

Approccio clinico e riabilitativo nel Budget di Salute: i determinanti sociali della salute mentale

Parma, 24 maggio 2017

Pietro Pellegrini

Piano della presentazione

- Introduzione
- I determinanti della salute
- I determinanti della salute mentale di/nella comunità
- Approccio clinico riabilitativo
- Il Budget di Salute

Abstract

- Aspettativa di vita e salute sono correlati con i “determinanti sociali”, ambientali e delle diseguaglianze (istruzione, reddito, occupazione, servizi) e degli stili di vita. La sfida della Cronicità richiede modelli innovativi, a partire dalla persona nel suo ambiente, di diritti e dal suo progetto di vita. Il budget di salute può creare i prerequisiti per il Chronic Care Model, integrare gli interventi sociali e sanitari, e di agire sui determinanti della salute e sul sistema di comunità.



I determinanti della salute

Alcuni dati

- Paese di nascita e aspettativa di vita: Giappone, Svezia di più di 80 anni; Brasile di 72; India di 63; alcuni paesi africani di meno di 50 anni
- Aspettative di vita in Europa: vi è un divario di 17 anni per gli uomini e 12 per le donne: minore aspettativa di vita mano a mano che si procede dal versante occidentale a quello orientale.

Aspettativa di vita

- Aspettative di vita nello stessa nazione:
USA per le donne bianche senza diploma superiore 73,5 anni (5 anni tra il 1990 e il 2008: da 78,5 a 73,5 anni) le donne bianche con diploma 83,9.
- Nei maschi bianchi senza diploma è passata da 70,5 del 1990 a 67,5 nel 2008. Bianchi laureati (80,4 anni). I neri senza diploma hanno una speranza di vita di 66,2 anni.

Aspettativa di vita

- Nel 2015, in Italia: per gli uomini è stata 80,1 anni, 84,7 anni per le donne. Nel 2014, la speranza di vita alla nascita era maggiore e pari a 80,3 anni per gli uomini e 85,0 anni per le donne. L'andamento ha riguardato tutte le regioni.

Italia

- Nella PA di Trento si riscontra, sia per gli uomini sia per le donne, la maggiore longevità (rispettivamente, 81,3 anni e 86,1 anni). La Campania è la regione dove la speranza di vita alla nascita è più bassa, 78,5 anni per gli uomini e 83,3 anni per le donne. Il divario è 2,8 anni.

Emilia Romagna

- La speranza di vita alla nascita, nel 2015, è pari a 80,8 anni per gli uomini e a 85,1 anni per le donne
- Nel periodo 2002-2015, si è osservato un aumento, per il genere maschile di +3,2 anni, il genere femminile +1,3 anni

Nella stessa città

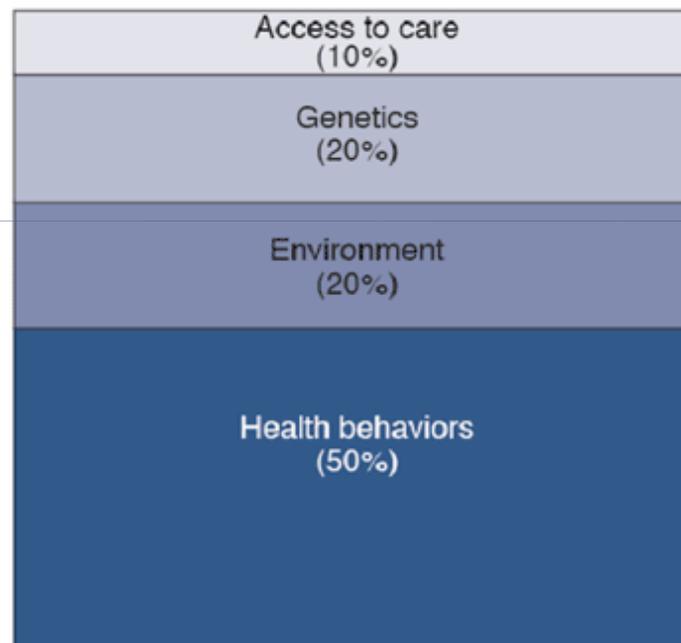
- Londra: Il divario di 5,4 anni tra i più ricchi e i più poveri quartieri di Londra (1999-2001) si è ampliato a 9,2 anni (2006-2009).
- Torino: un nato nella zona precollinare ha un'aspettativa di vita di 82,1 anni, di 4,3 anni superiore rispetto a chi nasce nella circoscrizione operaia delle Vallette (77,8 anni). Le due aree distano circa 8 Km

Perché?



