



SIP-Lo

Sezione Regionale Lombarda
della Società Italiana di Psichiatria

POSITION PAPER DELLA SIPLO SULLE SFIDE DELLA PSICHIATRIA NEL NUOVO MILLENNIO



INSERTO DI

PSICHIATRIA OGGI

Anno XXXIII, n.2 Luglio-Dicembre

PROPOSTE PER UNA RIORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITÀ TERRITORIALE IN SALUTE MENTALE IN LOMBARDIA

Gruppo di lavoro:

Ballantini Mario,
 Belloni Giancarlo,
 Beraldo Scilla,
 Cerasoli Gianna,
 D'Agostino Armando,
 Ferrario Tiziana,
 Martini Simonetta,
 Migliarese Giovanni,
 Morganti Carla,
 Novel Laura,
 Patrucco Marco,
 Porcellana Matteo,
 Risaro Paolo,
 Tisi Giuseppe,
 Toscano Marco Otto Maria.

Coordinatore

Dr. Mario Ballantini
 (Sondrio – mario.ballantini@asst-val.it)

PREMESSA

I servizi territoriali per la salute mentale in Lombardia sono nati agli inizi degli anni 80 con una mission prevalentemente legata al superamento dell'Ospedale Psichiatrico. Negli ultimi decenni questi compiti si sono ampliati e articolati e la realtà con cui si confrontano i servizi è oggi profondamente mutata, sia dal punto di vista normativo (vedi ad es. la L.R. 15/2016), che da quello dell'utenza, riconfigurata ponendo in primo piano condizioni che erano in vario grado "marginali" rispetto al "classico" lungo-assistito psicotico (ad es. Migranti, Autori di reato,

Disturbi emotivi comuni, DCA, Doppie diagnosi, d. di personalità, d. perinatali, una rinnovata consapevolezza sugli esordi ed altro ancora).

Nel corso degli ultimi decenni e, in particolare, successivamente all'approvazione del Piano Regionale per la Salute Mentale nel 2004 (PRSM 2004), i Dipartimenti di Salute Mentale e delle Dipendenze si sono impegnati in una significativa revisione dei percorsi clinici sia in ambito territoriale che residenziale, oltre che nell'attivazione di Progetti Innovativi che hanno dato risultati significativi quando sono stati realmente sostenuti da finanziamenti aggiuntivi e che hanno invece mostrato criticità e rallentamenti di fronte all'impoverimento delle risorse di personale e ad organici dei servizi territoriali non compatibili con il continuo crescere dei bisogni di salute mentale nella popolazione.

I dati attuali disponibili riguardo all'attività dei DSMD sembrano indicare una "bassa" progettualità nei percorsi assistenziali. Tale situazione, riconducibile a un'insufficiente differenziazione della domanda, genera il pericolo di un utilizzo delle risorse non appropriato alla complessità dei bisogni presentati dagli utenti. In molte realtà territoriali e regionali, l'incremento di richieste di intervento ai servizi psichiatrici per i disturbi emotivi comuni pone l'esigenza di definire progetti di collaborazione con la medicina generale, così come vi è sempre un maggiore sviluppo di progetti specifici di intervento su tematiche quali la prevenzione e il riconoscimento precoce dei disturbi mentali nei giovani, i disturbi del comportamento alimentare, la depressione post-partum, la depressione nell'anziano ed altre aree di bisogno specialistico.

Il PRSM (2004) ha identificato tre percorsi territoriali per riorganizzare l'attività dei Centri Psicosociali:

- i. la consulenza: una modalità di lavoro strutturata tra DSM e medicina generale per gli utenti che non necessitano di cure specialistiche;

- ii. l'assunzione in cura: percorso terapeutico per gli utenti che necessitano di trattamento specialistico ma non necessitano di interventi complessi e multi-professionali;
- iii. la presa in carico: percorso di trattamento integrato per gli utenti che presentano bisogni "complessi". Nel percorso clinico della "presa in carico", è prevista la definizione di un Piano di Trattamento Individuale (PTI) per il singolo utente e l'istituzione della figura del "case manager". A fronte dello sforzo realizzato dai servizi territoriali per ripensare la propria organizzazione e far fronte all'ampliamento delle competenze assegnate, le equipe multi-professionali non sono state coerentemente rinforzate e i medici specialisti sono sempre meno numerosi: questa carenza, anche nella migliore delle ipotesi, sarà prevedibilmente di medio-lungo periodo.

Si impone pertanto un ulteriore ripensamento organizzativo delle risorse in campo seguendo la traiettoria avviata con il PRSM del 2004 e tenendo conto delle esperienze positive realizzate sul fronte dell'innovazione e della risposta ai nuovi bisogni emergenti. Il nuovo scenario dovrà pertanto considerare alcuni elementi fondamentali:

- l'ottimizzazione e la valorizzazione del grande patrimonio culturale degli operatori dei servizi;
- l'appropriatezza, cioè la tensione a dare ciò che si può ed è necessario sulla base dei bisogni di ciascuno e del "valore aggiunto" della prestazione.
- la messa a sistema delle esperienze realizzate negli ultimi anni sul fronte dei Progetti Innovativi per la salute mentale

La riorganizzazione proposta in questo documento rappresenta una naturale evoluzione delle linee programmatiche del PRSM del 2004 ed appare coerente con le direttrici di lavoro definite dal Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale (PANSM), approvato dalla Conferenza Stato Regioni nella seduta del 24 gennaio 2013 che prevede "risposte flessibili in risposta ai diversi bisogni di

cura" e "aree omogenee di intervento". Inoltre, tutte le proposte che seguono si fondano su un bisogno evidente e irrinunciabile di una profonda integrazione con la Medicina Generale, i Servizi per le Dipendenze (SerD) e la Neuropsichiatria infantile. In ognuna delle aree, dovrebbe essere superata la concezione "protocollare" nella definizione dei rapporti tra i diversi attori e promosso il concetto della partnership e della condivisione di obiettivi.

