



JOINT ACTION on MENTAL HEALTH and WELL-BEING SALUTE MENTALE E SCUOLA

La collaborazione tra i settori sanitario, sociale e
dell'istruzione in Italia

e

Raccomandazioni di Politica



Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata
Verona



Alexandra Mocanu
Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata
Venezia, 10 di Luglio 2014

Dall'analisi del contesto alle 'Raccomandazioni di politica'



Risultati dell'analisi della situazione in Italia/Veneto

La Salute Mentale di bambini e adolescenti:

Studio PRISMA (2007): indaga la prevalenza dei disturbi mentali: **9,8% dei partecipanti** sottoposti a screening sono risultati “probabili” casi per **problemi emotivo-comportamentali**, mentre **l'8,2% soffriva, al momento dell'indagine, di uno o più disturbi mentali conclamati**. I disturbi emotivi (disturbi d'ansia e depressivi) erano più rappresentati di quelli esternalizzanti, presenti in una percentuale inferiore a quella comunemente riscontrata in altri studi.

Strategia specifica per la salute mentale e il benessere:

In Italia non esiste una strategia specifica, dedicata esclusivamente alla salute mentale e al benessere di bambini e adolescenti



Risultati dell'analisi della situazione in Italia/Veneto

Servizi Salute Mentale per bambini e adolescenti

Legislazione & quadro legale: Gli aspetti finalizzati alla promozione della SM e alla prevenzione dei disturbi psichiatrici sono inseriti nella legislazione nazionale e in diverse politiche adottate: leggi, piani nazionali d'azione, strategie.

Organizzazione e funzionamento: gestione a livello regionale.

La RV: collegata al governo nazionale tramite la **Conferenza Stato-Regioni**.
Dipartimenti disturbi neuropsichiatrici: diversi modelli organizzativi/qualifiche all'interno delle ULSS (e.g. integrate in U.O.C., consultori, pediatria di comunità) in collaborazione con le agenzie socio-educative locali.

Risorse finanziarie: non sono disponibili dati specifici sui servizi per la salute mentale dei bambini e degli adolescenti; il 5% del bilancio complessivo della sanità viene investito nella SM, mentre l'8,7% del PIL viene speso per la salute generica.



Risultati dell'analisi della situazione in Italia/Veneto

Servizi Salute Mentale per bambini e adolescenti

- Forza lavoro in Italia:

Professione	Numero di professionisti/100 000 abitanti
Psichiatri	7,8
Infermieri	19,3
Psicologi	2,6
Operatori sociali	1,9
Terapisti occupazionali	2,2

(Fonte: Atlante della Salute Mentale, WHO, 2011)

- Forza lavoro Regione Veneto: **8,4 professionisti ogni 10.000 minori, 1,7 psicologi disponibili ogni 10.000 minori** (pari a circa il 20% dei professionisti)



Risultati dell'analisi della situazione in Italia/Veneto

Servizi Salute Mentale per bambini e adolescenti

Responsabilità ed erogazione del servizio di promozione e prevenzione

- * Le Regioni sono principalmente responsabili della prevenzione e della promozione della salute mentale;
- * **Le azioni di prevenzione dei disturbi mentali:** garantite dalle **Unità Sanitarie Locali, dai professionisti di SM**, spesso in collaborazione con altre **ONG (Cooperative/Associazioni)**;
- * Unità Sanitarie Locali dispongono dei Dipartimenti di Prevenzione;
- * RV: servizio specifico per la Prevenzione e la Promozione della Salute (SEPS-Servizio di Educazione e Promozione della Salute), in collaborazione con servizi sanitari e il settore educazione

progetti destinati ai bambini e agli adolescenti



Risultati dell'analisi della situazione in Italia/Veneto

Servizi Sociali per l'infanzia e l'adolescenza

- **Legislazione & quadro legale:** gli aspetti riguardo i Servizi Sociali sono stati inseriti nella legislazione nazionale e in diverse politiche adottate: leggi, piani nazionali d'azione.
- **Organizzazione e funzionamento:**

Lo Stato: regola e coordina le varie azioni;

La Regione: programma, coordina e verifica;

La Provincia: raccoglie informazioni e collabora alla programmazione;

Il Comune: collabora alla programmazione regionale, eroga servizi, promuove la collaborazione fra le diverse parti per lo sviluppo di interventi di mutuo-auto-aiuto e la collaborazione fra i cittadini;

Regione Veneto: i Servizi Sociali costituiscono parte integrante delle ULSS: compito di tutelare, educare e promuovere la salute delle famiglie; i Servizi Sociali comunali sono principalmente responsabili degli interventi.