I determinanti

Slide 1. Determinanti della salute (USA)



Source: IFTF; Centers for Disease Control and Prevention.

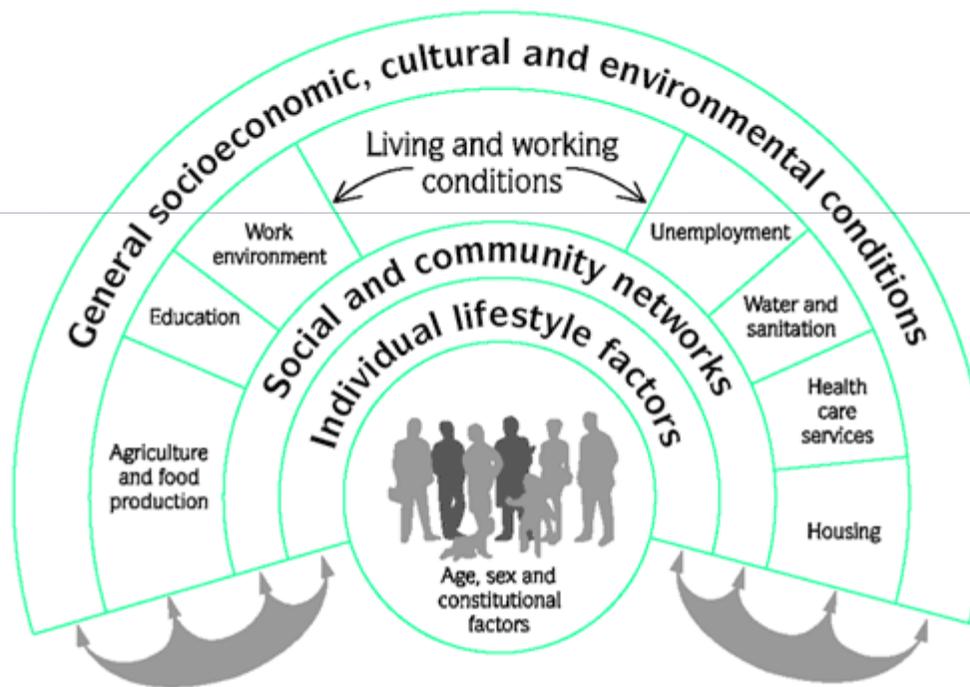
I determinanti

- Comportamenti e stile di vita 50%
 - Fattori ambientali 20%
 - Fattori genetici 20%
 - Assistenza sanitaria 10%.
-
- Responsabilizzazione individuale (modello USA)

I determinanti

Slide 2. Determinanti della salute (Europa)

The Main Determinants of Health



Source: Dahlgren and Whitehead, 1993

Determinanti

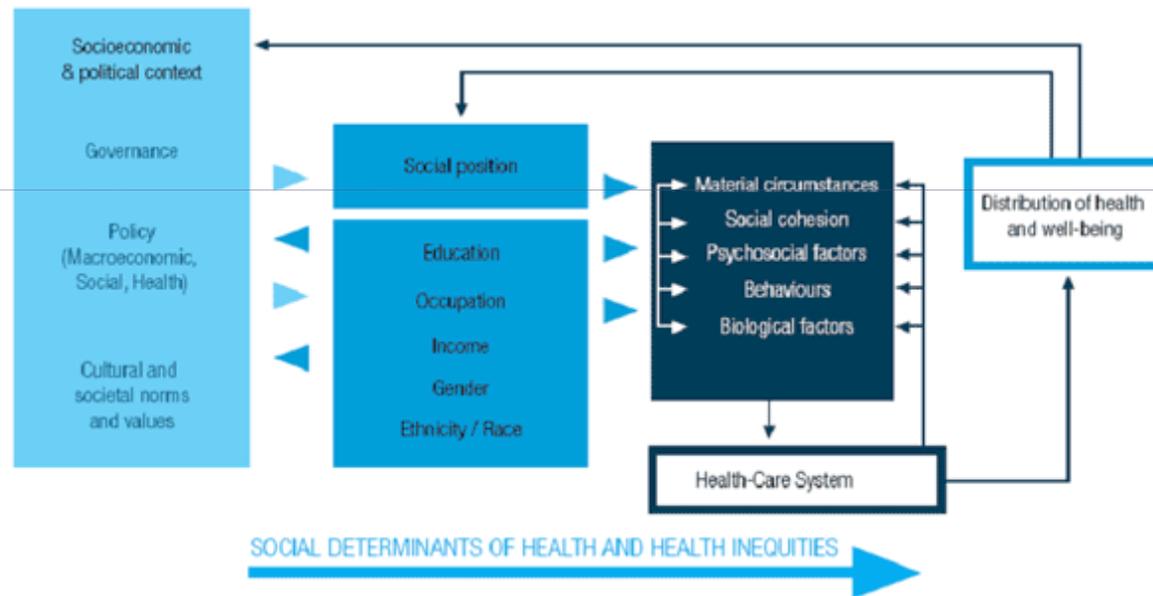
- Determinanti non modificabili: sesso, l'età, patrimonio genetico
- I determinanti modificabili, possono essere corretti e trasformati: gli stili di vita individuali, le reti sociali e comunitarie, l'ambiente di vita e di lavoro, il contesto politico, sociale, economico e culturale.

