Dove vanno i servizi di salute mentale?

Author

P. Martini affiliation: Collaboratore alla didattica Psichiatria Universitaria Siena

Dopo trentatré anni dalla riforma sanitaria e psichiatrica, che hanno profondamente cambiato l'assistenza alle persone con disturbi psichici, dobbiamo porci delle domande rispetto a quanto è stato fatto, alla situazione attuale ed alle prospettive dei "nuovi" Servizi. Le ricerche effettuate in Italia, in particolare le Progres Acuti, Strutture Residenziali e Centri Salute Mentale (1,2,3), hanno dimostrato notevoli eterogeneità tra le modalità di erogazione dei Servizi, l'utenza servita, l'assistenza in SPDC, il peso importante delle strutture private convenzionate, la lungoassistenza nelle strutture di riabilitazione. Soprattutto è evidente che non c'è stata un'applicazione – diffusa, omogenea e completa - della riforma psichiatrica, secondo le indicazioni fissate dai Piani Sanitari Nazionali 1994 -96 e 1998-2000 per l'attuazione dei principi delle leggi 180 e 833 del 1978. Le considerazioni quindi che saranno fatte riguardano i Servizi della Regione Toscana (RT), sia perché il precedente Piano Sanitario Regionale è scaduto e si è in attesa del nuovo, sia perché i Servizi in Toscana hanno una loro omogeneità, che in Italia non c'è, in quanto ogni Regione ha proceduto in modo proprio nell'applicazione delle Leggi e Piani Sanitari Nazionali passati.

- 0go -

In Toscana, la Regione, le USL ed i Servizi hanno raggiunto l'obiettivo del superamento degli Ospedali Psichiatrici (OP) e dell'attivazione dei nuovi Servizi. La RT dispone di Servizi sia per l'Infanzia - Adolescenza che per gli Adulti in un unico Dipartimento ; Servizi che coprono i bisogni di una fascia importante di popolazione, circa il 5,3% dell'Infanzia - Adolescenza e circa il 2,1% degli Adulti(4); che assicurano l'accoglienza della domanda territoriale in ogni Zona - Distretto Sanitario mediante Unità Funzionali (UF) e/o Moduli Operativi Multiprofessionali (MOM) per almeno 6gg/7 con orario 8 - 20 ed un servizio di reperibilità ospedaliera 24h/24 per 7gg/7; che garantiscono interventi pluridisciplinari e continuità terapeutica mediante uniche equipe di UF e/o MOM, che operano nelle strutture educative dell'infanzia e nelle scuole, a domicilio, in ambulatorio, in centro/i diurni, in residenze/alloggi con gradienti differenziati di protezione assistenziale, da programmata a continuativa per 24h/24, in ospedale in specifici Servizi di Diagnosi e Cura. Le risorse economiche impegnate non sono molto superiori a quelle, una volta, dedicate all'assistenza ai malati di mente e portatori di handicap da parte delle Amministrazioni Provinciali – se si tiene conto dell'indice di svalutazione della moneta dagli anni '70 ad oggi "Né tutti i patrimoni degli ex-OP sono stati convertiti in favore dei Servizi, come indicato dalle Leggi di Riforma. L'indicatore del 3% del budget sanitario delle Aziende in favore dei Servizi di Salute Mentale per Adulti non è stato mai raggiunto, né tantomeno il rapporto di un operatore ogni 1500 abitanti, come previsto dal primo Piano Sanitario Nazionale che, soltanto nel 1994,dopo sedici anni, ha fissato gli indicatori minimali di risorse e di organizzazione dei Servizi per l'applicazione delle leggi sanitarie del 1978; questi valori di budget e di personale non sono attualmente completamente raggiunti, neanche considerando anche i Servizi di Salute Mentale per l' Infanzia e Adolescenza. Il dato quantitativo dell'utenza sembra indicare che le persone con disturbi severi e/o disabilità sono prese in carico dai Servizi ; questa opinione sarebbe confermata dai dati diagnostici di alcuni Servizi; purtroppo manca il dato diagnostico regionale, relativo a tutte le USL ed alle Cliniche Universitarie. Emerge così la prima questione che è relativa al Sistema Informativo Regionale (SIRT). In questi anni, pur facendo apprezzabili sforzi, non è stato nelle condizioni di poter raccogliere e diffondere tutti i dati necessari ed affidabili, limitandosi a : - dati generali di incidenza, prevalenza, e presa in carico, senza alcun rapporto con le relative diagnosi, condizioni anagrafiche e socioeconomiche dell'utenza; - generiche tipologie di attività, senza dati dettagliati e correlati ai relativi gruppi di utenti; - analisi dei dati ospedalieri ricavabili dalle Schede di Dimissione Ospedaliere (SDO). Questi ultimi sono certamente importanti ma riguardano soltanto l'8-10% dell'utenza dei Servizi, che hanno indici di ospedalizzazione, sia volontaria che coatta, tra i più bassi in Italia ed in Europa. I dati epidemiologici, ad oggi disponibili, della Regione Toscana indicano: sostanziale stabilizzazione complessiva dell'utenza, lieve tendenziale riduzione dell'incidenza, tendenza all'aumento della presa in carico e degli "alti utilizzatori", livello stabile di ospedalizzazione per gli adulti, in incremento invece per minori ed adolescenti, tendenza alla riduzione delle riospedalizzazioni a 7 e 30 giorni (4). Considerato che il SIRT non è stabilizzato, se non per le SDO, per cui ci sono oscillazioni relative alla acquisizione e trasmissione dei dati sia a livello dei Servizi che tra Aziende e Regione, si può affermare una stabilizzazione complessiva dei dati di attività dei Servizi. Sotto questo aspetto, si potrebbe dire che i Servizi si sono fermati. Ed è anche naturale che, dopo l'espansione dei Servizi e delle attività del dopo chiusura degli OP, si registri una situazione a regime stabile con risultati confortanti, come quelli sopra indicati. Confermano la bontà della struttura specialistica toscana a rete dei Servizi e la sua capacità di far fronte ai bisogni di cura della popolazione di più e molto meglio degli OP, dei Centri di Salute Mentale e Medico-Psico-Pedagogici e degli Istituti per minori (5,6). Non si sono materializzati quegli aumenti temuti e previsti dagli awersari della Riforma né nel numero dei ricoveri in Ospedale Psichiatrico Giudiziario né nei suicidi.