Risorse finanziarie:

- * Fondo Nazionale per le Politiche Sociali (FNPS): strumento attraverso cui lo Stato contribuisce a finanziare la spesa sociale;
- * La maggior parte delle Regioni italiane: fondo sociale regionale riceve le risorse dal FNPS + risorse aggiuntive, secondo una proporzione stabilita da ciascuna Regione e dagli enti locali;
- * **Nel 2011-2012 Regione Veneto:** 50-60% delle risorse regionali e nazionali assegnato ad interventi per la “famiglia e i minori”;
- * Nel 2013, risorse finanziarie del FNPS = 343.704.000,00 euro (**21.840.000,00 RV**);
- * Nel 2012, FNPS= 42.908.000,00 euro; **39.960.000,00 euro per il Fondo Nazionale per l'Infanzia e l'Adolescenza.** Dal 2007, il Fondo Nazionale per l'Infanzia e l'Adolescenza viene determinato dalla legge finanziaria e non dipende dal FNPS.

Forza lavoro:

- * gli operatori sociali rappresentano la maggioranza dei dipendenti;
- * il formatore ha un ruolo importante, specie nell'ambito delle attività di promozione/prevenzione a sostegno dei singoli pazienti e delle famiglie;
- * operatori sociali e gli psicologi rivestono il ruolo più importante in assoluto presso i consultori familiari nelle ULSS della RV;
- * consultori dispongono di: uffici dedicati esclusivamente agli adolescenti/giovani, presso cui si svolgono delle attività formative/informative + uffici di consulenza psicosociale + centri di Consulenza all'interno delle scuole;
- * uffici di Consulenza: collaborano congiuntamente con altri servizi socio-sanitari, e a servizi sociali rivolti ai presidi ospedalieri pubblici e locali.

Responsabilità ed erogazione del servizio di promozione e prevenzione

Lo Stato: definisce gli obiettivi generali delle politiche sociali e i requisiti minimi di assistenza sociale;

Le Regioni: compito di programmare, coordinare e orientare le politiche sociali, integrandole alle politiche per la salute, l'istruzione, il lavoro e il tempo libero;

Le Province: responsabili della raccolta e della diffusione dei dati sulle risorse disponibili e necessarie; hanno anche il compito di analizzare i servizi disponibili e di promuovere le iniziative di formazione;

I Comuni: principali organismi responsabili dell'assistenza sociale, e hanno l'obbligo di farsi carico finanziariamente dei servizi sociali;

Le ONG: possono proporre e gestire quei servizi rivolti alla popolazione in stato di bisogno, e che gli enti pubblici non offrono (Le Regioni stabiliscono i criteri necessari per i servizi offerti).

Risultati dell'analisi della situazione in Italia/Veneto

Sistema scolastico per l'infanzia e l'adolescenza

- **Legislazione & quadro legale:** articoli della Costituzione Italiana e legislazione nazionale e diverse politiche adottate: leggi, decreti.
- **Organizzazione e funzionamento:**
 - Lo Stato:** organizzazione generale e della valutazione del sistema educativo (università inclusa); allocazione delle risorse finanziarie e del personale; pianificazione delle istituzioni di ricerca e degli interventi nel sistema universitario;
 - La Regione:** attraverso gli Uffici Scolastici pianificano offerta formativa integrata; tutti aspetti organizzativi della rete scolastica (in collaborazione con MIUR, Min. del Lavoro e delle Politiche Sociali);
 - La Provincia e il Comune:** ruolo amministrativo e gestionale; definizione dei curricula; ampliamento dell'offerta formativa; organizzazione pratica dell'insegnamento. Province: l'istruzione secondaria superiore; Comuni: livelli inferiori.