I determinanti

- I semicerchi più esterni, quelli che rappresentano il “contesto”, sembrano influire maggiormente sullo stato di salute e possono essere cambiati.
- È un modello concettuale che si basa sulla cultura europea di welfare state, sul “diritto alla salute” e su una visione “multisettoriale”

I determinanti

Slide 3. Determinanti sociali della salute e delle disuguaglianze nella salute



Source: Amended from Solar & Irwin, 2007

Determinanti

- La Commissione sui Determinanti Sociali della Salute evidenzia non solo i fattori che influenzano lo stato di salute degli individui e delle comunità (determinanti della salute), ma anche quelli coinvolti nella diseguale distribuzione della salute all'interno della popolazione (determinanti delle diseguaglianze nella salute).

Determinanti modificabili

- Istruzione : è stato stimato che l'eliminazione delle disuguaglianze associate al livello di istruzione porterebbe, in Italia, a una riduzione di circa il 30% della mortalità generale maschile e quasi del 20% di quella femminile.
- Stato Socioeconomico: occupazione, reddito
disoccupati si ha un eccesso di malattie cardiovascolari, suicidi e disturbi mentali, ansia e depressione, malattie respiratorie, soprattutto cancro del polmone e BPCO.

Determinanti modificabili

- Condizioni materiali: gli standard materiali di vita quotidiana, disponibilità di acqua potabile e di cibo adeguato, riscaldamento, infrastrutture igieniche.
- Condizioni socio-ambientali o psicosociali: lo stress acuto o cronico può essere causa di diverse forme di malattia; la posizione socio-economica può essere causa di stress a lungo termine e può influire sulla capacità di quella stessa persona di gestire le situazioni.

Determinanti modificabili

- Comportamenti individuali: fumo, alcol, sostanze, alimentazione, attività fisica, molto condizionati dalla posizione socioeconomica.
- Cultura e Coesione sociale: qualità delle relazioni sociali e dall'esistenza di reciproca fiducia e rispetto, di reciproci doveri all'interno della comunità, aiuta a proteggere le persone e la loro salute.

Determinanti modificabili

- Società se sono elevati i livelli di diseguaglianza nel reddito vi è la tendenza ad una minore coesione sociale e più alta percentuale di crimini violenti
- Sistema dei servizi (sanitario, sociale, istruzione, ecc.)
- Politiche

Per la salute mentale

- I determinanti sono gli stessi. Prevalenza dei disturbi mentali
- Occorre attenzione a: gravidanza, parto, peso alla nascita, primi anni di vita. L'esposizione alle avversità, violenze, traumi, neglect rappresentano fattori di rischio per disturbi mentali.
- Interazione negativa reciproca tra determinanti e disturbi mentali

Per la salute mentale

- Emarginazione, impoverimento, alle violenze e maltrattamenti domestici, all'eccessivo carico di lavoro e allo stress peggiorano la salute specie minori e le donne.
- Le persone con disturbi mentali sperimentano tassi di disabilità e di mortalità notevolmente più elevati (3 volte superiori) e maggiore rischio di povertà, detenzione e violazione dei diritti e abbandono.

Per la salute mentale

- Il lavoro, reddito, stress, inclusione sociale
- Lavoro dà reddito, inclusione, ruolo sociale
- La perdita del lavoro porta a povertà assoluta, povertà “relativa”, “deprivazione latente” (perdita di ruolo ed esclusione sociale), stress acuto e cronico, rischio di suicidio.