L'Amministrazione regionale dovrebbe supportare questa evoluzione attraverso appositi provvedimenti da inserire nelle Regole di Sistema.

AREE DI CRITICITÀ ATTUALE

La principale area di criticità da considerare è, senza dubbio, quella delle risorse e, in particolare, la carenza – che si va facendo drammatica – di specialisti psichiatri. Ogni progettualità, indirizzo e persino definizione normativa vengono in pratica vanificate davanti al fatto che i concorsi vanno, in molti casi, deserti o quasi.

Nei prossimi anni molti psichiatri andranno in pensione e, stante il ritmo con cui gli specialisti vengono formati nelle scuole di specializzazione, ci sarà una netta ridefinizione degli organici. Basti pensare che più della metà degli specialisti ha oltre 55 anni e che di qui al 2025 lo squilibrio tra neo specializzati e pensionati salirà – per la psichiatria – a 2.398 unità. Secondo i dati eurostat (ottobre 2017) gli psichiatri in Italia sono 10.500, in parte operanti fuori del SSN. A conti fatti il sistema pubblico della salute mentale in pochi anni perderà almeno un quarto degli psichiatri e, nelle zone periferiche, il fenomeno diventerà critico.

La carenza non si limita al personale medico, ma anche a quello psicologico e alle restanti professioni sanitarie del comparto (educatori, tecnici della riabilitazione psichiatrica, assistenti sociali ed infermieri), a causa dei sempre più stringenti vincoli di bilancio; in molti casi, la carenza riguarda anche le risorse "strutturali" dedicate alla psichiatria di comunità come le sedi dei CPS, dei CD, della residenzialità o, anche, i mezzi dedicati allo sposta-

mento degli operatori e alle attività con i pazienti, ecc.

L'altra area che risente di una certa criticità è relativa al cambiamento della tipologia di domanda che proviene ai CPS: la variazione della domanda si articola su tre fondamentali direttrici, tra loro correlate.

La principale è quella di un cambiamento reale delle problematiche di salute mentale: si pensi all'impatto del sempre più precoce uso di sostanze sull'evoluzione psicopatologica, all'incremento della diagnosi di disturbi della personalità e ai quadri misti con cui giovani e adolescenti si presentano ai servizi facendo saltare le distinzioni anche per età.

La seconda consiste in una diversa sensibilità sociale e culturale nei confronti del disagio psichico che ha portato all'emergere di problemi prima non così evidenti (si pensi ai c.d. Disturbi emotivi comuni che hanno una rilevanza sempre maggiore; oppure all'attenzione nei confronti degli esordi psicopatologici, dei disturbi perinatali ecc.).

L'ultima direttrice è il cambiamento normativo, che forse non è la più rilevante ma è quella che fa esplodere la contraddizione tra compiti e risorse. Per comprenderlo ci si può limitare a leggere integralmente la L.R. 15/2016 che definisce compiti e ruoli della salute mentale. I compiti vengono "allargati" in maniera esplicita fino a ricomprendere autismo, disabilità psichica e gli effetti di esclusione sociale di tutte le patologie (psichiche e non); compiti da affrontare con "modelli sociosanitari integrati, comunitari, multidisciplinari e proattivi, nel contesto delle reti sociali e familiari", non certo con semplici "prestazioni ambulatoriali". Va certamente considerato che è una legge "di indirizzo" che non riguarda l'attività "territoriale" in senso stretto; ma, alla fine, rischia di impattare necessariamente sulle richieste che verranno poste ai CPS nei prossimi anni e che restano il "fulcro" di ogni attività di salute mentale di comunità. Risulta quindi più che mai aperta la domanda: come è possibile realizzare tutto ciò senza "la presenza di personale sufficiente, motivato e competente (che) è condizione necessaria per la realizzazione di interventi di qualità"?

(cit. da Starace F. *Psichiatria ko in mezza Italia*. Sanità 24 28/2/2017). Ulteriori conferme arrivano negli ultimi mesi dal significativo impatto della pandemia Covid-19 sulla salute mentale della popolazione e dal recente appello dell'OMS relativo al potenziamento dei servizi di salute mentale.

In ogni caso va constatato che il mutamento della domanda porta il CPS ad affrontare la condizione di pazienti con bisogni altamente specifici, mettendo in crisi un modello "generalista" di CPS che si occupa di una area di territorio definita e non può avere al suo interno, se non in casi eccezionali, le competenze necessarie per affrontare una domanda così differenziata. Una paziente anoressica, un paziente bipolare e uno con disturbo dello spettro autistico, dello spettro schizofrenico ecc. richiedono percorsi altamente differenziati. Per favorire l'accessibilità a servizi che offrono percorsi più differenziati e specialistici sarebbe cruciale oggi elaborare un pensiero che contribuisca a formulare una nuova immagine, aperta e senza stigma, di servizio territoriale per la salute mentale della comunità.