Risultati dell'analisi della situazione in Italia/Veneto

Sistema scolastico per l'infanzia e l'adolescenza

-Popolazione: **Italia: 59.685.200 abitanti** (al 31/12/2012), **RV: 4.857.210** (2011)

-Popolazione italiana in età scolare:

Fasce di Età	Totale	Maschi	Femmine
0-4	2.749.928	1.413.825	1.336.103
5-9	2.781.095	1.431.307	1.349.788
10-14	2.795.020	1.439.901	1.355.119
15-19 (15-17)	2.869.465 (1.674.590, nel 2013)	1.479.402	1.390.063

(ISTAT 2011)

- Bambini e adolescenti ripartiti per livello di istruzione:

Livello di istruzione	N° di studenti
ISCED 0 (pre-elementare - scuola dell'infanzia)	1.687.840
ISCED 1 (elementare/primo stadio di istruzione base- scuola primaria)	2.827.564
ISCED 2 (secondaria inferiore o secondo stadio di istruzione base-secondaria 1° grado)	1.787.467
ISCED 3 (secondaria superiore – secondaria 2° grado)	2.842.838
ISCED 4 (post-secondaria non terziaria-tra l'istruzione secondaria superiore e il primo stadio dell'educazione terziaria)	22.993

(UNESCO 2011)



Risultati dell'analisi della situazione in Italia/Veneto

Sistema scolastico per l'infanzia e l'adolescenza

- Livello di scolarità della popolazione italiana con più di 25 anni:

Livello di istruzione	% di studenti		
	Maschi-Femmine	Maschi	Femmine
ISCED 1	18,7	15,9	21,3
ISCED 2	28,4	32,2	25,0
ISCED 3	33,7	35,5	32,1
ISCED 4	0,8	0,7	0,9

(UNESCO 2012)

- Tasso di abbandono all'ultimo anno per ciascun livello di istruzione in Italia:

	% di studenti
Tasso di abbandono all'ultimo anno della scuola primaria	0,48225
Tasso di abbandono all'ultimo anno della scuola secondaria di secondo grado	1,00607

(UNESCO 2010)