Per la salute mentale

- I Disturbi mentali “gravi”
- Il 5% della popolazione mondiale ha una grave malattia mentale
- Depressione grave, il disturbo bipolare, la schizofrenia riducono la speranza di vita di solito di 20 anni rispetto alla popolazione generale per altre patologie, stili di vita, abuso di sostanze e suicidio

Per la salute mentale

- L'1% della popolazione in età lavorativa è affetta da disturbi psicotici
- I tassi di disoccupazione di questo gruppo variano in Europa tra il 61-95%
- Il reddito delle persone con disturbi mentali gravi è frequentemente al di sotto il “minimo vitale”, ed è quindi a rischio di perdere l'alloggio, l'autonomia e di non poter partecipare alla vita sociale



L'approccio clinico riabilitativo

Riferimenti culturali per la cura delle persone con disturbi mentali

<u>Ospedale Psichiatrico</u>	<u>Servizi di Comunità</u>
Incurabilità, inguaribilità	Curabili, guaribili, recovery
Incomprensibilità	Comprensibilità
Pericolosità sociale (sempre presunta)	Pericolosità sociale non è un requisito
Irresponsabilità	Responsabilità
Pessimismo, nichilismo	Ottimismo moderato, positivo, fiducioso
Custodia e separazione dalla società	Cura, promozione dei diritti e inclusione sociale

In Emilia Romagna (DGR313/2009)

● Sistema di Comunità:

sostegno al reddito, politiche abitative, inserimenti lavorativi, assistenza domiciliare, promozione della salute, attività di prevenzione, integrazione socio sanitaria

● Sistema di Cura:

Dipartimenti di salute mentale dipendenze patologiche (neuropsichiatria infanzia e adolescenza, psichiatria, dipendenze)

Le cronicità

- Modelli innovativi per la gestione delle cronicità:
- Chronic care model
- Expanded chronic care model
- Kaiser Permanente's risk stratification model
- Patient Centered Medical Home.

