

# Prefazione

di Francesco Longo

La psichiatria del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) è un gigante tra le diverse componenti del sistema e lo è per molteplici e validi motivi.

È un gigante perché è uno dei primi comparti del SSN che ha avuto il coraggio di costruire un reale processo di de-istituzionalizzazione dei pazienti, che è arrivato a un punto di sviluppo così maturo da aver spostato il simbolico del prestigio professionale soprattutto al di fuori dalle unità operative ospedaliere per acuti.

È un gigante perché ha saputo costruire una filiera di servizi, a intensità specialistiche differenziali, con un mix variegato di clinica, riabilitazione e di inserimento sociale, sapendo costruire *setting* assistenziali distinti, che rappresentano dei naturali *step* di un possibile percorso per i pazienti.

È un gigante che ha saputo, tra i primi settori del SSN, costruire una rete di relazioni rilevanti per percorsi integrati di cura e riabilitazione con altri attori del sistema di welfare, come il mondo delle strutture sociosanitarie e socioassistenziali, con i servizi pubblici di sostegno all'abitare e con quelli di inserimento lavorativo.

È un gigante che ha progressivamente maturato un approccio olistico ai pazienti, integrando la dimensione clinica, con quella psicologica, quella sociale, con quella occupazionale e così via.

È un gigante che da sempre si confronta con la dimensione della cronicità e quindi della presa in carico permanente del paziente.

È un gigante che da molti decenni si è occupato dello *skill mix* di professionisti coinvolti, dai medici agli infermieri, dagli psicologi agli educatori, cercando di costruire dei linguaggi e delle procedure inter-operabili all'interno del dipartimento.

Questo gigante ha però anche i piedi di argilla, che ne minano la stabilità e la possibilità di ulteriore slancio verso il futuro.

I dipartimenti di salute mentale hanno esasperato il principio della “divisionalizzazione” o “dipartimentalizzazione”, ovvero dell’autonomia dalle altre parti dell’azienda sanitaria in cui sono inseriti. Questo è un passaggio culturale ed organizzativo fondamentale che ogni “comunità” professionale deve compiere per creare e radicare la propria identità. A questa fase di formazione dell’identità professionale deve però seguirne un’altra, frutto della consapevolezza adulta raggiunta, di forte confronto e integrazione con altri comparti del SSN, come le cure primarie, i servizi per la disabilità, per gli anziani, ecc.

Lo sviluppo di una cultura eccessivamente “divisionalizzata” ha, in molti casi, reso l’interessante integrazione tra salute mentale, dipendenze patologiche e neuropsichiatria infantile una fusione “a freddo”, ovvero una semplice formale affiancamento logistico o stilistico negli organigrammi, senza alcuna contaminazione dei saperi, condivisione dei processi o reale integrazione dei servizi.

A questo proposito è curioso, o forse doloroso, dover constatare che il Dipartimento di Salute Mentale, che per primo si è occupato di cronicità, di integrazione, di articolazione di setting assistenziali a intensità variabile, che sono le traiettorie di sviluppo di tutti i servizi sanitari contemporanei, sia l’unico (insieme al Dipartimento di Sanità Pubblica) assente nell’evoluzione condivisa dei servizi, nell’integrazione inter-settoriale dei percorsi, nella contaminazione professionale reciproca. Appare quasi paradossale che chi per primo si è occupato di olistico, di integrazione, di presa in carica multidisciplinare, venga percepito dalle altre materie e discipline come uno degli ambiti più isolato e chiuso.

È vero che è difficile sviluppare una metrica scientificamente fondata e metodologicamente robusta per rappresentare la produttività e l’efficacia dei servizi psichiatrici. In particolare è sicuramente difficile misurare gli *outcome*, ovvero gli esiti sui pazienti, affetti da patologie croniche, spesso fisiologicamente degenerative all’avanzare dell’età o del mancato inserimento sociale. Però è possibile rappresentare gli *input* (i costi), gli *input* per prestazioni, le prestazioni per processo assistenziale, lo sviluppo dei percorsi dei pazienti. Questi possono essere rappresentati, confrontati e analizzati per valutare e discutere, tra pari e tra il settore e le aziende del sistema.

Rendere espliciti e confrontabili le metriche inter-aziendali può essere un grande contributo per la comunità professionale, per le aziende del SSN e per il sistema stesso, che possono, in questo modo, allocare le risorse con maggiore consapevolezza e non in base alla sola spesa storica o a semplici percentuali predeterminate del fondo sanitario. Rendere esplicito il livello di prestazioni per utenti, ovvero l’intensità assistenziale, presenta un altro grande vantaggio. Ci permette di valutare il reale tasso di copertura del bisogno, confrontando gli indici di prevalenza epidemiologica con il numero dei pazienti che ricevono un’intensità assistenziale soddisfacente, rispetto ad uno standard professionale

accettato dalla comunità scientifica. Rendere espliciti i livelli di copertura del bisogno è la più efficace azione di *advocacy* per il settore che si possa svolgere. Essa, ovviamente, comporta l'onere, di semplificare e condividere la metrica professionale, riuscendo a rendicontare e a dialogare con tutti gli *stakeholder*, inevitabilmente uscendo da un eccesso di "divisionalizzazione", rendendo anche espliciti i differenziali di performance tra diverse unità operative o dipartimenti.