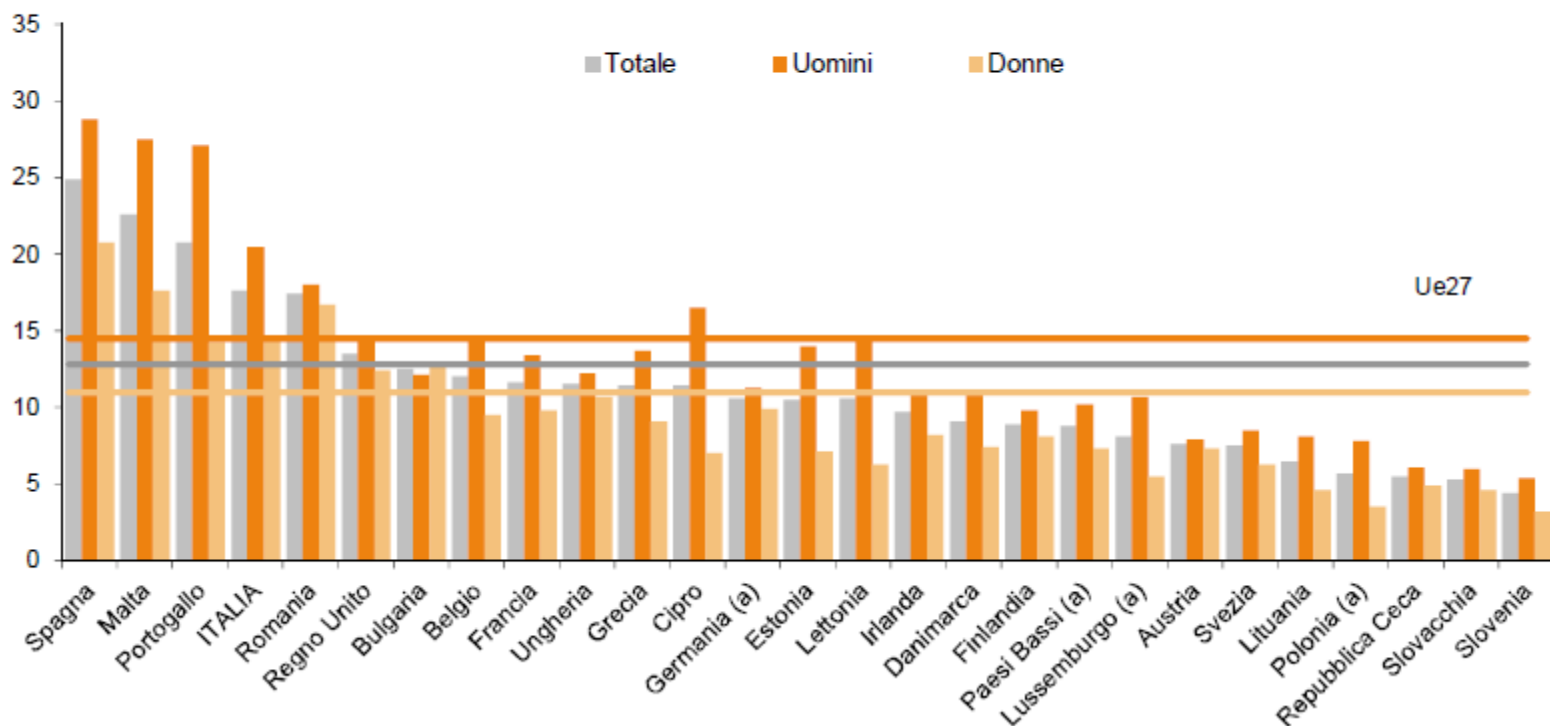


Risultati dell'analisi della situazione in Italia/Veneto

Sistema scolastico per l'infanzia e l'adolescenza

L'Italia nel contesto europeo (Istat 2012)

Giovani che abbandonano prematuramente gli studi per sesso nei paesi Ue
Anno 2012 (valori percentuali)



Risultati dell'analisi della situazione in Italia/Veneto

Sistema scolastico per l'infanzia e l'adolescenza

Risorse finanziarie:

Spesa pubblica totale per l'istruzione	%
In percentuale del PIL	4,29
In percentuale della spesa pubblica totale	8,62

(Fonte: UNESCO, 2011)

Forza lavoro:

Livello di istruzione	Numero complessivo di insegnanti
ISCED 0	142.212
ISCED 1	273.113
ISCED 2	190.740
ISCED 3	260.017
ISCED 4	n/d

(Fonte: UNESCO, 2007)



Responsabilità ed erogazione del servizio di promozione e prevenzione

Autonomia garantita dal DPR 275/99: organizzazione di progetti educativi, informativi e preventivi in collaborazione con gli enti locali (incl. ULSS), le università, le associazioni o le agenzie, le associazioni di volontari o gli organismi sociali privati (POF)



Legislazione & quadro legale:

Legge n°285/28 Agosto 1997 “Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l’infanzia e l’adolescenza”:

1. regola la creazione del Fondo Nazionale per l’infanzia e l’adolescenza;
2. sposta l’attenzione dalla tutela e dall’intervento in situazioni di evidente difficoltà alla promozione del benessere e della salute dei minori;
3. introduce il termine “progetto partecipativo”

* Dal 2007, il Fondo Nazionale per l’Infanzia e l’Adolescenza viene determinato dalla legge finanziaria e non dipende dal FNPS; nuovo strumento finanziario, il **Fondo Regionale per le Politiche Sociali**, che raccoglie i fondi nazionali destinati alla Regione per i suoi servizi sociali e fondi propri della RV.

* **Regione Veneto**: i Piani d’Area sono stati redatti come uno strumento primario volto a integrare e a garantire l’operatività della rete di servizi sociosanitari

Organizzazione e funzionamento:

RV: predispone il Piano di Sviluppo Regionale - coinvolge tutto il territorio di una Regione, coordina diverse aree politiche come l'assistenza socio-sanitaria, l'istruzione, l'ambiente, i trasporti, etc.

Il Piano Socio-sanitario Regionale: uno degli elementi peculiari del Piano di Sviluppo Regionale; integrazione tra componente sanitaria e componente sociale.

Aree prioritarie: aumento dei tassi di natalità, il sostegno alle madri, **i servizi per l'infanzia e la genitorialità**, lo sviluppo dei servizi sociali per gli anziani, **le iniziative in sostegno delle lavoratrici, dei minori e dei giovani, i servizi di prevenzione e recupero per i tossicodipendenti**, e il sostegno all'innovazione.

