

# Come cambiano i DSM in una società che cambia

## Autore

Giuseppe Ducci, DSM ASL Roma 1

---

## Argomenti

Lo scenario istituzionale: il Rapporto salute Mentale, la Carta della salute, la lettera appello della SIEP

I nuovi paradigmi clinici e epidemiologici

I nuovi paradigmi organizzativi

Appropriatezza e sostenibilità

Il DSM che verrà

## ANDAMENTO DEI COSTI DEGLI INSERIMENTI IN SRTR E PROGETTI PERSONALIZZATI DISTINTI PER DIFFERENTE TIPO D'INVIO (ex ASL Roma E)

Carta della Salute Mentale

1. Garanzie sull'applicazione dei LEA riguardanti l'assistenza psichiatrica in tutta Italia
2. Realizzazione di un nuovo Progetto obiettivo vincolante per le Regioni
3. Stanziamento di un fondo destinato all'assistenza psichiatrica (pari ad almeno il **6% del Fondo Sanitario Nazionale**)
4. Definizione di PDTA condivisi e integrati con i Piani di trattamento individuale (PTI) ed i Progetti terapeutico riabilitativi personalizzati (PTPR), in collaborazione con le Associazioni
5. Maggior coinvolgimento delle farmacie ospedaliere e territoriali nel monitoraggio di farmacovigilanza e dell'aderenza terapeutica
6. Sviluppo e supporto in tutte le Regioni di alternative alle strutture psichiatriche con assistenza permanente quali il co-housing
7. Assunzione di personale qualificato e stabile
8. Educazione contro lo stigma delle malattie mentali
9. Implementazione delle REMS e soluzioni alternative
10. Ricostituzione di un tavolo di lavoro interministeriale ed interregionale che definisca e monitori politiche in tema di reintegrazione graduale dei pazienti nel contesto lavorativo e supervisioni l'implementazione delle attività di miglioramento dell'assistenza psichiatrica su tutto il territorio nazionale

Lettera appello della SIEP

## Drammatiche condizioni del Sistema di Cura per la Salute Mentale in Italia

1. **Effetti devastanti sulla qualità dei servizi e sulla motivazione del corpo professionale dovuti a:** tagli alla sanità operati negli ultimi anni, restrizioni al turn-over del personale, riduzione dei centri di responsabilità per l'accorpamento delle ASL, con la creazione di Dipartimenti di Salute Mentale di oltre 1 milione di abitanti, snaturamento dei principi fondanti la salute mentale di comunità, ossia la prossimità dei punti di accesso con i livelli di governo, il radicamento territoriale, il legame con le comunità locali
2. **Aumento delle condizioni di disagio psichico nella popolazione:** solo nel periodo 2006-2013 il numero delle persone che presentano sintomi di interesse psichiatrico (ansia e depressione, innanzitutto) è cresciuto di oltre 1 milione
3. **Bisogni nuovi e straordinariamente impegnativi:** dalla gestione territoriale dei pazienti psichiatrici

- autori di reato, alle condizioni di disagio psichico di utenti extra-comunitari, alla vera e propria epidemia di persone che presentano contemporaneamente disturbi psichiatrici e abuso di sostanze
4. **La risposta dei SSM sta assumendo caratteristiche sempre più riduttive:** gestioni orientate alla produttività che rievoca la bipolarità ambulatorio/ospedale, impone la risposta farmacologica come strumento unico della cura, riduce fino ad azzerarli gli interventi psicoterapici e di inclusione sociale
  5. Tali condizioni sono state già denunciate nella **Relazione della Commissione Parlamentare di Inchiesta sul SSN**, del 2013
  6. Responsabilità pubblica delle politiche per la Salute Mentale e garanzia del diritto dei cittadini a conoscere le condizioni effettive del sistema di cura per la salute mentale nel contesto regionale e nazionale
  7. Necessario e urgente che - con azione coordinata in Conferenza Unificata Stato-Regioni - siano convocate in tutte le Regioni e PP.AA. **Conferenze Regionali della Salute Mentale**, con l'obiettivo di rendere conto in modo pubblico, partecipato e trasparente del reale funzionamento dei sistemi locali per la salute mentale, dei modelli organizzativi adottati, delle risorse umane ed economiche effettivamente impiegate, del grado di raggiungimento degli obiettivi di Piano Regionale e Nazionale, dei livelli di efficacia ed inclusione sociale conseguiti
  8. Chiediamo che il Ministero della Salute convochi la **Conferenza Nazionale della Salute Mentale**, con il fine di verificare in che misura i differenti sistemi regionali siano in grado di perseguire gli obiettivi definiti nel Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale approvato in Conferenza Unificata il 24.1.2013 e di definire le misure per garantire in modo uniforme sul territorio nazionale il diritto alla cura e all'inclusione sociale delle persone con disturbi psichiatrici