Si sono posti e sussistono *alcuni problemi concreti* che è opportuno rappresentare perché, ora più che mai, è necessaria un'analisi del quotidiano, delle prassi – parola desueta non a caso - che costituiscono i Servizi; per capire cosa sono i Servizi oggi e dove stanno andando. Le elaborazioni teoriche, le riaffermazioni ideologiche, i proponimenti dei Piani Sanitari, per quanto utili al confronto culturale, rischiano oggi di mascherare la realtà dei veri problemi dei Servizi di Salute Mentale e delle Cliniche Universitarie; in un modo che, seppure alla lontana, purtroppo ricorda il dibattito psichiatrico teorico prima che Basaglia riuscisse ad imporre, all'attenzione di tutti, la realtà dei bisogni dei malati e del tipo di assistenza praticata.

- I Servizi e gli operatori hanno sviluppato una buona capacità di rapporto e di gestione dell'utenza. Le abilità sviluppate nell'intervento d'urgenza, nella relazione terapeutico-riabilitativa e nel supporto territoriale non hanno però trovato un'adeguata elaborazione sistematica e condivisa che ne consentisse una comune definizione metodologica, operativa, praticata e testata nei Servizi. Questa situazione si è determinata per molteplici fattori:
 - 1. la necessità impellente di costruire praticamente ex novo se si eccettuano in parte alcune pratiche anti-istituzionali, tuttavia spesso ostili nei confronti degli approcci che si awalessero anche di tecniche terapeutiche -sia i Servizi che una prassi territoriale di risposta all'utenza;
 - 2. la complessità della nuova cultura che si è andata sviluppando nei Servizi (6,7). Sia per quanto riguarda l'accoglienza e la valutazione, che è più che la diagnosi . Sia per l'elaborazione del progetto terapeutico flessibile e multidimensionale, che deve esser costruito con l'utente-gruppo familiare, non selezionato, sulla base delle sue risorse e delle sue peculiari prospettive, disponendo da parte dell'operatore-gruppo di lavoro di molteplici e duttili capacità terapeutiche relazionali sia

aspecifiche che specifiche. Sia per quanto riguarda l'organizzazione e la gestione dei gruppi di lavoro e dei servizi (8);

- 3. i riferimenti specialistici essenzialmente unidimensionali delle scuole di specializzazione di psichiatria e di psicoterapia che formano gli operatori;
- 4. la scarsa e difforme pratica di applicazione dei protocolli operativi" evidence based" esistenti nella letteratura internazionale;
- 5. la mancanza di una ricerca e di una elaborazione teorica a partire dalle buone prassi presenti nei servizi, che risente ancora di più del sostanziale disinteresse dell'università ai problemi dei Servizi.
- Da quest'insieme di elementi, deriva attualmente un'estrema difficoltà nella valutazione dell'appropriatezza, secondo criteri scientifici riconosciuti, degli interventi e dei loro esiti. La risposta ai bisogni del malato deve invece poter essere definita anche secondo questi criteri, nelle sue modalità di accoglimento, di costruzione del consenso dell'utente sul piano terapeutico e di svolgimento della cura; deve poter essere confrontata e validata dal confronto con altre modalità, dal loro esito e dalla soddisfazione degli utenti e familiari. Questo è necessario non soltanto per favorire il miglioramento delle cure, ma anche per rafforzare l'etica del rapporto terapeutico ed il potere contrattuale dei malati, familiari ed anche operatori. Il malato psichiatrico deve infatti poter avere, se non si fa soltanto ideologia, gli stessi diritti di ogni altro malato, di un infartuato del miocardio, o di altra malattia, per cui è determinato il trattamento e le risorse necessarie per erogarlo.