PRINCIPI E MODELLI DI RIFERIMENTO

Nel novembre 2018, il DSMD di Lecco (Lora e collaboratori) ha organizzato un convegno dal titolo "Il CPS 2.0.: verso una nuova organizzazione dell'attività territoriale". In diverse occasioni successive, la proposta partita da Lecco è stata approfondita e arricchita di ulteriori considerazioni nell'ambito di un proficuo dibattito scientifico. Le linee organizzative illustrate al convegno di Lecco sono riprese ed articolate in questo documento. Le proposte si basano su alcuni principi:

1. Il definitivo passaggio da un modello medico ad un altro centrato sul paziente e sulla valutazione dei suoi bisogni, che coinvolge tutta l'équipe curante e valorizza la funzione del case manager. Almeno per una coorte di pazienti con determinate caratteristiche di gravità clinica e di complessità dei bisogni, secondo questo modello, i programmi non vengono più formulati

- esclusivamente dallo psichiatra, bensì dalle differenti figure professionali dell'equipe multiprofessionale coordinata dal case manager. Lo psichiatra ha una prevalente funzione di "consulente" clinico. Per l'implementazione del modello, è necessaria una valorizzazione del lavoro d'equipe riconoscendo capacità decisionale ed autonomia alle professioni sanitarie non mediche e favorendo il task shifting di attività con contenuto clinico a infermieri, educatori professionali, tecnici della riabilitazione psichiatrica, assistenti sociali.
2. Il superamento del modello "generalista" del CPS. All'origine, i CPS rispondevano ad una domanda di salute abbastanza omogenea, identificata perlopiù con la lungo-assistenza di pazienti psicotici con scarso funzionamento. Come descritto in precedenza, oggi la domanda è configurata in modo molto vario e complesso e le risposte e i percorsi richiesti sono sempre più differenziati. In taluni contesti il superamento di questo modello è stato supportato grazie ai Progetti Innovativi che hanno stimolato il costituirsi di linee di servizio altamente specifiche e di esperienze di équipe integrate (ove ad es. una funzione essenziale è svolta da operatori psicologi, TERP, infermieri, assistenti sociali). Per citarne alcune: DCA, Interventi precoci sugli esordi, i disturbi perinatali, la psicopatologia dei migranti, accompagnamenti e inserimenti lavorativi, e molto altro ancora.
 3. Il ruolo sempre più importante svolto dall'empowerment sia di utenti che di familiari, e dalla collaborazione con le Associazioni di questi ultimi, al fine di creare una partnership in grado di favorire – in risposta ai loro bisogni – la creazione di programmi condivisi (ad esempio, gruppi autogestiti di discussione e di carattere psicoeducativo, gruppi di self help per utenti). Questo principio non risponde solo ad una concezione moderna ed efficace di "delivery" delle attività di salute mentale ma diventa un elemento che rende efficiente l'intero sistema. L'espressione "partnership" descrive molto bene il concetto di una necessità e convenienza

reciproca di una sempre maggiore integrazione.

4. Il mantenimento e l'ulteriore sviluppo dell'area dell'innovazione in salute mentale e la stabilizzazione, nell'ambito della revisione dei servizi territoriali, di aree di intervento strategiche dedicate a bisogni emergenti. Tra queste, l'area degli esordi-intervento precoce, l'area dei disturbi comuni ad alta incidenza e prevalenza (depressione minore, disturbi d'ansia), l'area dei disturbi psichici riconducibili al periodo perinatale; la prevenzione del suicidio; i disturbi della personalità e i disturbi del comportamento alimentare, i problemi della salute mentale degli immigrati. In questo ambito, particolare attenzione è da porre al tema dell'integrazione fra i servizi, necessaria per assicurare l'appropriatezza e la continuità delle cure. Ne deriva la particolare rilevanza della necessità di collaborazione tra psichiatria e neuropsichiatria infantile e la capacità di entrambe le discipline di sviluppare integrazione nell'ambito dell'area salute mentale – specie nell'area giovani e adolescenti – dove rientrano anche i servizi per le dipendenze, la psicologia clinica e i servizi per la disabilità. Lo sviluppo di un'area di innovazione in salute mentale rappresenta uno strumento chiave per sostenere l'attuazione dei modelli organizzativi e gestionali per il futuro della salute mentale

PROPOSTE ORGANIZZATIVE E/O RACCOMANDAZIONI

Le criticità evidenziate devono essere affrontate in modo consapevole e deciso pena un rapido degrado dell'assistenza psichiatrica. A seguire alcune proposte organizzative e raccomandazioni che si pongono come suggerimenti al regolatore regionale per trasformare gli indirizzi generali in chiari vincoli organizzativi in grado di orientare l'evoluzione del sistema.

Il problema delle risorse

Da tempo in ambito regionale si è riconosciuto che "i servizi psichiatrici territoriali devono essere rinforzati, garantendo la multi-professionalità delle équipe dei CPS

(psichiatri, psicologi, infermieri, assistenti sociali, tecnici della riabilitazione psichiatrica, educatori professionali) e un organico adeguato al mantenimento dei percorsi di cura con particolare riferimento alla presa in carico degli utenti gravi”.

Fino ad oggi però non esistono parametri, neanche orientativi per quanto riguarda il rapporto tra personale e popolazione servita. Esistono criteri di accreditamento per i CPS (ad es. l'apertura per 12 ore al giorno e al sabato mattina), oggi di difficile applicazione. Tali criteri risultano inadeguati a molte realtà territoriali, sia perché di dubbia utilità sia perché semplicemente impossibili da rispettare con la dotazione di risorse attuali.