Risultati dell'analisi della situazione in Italia/Veneto

Cooperazione intersettoriale

Punti di forza e punti deboli nell'ambito della cooperazione intersettoriale in Italia

Punti di forza	Punti deboli
<p>L'esistenza di un quadro giuridico potenzia l'efficacia degli interventi tesi al raggiungimento di obiettivi comuni</p> <p>Impiego ottimale delle risorse limitate disponibili</p>	<p>Nessuna procedura comune per le attività di pianificazione e programmazione, oltre che per le <i>timeline</i> dei tre settori; terminologia diversa</p> <p>Il personale scolastico è oberato di incarichi ed è privo delle competenze specifiche necessarie per una diagnosi precoce dei disturbi mentali</p>



Raccomandazioni di Politica – Politica specifica

Risultati principali e buone pratiche:

1. Importanza di una politica specifica per la salute mentale di bambini ed adolescenti per definire le risorse, i servizi, le necessità, trattamenti ed altre attività di prevenzione e promozione

Esempi di buone pratiche esistenti a livello europeo:

- Politica di salute mentale specifica per bambini ed adolescenti: Strategia di Salute Mentale 2011-2016, Croazia;
- Politica di salute mentale per tutti i gruppi di età, che include una sezione per bambini ed adolescenti: Mieli Plan 2009-2015, Finlandia & Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale (PANSM) del 2013, Italia;
- Strategie o piani d'azione: Decreto del Presidente del Consiglio, 4 Maggio 2007 Italia programma «Guadagnare Salute»;
- Legge basata sul principio “Salute in tutte le politiche”: Norvegia.



Raccomandazioni di Politica – Collaborazione intersettoriale

2. Una collaborazione intersettoriale tra i settori sanitario, istruzione e sociale: in generale, in Europa manca

Esempi di buone pratiche esistenti a livello europeo:

- Programma nazionale di sviluppo della previdenza sociale e dell'assistenza sanitaria in Finlandia;
- Regolamento per i servizi specializzati dei Comuni e delle scuole dell'infanzia e primarie in Islanda;
- Integrazione dei servizi di sanità, istruzione e sociale in un dipartimento unico per bambini, famiglie ed adulti nei Comuni norvegesi.



3. Risorse finanziarie:

- Tanti Paesi europei investono fondi nel trattamento dei disturbi mentali, però la maggioranza non stanziava fondi per la prevenzione e la promozione della salute mentale di bambini e adolescenti;
- Assenza di un budget condiviso e di una partnership consolidata tra i settori per la salute mentale di bambini e degli adolescenti.



Raccomandazioni di Politica - Risorse finanziarie

Esempi di buone pratiche esistenti a livello europeo:

- Legge 285 del 28/08/1997 (Italia) introduce la “progettazione partecipata” con il coinvolgimento di tutti gli “attori” potenzialmente interessati a collaborare per realizzare nuove iniziative, “forzando” così per la prima volta gli interlocutori istituzionali (e non istituzionali) a parlarsi e coordinarsi, perché vincola la presentazione e il finanziamento dei progetti alla presenza di ampie partnership;
- Norvegia, Svezia e Finlandia rendono disponibili ed accessibili anche economicamente strutture per l’apprendimento precoce (asili nidi, assistenza all’infanzia) che hanno come obiettivo principale lo sviluppo del bambino.



4. Disponibilità di dati e statistiche:

- Esistono dati sulla spesa nazionale per la salute mentale (% della spesa nazionale) e sul personale impiegato in questo settore;
- Non esistono dati sulla spesa e sul personale dedicato al settore della salute mentale *dei bambini e degli adolescenti*;
- La comparabilità e compatibilità dei dati tra Paesi è molto complicata, vista la varietà dei parametri e dei metodi di misurazione della salute mentale e dei suoi fattori determinanti; i dati riferiti a bambini ed adolescenti sono ancora più scarsi.