 L'accreditamento dei Servizi, e la dialettica tra Servizi ed Aziende-Regione in merito alle risorse, non può prescindere dai criteri di appropriatezza e di qualità che i Servizi debbono garantire agli utenti, così come avviene per le altre specialità mediche.
- La buona accessibilità ai Servizi e la loro disponibilità alla presa in carico hanno progressivamente determinato una situazione che è prossima alla saturazione delle risorse del personale laureato, responsabile della diagnosi e cura degli utenti. Questa pressione non facilita l'appropriatezza delle cure, in particolare per quanto riguarda gli aspetti più relazionali, psicoterapeutici individuali e di gruppo, ma anche di una vera e propria presa in carico integrata di supporto al malato ed al suo ambiente di vita; modalità che comporta un progetto globale, in cui intervengono altri membri del nucleo di appartenenza del malato ed altri operatori multi professionali; e molteplici incontri, sia con l'utente ed il suo gruppo, sia con gli altri membri del piccolo gruppo di lavoro interdisciplinare. La pressione del carico degli utenti lungoassistiti, dei nuovi utenti e dell'urgenza, sia territoriale che ospedaliera esplicata in regime di reperibilità senza riposo compensativo e compenso adeguato può spingere lo psichiatra ad adottare modalità di cura più sbrigative e tradizionali per un medico; ad isolarsi nel Servizio limitandosi a "fare il suo", rifugiandosi eventualmente nella pratica intramoenia per la sua miglior soddisfazione professionale, non solo economica. Una possibile risposta non è tanto nell'aumento dei medici che comporterebbe dei costi oggi difficilmente sostenibili quanto invece nel favorire una dilatazione delle competenze delle altre figure professionali dei Servizi, come di seguito proposto.
- La complessità dei Servizi equipe multiprofessionale, quattro livelli di assistenza, approccio integrato multicontestuale, continuità assistenziale dall'intervento precoce al reinserimento socio-lavorativo necessita che gli operatori, insieme alla competenza professionale, abbiano consapevolezza dell'obbligo del lavoro istituzionale di gruppo ; ed una competenza organizzativa adeguata sia per la propria partecipazione al gruppo che per il rapporto con gli altri operatori. Questa competenza ad oggi non è data dalle scuole di specializzazione e/o di formazione professionale ; e comunque richiede un impegno costante ai Servizi ed una possibilità a disporre di una supervisione al lavoro di gruppo istituzionale, che non sono adeguatamente riconosciuti come necessari al buon funzionamento dei Servizi stessi. Questa doppia competenza, professionale diagnostico terapeutica e professionale organizzativa, è ancor più necessaria per il Dirigente Apicale e per il Responsabile di Unità Funzionale, le cui attitudini e modalità non possono che influire grandemente sulle modalità di rapporto e di organizzazione tra gli operatori stessi e tra gli operatori e gli utenti. La progressiva riduzione del numero delle strutture complesse e quindi degli apicali di psichiatria, dai più di 45 negli anni del dopo Riforma ai 14 attuali, non è sicuramente un incentivo né per la carriera di questa categoria professionale, né per fare training formativo, ricerca e studi al fine di assumere responsabilità di servizio.
- L'analisi dell'età dei casi incidenti ai Servizi ha mostrato una sottorappresentazione significativa nelle classi di età corrispondenti all'adolescenza, in particolare dopo i 14 aa. di età, che sono anche il limite del rapporto con i pediatri di famiglia. L'adolescenza è il periodo della vita in cui si pensa che insorgano i principali disturbi psichici; così come è dimostrato che l'intervallo tra inizio dei disturbi ed inizio delle cure è notevole e che, tanto è maggiore, quanto minori saranno gli esiti delle cure (9,10,11) E' anche l'età in cui in RT si dividono le due UF; quella dell'Infanzia-Adolescenza che termina con i 17 aa, e quella degli Adulti che inizia dai 18 aa. E' evidente che il limite di età delle due UF non facilita né l'accoglienza, né l'intervento proattivo e la presa in carico. Per questo, in molti paesi europei il limite di età è stato posto a 15 aa.; la costituzione di "gruppi di lavoro per l'adolescenza, in comune tra le due UF", per quanto raccomandata, non è ancora una pratica diffusa, anche se è sempre più necessaria. Questi dati spingono per Servizi di Comunità con sempre maggiore carattere preventivo e con un impegno territoriale diffuso ed interconnesso con le reti primarie e secondarie, come recentemente enfatizzato da Corlito (12).
- Nell'Infanzia-Adolescenza, le sedi di accoglienza delle UF non sempre hanno caratteristiche adeguate di funzionalità e di accessibilità; ad esempio, a Siena, e
 non è il solo caso, gli operatori devono fare i turni per disporre di una stanza/studio/ambulatorio; l'accessibilità è assolutamente problematica. La carenza di
 Centri Diurni e/o DayService o Day Hospital, di residenzialità temporanea, di reperibilità ospedaliera e di posti letto è evidente in tutta la RT; e può indurre, a volte,
 a sottovalutare e/o addirittura a spostare impropriamente sulle Strutture del Sociale bisogni sanitari. Non è stata data esecutività, se non eccezionalmente, alle
 indicazioni dei PSRT, attivando per le UF spazi dedicati, funzionali, da attivare al bisogno, gestiti in Pediatria a livello di USL, laddove non coesiste un' AOU con
 Neuropsichiatria Ospedaliera,
- Negli Adulti, i CSM hanno in genere minori carenze rispetto a quelli dell'Infanzia, ma permangono inadeguatezze e collocazioni disfunzionali. Un caso limite di inappropriatezza è quello di Siena, dove il CSM è ancora ubicato nell'ex OP, e dove l'accessibilità per gli utenti è tutta da conquistare.
- Le strutture residenziali a degenza limitata, alta intensità ed alto turnover, sono limitate ad alcune USL; quelle di lunga assistenza, ed a basso turnover, risentono di due difficoltà. Quella di inserire nelle Residenze Sanitarie Assistite utenti al di sotto dei 65 aa., riconosciuti invalidi portatori di handicap grave ai sensi della L. 104 /92, come previsto dalla legislazione RT. Purtroppo a volte anche utenti al di sopra dei 65 aa, se in cura ed assistenza da parte dei Servizi Salute Mentale, pur in stato di compenso psichico sotto trattamento. Quella di disporre di alloggi di Edilizia Residenziale Pubblica assegnati ai Servizi e/o ai diretti interessati, avvalendosi di una specifica facilitazione come richiesto da tempo dall'Associazione dei Familiari e dai Servizi.
- L'integrazione socio-lavorativa, nonostante gli sforzi compiuti dall'Ufficio di Salute Mentale della RT, ha difficoltà ad awalersi in modo diffuso ed omogeneo della collaborazione delle Amministrazioni Provinciali e del relativo Assessorato Regionale al Lavoro.
- Gli SPDC non corrispondono in tutti i casi a criteri di adeguatezza né di collocazione ospedaliera, né di confort alberghiero, né di disponibilità di spazi di lavoro in sede di Pronto Soccorso. Ad esempio, a Siena, e non è il solo caso, il SPDC è collocato al sesto piano, due camere di degenza sono a quattro letti, non vi sono stanze adibite al gruppo terapeutico o a riunioni ed all'attività fisica od espressiva-occupazionale; la porta del Servizio è una via di fuga ospedaliera; non vi è alcun

ambiente in PS dedicato alla consulenza psichiatrica e all'osservazione temporanea di un malato.

- Gli SPDC, secondo il modello della RT, fanno parte e dipendono dall'UF; nella maggior parte dei casi, ogni UF dispone di un SPDC con presenza infermieristica continuativa ed in cui la presenza medico psichiatrica è limitata alle ore diurne con reperibilità sulle 24. In alcune Zone Distretto l'UF dispone di un SPDC funzionale, attivato al bisogno. Si sono messi in luce almeno quattro problemi:
 - 1. Uno è di appropriatezza della modalità di cura. In tutti e due i tipi di SPDC, l'intensità della osservazione e della cura medico psichiatrica personalizzata e in continuità terapeutica è limitata da due fattori: l'articolazione dei turni di presenza dei medici in SPDC e la difficoltà ad assicurare in modo intensivo la continuità terapeutica ospedaliera da parte del medico allorché è in servizio territoriale, al di fuori dei turni ospedalieri. Questo è un problema non soltanto relativamente alla relazione terapeutica, ma soprattutto relativamente all'impostazione della valutazione e delle linee di sviluppo del progetto terapeutico personalizzato e globale; che dovrebbe essere elaborato con l'utente, durante la gestione della crisi, in modo integrato nelle sue dimensioni bio-psico-sociali. Saltando questo principio, la valutazione e la cura ospedaliera rischiano di riproporre il modello biomedico tradizionale che non si ritiene appropriato.
 - 2. Un altro problema è organizzativo e riguarda gli SPDC funzionali che, se non supportati da misure di rafforzamento del personale infermieristico e di incentivazione alla disponibilità al cambiamento di orario di lavoro in occasione dell'apertura del SPDC, rischiano di non poter più essere attivati e di imporre una centralizzazione dei loro ricoveri.
 - 3. Un' ulteriore difficoltà è in conseguenza dell'organizzazione attuale dei Sert per cui la legislazione della RT non prevede specifici spazi ospedalieri, né reperibilità ospedaliera 24h/24 per 7gg/7. Il risultato che ne consegue è una pressione del Pronto Soccorso Ospedaliero sia sulla reperibilità psichiatrica notturna, prefestiva e festiva, sia sul SPDC; ed una conflittualità tra Servizi che invece dovrebbero essere almeno coordinati, se non addirittura inseriti in un unico Dipartimento sui confini tra diagnosi e doppia diagnosi e sulle competenze della presa in carico.
 - 4. Infine uno è di carattere normativo. E' relativo a quanto stabilito dall'art. 68 della LR 40/2005 secondo cui il SPDC non fa parte del Presidio Ospedaliero [e neanche la psichiatria, a differenza della neuropsichiatria infantile e della psicologia che sono "anche" ospedaliere (cfr. LL. RT Ospedale)] ma del Distretto, per cui non risponde al Direttore di Presidio Ospedaliero, ma al Direttore del Distretto. Nega una ovvia realtà, nega ai ricoverati psichiatrici, agli operatori psichiatrici ed al SPDC, lo stesso status degli altri ricoverati, operatori e Servizi Ospedalieri; con cui per altro debbono integrarsi, facendo finta che la norma non esista, finché non insorgono complicazioni o si ricerchi responsabilità. Non è qui in discussione l'appartenenza del SPDC all'UF territoriale, ma la visione unidimensionale "o/o" del servizio, che ne nega la multidimensionalità e complessità" e/e", che è il marchio di fabbrica, tecnico ed organizzativo, del servizio complesso DSM.
- L'integrazione, auspicata dai PSRT, dei DSM con le Cliniche Universitarie di Psichiatria e Neuro-Psichiatria Infantile ha alcune difficoltà a realizzarsi. A Firenze la sperimentazione territoriale realizzata non ha avuto ulteriori sviluppi significativi; a Pisa il progetto è stato deliberato, ma non è ancora pienamente esecutivo; a Siena è stata appena avviata la sperimentazione di un Dipartimento Interaziendale Salute Mentale tra AOU, Università e USL7. In generale persistono da parte delle Cliniche difficoltà a farsi carico della completa attività assistenziale di un territorio definito, uno scollamento tra le Scuole di Specializzazione e le attività che i futuri specialisti saranno chiamati a svolgere nei DSM.
- Che l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario (OPG) di Montelupo Fiorentino sia una struttura d'altri tempi ed inadeguata ai suoi compiti, è noto da tempo. Ma non è un problema che può essere risolto dai Servizi, né è causato da una loro inefficienza, né può essere affrontato in modo ideologico senza una adeguata e specifica alternativa, finché permane in vigore l'attuale legislazione sulla pericolosità sociale e sui reati compiuti in stato di infermità mentale. Per facilitare la dimissione una volta superati gli elementi di pericolosità sociale in OPG ed assicurare la prosecuzione della cura in ambiente protetto territoriale con successivo reinserimento, sono sorte nel territorio RT due strutture residenziali : una con bacino di utenza per l'Area Vasta Nord ed una per l'Area Vasta Centro. Un progetto per l'Area Sud Est, presentato dal DSM di Area Vasta, non è stato attivato perché non è stato finanziato dal Ministero di Grazia e Giustizia e da RT, e per il progressivo misconoscimento istituzionale del DSM di Area Vasta. Si palesano incongruenze tra legislazione nazionale in materia, legislazione sanitaria regionale ed indirizzi politici, senza una chiara programmazione e finanziamento dei nuovi servizi.
- Un altro servizio che è già stato passato ai DSM senza alcuna analisi preventiva né tantomeno alcuna progettazione è quello per le carceri . Il rapporto tra amministrazione giudiziaria ed amministrazioni sanitarie e relativi servizi è quello tradizionale burocratico. Sono emersi tutti i problemi denunciati per anni e mai affrontati, dal sovraffollamento alle condizioni igienico-sanitarie e di abitabilità. Le condizioni psicologiche dei detenuti naturalmente ne risentono, così come gli stati di personalità e di malattia psichiatrica. Quelle carcerarie, anche nelle migliori condizioni e questo non è assolutamente il caso, favoriscono atti di aggressività conto gli altri e contro se stessi. Il personale psicologico e psichiatrico che era stato assunto prima del passaggio ai DSM era al di sotto di ogni standard e senza reale coordinamento. Il passaggio ai DSM ha creato difficoltà di copertura del servizio, di coordinamento con le equipe del territorio ; ha dato ai Servizi il problema di far parte delle attività di una istituzione totale socialmente "pesante e stigmatizzante", senza poter disporre di risorse e progetti adeguati e quindi di poter influire in modo efficace nella gestione delle persone con disturbi ; ha aumentato il peso delle implicazioni di carattere medico legale nelle attività degli operatori e dei Servizi.
- L'organizzazione dei DSM come coordinamento di strutture normalmente semplici come le UF, in cui budget e risorse sono sotto la responsabilità dei Direttori di Distretto o di SDS, comporta nei fatti una riduzione del peso professionale e gestionale della Direzione del DSM nonostante la ribadita necessità di una programmazione e di una monitorizzazione accurata delle molteplici attività richieste al DSM. Inoltre determina un aumento del peso gestionale dei Direttori di Distretto, la cui professionalità e responsabilità è rivolta verso i bisogni sanitari generali. Mentre nel caso di un Dipartimento "forte", strutturato, le risorse sono legate ai bisogni della salute mentale e sono flessibili per essere impegnate al bisogno in mobilità tra una UF ed un'altra; nel Dipartimento di Coordinamento, in cui le risorse sono assegnate al Direttore di Distretto, le risorse sono legate ai bisogni del Distretto e possono essere impegnate al bisogno in mobilità nei vari Servizi distrettuali. Queste caratteristiche, e le relative conseguenze, divengono esasperate nelle situazioni, come quella attuale, in cui la crisi economica costringe a tagli o alle cosiddette razionalizzazioni delle risorse. Un esempio è quello delle USL di Arezzo e di Grosseto, in cui, con il passaggio da un DSM forte ad uno di Coordinamento, sono state penalizzate le risorse e l'operatività delle UF periferiche.
- I Dipartimenti di Salute Mentale di Area Vasta, per quanto sollecitati dall'Ufficio Regionale, anche quando regolarmente istituiti e regolamentati come nel caso dell'Area Vasta Sud Est, non funzionano, anche per resistenze dei Servizi, ma soprattutto perché non ancora accettati dalle Direzioni Generali Aziendali.

Se si esamina la situazione generale, per proporre, oltre alla risoluzione dei problemi concreti rappresentati, un indirizzo per il prossimo futuro dei Servizi, si può dire, innanzitutto, che ci troviamo di fronte ad un bivio. La questione che si pone oggi è una scelta in positivo tra un obiettivo di PSRT di realizzare nell'immediato dei veri e propri Servizi di Comunità, completando la tendenza dei Servizi a funzionare in tal modo, oppure di consolidare strutturalmente e professionalmente gli attuali Servizi Specialistici Territoriali, come fase propedeutica ai Servizi di Comunità. L'obiettivo finale è lo stesso, variano i tempi di realizzazione e la scalarità degli impegni da assumere. La scelta in negativo è quella di non decidere, di non governare questa situazione di stasi progettuale, aggravata dall'ulteriore restrizione delle risorse economiche e di personale, con il rischio di assistere ad una involuzione dei Servizi.

La scelta di andare verso dei veri e propri Servizi di Comunità è stata ben illustrata da G. Corlito (12). Presuppone, a mio avviso, una progettualità regionale, non proclamata, ma realizzata d'intesa con i Rappresentanti dei MMG per la loro partecipazione sia in forma individuale che in forma associata come Medicina di Gruppo e Cooperative. Un accordo, diverso nei contenuti, ma analogo nella forma a quello stipulato tra RT e Pediatri di Libera Scelta per il progetto sull'autismo infantile. Parimenti occorre una progettualità da parte della RT e dei Servizi per completare questa nuova strategia di collaborative care con i MMG. Le attività potrebbero essere mirate alla prevenzione, agli interventi precoci dei disturbi psicotici – spettro schizofrenia e disturbi bipolari - alla consulenza e cura dei disturbi di ansietà e depressione. Inoltre potrebbero essere sviluppate le attività di auto – mutuo – aiuto collegate e complementari sia a queste nuove iniziative che alle attività di routine dei Servizi. La mission sarebbe quella, a lungo proclamata, della" tutela della salute mentale della popolazione". Questo processo comporta: il mantenimento dell'attuale assetto organizzativo dei Servizi ed alcune risorse aggiuntive, oltre alla salvaguardia degli attuali organici assicurando il turnover; ed una capacità professionale adeguata e finalizzata che potrebbe essere sostenuta da specifici progetti nell'ambito della formazione professionale regionale.

La scelta di consolidare gli attuali Servizi, rinunciando per il momento ad andare verso Servizi di Comunità, potrebbe essere determinata da restrizioni di risorse che ne impongano nei fatti un ridimensionamento. La mission in questo caso dovrebbe essere limitata alla" prevenzione, cura e riabilitazione delle persone con disturbi psichici gravi". In questo caso, sarebbe vitale di dare una risposta concreta ai bisogni evidenziati, di salvaguardare la struttura organizzativa degli attuali Servizi, e soprattutto consolidarne la professionalità e l'appropriatezza degli interventi, onde evitarne una generica e squalificata deriva assistenzialistica.

- La scelta sembra quindi essere legata essenzialmente agli indirizzi di politica sanitaria, ai valori a cui si ispireranno ed alle risorse che la RT vorrà impegnarenell'immediato e nel prossimo futuro, assicurando agli utenti della Salute Mentale gli stessi diritti degli altri malati; e risolvendo innanzitutto i problemi concreti sopraesposti di sua esclusiva competenza, relativamente alle strutture, al personale, all'organizzazione dei Servizi, al sistema informativo, alla formazione, al rapporto con l'Università e con il Ministero di Grazia e Giustizia. Una risposta ad alcuni di questi problemi potrebbe esser data da una gestione dell' accreditamento in atto, in modo processuale, efficace, non solo formale. Senza un'accorta e qualificata cabina di regia, rischia di avere tutti i limiti noti dell'accreditamento istituzionale, caduto dall'alto. In alcuni nodi centrali, se applicato alla lettera, appare palesemente in contrasto con la funzionalità e la qualità assistenziale dei Servizi: e rischia di incrementare la cosiddetta "medicina difensiva".
- Il rapporto con l'Università è troppo importante per il Servizio Sanitario Regionale perché non venga concluso dalla RT, che in questi anni ha promosso ed ottenuto fattive collaborazioni. Si tratta di portare a termine quanto awiato e di realizzare che le Cliniche di Psichiatria e di Neuro-Psichiatria Infantile: abbiano un loro territorio definito a cui assicurare una completa assistenza, o almeno, nella prima fase di attivazione, i livelli territoriali ed ospedalieri; facciano parte dei Dipartimenti Interaziendali che saranno costituiti tra le rispettive AOU ed USL; si awalgano di alcuni operatori del DSM per le attività didattiche all'interno delle Scuole di Specializzazione e dei servizi del DSM per farvi svolgere i tirocini formativi agli specializzandi; dispongano di un sistema informativo epidemiologico in rete con quello regionale, in modo di avere un quadro assistenziale completo.

 Il Regolamento del Dipartimento Interaziendale Salute Mentale di Siena che comprende sia la Psichiatria, Neuro-Psichiatria Infantile e Psicologia Clinica dell'AOU, sia il DSM ed il Dipartimento Dipendenze dell'USL7 potrebbe essere una buona base di partenza per la definizione dei Dipartimenti Interaziendali con l'Università.
- Un elemento innovativo importante, capace di far fare un salto di qualità ai Servizi, sarebbe quello di prefiggersi l'obiettivo di disporre di infermieri e di terapisti della riabilitazione laureati ed in grado di svolgere funzioni di accertamento diagnostico, di cura e di riabilitazione in salute mentale, così come avviene in USA (13, 14). Questo obiettivo non può che essere raggiunto al termine di un processo, che comunque sarebbe già stato avviato con i Corsi di Straordinaria Formazione, promossi dalla RT per gli infermieri dei DSM, e con i Master. Di fatto, nell'Area Vasta Sud Est alcuni infermieri, opportunamente preparati, già svolgono attività di case manager e psicoeducative familiari per utenti psicotici (15), psicoeducative e cognitivo comportamentali di gruppo in SPDC (16), psicoeducative e cognitivo comportamentali individuali e di gruppo ambulatoriale per utenti con disturbi d'ansia e depressivi (17,18).Si tratta di proseguire in questa direzione, determinandone percorsi di formazione e riconoscimenti adeguati. A questo fine, a Siena il Dipartimento Interaziendale si propone di attivare una Scuola di Perfezionamento.
 - Sempre in questa direzione, si propone l'istituzione nelle USL di "UO Professionali Salute Mentale sia Infermieristiche che di Riabilitazione", operanti all'interno del DSM e delle UF, così come è stato fatto ad Arezzo e Siena. Nei programmi di formazione, potrebbero essere incentivate non soltanto le attività di supervisione clinica, ma anche quelle organizzative ai fini del buon funzionamento dei gruppi pluriprofessionali.
- La messa a punto di procedure omogenee tra i Servizi, per l'appropriatezza degli interventi di diagnosi, cura e riabilitazione, per la misurazione del loro esito ed il loro costo in termini di tempo e di risorse di personale, è un'iniziativa professionale che non può che esser presa dai Servizi, compresi quelli Universitari, e dalle Società Scientifiche o Associazioni degli operatori. L'attivazione dei Dipartimenti di Area Vasta favorirebbe questo processo che è vitale per un'assistenza "sufficientemente buona" agli utenti . La messa in opera di gruppi di lavoro per il Miglioramento Continuo della Qualità e di incontri di autovalutazione volontaria professionale (19, 20), in ciascun DSM e tra Servizi della stessa Area Vasta e/o di Area diversa, aiuterebbe questo processo di "verifica tra pari" dei dati e delle procedure relative all'informatizzazione, alla struttura dei servizi, alle pratiche di lavoro e di cura, ai loro esiti ed ai costi. Il buon funzionamento del Sistema Informativo Regionale per la Salute Mentale è un requisito necessario anche a queste attività e dovrebbe essere una priorità per gli specifici servizi delle Aree Vaste.
- L'attivazione di *interventi di prevenzione dei disturbi psicotici* schizofrenici e bipolari non può che essere una priorità per i Servizi, anche se gli utenti e loro famiglie non si rivolgono né volentieri, né tempestivamente ai CSM Adulti, Infanzia- Adolescenza e/o ai Sert. Si assiste infatti frequentemente, in queste situazioni di intervento precoce, a quadri psicopatologici non completamente definiti, caratteristici della condizione adolescenziale e spesso con caratteri di doppia diagnosi

con uso di sostanze. La costituzione di specifici gruppi di lavoro con un loro coordinatore – composti da operatori dell'UF Adulti, Infanzia e Adolescenza e del Sert – con sede d'intervento presso un Consultorio ed all'interno delle attività consultoriali, potrebbe essere una prima azione concreta nella direzione della prevenzione di questi gravi disturbi (21).

References

- 1. Dell'Acqua G, Norcio B, De Girolamo G et Al, Caratteristiche e attività delle strutture di ricovero per pazienti psichiatrici acuti: i risultati dell'indagine nazionale "Progres-Acuti", Giornale Italiano PsicoPatologia, 2007; 13: 26-39.
- 2. De Girolamo G, Picardi A, Santone G, Semisa D, Morosini P, Le strutture residenziali ed i loro ospiti: i risultati della fase 2 del progetto nazionale Progres, in Epidemiologia e Psichiatria Sociale, Monograph Supplement 7, Il Pensiero Scientifico Editore, 2004.
- 3. Centro Studi e Ricerche in Psichiatria. Una valutazione nazionale dei Centri di Salute Mentale Territoriali Italiani: il Progetto PROG-CSM Fase I Report al Ministero della Salute (unpublished report). Torino, 2008.
- 4. Regione Toscana, I servizi di salute mentale in Toscana, Firenze, 2010.
- 5. Martini P, Cecchini M, Corlito G, D'Arco A, Nascimbeni P, A model of a single comprehensive Mental Health Service for a catchment area: a community alternative to hospitalization, Acta Psychiatrica Scandinavica, Suppl. 316, 71, 95 120, 1985.
- 6. Martini P, L'esperienza del Dipartimento Salute Mentale di Arezzo, in Le buone pratiche in salute mentale La Fondazione Mario Lugli 2000 2005, 51-71, Biblink editori, Roma, 2007.
- 7. Martini P, Aspetti culturali dei nuovi servizi di salute mentale per la comunità, in La Cultura dei Servizi, a cura di A. Brignone, 115-136, ETS, Pisa, 1993.
- 8. Martini P, Psichiatria e Psicoanalisi, Nuova Rassegna Studi Psichiatrici, vol.3, 1 settembre 2011.
- 9. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Walters EE, Lifetime prevalence and age-of-onset distribution of DSM IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication, Arch Gen Psychiatry, 2005, 62, 593 602.
- 10. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Walters EE, Lifetime prevalence and age-of-onset distribution of DSM IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication, Arch Gen Psychiatry, 2005, 62, 593 602.
- 11. Wang PS, Berglund P, Olfson M, Pincus HA, Wells KB, Kessler RC, Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the National Comorbidity Survey Replication, Arch Gen Psychiatry, 2005, 62, 603 613.
- 12. Corlito G, Per il nuovo servizio di salute mentale, Nuova Rassegna Studi Psichiatrici, Vol. 2 1 Giugno 2011.
- 13. Wheeler K & Haber J, Development of psychiatric nurse practitioner competencies: Opportunities for the 21st century, Journal of the American Psychiatric Nursing Association, 2004,10 (3), 129 138.
- 14. Wheeler K, Psychotherapy for the advanced practice psychiatric nurse, Mosby Elsevier, St. Louis, Missouri, 2008.
- 15. Falloon I, Intervento psicoeducativo integrato in psichiatria, Erickson, Trento, 2002.
- 16. Vendittelli N, Veltro F, Oricchio I et Al, L'intervento cognitivo comportamentale di gruppo nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, Centro Scientifico Editore, Torino, 2003.
- 17. Andrews G, Creamer M, Crino R, Hunt C, Lampe L, Page A, Trattamento dei disturbi d'ansia, Centro Scientifico Editore, Torino, 2003.
- 18. Morosini P, Leveni D, Piacentini D, Michielin P, Capire e superare la depressione. Manuale di autoterapia di gruppo, Awerbi, Roma, 2011.
- 19. Erlicher A, Rossi G, Manuale di accreditamento professionale per il Dipartimento di Salute Mentale, Centro Scientifico Editore, Torino, 1999.
- 20. Morosini P, Piergentili P, Accreditamento volontario di eccellenza, Maggioli Editore, 2009.
- 21. Cocchi A, Meneghelli A, Monzani E, Preti A, Gli insegnamenti dell'Early Intervention in Psychosys, Nuova Rassegna Studi Psichiatrici, Vol. 2 1 Giugno 2011.

I dati riportati negli articoli tengono conto delle disposizioni normative di cui al Codice sulla Privacy e dei provvedimenti del Garante consequenziali al trattamento dei dati per scopi scientifici, di ricerca e divulgativi.

[0] commenti | comments