Si **raccomanda** che gli orari in cui si articola l'apertura dei servizi sia demandata all'OCSM, in grado di leggere i bisogni di un dato territorio e di confrontarli con ciò che è concretamente disponibile.

Si **raccomanda** di definire con quale impianto di risorse si desidera strutturare la psichiatria di comunità: è indispensabile avere un criterio che guidi i piani assunzione delle diverse aziende.

Per l'assetto dell'assistenza nell'area della Salute Mentale appare urgente definire — a livello di accreditamento — il rapporto psichiatri e operatori di diversa professionalità su popolazione rispetto all'enunciazione di principi o vincoli di altro genere. A titolo esemplificativo sembra adeguato e ragionevole per un DSMD proporre e assegnare per 100.000 abitanti: 10 psichiatri, 5 psicologi e intorno a 50 operatori del comparto, dedicati alla psichiatria nelle sue diverse articolazioni (SPDC, CPS, SR). I numeri necessari devono essere definiti con i necessari approfondimenti locali e, soprattutto, possono essere modulati sulla base di parametri oggettivi (quali la dispersione territoriale, l'offerta di posti letto residenziali e ospedalieri ecc.). Di certo non si può avere i medesimi obiettivi e il medesimo standard se in un CPS si lavora con un medico ogni 10.000 abitanti

o 1 ogni 30.000 (e in diversi contesti ci si va avvicinando più al secondo valore che al primo). Occorre sottolineare che il CPS è un sistema funzionale, che non si identifica in un luogo o in una organizzazione rigida, ma è un insieme di attività, svolte dai diversi operatori del DSMD.

Si **raccomanda** di assumere ogni possibile iniziativa, compatibile con la normativa, per aumentare la disponibilità di personale medico psichiatra, utilizzando anche l'incremento di risorse per borse di studio per le scuole di specializzazione e il finanziamento di posti da parte delle ASST.

I “POLI” O “AREE” DI INTERVENTO.

La disposizione organizzativa proposta su aree di intervento rappresenta una evoluzione dei “percorsi di cura” introdotti col precedente Piano Regionale di Salute Mentale e ne mantiene la prospettiva e il significato clinico. Questo assetto suddivide l'utenza del CPS secondo alcune caratteristiche sulla base del bisogno e, di conseguenza, delle risorse più appropriate necessarie a farvi fronte. Queste “aree” o “poli” funzionali richiedono modalità di intervento specifiche e omogenee, in modo da rendere efficaci ed efficienti i diversi percorsi di cura. Questo aspetto è il cardine di tutto il sistema.

I poli funzionali proposti sono quattro:

PDMG (Polo dei Disturbi Mentali Gravi)

PDEC (Polo dei Disturbi Emotivi Comuni)

PCM (Polo del Case Management)

PGNB (Polo Area Giovani e Nuovi bisogni)

È bene ribadire che i poli che si descrivono non rappresentano articolazioni strutturali del CPS, che mantiene integra la sua identità e unitarietà, quanto, come si è detto, una suddivisione dell'utenza in base ai bisogni e alle risorse (operatori e percorsi clinici) necessarie per farvi fronte. In questo senso questa disposizione organizzativa è complementare ai percorsi di cura previsti dal PRSM del 2004 e ne rappresenta un ulteriore sviluppo.

PDMG (Polo dei Disturbi Mentali Gravi)

Questo polo si occupa di pazienti con patologie gravi, con scarso funzionamento, con insight limitato e instabilità nel tempo. Possono essere all'esordio o in una fase avanzata di malattia. Sono soggetti a cui è necessario cambiare frequentemente terapia e strategia di intervento. Spesso si riscontra una tumultuosità relazionale e problematiche legali. Sono pazienti "assunti in cura" o "presi in carico" e l'intervento deve essere multi-professionale e basato sulla equipe e sulla capacità di coinvolgimento della rete sociale.

È qui previsto l'intero spettro di interventi: trattamenti farmacologici, psicoterapici e psicosociali (sia individuali che di gruppo), approfondimenti psicodiagnostici, supporto alle famiglie, attività di inserimento lavorativo (quali, ad esempio, l'*Individual Placement and Support* — IPS), interventi domiciliari, collaborazione e collegamento con altre articolazioni del Dipartimento, dell'ASST e dell'Ente Locale, e tutela della salute fisica.

L'organizzazione di questo polo deve poter prevedere interventi intensivi ed una capacità di far fronte all'urgenza.

Questo polo è il lavoro "tradizionale" del CPS e, se da un lato richiede interventi di elevata complessità e integrazione, è quello più omogeneo all'attuale cultura dei servizi. La rendicontazione del lavoro viene attualmente effettuata secondo la modalità prevista dalla "circolare 46/san" sulle attività di psichiatria.

Le risposte ai bisogni di questi pazienti sono complesse e trasversali ai diversi livelli di assistenza (ambulatoriale, semiresidenziale, residenziale, ospedaliera) e coinvolgono diversi attori della rete sociale. Per questi motivi è opportuno individuare un sistema di remunerazione che superi il limite dell'attuale sistema "a prestazione".

Si **raccomanda** di favorire l'integrazione dei diversi interventi e attori della rete promuovendo sistemi di remunerazione "a pacchetto" o a "budget di salute".