Modelli innovativi

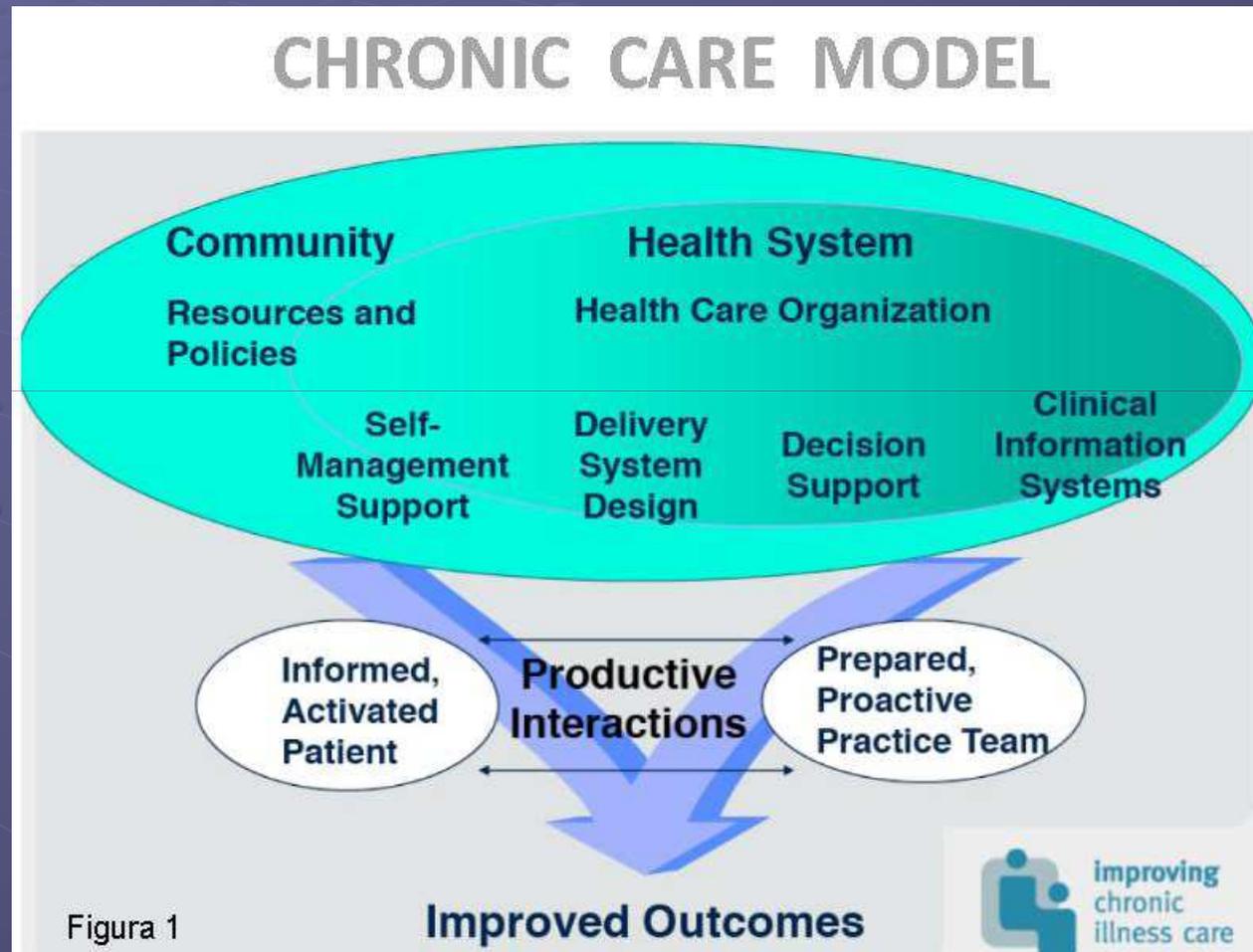


Figura 1

Modelli innovativi

National Health Service Social Care and Chronic Disease Management Model

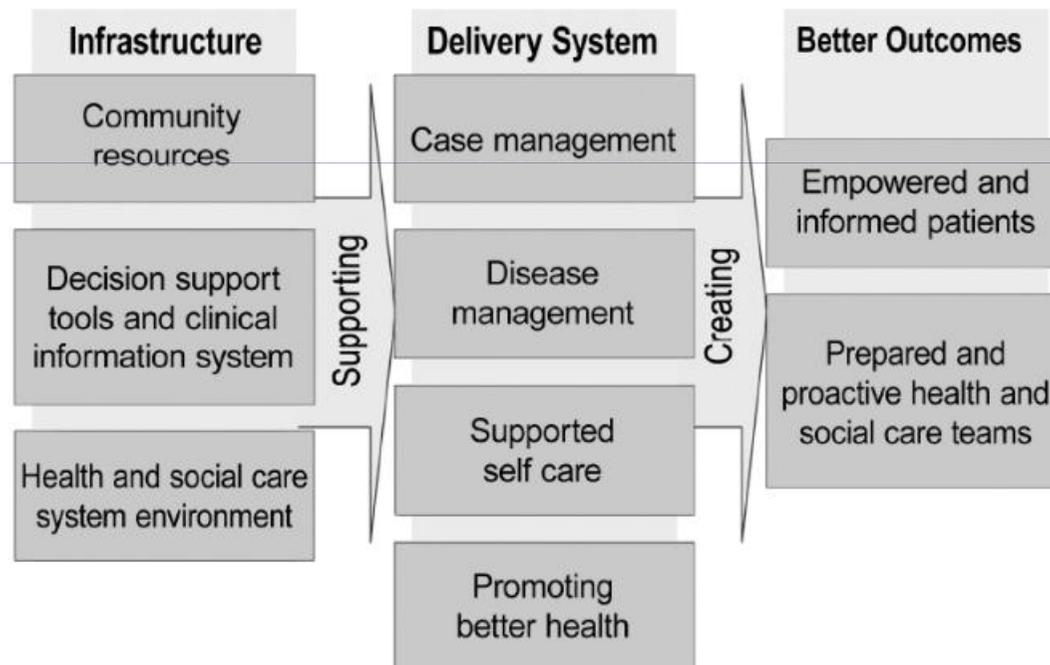


Figura 2

Modelli innovativi

EXPANDED CHRONIC CARE MODEL

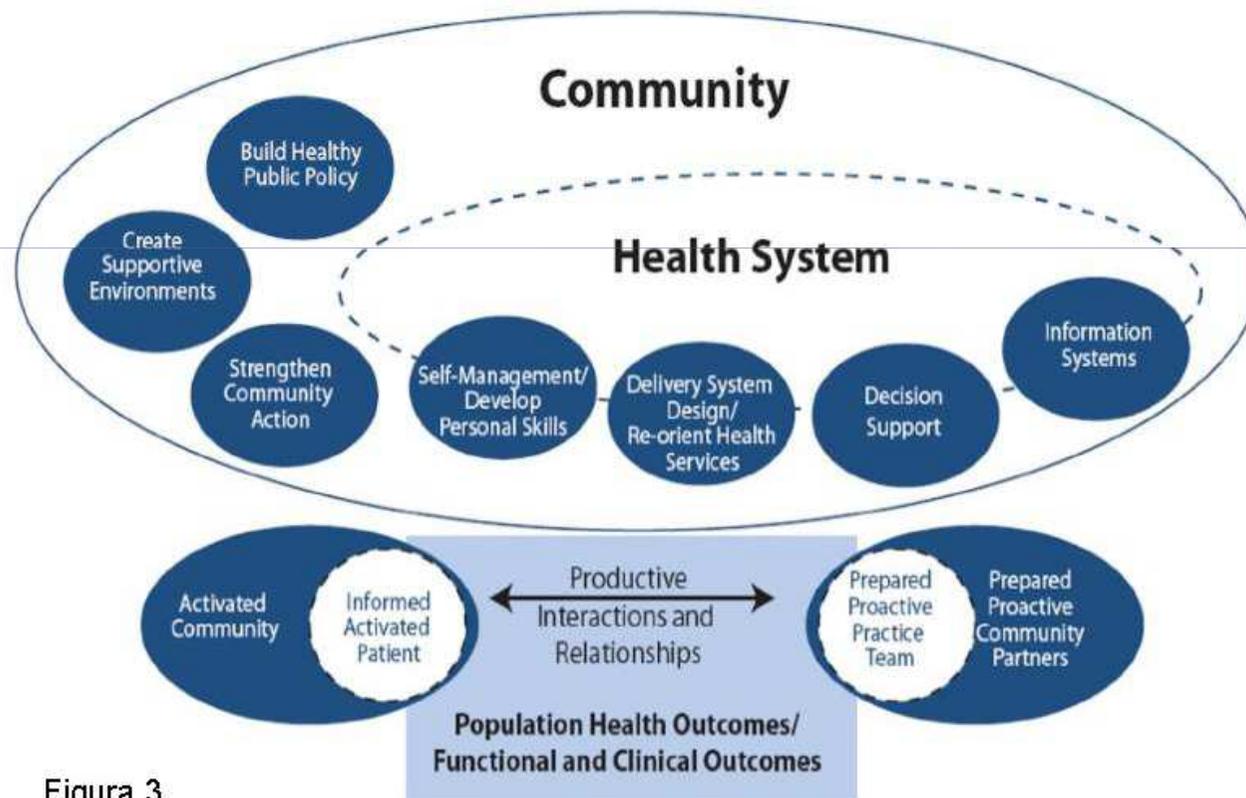


Figura 3

Modelli innovativi

Kaiser Permanente's risk stratification model

Deciding the right approach

It is important to have the information and knowledge to be able to carry out a risk-stratification on local populations to identify those who are most at-risk.

Level 3

As people develop more than one chronic condition (co-morbidities), their care becomes disproportionately more complex and difficult for them, or the health and social care system, to manage. This calls for case management – with a key worker (often a nurse) actively managing and joining up care for these people.

Level 2

Disease/care management, in which multidisciplinary teams provide high quality evidence based care to patients, is appropriate for the majority of people at this level. This means proactive management of care, following agreed protocols and pathways for managing specific diseases. It is underpinned by good information systems – patient registries, care planning, shared electronic health records.

Level 1

With the right support many people can learn to be active participants in their own care, living with and managing their conditions. This can help them to prevent complications, slow down deterioration, and avoid getting further conditions. The majority of people with chronic conditions fall into this category – so even small improvements can have a huge impact.