Esempi di buone pratiche esistenti a livello europeo:

- Per legge, i Comuni in Norvegia sono responsabili del monitoraggio della salute mentale dei bambini e degli adolescenti;
- In Inghilterra, *JCPMH (Joint Commissioning Panel for Mental Health)* raccoglie tutti i dati riguardanti la salute mentale, riuscendo a fornire velocemente ed in maniera esauriente misura, impatto e bisogno economico della salute mentale pubblica in qualsiasi località inglese.



5. Valutazione:

- In molti Paesi manca la valutazione dei risultati di programmi o politiche per il trattamento/la prevenzione dei disturbi mentali e per la promozione della salute mentale dei bambini e degli adolescenti;
- Mancano informazioni sul reale livello di copertura dei gruppi ad alto rischio;
- Mancano indicatori standard per la valutazione dei risultati, il *follow-up* è spesso a breve termine o assente;
- Manca una valutazione economica della maggior parte dei programmi.

Esempi di buone pratiche esistenti a livello europeo:

- Norvegia: esegue valutazioni su larga scala di programmi e politiche dedicate all'area della salute mentale, usa studi randomizzati (RCT) e disegni quasi sperimentali e prevede un *follow-up* a 2-3 anni, valutazione pre-post, usando anche metodi qualitativi.



6. Sviluppo e formazione delle risorse umane:

La scuola è il luogo principale per la promozione della salute mentale e del benessere dei bambini ed adolescenti e per la prevenzione dei problemi emotivi e comportamentali, per l'identificazione precoce del disagio e un adeguato invio ai servizi.

Gli insegnanti, il personale scolastico e tutti coloro che contribuiscono all'istruzione di bambini e adolescenti sono i professionisti che, con i progetti, promuovono la salute mentale e prevengono il disagio



Una formazione adeguata e una supervisione continua anche per l'identificazione del disagio è fondamentale

Raccomandazioni di Politica - Risorse umane, formazione

Esempi di buone pratiche esistenti a livello europeo:

Gli strumenti per l'identificazione dei disturbi mentali non sono omogenei in Europa; lo screening per i disturbi mentali viene eseguito con modalità diverse:

- In cliniche pediatriche pubbliche oppure nelle scuole, come parte dei controlli medici generali (Finlandia);
- Nelle scuole, ma da personale medico (in certe regioni della Croazia e Svezia);
- Nelle scuole, su larga scala (Germania e Lussemburgo);

Zippy's friends è un programma internazionale finalizzato allo sviluppo delle competenze sociali e di *coping*.

<http://www.partnershipforchildren.org.uk/zippy-s-friends.html>



Per maggiori informazioni:

- <http://www.ospedaleuniverona.it/ecm/home/area-scientifica/progetti-internazionali-crempe>
- <http://www.regione.veneto.it/web/sanita/joint-action>



alexandra.mocanu@ospedaleuniverona.it

Grazie per l'attenzione!!!



Divisione gruppi di lavoro

Gruppo 1

Moderatore: Dott.ssa
Sara Carbone

Sala Polifunzionale

1. Dott. A. Bergamo
2. Dott.ssa L. Donà
3. Dott. M. Lunardon
4. Dott.ssa A. Dissegna
5. Dott.ssa A. Basaglia
6. Dott.ssa F. Luciano
7. Dott. O. Fuzzi
8. Dott.ssa D. Gabellotto

Gruppo 2

Moderatore: Dott.ssa
Nakissa Amir Golestani

Sala Stampa

1. Dott.ssa S. Cason
2. Dott.ssa M. Schiavotto
3. Dott. O. Mazzocchin
4. Dott.ssa M. Pamio
5. Dott.ssa C. Arnosti
6. Dott. G. Lapomarda
7. Dott. L. de Marzo
8. Dott.ssa M.C. Mambelli
9. Dott. M. Doria
10. Dott. M. Busacca
11. Dott.ssa L. Rebesco

Gruppo 3

Moderatore: Dott.ssa
Linda Torri

Saletta Riunioni

1. Dott.ssa M. Possamai
2. Dott.ssa M.T. Capucci
3. Dott. S. Silvestri
4. Dott.ssa A. Tiberio
5. Dott. G. Spigarolo
6. Dott. F. Tosetto
7. Dott. M. Fardin
8. Dott. U. Simonetti
9. Dott. G.L. Del Re
10. Dott.ssa C. Crivelli
11. Dott. M. Dimiddio