## **Conoscere i cambiamenti dello scenario generale e locale**

### ***Epidemiologia e fenomenologia dei disturbi***

- aumento della prevalenza di pazienti affetti da pluripatologie (diffusione delle nuove sostanze di abuso e del poliabuso, aumento delle patologie mediche associate)
- incremento dei disturbi post-traumatici e continuità evolutiva in adolescenza e prima età adulta di alcuni disturbi dell'infanzia quali ADHD e DGS

### ***Indicazioni dell'OMS sull'organizzazione dei servizi di salute mentale***

- diversa gestione delle malattie gravi (SMI), per le quali andrebbero attuati interventi preventivi e di cura e riabilitazione precoce, con una forte presa in carico e la definizione di progetti personalizzati, e dei disturbi emotivi comuni con buon funzionamento (GAF), che dovrebbero invece essere competenza del sistema delle cure primarie, con interventi di consulenza e formazione da parte del DSM
- coinvolgimento degli stakeholders che associ alle strategie operative basate sulle evidenze, strategie basate sulla soddisfazione

### ***Scenario sociale***

- forte mobilità e aumento drammatico dell'immigrazione e della povertà
- famiglie multiproblematiche e a rischio di deriva sociale
- cambiamenti dell'intersoggettività
- Nuovi paradigmi clinici

Patogenesi della SKF

Ruolo dei determinanti ambientali

Sostanze d'abuso e disturbi psichici

Terapie farmacologiche e interventi psicosociali

- Molto più giovani, molto più tossici

- Nuovi paradigmi organizzativi

Il modello della psichiatria sociale

La continuità della presa in carico dalla culla alla tomba □ il DSM inclusivo (con TSMREE e SerD) può essere una risposta adeguata?

Il rapporto tra cure primarie e cure specialistiche

Come sviluppare i programmi di prevenzione (scuole, famiglie, associazioni) e di intervento precoce?

- Presupposti di base
  1. Continuità di cura
  2. Prossimità di cura e legame con il territorio
  3. Restituzione sociale
  4. Recovery

### ***Il DSM che verrà: unità di pensiero clinico-scientifico e organizzativo***

Dipartimento a struttura

Dipartimento inclusivo

Dipartimento integrato

Dipartimento a budget

Dipartimento innovativo, appropriato, EB

Dipartimento equo ed omogeneo

Dipartimento complesso

Dipartimento plastico

Dipartimento informato e trasparente

Dipartimento gentile, accogliente, proattivo

### ***Cambiare lo stile di lavoro***

1. Nei CSM: interventi precoci e integrati, anche domiciliari, quale alternativa al ricovero; interventi specifici sui pazienti revolving door e non collaborativi; interventi specifici sui pazienti a doppia e tripla diagnosi; interventi specifici sui pazienti con Disturbo di personalità; interventi domiciliari e di supportive housing; programmi di inserimento lavorativo (supportive employment)
2. Nelle SRTR e nei CD: interventi di riabilitazione precoce attraverso gruppi terapeutici e strategie di cura omogenee (cognitive remediation, psico-educazione, modello dialettico-comportamentale, ecc.) in percorsi differenziati per tipologia di utenza

### ***Appropriatezza e sostenibilità***

1. Le Raccomandazioni della CU Stato Regioni sul trattamento dei Disturbi gravi (13.11.2014) sono adeguati, sono applicati, sono verificati?
2. Cosa cambierebbe con i costi standard e il budget di salute?
  - Da: Zanalda (2015)
  - *L'intervento precoce*

Perché SKF come disturbo del neurosviluppo, ruolo del DUP

Quando peri-partum, pubertà, adolescenza

Come intercettare il disagio, valutare il rischio, intervenire in modo appropriato e sostenibile

Dove scuola, famiglia

Chi MMG, NPI, DSM

### ***Un esempio di percorso***

1. Incontro di educazione alla salute con tutti gli alunni del I anno di scuola superiore
2. Sportello Salute a scuola per intercettare il disagio
3. Valutazione del rischio su tutti i richiedenti (GAF, EriRaos, BPRS)
4. Identificazione dei soggetti a rischio e delle classi di rischio
5. Applicazione delle strategie previste