PDEC (Polo dei disturbi emotivi comuni)

Il PDEC si occupa del trattamento dei disturbi emotivi comuni, di natura depressiva, somatoforme e ansiosa, patologie ad alta prevalenza che rappresentano una priorità per la salute pubblica. Il PDEC è caratterizzato da pattern di trattamento con minore intensità e continuità rispetto agli altri Poli, sul modello della consulenza e dell'assunzioni in cura limitata nel tempo. Le attività del PDEC sono: (1) accoglienza, valutazione della domanda, informazione ed orientamento; (2) gestione dei pazienti con disturbi mentali comuni secondo il modello della *stepped-care* in collaborazione con MMG o altri specialisti; (3) costruzione di una rete di relazioni con i professionisti del Distretto, comprendendo le attività di formazione dei MMG; (4) rapporti culturali, di progetto e di prevenzione con la cittadinanza.

Si **raccomanda** di indicare alle ATS strumenti economici e normativi dedicati alla contrattazione con la Medicina Generale per favorire la collaborazione strutturata con i CPS riguardo a questi disturbi.

La sede di lavoro e di coordinamento delle attività permane, tendenzialmente, il CPS ma, data la necessità di integrazione con le cure primarie e con le attività socio sanitarie del territorio, le attività del PDCE possono essere realizzate anche presso i PRESST, l'ospedale generale, i nuclei di cure primarie a seconda di ciò che suggeriscono le diverse organizzazioni territoriali.

In questo polo lavorano, insieme allo psichiatra e in collaborazione con il MMG, lo psicologo, l'infermiere e il tecnico della riabilitazione psichiatrica. Queste figure sono essenziali e plasmano la loro attività professionale secondo le esigenze specifiche di questi percorsi. In particolare, lo psicologo agirà secondo uno stile di consulenza psicologica o con cicli di intervento "brevi" e mirati. L'infermiere può incrementare il coinvolgimento col medico nella gestione del percorso,

attraverso le competenze sia tecniche (monitoraggio dell'evoluzione dei sintomi, degli effetti collaterali ecc.) sia relazionali (come operatore più prossimo al paziente, come interfaccia e collegamento col medico di medicina generale) come già accade per l'infermiere di comunità. Il tecnico della riabilitazione psichiatrica collabora nella gestione a breve-medio termine di patologie di natura ansiosa / depressiva attraverso interventi psicoeducativi (individuali /di gruppo) ed interventi di desensibilizzazione/esposizione graduale.

L'evoluzione rappresentata sarà supportata da specifici interventi formativi a seconda del bisogno rilevato.

Si **raccomanda** di prevedere percorsi formativi di qualificazione per il personale infermieristico che lavora in salute mentale riguardo alla gestione infermieristica dei Disturbi emotivi comuni e del supporto al paziente

Polo del Case Management (PCM)

Da un punto di vista organizzativo e culturale è la novità più rilevante che si pone però in continuità evolutiva con il concetto e la pratica del Case Management avviata con il PRSM 2004 e sostenuta successivamente all'approvazione del Piano Regionale con numerose iniziative di formazione. Il Polo del Case Management (PCM) è dedicato a pazienti con disturbi mentali gravi con sintomatologia stabilizzata e prevalenti bisogni sociali, riabilitativi e assistenziali. La gestione di questi casi deve essere affidata a un team composto da infermieri, assistenti sociali, tecnici della riabilitazione ed educatori professionali e dove necessario da operatori di supporto, che permetterà di offrire risposte personalizzate — sul territorio, nei luoghi di vita dei pazienti e al domicilio — ai bisogni degli utenti più fragili. Per questi pazienti è appropriato e necessario un minor livello di intensità clinica. La gestione dei casi con il modello del case management è un processo collaborativo di raccolta dati e informazioni, identificazione di bisogni, pianificazione, facilitazione,

coordinamento delle cure e di valutazione in itinere periodica dei progetti a supporto dei bisogni sanitari dell'individuo e della famiglia. Il case management è affidato a professionisti sanitari non medici nella gestione e nella progettazione del piano assistenziale/riabilitativo/educativo individuale, in collaborazione con il personale medico. Il case manager si occupa della presa in carico degli utenti per i quali vengono individuati progetti terapeutici riabilitativi personalizzati ed articolati, con il coinvolgimento della rete sociale territoriale e delle famiglie; segue, tendenzialmente, i principi della recovery, valorizza la collaborazione tra operatori, paziente e familiari e persegue l'inclusione sociale, raggiunta attraverso l'integrazione con le altre attività del Polo e la collaborazione con l'auto mutuo aiuto, mediante la valorizzazione di potenzialità e caratteristiche individuali dei pazienti, Associazioni Familiari e risorse formali ed informali del territorio.

È importante mettere in evidenza che la realizzazione del processo di cura è demandato al team multi-professionale che viene così investito di proprie responsabilità. Lo psichiatra di riferimento del caso, in questo polo, svolge prioritariamente il ruolo di consulenza al team e interviene a richiesta sui singoli casi. Il professionista identificato coordina gli interventi sanitari riferiti al singolo utente e favorisce l'integrazione socio-assistenziale, in quanto la sua azione si svolge sia in ambito clinico sia in ambito sociale.

Si **raccomanda**, che vengano date indicazioni alle diverse ASST per prevedere delle funzioni organizzative e dei percorsi formativi del personale di comparto delegato alla responsabilità del team di Case Management.

Si **raccomanda**, anche per questo polo, di favorire l'integrazione dei diversi interventi e attori della rete promuovendo sistemi di remunerazione "a pacchetto" o a "budget di salute".

Linee specialistiche – Polo Area Giovani e Nuovi bisogni (PGNB)

La positiva esperienza dei Progetti Innovativi ha generato all'interno dei DSMD contesti di intervento specialistici (Giovani, ADHD, DCA, D. Perinatali ecc.). Queste linee è necessario siano salvaguardate e implementate nel normale quadro di offerta dei CPS, permettendo la stabilizzazione dei finanziamenti e delle figure professionali dedicate. La dimensione territoriale e la storia delle diverse realtà dovrà modellare questo tipo di offerta sulle singole esigenze.

La definizione del Polo Area Giovani e Nuovi bisogni (PGNB) andrà delineata in ciascuna realtà a seconda delle risorse e delle competenze disponibili, ma in ogni caso dovrà delinarsi come una realtà stabile. Andranno specificati i criteri di collaborazione con gli altri poli di attività attraverso strumenti definiti quali il triage all'ingresso, la permeabilità tra le diverse aree ecc. La profonda disomogeneità dei territori e delle organizzazioni interverranno sulla strutturazione del PGNB; in alcune aree molto estese potranno anche identificarsi con strutture fisiche (sedi) e con personale dedicate; in altre, il PGNB sarà espresso da contenuti all'interno della medesima organizzazione e il personale condiviso.

Si **raccomanda**, che vengano date indicazioni alle diverse ASST su requisiti che dovrebbero avere i luoghi destinati alle attività dei CPS e sulla loro manutenzione.

CONCLUSIONI

L'avvio di questo processo di evoluzione dei CPS, che ha come finalità di promuovere l'appropriatezza e la risposta ai bisogni, razionalizzando le risorse disponibili, deve partire da:

1. una condivisione e motivazione di tutto il personale e una forte spinta verso la formazione e un orientamento a nuovi compiti di tutti ("task shifting");
2. una esplicitazione dei criteri clinici con cui vengono orientati i diversi pazienti nelle aree descritte compresa

3. una analisi della domanda esistente (pazienti "in carico") e di come viene gestita l'offerta di servizio;
3. una ricerca di nuove alleanze con la medicina generale, le associazioni di pazienti e familiari e, in genere, i diversi "stakeholders": non è più possibile ritenere che la salute mentale possa essere "confinata" solo all'ambito specialistico;
4. Un'attenzione a che i poli descritti non rappresentino dei compartimenti con diversi "privilegi", riproponendo una logica discriminante verso i disturbi più gravi. Ogni situazione ha la sua dignità e trova il suo pieno riconoscimento nel concetto di appropriatezza dove ognuno riceve il suo, a nessuno è dato ciò che può ricevere meglio altrove e a nessuno è sottratto ciò che può ricevere solo al CPS. Dobbiamo salvaguardare tempi e spazi del nostro lavoro per chi non avrebbe risposte adeguate in altre sedi: questo è il maggior valore aggiunto di ciò che facciamo professionalmente.

LE EQUIPE PER IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI MENTALI IN ETÀ GIOVANILE

Gruppo di lavoro:

Rigliano Paolo (ASST Santi Paolo e Carlo),

Malvini Lara (ASST GOM Niguarda),

Prato Katia (ASST Rhodense),

Dragogna Filippo (ASST Fatebenefratelli Sacco)

PREMESSA

La letteratura scientifica mostra evidenze consolidate riguardo al fatto che l'individuazione precoce dei disturbi mentali in età giovanile e il trattamento tempestivo, specifico e integrato dei primi episodi possono favorire un miglior esito a lungo termine e prevenire le disabilità secondarie. Inoltre si riscontra una sempre maggiore attenzione nella capacità di rilevare e monitorare anche le "situazioni di rischio" precedenti all'insorgere di disturbi psichici. Particolarmente cruciale è l'attuazione di programmi specifici di intervento nel periodo che intercorre dalle prime manifestazioni cliniche all'instaurarsi della malattia, durante il quale si verifica il più decisivo cambiamento biopsicosociale ma in cui, anche, avviene la risposta più intensa al trattamento.

In contrasto con tale evidenze, i dati epidemiologici mostrano come, nonostante l'impegno degli ultimi anni nel campo della salute mentale, frequentemente la popolazione giovanile di età compresa tra i 15 e i 24 anni con problematiche di salute mentale giunga al trattamento alcuni anni dopo l'esordio del disturbo, quando i sintomi si sono stabilizzati e si è avuto un deterioramento della capacità di assolvere i ruoli sociali attesi. Lo stigma che grava sulla malattia mentale, la visione dei servizi di salute mentale come servizi dedicati unicamente a pazienti cronici, l'assenza nei servizi di programmi specifici per

la prevenzione e il trattamento precoce sono alcuni dei fattori limitanti l'accessibilità ai trattamenti che spiegano tale ritardo. La possibilità di accedere tempestivamente ad una valutazione è dunque l'elemento caratterizzante di ogni modello di intervento in questo ambito. La questione dell'accessibilità e dell'attrattività di servizi dedicati all'area giovanile appare quindi centrale.