Questo è ancora più necessario oggi, dove il peggioramento dell'epidemiologia si associa con la riduzione delle risorse del welfare pubblico, la riduzione degli organici e con una lunghissima stagione di mancata crescita dei redditi e di aumento delle disuguaglianze sociali. Ciò impone di definire con maggiore consapevolezza i target prioritari del dipartimento, lo *skill mix* professionale da attivare e correlati ruoli e competenze, così compiti e funzioni da assegnare ad altre parti del SSN per la tutela della salute mentale, rispetto a cui il dipartimento non può che operare come agente di *knowledge management*.

Aprirsi al mondo degli altri (saperi e settori disciplinari), raccontarsi e misurarsi agli occhi di tutti gli *stakeholder*, è un grande spazio di crescita professionale, organizzativa e dei servizi che la psichiatria del SSN ci ha insegnato per prima.

Questa leadership deve essere ritrovata e rinnovata, per il bene dei pazienti, dei professionisti e della comunità.

Questo libro vuole invitarci a riflettere sui modi contemporanei per riuscirci efficacemente.



## **Introduzione**

*di Claudio Mencacci (Presidente Società Italiana di Psichiatria),  
Luigi Ferrannini (Past President Società Italiana di Psichiatria),  
Fabrizio Starace (Presidente della Società Italiana di Epidemiologia  
Psichiatrica)*

### **I Dipartimenti di salute Mentale tra diritti di cura e necessità di innovazione**

I Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), costituiti secondo quanto previsto nei Progetti Obiettivo (PP.OO.) 1994-96 e 1998-2000, rappresentano le macrostrutture sanitarie cui è demandato il compito di realizzare i principi della legge 180/78, ripresi nella Legge 833/78 di Riforma del SSN.

Per effetto della Legge di Riforma Costituzionale 3/2001, e in particolare della riformulazione dell'art 117, che assegna alle Regioni la potestà legislativa esclusiva in materia di organizzazione dei servizi sanitari, anche la programmazione e organizzazione dei DSM è stata autonomamente gestita dalle Regioni.

Ciò ha determinato lo strutturarsi di modelli significativamente differenti da Regione a Regione, sia per quanto attiene alle caratteristiche dei DSM (strutturali vs. funzionali), la loro collocazione elettiva (ospedale vs. territorio), la composizione in settori disciplinari affini (oltre alla salute mentale degli adulti, la neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, le dipendenze patologiche, la psicologia clinica).

Più in generale, la programmazione delle diverse Regioni ha adottato modalità differenti di organizzazione e gestione della componente ospedaliera del DSM (i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura), della residenzialità psichiatrica di area sanitaria, nonché di tutte le attività di integrazione sociosanitaria, queste ultime con modelli differenziati anche nella stessa Regione.

Le stesse modalità di applicazione degli Accertamenti e Trattamenti Sanitari Obbligatorii, di cui agli artt. 33, 34 e 35 della 833/78, presentano talvolta

difformità inter-regionali, frutto dei dubbi interpretativi posti dalla norma nazionale e di pratiche diverse consolidate nei diversi territori.

A fronte di questo quadro, nel quale solo i Piani Sanitari Nazionali (PSN) facevano qualche riferimento – anche se in modo generico – all’assistenza psichiatrica, negli ultimi anni si è aperta una nuova stagione della programmazione concorrente in Salute Mentale, che ha visto l’emanazione di Documenti, Raccomandazioni e Atti di Intesa. L’impatto che ne è derivato ha prodotto significativi cambiamenti delle prassi e l’avvio di complessi processi di riorganizzazione dell’offerta di cura.

Oggi tali processi riorganizzativi devono verificare la propria tenuta in uno scenario mutato e in rapida evoluzione: dall’incremento della prevalenza dei disturbi psichiatrici comuni (ansia e depressione), alla saturazione delle risposte residenziali per le persone con disturbi psichiatrici maggiori; dall’evidenza di un gap di trattamento – di una domanda, cioè, che i servizi non riescono a intercettare – all’aumento dei casi in carico che richiedono nuove e più articolate modalità di trattamento; dalla complessa vicenda della presa in carico dei pazienti autori di reato, alla pressione esercitata sui servizi da persone di etnie e culture differenti. Senza dimenticare il tentativo sempre più spesso agito di individuare risposte sanitarie (e quindi elettivamente psichiatriche) a contraddizioni sociali, acute dal perdurare della crisi economica.

In questo quadro occorre riflettere sulle dimensioni e l’organizzazione che i DSM stanno assumendo in coerenza con gli atti di programmazione adottati dalle Aziende Sanitarie in cui sono incardinati. Negli ultimi anni, infatti, si assiste a una sempre più diffusa tendenza ad accorpate le Aziende Sanitarie su base provinciale (es.: Campania), inter-provinciale (es.: Toscana) o addirittura regionale (es.: Sardegna). Il razionale risiede nella riduzione degli incarichi di vertice, nella centralizzazione delle strutture amministrative, nella migliore distribuzione delle risorse umane e strutturali. Ne risultano Aziende Sanitarie (e quindi DSM) che servono aree geografiche enormi, con un bacino d’utenza che supera molto spesso il milione di abitanti. I DSM che derivano da tali accorpamenti rischiano di perdere le caratteristiche di prossimità, di radicamento territoriale, di conoscenza capillare dei contesti locali, che li hanno caratterizzati dalla loro costituzione e ne rappresentano un reale punto di forza e di identità. Anche le eventuali razionalizzazioni di aree ad alta intensità assistenziale (es.: SPDC) in realtà presentano più criticità che vantaggi, mettendo in seria discussione la necessaria continuità assistenziale tra ospedale e territorio e la stessa interscambiabilità delle equipe curanti. Infine, in funzione di una teorica armonizzazione delle politiche a livello macro, rischia di perdersi la concreta possibilità di definire con le autonomie locali e le politiche sociali dei comuni quegli interventi sociosanitari integrati che necessariamente hanno un baricentro distrettuale e dipendono strettamente dalle caratteristiche sociali, economiche e culturali dei contesti e delle comunità locali.

Appare evidente, in definitiva, che un processo di accorpamento e di efficientamento avrà esiti ottimali se applicato in ambito ospedaliero, caratterizzato da una produzione prestazionale anche molto sofisticata ma definita nel tempo e nello spazio, mentre potrà rivelarsi controproducente se applicato in ambito territoriale, dove la conoscenza e il governo dei determinanti sociali assumono valenza strategica.

Sulla base di quanto sin qui esplicitato, le direttrici per la futura programmazione, sia a livello nazionale che regionale e locale, non potranno non tenere conto delle considerazioni riportate nel presente lavoro di ricerca. Attraverso l'analisi dello stato attuale dei DSM italiani, rappresentati nella *survey* generale e nei casi di studio esaminati in dettaglio, verranno affrontati i temi della "produttività" del lavoro territoriale, dell'organizzazione dei servizi, dei rapporti con la neuropsichiatria infantile e le dipendenze patologiche, del monitoraggio epidemiologico delle attività e dei relativi costi, della partecipazione degli *stakeholders* alla programmazione.

A noi pare vi siano molte ragioni per ritenere prioritario il potenziamento dei servizi di salute mentale in grado di fornire trattamenti efficaci, di alta qualità e accessibili a tutti, e il monitoraggio delle azioni sviluppate.

Fra le indicazioni per formulare strategie di intervento più qualificate ed efficaci, riteniamo non possano mancare:

- formazione degli operatori dei servizi, con accento sulla promozione del lavoro multidisciplinare
- formulazione e applicazione di percorsi di cura scientificamente validati
- sviluppo, validazione e diffusione di interventi psicosociali efficaci
- valutazione del rapporto bidirezionale tra salute fisica e salute mentale, con attenzione al coinvolgimento degli operatori delle cure primarie
- impatto di interventi diretti a promuovere l'*empowerment* del paziente mediante il coinvolgimento nel trattamento e la partecipazione alle decisioni cliniche

In sintesi, siamo alla vigilia di uno storico passaggio dalla logica dei contenitori e dei luoghi (alla base dei PP.OO.) a quella dei percorsi di cura, basati su progetti terapeutico-riabilitativi individualizzati (PTRI) e dovrà essere massimo l'impegno del settore della Salute Mentale per la realizzazione delle modifiche richieste. Più specificamente, nell'attuale contesto di crisi socio-economica diffusa, occorre sottolineare l'importanza di non ridurre la disponibilità di risorse economiche e umane nei servizi e di mantenere alto il livello di qualità delle competenze professionali degli operatori del settore. È questa un'opinione condivisa da tutti i DSM, i cui operatori sono preoccupati che l'impoverimento dei servizi porti a mutazioni consistenti dell'assetto generale entrato nella pratica quotidiana, con grave danno per quella psichiatria di comunità che è oggi modello condiviso.

Siamo di fronte ad una nuova sfida per salvaguardare i principi fondanti della Psichiatria di Comunità, tra i quali c'è la lotta ai processi di re-instituzionalizzazione, che in alcune Regioni sembrano avere preso il sopravvento, a fronte di nuove domande/bisogni, nuove espressioni psicopatologiche, ma soprattutto nuove popolazioni e nuove persone che afferiscono ai servizi psichiatrici.

Ogni Regione è pertanto tenuta a condurre un'analisi attenta completa e onesta della situazione organizzativa e della offerta dei suoi servizi psichiatrici, al fine di renderla più in linea con i nuovi scenari. Su questo si misurerà la vera capacità di rivitalizzare i principi fondanti della Legge 180, anche nel mutato quadro sociale, economico, culturale, politico ma soprattutto etico del nostro Paese.