

Tavolo di lavoro tecnico sulla Salute Mentale



GRUPPO 2

Coordinatori

Maurizio Mandolini & Enrico Zanalda

Cristina Brandolin, Rossella Chiriano, Marinella Cornacchia,
Antonella Costantino, Massimo Di Giannantonio, Rocco
Farruggia, Pierfranco Maffè, Angelo Picardi, Massimo Rosa,
Lina Tali Mattioli Corona, Gisella Trincas

Mandato del gruppo di lavoro

- Approfondire, alla luce dei dati del Sistema Informativo Salute Mentale, l'esistenza di eventuali criticità nei Servizi territoriali ed elaborare proposte per il loro superamento e per l'ottimizzazione della rete dei servizi, attraverso il loro potenziamento.
- Proporre azioni operative e normative per favorire l'attuazione dei più appropriati modelli di intervento per la diagnosi, la cura e la riabilitazione psicosociale dei portatori di disagio psichico, finalizzati alla riduzione dei Trattamenti Sanitari Obbligatorii (TSO) e volontari, la contenzione meccanica e quella farmacologica/chimica.

Modalità di lavoro

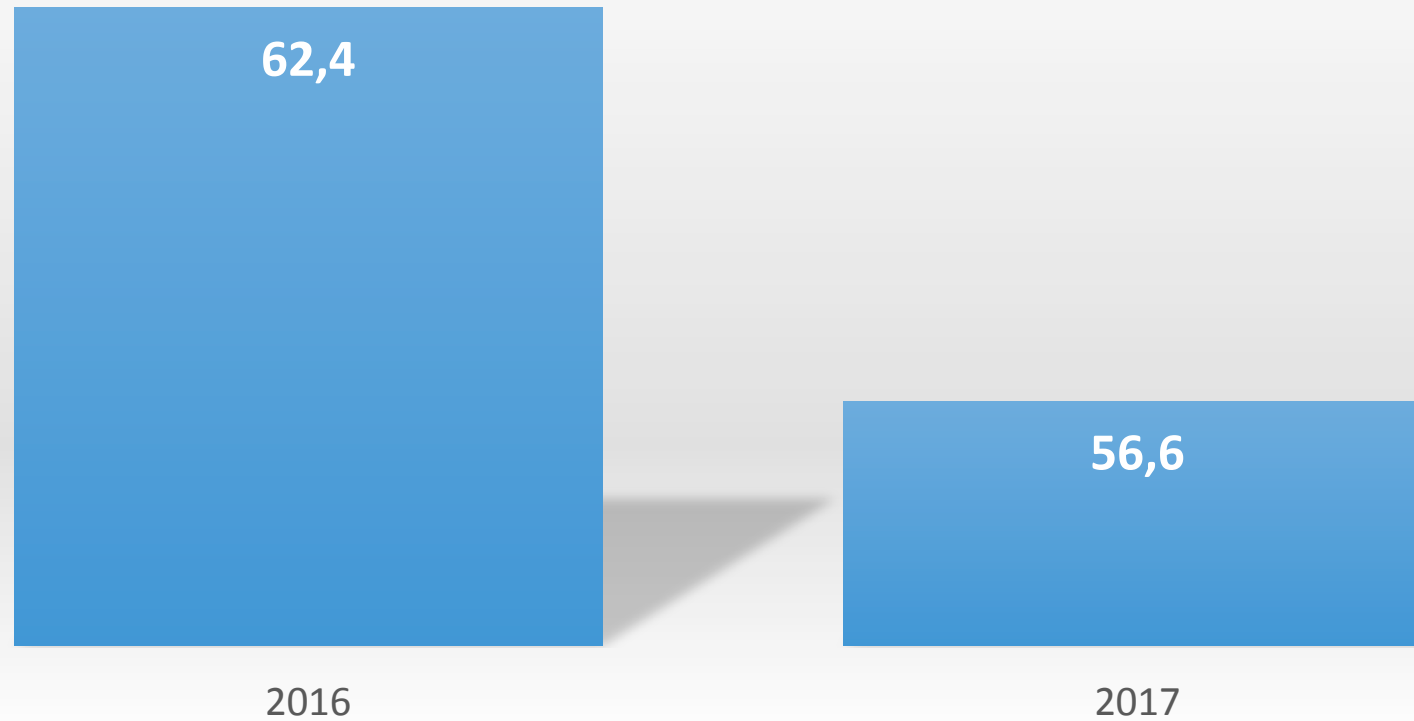
- Proposta ai componenti del gruppo una traccia comune per l'analisi e l'elaborazione del contributo;
- Creato spazio di condivisione virtuale (*dropbox*) in cui inserire e nel contempo poter attingere ai documenti ed ai materiali messi a disposizione;
- Elaborazione di una “bozza” di documento di sintesi da parte dei componenti con funzione di capofila;
- Condivisione ed integrazione del documento da parte del gruppo;
- Trasmissione documento definitivo.