In Lombardia, questi elementi di criticità legati all'organizzazione attuale delle strutture per la salute mentale sono ben rappresentati e hanno trovato un' iniziale risposta nei numerosi progetti regionali innovativi avviati negli anni scorsi sia nell'area della Psichiatria che della NPIA (programmi innovativi per la salute mentale e progetti NPIA). Pur nella carenza e talora anche dispersione di risorse dedicate all'adolescenza e alla popolazione giovanile, questi progetti hanno rappresentato, nella maggior parte delle realtà, un'occasione di collaborazione tra psichiatria, neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, servizi per le dipendenze e psicologia clinica.

Il modello di prevenzione della patologia psichica grave orientato e focalizzato sul target della popolazione giovanile deve essere dedicato alla prevenzione universale nonché all'individuazione e al trattamento di ogni livello di disagio psichico. Sulla base delle esperienze in atto, appare evidente che azioni coordinate atte ad incrementare l'integrazione fra i vari servizi (UONPIA, CPS adulti, servizi delle dipendenze e psicologia clinica) hanno dimostrato di rendere più efficiente il raggiungimento degli scopi suddetti.

In alcuni territori, la realizzazione di una "**coalizione di comunità**" — con il coinvolgimento di diversi attori della rete territoriale — ha rafforzato la consapevolezza della necessità di azioni preventive ed ha potenziato la capacità di mettersi in relazione con le fragilità dei ragazzi. Il modello della "**coalizione di comunità**" prevede moda-

lità di collaborazione strutturata con Agenzie e soggetti esterni ai servizi di salute mentale e la loro attivazione autonoma su questi problemi. L'intercettazione dei casi a rischio prevede modalità di identificazione ancora più sensibili di quelle attuate per gli esordi perché, in buona parte, questi si collocano al di fuori dei servizi di salute mentale e spesso anche dei servizi sociali in via di attivazione. La mobilitazione della comunità a scopo di prevenzione dei disturbi mentali e la promozione della salute può essere declinata in diversi modelli di intervento sociale ed educativo coerenti con le realtà dei singoli territori, ma con una metodologia rigorosa e ampiamente documentata dalla letteratura scientifica.

Su queste premesse, negli ultimi anni e grazie al finanziamento dei progetti regionali, si sono progressivamente sviluppati differenti modelli di intervento in diverse aree di Regione Lombardia che – pur avendo la stessa mission – strutturano la loro azione con programmi diversificati. Allo stato attuale vi è un'ampia eterogeneità nella composizione dei modelli organizzativi applicati nelle diverse ASST: Centri specifici distaccati dedicati al paziente giovane, CPS con equipe dedicate, CPS con equipe integrate. Le singole esperienze di lavoro pur progredendo in autonomia hanno visto avvicinarsi delle criticità nella realizzazione degli interventi che possono essere riassunte in alcuni punti principali qui elencati.

AREE DI CRITICITÀ ATTUALE

- **Minori (fascia 14-18 anni) e Transizione:** nell'area Milano città, UONPIA e UOP non rientrano in modo uniforme nello stesso Dipartimento; inoltre, per quanto riguarda la distribuzione territoriale, non c'è corrispondenza tra l'appartenenza alle ASST delle Unità Operative di Psichiatria e dei servizi di Neuropsichiatria Infantile (suddivisione territoriale in zone della psichiatria che non si sovrappone ai territori di competenza delle UONPIA). Nonostante l'esistenza di pratiche già attive orientate alla transizione tra i
- due Servizi, sono ancora molti i casi di arrivo alla Psichiatria dopo mesi o addirittura anni dalle dimissioni dal servizio per l'Infanzia e l'Adolescenza con difficoltà oggettive nell'ottenere notizie anamnestiche complete. Anche il linguaggio, soprattutto nella definizione diagnostica, è spesso diverso tra i due servizi così come la gestione della cura a partire dal coinvolgimento dei familiari.
- La **rete** — intesa in modo concentrico a partire dai servizi appartenenti allo stesso DSMD, ai servizi di cura extra-dipartimentali come consultori e servizi per le fragilità, ai servizi sociali del territorio e, infine, alle agenzie del territorio – non è uniformemente sviluppata e dipende chiaramente da peculiarità locali.
- Risulta necessario uniformare la presa in carico in concerto con i Servizi per le **fragilità** soprattutto nel caso di alcune specificità nosografiche come ADHD e autismo dell'adulto e disabilità intellettive, servizi non ovunque presenti.
- **Migranti e figli di migranti, adottivi** riferiscono, solo in alcune ASST, a servizi dedicati all'etnopsichiatria; ciò conferma l'esistenza di bisogni ancora aperti di formazione specifica – soprattutto dell'equipe multiprofessionale – per quanto riguarda modelli esplicativi di malattia, aderenza ai trattamenti e credenze culturali che riguardano aspetti biologici, sociali e familiari.
- Sono ancora almeno in parte da sviluppare percorsi di cura e protocolli specifici condivisi fra i servizi psichiatrici, la NPIA e i servizi delle **dipendenze**, con presa in carico congiunta e non mutuamente esclusiva.
- È emergente la necessità di strutturare programmi di cura specifici per la diagnosi e il trattamento dei disturbi di personalità, ambito in cui la definizione diagnostica ha in sé aspetti di criticità data la fascia d'età di interesse e il trattamento prevede una formazione ad hoc dell'equipe nel suo complesso e l'attivazione di protocolli *evidence-based* specifici.