Population management

More than care and case management



Figura 4

Punti in comune ai modelli innovativi

- L'assistenza è focalizzata sui bisogni individuali della persona, nel suo specifico contesto sociale, investe sulle capacità di auto-gestione dei pazienti e dei caregivers e fa leva sulla partecipazione e l'attivazione comunitaria. La cura si basa sulla stratificazione dei rischi e su differenti livelli di intensità.

Punti in comune ai modelli innovativi

- Le cure primarie/territoriali sono il punto centrale dei processi assistenziali, fortemente collegati con il resto del sistema. Si basano su team multiprofessionali che puntano al miglioramento continuo.
- Passaggio da un'assistenza di attesa, “reattiva” ad una “proattiva”, “d’iniziativa”. Implica la presenza di sistemi informativi evoluti e l’utilizzo di linee guida in grado di tener conto delle diverse co-morbilità e complessità.

Prerequisiti

- La gestione delle cronicità, dove si ha la coesistenza di condizioni di salute e malattia-disabilità per periodi molto lunghi a volte l'intera vita, richiede modelli innovativi (“Chronic care model” e ulteriori sviluppi) ma ciò non pare sufficiente in quanto questi modelli non sempre sono applicabili.

Prerequisiti

- Il sistema pubblico si trova nella condizione di poter assistere ogni patologia cronica a domicilio
- Per questo sono necessarie alcune condizioni in assenza delle quali tutto diviene molto difficile o non realizzabile. Non sono tanto le patologie quanto la mancanza delle condizioni sociali e familiari (le famiglie assenti, le case inadeguate, assenza di un reddito ecc.) a dover essere oggetto del lavoro.

Prerequisiti

- In questo scenario gli operatori del welfare hanno a che fare non solo con le patologie
- Si tratta di vedere come ricreare relazioni “familiari”, sistemi di comunità, definire risorse, creare opportunità, fare fronte a povertà, promuovere accesso al lavoro e alla socialità.
- Senza questo le vie che si aprono sono l’istituzionalizzazione e/o l’abbandono



Il Budget di salute

Punti di riferimento per la cura comuni a tutti gli interventi

- La Persona
- La Patologia (disease) psichica e il “vissuto” della patologia (illness) e della salute
- La Salute fisica
- Il Funzionamento Psicosociale
- Le risorse personali, le aspettative e i rischi
- Il contesto di riferimento: famiglia, rete sociale, il contesto informale
- La Consapevolezza e l'Adesione alle cure
- Il Benessere soggettivo e la Soddisfazione
- Qualità della vita, filosofia della vita, spiritualità e mete esistenziali

Punti di riferimento

Concetto di **Recovery**:

Condurre una vita produttiva e soddisfacente anche in presenza delle limitazioni imposte dalla malattia mentale. E' lo sviluppo personale ed unico di nuovi significati e propositi man mano che le persone evolvono oltre la catastrofe della malattia mentale (Antony, 1993).

Capisaldi

- Compete alla persona la scelta rispetto al dove, come e con chi vivere
- Massima personalizzazione dell'intervento in modo che il programma di cura entri come parte nell'ambito del più ampio progetto di vita della persona.
- Nella propria casa o comunque se questo non risulta possibile in contesti dove si realizza la "dimensione" della casa

Effetti di comunità

- Ne consegue che il miglioramento e l'adattamento del patrimonio edilizio individuale può risultare strategico anche per la comunità in quanto consente di recuperare patrimoni prevenendone il degrado e l'abbandono, collocandoli in rete (anche mediante le nuove tecnologie digitali). Restare a casa vuol dire anche avere tempi, spazi e attività che diano/abbiano un senso alla/per la vita e alle aspirazioni della persona e l'aiutino a partecipare alla comunità.

Una visione unitaria

- Un'ottica complessiva e unitaria non vede le risorse come separate, quelle individuali da quelle pubbliche, a loro volta frammentate a seconda dell'erogatore. Redditi/pensioni/disponibilità economiche dovranno essere viste tutte al servizio della persona, in particolare del suo progetto di vita mentre quello di cura viene garantito dal servizio sanitario.

L'esperienza indica

- Nuovi strumenti possono:
- Prevenire l'istituzionalizzazione
- Sostenere e attivare le famiglie
- Valorizzare i contesti e recuperare il patrimonio edilizio
- Sviluppare reti sociali
- Dare impulso all'impresa sociale
- Riconvertire la Residenzialità

Prerequisito: il Welfare pubblico

- Strumenti innovativi quali budget di salute, voucher, housing first, co-housing, open dialogue, Individual Placement and Support (IPS), auto mutuo aiuto, facilitatori sociali, Utenti e familiari esperti (UFE), impresa sociale, vanno tutti pensati in modo unitario nello scenario del sistema del welfare pubblico, altrimenti rischiano di cambiare totalmente significato.

Welfare pubblico

- Una visione “antistituzionale” può facilitare la riconversione dell’intero sistema, compreso il privato, sociale e imprenditoriale, favorendo la diversificazione dei servizi a favore di quelli territoriali e con la finalità di mantenere le persone nel loro contesto di vita.

Welfare pubblico

- Soluzioni che da un lato siano più “universalistiche” (per tutti) e al contempo molto personalizzate, cioè che assicurino al soggetto, (e alla sua famiglia) portando a domicilio o in contesti scelti come luoghi di vita personali (e quindi gestiti secondo tempi ecc. decisi dal soggetto), le attività e le competenze specifiche per i tipi di patologie (nelle loro possibili comorbilità) e per il profilo di funzionamento.
- Il Budget di salute può essere lo strumento

Il Budget di salute

- E' costituito dall'insieme delle risorse economiche, professionali e umane, gli asset strutturali, il capitale sociale e relazionale personale, della famiglia e della comunità locale, necessari a promuovere contesti relazionali, familiari e sociali idonei a favorire una migliore inclusione sociale della persona

Il Budget di salute

- E' uno strumento organizzativo-gestionale per contribuire alla realizzazione di programmi di cura nell'ambito di progetti di vita personalizzati in grado di garantire l'esigibilità del diritto alla salute attraverso l'attivazione di interventi sociosanitari integrati ed è caratterizzato da un'elevata flessibilità.

Il Budget di salute

- Promuove il protagonismo dei cittadini/utenti, che si realizza nella co-costruzione dei singoli progetti personalizzati e si struttura nella definizione di un contratto;
- Attua il principio di sussidiarietà
- Considera centrale l'attenzione ai determinanti sociali della salute

Il Budget di salute

- Il Budget di salute opera in alcune aree fondamentali:
- apprendimento/espressività;
- formazione/lavoro;
- casa/habitat sociale;
- affettività/socialità.

Il Budget di Salute

- L'inclusione sociale e la ricostruzione dei diritti non come esito del programma di cura ma come premessa-parte dello stesso. Un ribaltamento della logica secondo la quale prima si cura e poi riabilita (dopo che tutti i processi invalidanti si sono realizzati) ma la inclusione i diritti sono premessa per evitare che la fragilità diventi disabilità / malattia.

Budget di salute

- Quindi si ha un'azione preventiva e coessenziale alla cura. Interventi sui determinanti che riguardano la persona (che non riesce da sola), la famiglia e la comunità.
- Il Budget di salute e i modelli innovativi per la Cronicità, consentono alla persona di restare nel proprio habitat (o in altro scelto dalla persona), premessa e obiettivo del lavoro di integrazione socio-sanitaria



Un cambio culturale e operativo

Riflessioni finali

- L'aspettativa di vita e la salute sono migliorate da politiche che affrontino i determinanti e le diseguaglianze
- Tutte le patologie croniche possono essere gestite a domicilio con modelli di cura innovativi a condizione che vi siano prerequisiti, in assenza dei quali si hanno spinte verso l'istituzionalizzazione e/o l'abbandono (con tutte le conseguenze negative)

Riflessione finali

- I prerequisiti sono alloggio, reddito, famiglia/care giver /chi si prende cura, comunità partecipi e accoglienti
- Occorre intervenire sui determinanti della salute a partire dalla persona, come risorsa, dal suo punto di vista e collocando il programma di cura innovativo co-costruito con la persona nell'ambito del suo progetto di vita

Riflessione finale

- Questo significa costruire una visione unitaria degli interventi, orientata agli obiettivi e agli esiti per la persona, la famiglia e il contesto sociale nella misura in cui si sviluppa capitale sociale, si attivano i contesti e l'impresa sociale.
- Un welfare pubblico universalistico, partecipato e generativo

Il sistema può essere inclusivo

- L'inclusione diviene premessa, diritto e obiettivo e non più esito del percorso.
- L'inclusione della diversità e della sofferenza diviene coessenziale all'intervento e quindi anche la modalità per evitare ogni forma di separatezza e segregazione. Questa risulta non solo inutile e dolorosa per chi la subisce ma anche molto pericolosa e costosa per chi la attua.

Per essere inclusivo

- Unire i diversi soggetti nella stessa vision e migliorare la competence, ridefinire l'allocazione delle risorse. Cambiare l'approccio e il metodo
- Piano per la riconversione della residenzialità
- Affrontare i casi più difficili e complessi
- Favorire l'empowerment e la recovery degli utenti. Comunità inclusive e solidali

Una nuova cultura

La scommessa è dimostrare, attraverso la concretezza delle pratiche, che curare e prendersi cura con strumenti innovativi delle persone considerate come risorse e protagoniste del loro progetto di vita, nel contesto da loro scelto come premessa, produce più salute, benessere e qualità della vita per il soggetto e al contempo una della comunità di quanto non avvenga attraverso offerte istituzionali.

Una nuova cultura

- Il Budget di salute come approccio e metodologia può essere utilizzato in tutti gli ambiti del welfare (universale) e integra tutti gli interventi (visione unitaria) a partire dalla persona.
- Collega il Programma di cura e il Progetto di vita
- Connette il sistema di cura con quello di Comunità

Per concludere...una domanda

“Per poter veramente affrontare la "malattia", dovremmo poterla incontrare fuori dalle istituzioni, intendendo con ciò non soltanto fuori dall'istituzione psichiatrica, ma fuori da ogni altra istituzione la cui funzione è quella di etichettare, codificare e fissare in ruoli congelati coloro che vi appartengono. Ma esiste veramente un fuori sul quale e dal quale si possa agire prima che le istituzioni ci distruggano?”

*Franco Basaglia, in "Il problema della gestione", in
L'istituzione negata, Einaudi 1968*

Per concludere...una risposta

- Riferito a Basaglia risponde Bruno Callieri:
“anche se la sua è una navigazione
difficile, merita di essere proseguita
coraggiosamente, come è stata
iniziata.” (1968)