I) Argomenti evidenziati dai partecipanti

1. Personale
2. Attività ospedaliera
3. Attività territoriale
4. Residenze per Esecuzione Misure di Sicurezza (REMS)
5. Prescrizioni farmacologiche
6. Finanziamento
7. Sistema informatico salute mentale (SISM)

1. Personale DSM

Personale dipendente nel DSM - dato nazionale
(Tasso * 10.000 abitanti)



Personale DSM

Depauperamento del personale
(Psichiatri, Psicologi e Infermieri)

Rischio di burn-out dei professionisti,
assenze per malattia, infortuni, conflitti
di setting, demotivazione e messa in
atto di strategie di evitamento

Ridotta apertura oraria dei Servizi:
In poche Regioni i Servizi sono aperti
per 12h al giorno per 5 giorni alla
settimana più il sabato mattina

Diminuzione delle prestazioni con rischio di
inefficienza

Da 11.860.073 prestazioni nel 2016 a 11.474.311
prestazioni nel 2017

Interventi in sede passano dal 77,6% nel 2016 al
78,1% nel 2017



Personale DSM



Aumento dell'utenza:
Da 807.035 nel 2016 a 851.189 nel 2017

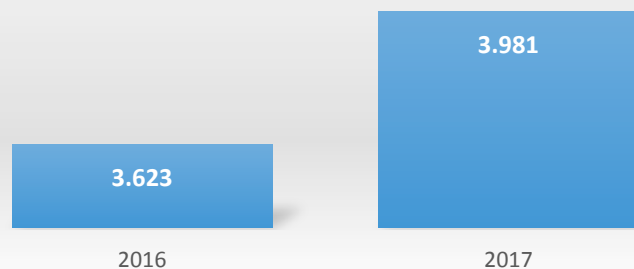
Aumento della complessità dell'utenza:
autori di reato, autismo, ADHD, DCA,
doppia diagnosi, migrati,
invecchiamento e complicanze
internistiche

Difficoltà garantire la corretta erogazione
dei Percorsi Diagnostico Terapeutico
Assistenziali

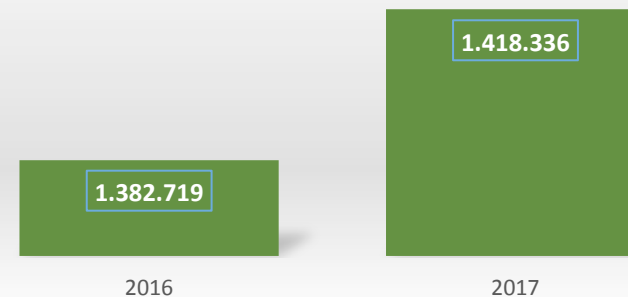
Difficoltà dei Servizi Sanitari a
intercettare la morbidità
psichiatrica all'esordio.

