici della programmazione in materia di Salute Mentale pongono alle Regioni due priorità. La prima è quella di tradurre in azioni specifiche ed adeguate ai diversi contesti di riferimento le indicazio-

ni degli organismi nazionali. Non dimentichiamo che anche gli assetti organizzativi dei DSM permangono differenti tra le varie Regioni, soprattutto per quello che riguarda l'inserimento nel DSM dei servizi di NPIA e delle Dipendenze patologiche, scelta opportuna fatta da tempo da varie Regioni (come, ad es. dalla Regione Emilia e Romagna e dalla Regione Sicilia). Troppe volte la programmazione si è risolta in una formale e burocratica adesione ad indicazioni generali che non hanno trovato una dimensione applicativa coerente. La dimensione è quella dei piani attuativi locali, veri e propri programmi che finalizzati a definire le progettualità in termini di risorse, tempi, progressione delle azioni interdipendenti di cui ciascun progetto si compone. La seconda è quella della valutazione: la definizione degli stessi piani locali deve contenere la prospettiva della valutazione. Occorre pertanto che le azioni siano correlate ad indicatori di processo e di risultato organizzativo che permettano di misurare l'impatto delle azioni messe in campo e di offrire ulteriori strumenti per il confronto tra le diverse realtà e politiche regionali. Questo anche al fine di permettere una più serena e oggettiva considerazione delle differenze tra le policy regionali in materia di Salute Mentale.

In sintesi, questo quadro schematico dello stato attuale della programmazione sanitaria

e socio-sanitaria nel campo della Salute Mentale costituisce uno storico passaggio dalla logica dei contenitori e dei luoghi (alla base dei PP.OO) a quella dei percorsi di cura, basati su progetti terapeutico-riabilitativi individualizzati (PTRI) e segnala l'impegno che il settore della Salute Mentale dovrà porre nei prossimi anni per la realizzazione delle modifiche richieste, nella salvaguardia della specificità della nostra utenza e della nostra storia. Siamo di fronte ad una nuova sfida, per salvaguardare i principi fondanti della Psichiatria di Comunità – tra i quali, non dimentichiamolo mai – c'è la lotta ai processi di re-istituzionalizzazione, che in alcune Regioni sembrano avere preso il sopravvento, a fronte di nuove domande/bisogni, nuove espressioni psicopatologiche (non sempre vere malattie) ma soprattutto nuove popolazioni e nuove persone che afferiscono ai servizi psichiatrici. Ogni Regione è pertanto tenuta a fare un'analisi attenta completa ed onesta della situazione organizzativa e della offerta dei suoi servizi psichiatrici, al fine di renderla più in linea con i nuovi scenari come delineati dagli Atti citati, ma soprattutto dalla realtà sanitaria del nostro Paese. Su questo si misurerà la vera capacità di rivitalizzare i principi fondanti della Legge 180 anche nel mutato quadro sociale, economico, culturale, politico ma soprattutto etico del nostro paese.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

(FONTI E DOCUMENTI)

- Institute for Health Metrics and Evaluation, Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2010, March 2013.
- Baldissera, S., Campostrini, S., Binkin, N., Minardi, V., Minelli G., Ferrante G., Salmaso S., Coordinating Group, 2011. Features and initial assessment of the Italian Behavioral Risk Factor Surveillance System (PASSI), 2007-2008. *Prev Chronic Dis* 2013; 8(1), A24.
- Ministero della Salute - Sistema Informativo Sanitario Nazionale, Report 2012 Roma: Ministero della Salute; 2012
- WHO The action plan 2013-2020, 66th World Health Assembly, May 2013. *Bulletin World Health Organization* 2013; 90(1):47-54, 54A-54B.
- WHO, Comprehensive mental health Action Plan 2013-2020: Ginevra: WHO; 2013.
- Lora A, Kohn R, Levav I, McBain R, Morris J, Saxena S. Service availability and utilization and treatment gap for schizophrenic disorders: a survey in 50 low- and middle-income countries. *Bull World Health Organ.* 2012 Jan 1;90(1):47-54, 54A-54B. doi: 10.2471/BLT.11.089284. Epub 2011 Oct 31.
- WHO The European Mental Health Action Plan, Regional Committee for Europe. Copenhagen: WHO; 2013.
- Institute for Health Metrics and Evaluation Global Burden of Disease 2010; 2013 <http://www.healthmetricsandevaluation.org/gbd/visualizations/gbd-cause-patterns>
- Fiorillo A, Luciano M, Del Vecchio V, Sampogna G, Obradors-Tarragó C et al. Priorities for mental health research in Europe: A survey among national stakeholders' associations within the ROAMER project. *World Psychiatry* 2013; 12:165-70.
- Institute for Health Metrics and Evaluation, Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2010, March 2013. Washington (USA): Institute for Health Metrics and Evaluation; 2013
- Ferrannini L, Ghio L, Lora A, and the Italian mental health data group Thirty-Six Years of Community Psychiatry: Italy *Journal of Nervous and Mental Disease* 2014 Jun; 202(6):432-9. doi: 10.1097/NMD.0000000000000141.
- Picardi A, Tarolla E, de Girolamo G, e il gruppo di lavoro PRISM, Valutare l'attività delle strutture ospedaliere e residenziali dei DSM: gli indicatori PRISM. *Riv Psichiatr* 2014;49(6):265-272.
- Ferrannini L, Ghio L, Gibertoni D, Lora A, Tibaldi G, Neri G, Piazza A and the Italian mental health data group Thirty-Six Years Of Community Psychiatry In Italy. *Nerv Ment Dis.* 2014 Jun; 202(6):432-9. doi: 10.1097/NMD.0000000000000141.

I documenti citati sono reperibili sui siti della Conferenza Stato Regioni e della Commissione salute delle Regioni:

Gli Atti di intesa si trovano in

www.conferenzastatoregioni.it

I documenti tecnici si trovano in

www.conferenzadeipresidentidelleregioni.it

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno