

ANALISI PRELIMINARE DELLA CAPACITÀ DI RISPOSTA DEI DSM AL FABBISOGNO ASSISTENZIALE STIMATO

di Fabrizio Starace*

Introduzione

La più importante risorsa dei servizi diretti alla persona, ed in particolare nei servizi di salute mentale, è costituita dal capitale umano, ossia dalla consistenza numerica, tecnica, motivazionale e relazionale degli operatori impegnati nei servizi stessi.

Molto si è detto sulle competenze tecniche e sulle strategie più efficaci per tenerle sempre aggiornate e coerenti con le migliori evidenze. Scarsa attenzione è stata finora dedicata al dato quantitativo, alla consistenza numerica delle equipe di lavoro nei Dipartimenti di Salute Mentale. I rari standard di riferimento reperibili nelle normative regionali sono puntualmente disattesi, anche quando attengono a criteri per l'accreditamento dei servizi.

Essendovi una stretta correlazione tra la consistenza numerica del personale in servizio e la capacità assistenziale che i servizi esprimono (al netto naturalmente delle caratteristiche "naturali" delle reti sociali e di sostegno non psichiatriche esistenti sui territori) è possibile assumere che questa estrema flessibilità costituisca una strategia non esplicita di governo della domanda. In altri termini, la riduzione del personale determina una selezione a maglie sempre più strette dei bisogni che saranno "presi in carico" dai servizi pubblici, con il conseguente dirottamento di una quota sempre più rilevante di utenza a strutture e professionisti privati. Anche le caratteristiche dell'intervento assumeranno dimensioni e tempi sempre più limitati, nel maldestro tentativo di traslare alla Salute Mentale di Comunità un'aspirazione turbo-prestazionale di stampo vetero-fordista, e privilegiando approcci fondati sulla polarità "visita ambulatoriale-ricovero" che riconoscono nel farmaco lo strumento d'azione privilegiato.

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

Sono stati presi in considerazione solo i servizi di Salute Mentale Adulti, indipendentemente dalla configurazione organizzativa e dal vario grado di integrazione con le Dipendenze Patologiche e la Neuropsichiatria Infantile e Adolescenziale che i DSM hanno assunto nelle diverse Regioni.

La base dati è costituita dalle informazioni ricavate dal Sistema Informativo Salute Mentale (SISM) relative all'anno 2016, ultimo disponibile.

Il "fabbisogno assistenziale"

Per quantificare il fabbisogno abbiamo utilizzato come proxy dell'intensità assistenziale teorica i raggruppamenti diagnostici forniti dal SISM 2016, collocandoli come segue in uno dei tre modelli-clinico organizzativi definiti nel Piano Di Azioni Nazionale Salute Mentale (PANSM, Ministero della Salute, 2013) per differenziare l'offerta in rapporto alla complessità dei bisogni dell'utenza.

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

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

- collaborazione/consulenza:** per questa modalità si calcola un tempo medio di assistenza da parte della dirigenza sanitaria (medici e psicologi) pari a 1-2 h all'anno.
- assunzione in cura:** per questa modalità si calcola un tempo medio di assistenza da parte della dirigenza sanitaria (medici e psicologi) pari a 1 h al mese
- presa in carico:** per questa modalità si calcola un tempo medio di assistenza da parte della dirigenza sanitaria (medici e psicologi) pari a 3 h al mese.

Riportando le quantificazioni così definite al numero di utenti assegnati ai tre modelli clinico-assistenziali, si stima un **fabbisogno assistenziale / mese** a livello nazionale pari a **1.220.239 h** (27.955 h per l'utenza consulenziale, 362.814 h per l'utenza in cura e 829.470 h per l'utenza in carico).

La "capacità assistenziale"

Secondo il Rapporto Salute Mentale del Ministero Salute, nel 2016 il numero complessivo di medici nei DSM italiani era 5.870; gli psicologi erano invece 2.115. Calcolando che l'80% dei medici sia impegnato nei servizi territoriali (il restante 20% si assume assegnato ai SPDC e alle strutture residenziali e comunitarie a gestione diretta) e considerando che il 50% degli psicologi operi nei servizi ad erogazione diretta del DSM, si ottiene per la dirigenza sanitaria un numero complessivo di 5.754 operatori (4.696 medici e 1.058 psicologi).

L'orario di lavoro mensile di un dirigente medico è pari a 165 h. Al netto di ferie (20 h), guardie in SPDC (12 h), turni territoriali (5 h), formazione ECM (5 h), riunioni d'equipe (2 h / settimana = 8 h), si stima un impegno effettivo nell'assistenza territoriale pari a 115 h / mese. Applicando gli stessi calcoli ai dirigenti psicologi, si stima un tempo di assistenza mensile pari a 130 h (non sono presenti guardie e turni territoriali, ma 2 ore / mese in più di attività indirette).

Complessivamente, si stima una **capacità assistenziale / mese di 677.580 h**.

E' possibile dunque affermare che I DSM SONO IN GRADO DI RISPONDERE CORRETTAMENTE A SOLO IL 55,6% DEL FABBISOGNO ASSISTENZIALE STIMATO.

Le implicazioni sulla qualità e la sicurezza delle cure

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

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

In conclusione, l'analisi in corso pone seri interrogativi circa la reale possibilità, da parte di psichiatri e psicologi operanti nei DSM italiani, di erogare cure di qualità, in linea con le migliori evidenze e le più diffuse Linee Guida. Questo mal si coniuga con il dettato dell'art.5 della Legge 24/2017 in materia di responsabilità professionale, laddove prevede che i professionisti si attengano "alle raccomandazioni previste dalle linee guida pubblicate ai sensi del comma 3 ed elaborate da enti e istituzioni pubblici e privati nonché dalle società scientifiche". Ciò che appare intollerabilmente carente, considerato il rapporto tra fabbisogno e capacità assistenziale è la variabile indipendente TEMPO, che non sembra suscettibile ad espandersi con modalità tendenti all'infinito, come invece lascerebbe intendere l'accumularsi di attività comprese in raccomandazioni e derivanti da obblighi normativi, AD INVARIANZA DI RISORSE UMANE.

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

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

**Fabrizio Starace è Direttore del DSMDP dell'AUSL di Modena, Presidente della Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica e componente del Consiglio Superiore di Sanità*

Hanno collaborato allo studio: G. Gibertoni, R. Rossi, F. Baccari