2. Attività ospedaliera: SPDC

Numero posti letto SPDC per ricoveri ordinari



Giornate di degenza ospedaliera



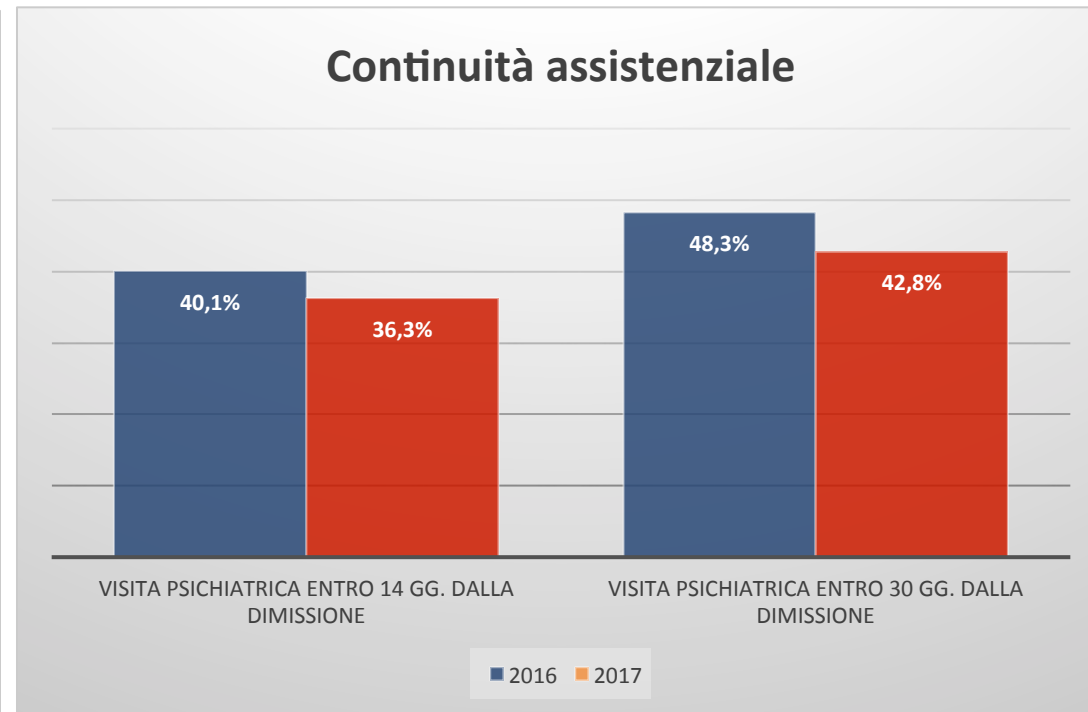
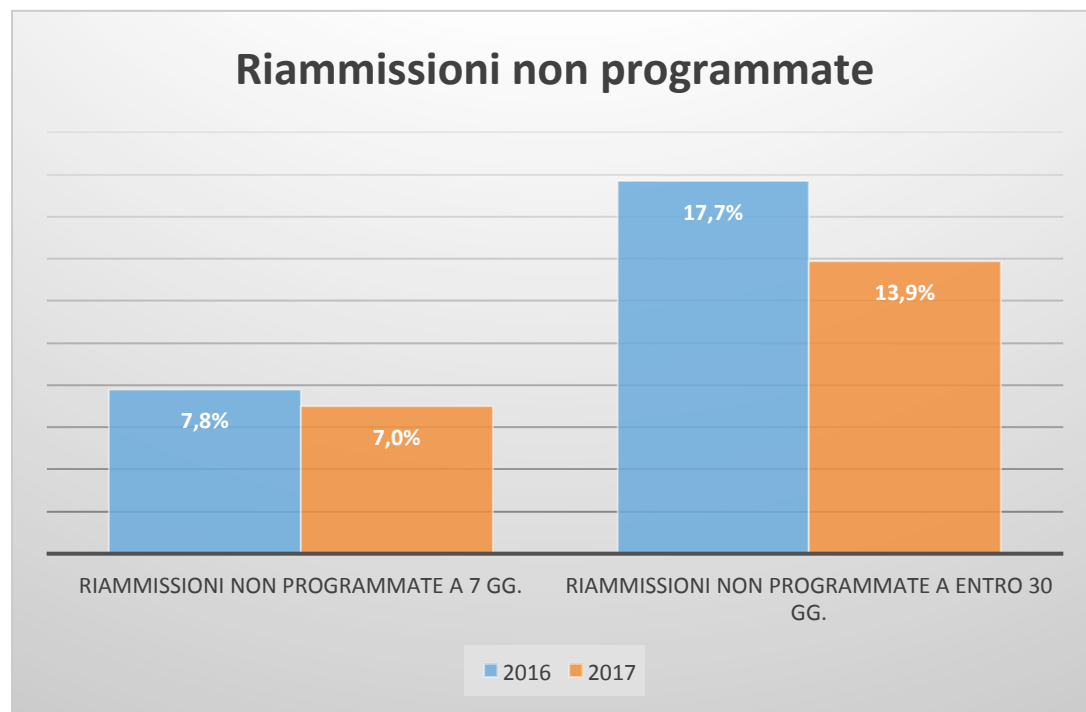
Numero delle dimissioni dalle strutture psichiatriche ospedaliere pubbliche e private



Degenza media ospedaliera



Attività ospedaliera: riammissioni e continuità assistenziale



I dati riflettono:

Il contenimento dei periodi di degenza potrebbe influire sulle riammissioni
Migliorabile la continuità territoriale (88% viene visto entro 1 mese)

Attività ospedaliera: TSO

Il dato rispecchia il reale numero dei TSO?

TSO
(tasso * 10.000 abitanti)



Il dato è sottostimato di circa il 40% rispetto a quello Progres, probabilmente per l'utilizzo delle SDO come fonte di dati.

Attività ospedaliera: contenzioni

Monitoraggi regionali in Emilia Romagna e Lombardia

La contenzione può essere strutturale, meccanica, fisica o chimica; a seconda della obbligatorietà può essere classificata come terapeutica/obbligatoria, necessitata o illecita

E' una situazione estremamente rischiosa, che si attua solo per lo stato di necessità e conseguentemente per il tempo in cui è strettamente necessaria

Non è un problema solo della psichiatria e va affrontato per tutta la medicina

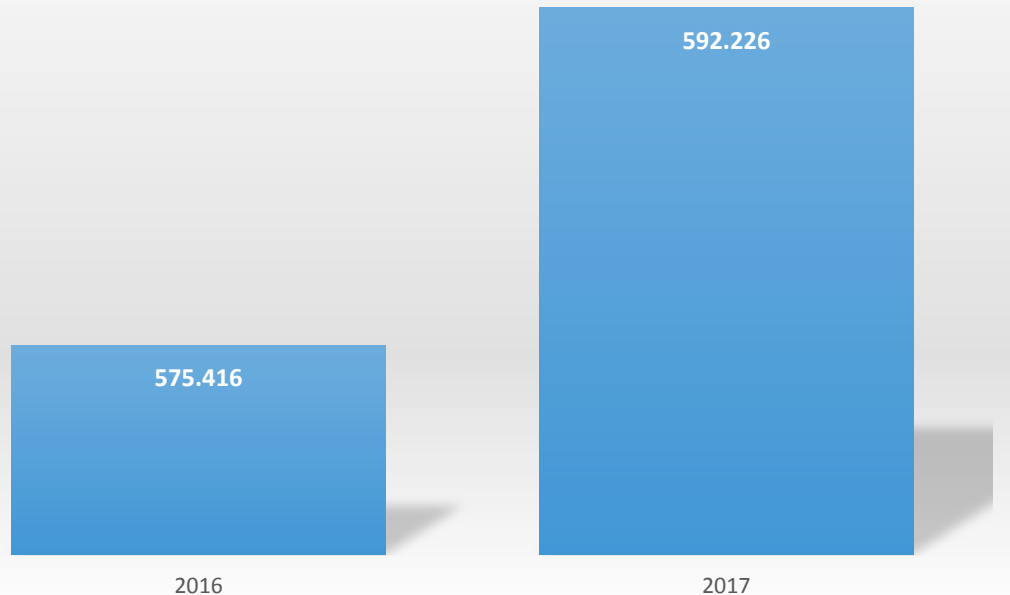
Esiste un 5% dei reparti SPDC che si dichiarano "no restraint"

Gli altri SPDC dovrebbero rispettare il documento della conferenza delle regioni:
"Psichiatria: contenzione fisica, una strategia per la prevenzione, 29/07/2010"

Proposta di estensione del monitoraggio alle altre regioni, valutare implementazione delle azioni di prevenzione previste nel documento e le strategie ospedaliere per tutta la medicina: no a leggi speciali per la psichiatria

Attività ospedaliera: accessi in Pronto Soccorso

Accessi in Pronto Soccorso per patologie psichiatriche sono stabilmente il **2,8%**



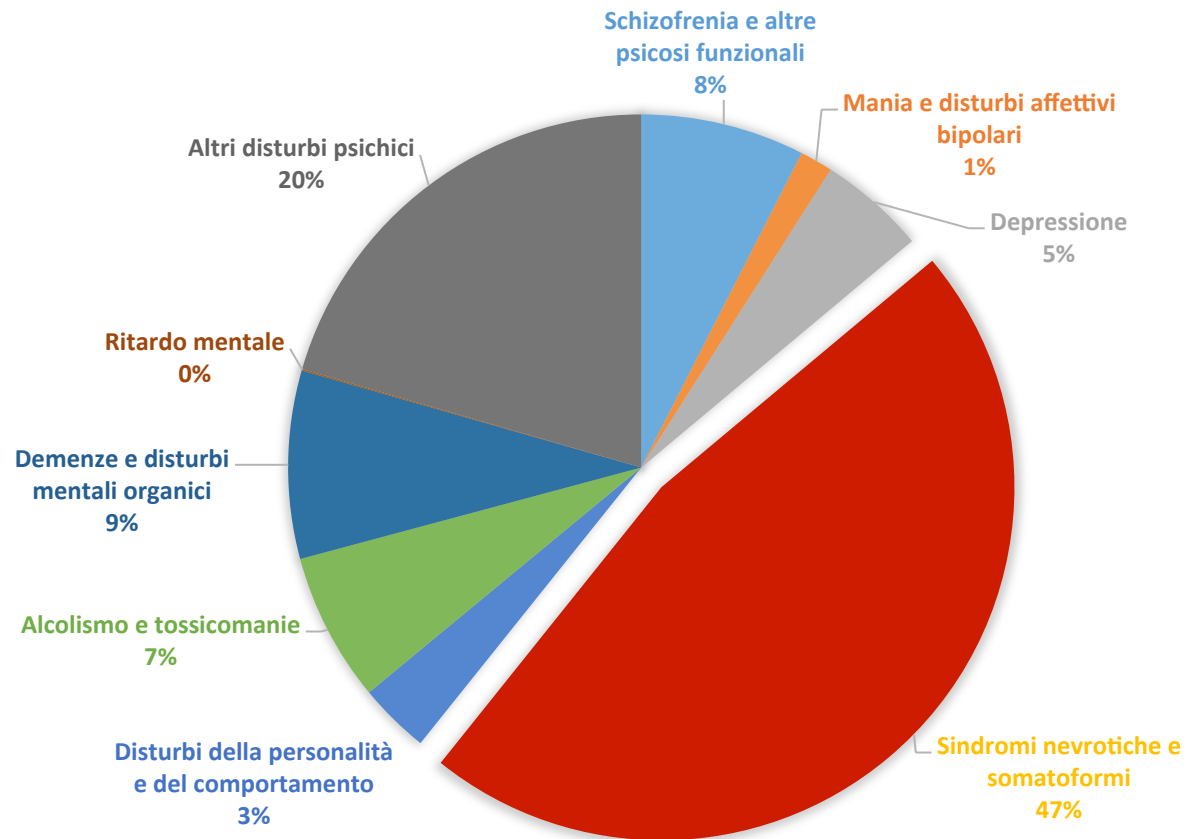
Nel 2017 il 13,2% degli accessi in PS esitano in ricovero, mentre il 74,5% esita al domicilio

Stigma che accompagna l'immaginario collettivo nel rivolgersi ai Servizi di psichiatria

Domanda **di visite psichiatriche considerate come «improprie»** dell'area dipendenze, psicogeriatrica e neuropsichiatria infantile

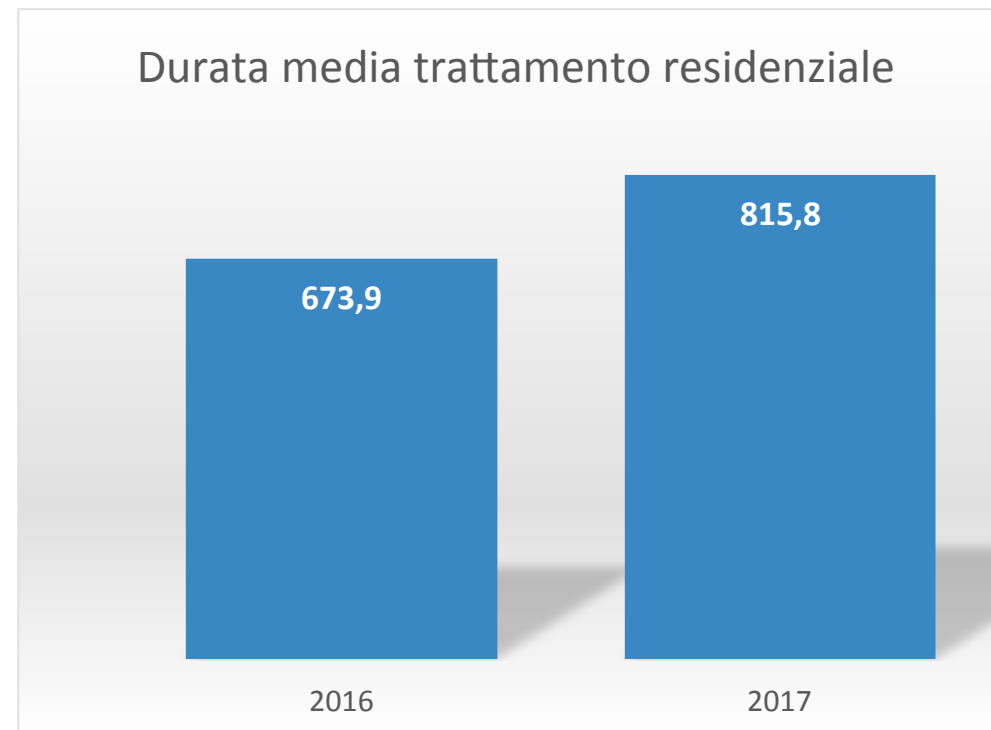
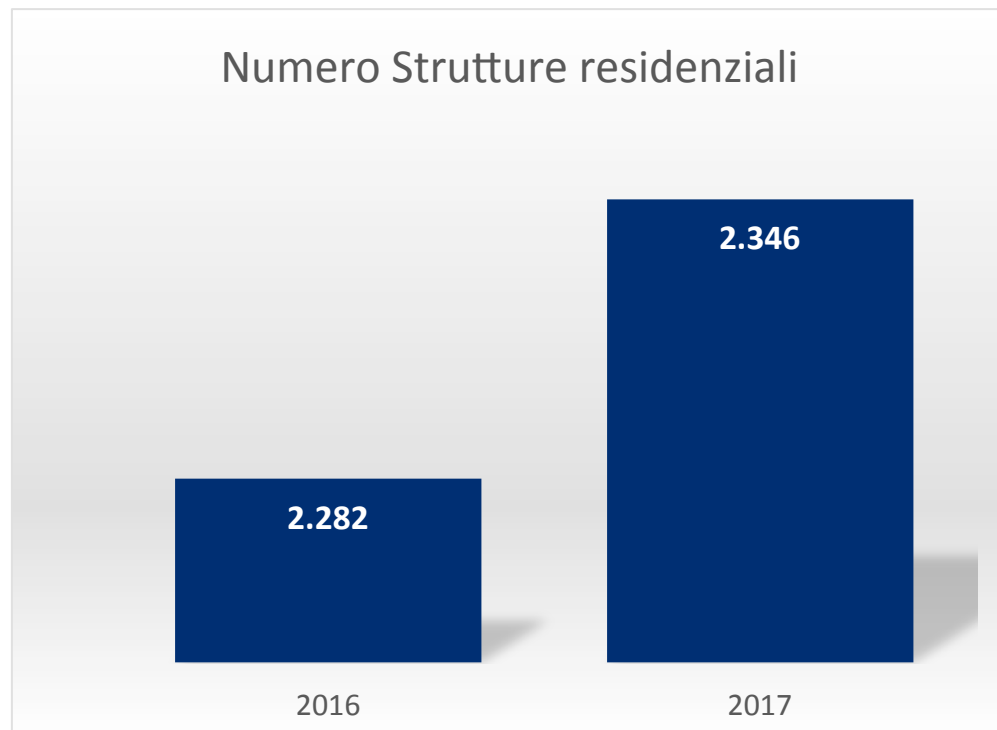
Attività ospedaliera: accessi in Pronto Soccorso

Accessi Pronto Soccorso per diagnosi psichiatrica nel 2017



Il 47% degli accessi in Pronto Soccorso sono per Sindromi nevrotiche o somatoformi, evidenziando la criticità della medicina generale e delle altre risposte territoriali

3. Inserimenti residenziali



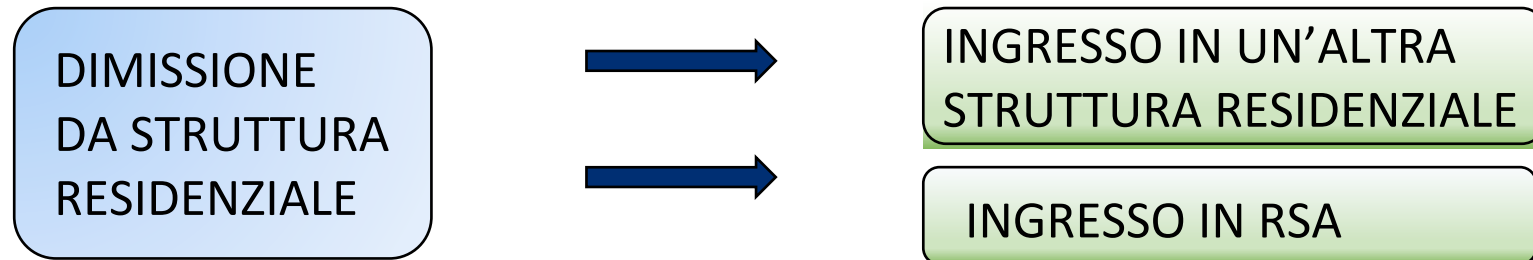
L'aumento delle giornate medie di trattamento evidenzia un'aumentata inerzia dei servizi territoriali.

Inserimenti residenziali



La dimissione da una struttura residenziale avviene raramente verso una sistemazione di vita indipendente.

PERCORSI PIU' COMUNI

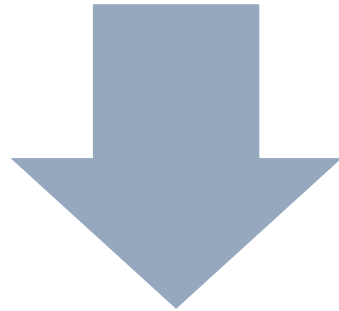


Strutture semiresidenziali



Incremento del numero delle strutture semiresidenziali

Nel 2016 sono 898 e nel 2017 aumentano a 908



Riduzione degli accessi e delle persone che vi accedono

Nel 2016 1.7882.966 accessi per 28.239 persone e nel 2017 1.582.966 accessi per 27.600 persone

Proposte

- Definire rapporti DSM, SC e SS/popolazione per le strutture territoriali
- Individuare standard minimi per composizione e numerosità delle equipe delle strutture del CSM obiettivo recovery (pratiche EBM)
- Integrare nei distretti la residenzialità sociosanitaria (SRP3)
- Supportare le azioni del PANSM (obblighi LEA?)
- Monitoraggio TSO e contenzioni a livello regionale (SDO e altre fonti)
- Verifica attraverso SISM indicatori PDTA AGENAS/GISM

4. Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza

OPG $\neq$ REMS

Ruolo di custodia vs Ruolo terapeutico



Le REMS sono parte di un percorso di trattamento da attuarsi con i pazienti che hanno l'indicazione clinica a farlo, trattandosi di strutture sanitarie.



Il processo di trattamento coinvolge sia l'ambito giudiziario sia l'ambito sanitario: questa dicotomia di competenze e visioni del problema ha determinato una situazione di difficoltà per tutti, soprattutto per gli operatori del DSM che si vedono costretti a ottemperare a ordinanze giuridiche che mettono a rischio il diritto alle cure degli operatori e dei pazienti senza limitazioni della libertà personale.

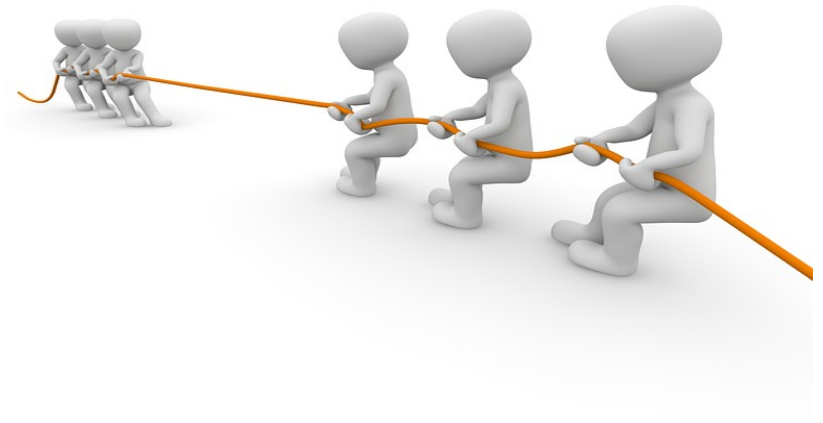


Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS)

- a) Vi è la tendenza a ri-attribuire alla psichiatria il ruolo di controllo sociale
- b) La permanenza del “doppio binario”: penale vs sanitario impedisce una reale integrazione
- c) Non utilizzare le strutture psichiatriche come “svuota carcere”
- d) I posti nelle REMS Regionali sono circa un terzo di quelli che erano in OPG/CCC
- e) Mancanza di dialogo tra Magistratura e personale sanitario
- f) Infermità mentale non corrisponde alle sole patologie psichiatriche
- g) Mancanza di comunicazione tra periti e personale dei servizi territoriali delle ASL
- h) Complessità e pluralità delle motivazioni del comportamento delittuoso
- i) Reali possibilità di trattamento dei singoli pazienti autori di reato

Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS)

Problematici rapporti tra **Autorità Giudiziaria** e **DSM** per un eccesso di assegnazione alle REMS e invio diretto dal carcere di soggetti senza vizio di mente



PERICOLOSITA' SOCIALE vs BISOGNO DI CURA



Il problema delle **liste d'attesa** si risolve non aumentando i posti nelle REMS ma selezionando meglio i pazienti

La pericolosità sociale rimane come retaggio di un concetto superato della malattia mentale che con la L 180/1978 aveva escluso i ricoveri per «pericoloso a sé o agli altri....»

Proposte

- a) Revisione del Codice Penale?
- b) Necessario migliorare l'assistenza nei luoghi di detenzione
- c) Intercettare precocemente il disturbo e investire nei percorsi di cura
- d) Selezionare la popolazione che può giovare dei percorsi di cura
- e) Collaborazione tra Magistratura e personale sanitario (TAVOLI)
- f) Unità Forensi trasversali ai servizi territoriali (DSM, SerD, Distretto)
- g) Finanziamenti dedicati per non penalizzare altri pazienti

5. Prescrizioni farmacologiche

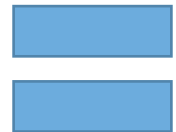


Aumento del consumo dei farmaci **Antidepressivi**

Nel 2017 le confezioni acquistate sono 35 milioni



La diffusione di questi farmaci è da attribuire solo in parte alla psichiatria poiché vengono prescritti sovente da altri specialisti e in situazioni di perdita della salute in quanto migliorano l'aderenza ai trattamenti e la prognosi dei pazienti cronici



Stabile il consumo di
Antipsicotici e Sali di Litio

I farmaci antipsicotici vengono prescritti a pazienti con scarsa consapevolezza di malattia e sono la premessa per i trattamenti psicosociali

Interessante conoscere la diffusione dell'uso della **Clozapina** e degli antipsicotici di seconda generazione in particolare nella forma **Long Acting Injectable (LAI)** meno utilizzati in Italia che in Europa



6. Finanziamento

L'Italia spende per la Salute mentale il 3,30% del PIL (dato OECD del 2018) collocandosi nella fascia dei Paesi che meno investono nella Salute Mentale

- Indisponibilità di nuove forme di finanziamento, partecipazione al Budget di salute;
- La Salute Mentale risulta assente in molti Piani di Zona territoriali;
- Le Amministrazioni regionali non riconoscono come LEA progetti territoriali e domiciliari;
- Scarsa interlocuzione degli operatori e degli stakeholder con i decisori Regionali;
- Compartecipazione delle famiglie (a seconda del livello ISEE familiare) alle spese sociali per gli inserimenti nelle Strutture a lunga assistenza (60%);
- Presenza del Terzo settore per sopperire e /o stimolare le Istituzioni sulle criticità



7. Sistema Informatico Salute Mentale (SISM)



Analisi organica dei dati relativi all'offerta territoriale, ospedaliera e residenziale dei DMS

Evidenzia i punti di forza e di debolezza in ciascuna Regione

Rileva le criticità da affrontare da parte di chi definisce le politiche sanitarie

- Personale Regione Veneto: l'incremento di infermieri ed OSS nel 2017 è dovuto al personale che opera in strutture residenziali e semiresidenziali private;
- Residenzialità Piemonte: oltre il 10% dei posti letto in Piemonte non è occupato e un altro 11% è occupato da pazienti inseriti da altre Regioni.
- Rilevare i determinanti della Salute Mentale e le diseguaglianze di salute che caratterizzano le diverse realtà Regionali e locali;
- Mappare e «pesare» le azioni e gli interventi dell'integrazione socio-sanitaria;
- Difficoltà a reperire nel rapporto SISM dati ed indicatori "socio-sanitari"

II. Parte Integrazione socio sanitaria

Aspetti rilevati dai partecipanti

- GESTIONE DEI LEA
- APPROPRIATEZZA DEGLI INTERVENTI
- PARTECIPAZIONE
- BUONE PRATICHE



Erogazione dei LEA



Criticità

- **Esistono gravi disomogeneità nell'erogazione dei LEA in salute mentale e nel raggiungimento di standard di qualità confrontabili nelle varie realtà regionali.** Questo si evince anche dai report annuali del Servizio Informatico salute Mentale (SISM) pubblicati dal Ministero della Salute.
- La notevole eterogeneità a livello Regionale relativamente alle prestazioni erogate ed al personale addetto, pone in evidenza il **problema della disparità di trattamento e di accesso agli interventi per le persone con problemi di salute mentale e per le loro famiglie.**

Erogazione dei LEA

Proposte

- Necessaria definizione di **standard di personale omogenei sul territorio nazionale e la dotazione delle risorse necessarie a garantire gli interventi previsti** dalla normativa.
- **Integrazione di almeno due criteri di monitoraggio sulla Salute mentale negli obiettivi LEA regionali a partire dal 2019.**
- Applicazione del nuovo sistema di garanzia per i Livelli Essenziali di Assistenza (Intesa Stato Regioni 236/2018), inserendo **uno specifico set di indicatori per la salute mentale in particolare per l'assistenza territoriale** (oggi del tutto carenti) e per le persone più a rischio di abbandono (adolescenti e giovani adulti, senza lavoro, migranti, persone private della libertà personale, ...) (Conferenza nazionale Salute Mentale 2019).

Appropriatezza degli interventi

Criticità

- Le associazioni dei familiari richiedono **maggiori investimenti, maggiore accessibilità e maggiore collaborazione tra i diversi servizi pubblici** al fine di garantire l'effettiva presa in carico dei loro cari.
- Ogni utente, secondo i flussi registrati dal Sistema Informativo Salute Mentale (SISM), **riceve in media una prestazione e mezza al mese**: con questi numeri diviene **impossibile raggiungere quegli obiettivi di “recovery” descritti nella letteratura internazionale** con interventi basati sulle evidenze, forniti il più possibile all'esordio della patologia e personalizzati alle caratteristiche del paziente.
- Le associazioni denunciano, inoltre, la presenza di **Interventi sporadici ed estemporanei ai quali i cittadini con problemi di salute mentale e le loro famiglie “si devono adeguare”** in mancanza di altre proposte più appropriate e rispondenti alle reali esigenze delle persone.
- **La carenza di informazioni disponibili e confrontabili** sulle attività riabilitative finalizzate all'inclusione sociale, lavorativa e sulle azioni/interventi mirati alla lotta allo stigma, **non favorisce una verifica sulla qualità ed efficacia garantita.**

Appropriatezza degli interventi

Proposte

- **Garantire politiche e programmi di intervento rispondenti alle reali esigenze delle persone con problemi di salute mentale e delle loro famiglie** che tengano conto, inoltre, dell'attuale contesto sociale ed economico di riferimento.
- A fronte delle esigenze espresse dai familiari:
 - favorire con precise misure modelli organizzativi di servizi di prossimità, Centri di Salute Mentale con ambiti territoriali di piccola scala, fortemente radicati nelle comunità - aperti almeno 12 ore al giorno e fino a 24 ore, 7 giorni su 7 - **ad alta integrazione con i servizi sociali e sanitari, per promuovere inclusione e cittadinanza;**
 - incentivare la riallocazione delle **risorse dalla residenzialità di lungo periodo verso la domiciliarità, attraverso progetti di cura personalizzati** sostenuti dal budget di salute;
 - potenziare **interventi finalizzati all'autonomia** (abitare assistito in civile abitazione, interventi domiciliari), **all'integrazione lavorativa** (interventi formativi ed inserimenti lavorativi), **all'inclusione sociale e lotta allo stigma** (interventi/azioni a carattere ludico/ricreativo e culturale).

Partecipazione



Criticità

Da più parti viene segnalata una **perdita di interlocuzione da parte di operatori e stakeholder con le figure e gli organismi con potere decisionale**: scarsa possibilità di partecipazione ai processi decisionali, al monitoraggio di qualità ed esiti, da parte di soggetti diversi dai DSM, come associazioni di utenti e familiari, privato sociale, agenzie formative, sindacati etc...

Partecipazione



Proposte

- **Garantire** ad ogni livello istituzionale la costituzione di spazi e strumenti che consentano la partecipazione effettiva dei diversi portatori di interesse, in primo luogo delle persone che utilizzano i servizi ed i loro familiari (consulte per la salute mentale, tavoli tematici e di co-progettazione degli interventi territoriali etc..).
- **Garantire** raccordo tra gli organismi consultivi costituiti a livello regionale ed a livello locale, in modo da favorire attività maggiormente coordinate ed efficaci.

Buone pratiche a livello locale



Punti di forza

- Segnalata la **presenza a livello regionale/locale di esperienze significative**, da approfondire e verificare in termini di efficacia ed efficienza, ipotizzando possibili sperimentazioni in altri contesti territoriali.
- Durante l'ultima Conferenza Nazionale sulla Salute Mentale, è stata riconosciuta a livello locale l'esistenza di numerose **esperienze positive**, realizzate nei Servizi di Salute mentale, nelle associazioni, nella cooperazione sociale e nelle comunità locali. I territori, pur in presenza di risorse insufficienti, hanno dimostrato la capacità di progettare e realizzare servizi ed interventi in ambito sociale e socio sanitario, che favoriscono la permanenza delle persone nel proprio ambiente di vita.

Buone pratiche a livello locale

Proposte

- **Valorizzare e raccordare i programmi/attività già in essere** in ambito sanitario, sociale, formazione/lavoro e del privato sociale.
- **Valorizzare le buone pratiche esistenti a livello locale**, favorendo il confronto, l'accreditamento tra pari e forme di collaborazione.
- Prevedere a livello nazionale e regionale **finanziamenti per la realizzazione di interventi integrati** con l'impiego congiunto di risorse sanitarie, sociali, FSE ets..
- Elaborare criteri di accesso ai finanziamenti che favoriscano l'adozione di **modalità di co-progettazione integrata** (interistituzionale, multi professionale e con il coinvolgimento dei portatori di interesse del territorio di riferimento) **ed inclusiva** (partecipazione dei pazienti dei DSM e loro familiari, in una logica di *empowerment* nonché delle associazioni che li rappresentano).