PRINCIPI E MODELLI DI RIFERIMENTO

Il modello di servizio di salute mentale per i giovani e gli adolescenti che si sta imponendo a livello internazionale mira ad individuare sempre più precocemente i giovani che potrebbero sviluppare un disturbo mentale. Esso si è dotato di strumenti clinici per individuare e classificare i cosiddetti “stati mentali a rischio” e di strumenti organizzativi per raggiungere, individuare e accogliere i giovani che iniziano a manifestare problemi con possibile evoluzione negativa; è inoltre caratterizzato dal superamento della separazione delle competenze tra le diverse discipline che svolgono attività di supporto nei giovani della fascia d’età dai 15 ai 24 anni (psichiatria, neuropsichiatria infantile, servizi per le dipendenze, psicologia clinica).

Le evidenze scientifiche che supportano le pratiche cliniche in questa fascia di pazienti, soprattutto per quanto riguarda gli “stati mentali a rischio”, lasciano ancora molti quesiti aperti. Le terapie farmacologiche, ad esempio, sono per ora una questione dibattuta. È riconosciuto invece come un intervento cognitivo-comportamentale, il trattamento assertivo di comunità (ACT), la psicoeducazione familiare, il supporto all’inserimento lavorativo, la cognitive remediation, l’addestramento alle competenze sociali ed un intervento psicosociale intensivo siano utili ed efficaci.

Ormai da anni sono stati sviluppati nel mondo diversi modelli integrati di intervento (ad esempio il modello integrato EPPIC in Australia e l’Opus in Danimarca). Anche negli Stati Uniti vi è un modello (EDIPP), ampiamente diffuso e caratterizzato da gruppi di psicoeducazione multifamiliare, ACT, supporto al lavoro e allo studio e trattamento farmacologico secondo un protocollo specifico.

Le Linee-guida e la letteratura di riferimento per la prevenzione, l’individuazione e il trattamento dei disturbi mentali gravi nella popolazione giovanile sono numerose; citiamo le seguenti:

- NICE 2014 “Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management” e “Implementing the Early Intervention in Psychosis Access and Waiting Time Standard: Guidance” 2016: raccomandazioni evidence-based redatte dal National Institute for Health and Care Excellence (UK);
- Australian Clinical Guidelines for Early Psychosis 2016;
- Diverse pubblicazioni del gruppo di P. Fusar Poli sostengono il modello di lavoro secondo il modello OASIS (Outreach and Support in South London) di Londra;
- Sempre per quanto riguarda il tema, si rimanda anche alle trattazioni di P. McGorry, S. Yung e collaboratori;
- EPA Guidance 2015 presenta invece le raccomandazioni dell’European Psychiatric Association per quanto riguarda il precoce riconoscimento degli stati clinicamente ad alto rischio.
- Si possono citare, infine, le esperienze canadesi (CAMH) e olandesi (Van der Gaag)

ESPERIENZE E MODELLI DI INTERVENTO IN REGIONE LOMBARDA

Nel corso degli ultimi anni, diverse realtà territoriali lombarde hanno visto progetti specifici e, in alcuni casi, strutture territoriali definite sono state riorganizzate e dedicate ad attività di prevenzione e trattamento rivolte alla popolazione giovanile con problemi di salute mentale. Dal punto di vista dei modelli operativi, le soluzioni realizzate possono essere così descritte:

Centro Giovani

Nel Centro Giovani si accolgono tutti i giovani nella fascia di età 15-24 anni, anche in urgenza, tranne i bollini verdi e quando costoro sono dimessi dai reparti di Psichiatria o di NPIA (in particolare, dopo il primo ricovero). Il Centro Giovani vede la piena partecipazione alle attività di specialisti che provengono da ambiti disciplinari diversi (psichiatria, NPIA, dipendenze, psicologia clinica). Gli

utenti hanno accesso diretto o sono inviati dai servizi di competenza dopo i primi contatti per un programma di cura concordato con il servizio inviante. I professionisti che provengono da ambiti disciplinari diversi garantiscono strategie di assessment e di trattamento uniformi per l'intera fascia di età 15-24 anni.

CPS Giovani

Il CPS Giovani è dedicato alla popolazione 17-24 anni dell'intero DSMD, dall'accoglimento anche in urgenza ("bollini verdi", post-ricoveri SPDC), all'*assessment*, al trattamento multidisciplinare secondo i consueti percorsi di cura dei CPS, alla gestione dell'acuzie, alla somministrazione di terapie, alle visite domiciliari ed agli interventi sul territorio.

All'interno del CPS giovani vengono attivate:

- **Equipe Dedicata:** può, a sua volta, essere formata da operatori strutturati del CPS ed operatori su progetto.
- **Equipe Integrata:** è formata dalla convergenza di operatori provenienti da vari servizi (di solito neuropsichiatria infantile, SerT e psichiatria adulti); tale equipe ha finalità di valutazione psicodiagnostica ed eventuale trattamento in proprio oppure con invio successivo a servizi "terzi" appropriati per il trattamento (in alternativa può essere strutturata anche presso la Neuropsichiatria Infantile o in altro spazio "più neutro").
- **Equipe "sul problema":** strutturata in base alla individuazione di una condizione sindromica (per es.: disturbo borderline di personalità) e che applica uno specifico modello di intervento.

PROPOSTE ORGANIZZATIVE E/O RACCOMANDAZIONI

La Legge regionale 15/2016, che definisce le "norme per la tutela della salute mentale", pone tra gli obiettivi prioritari "la promozione di interventi di prevenzione primaria e secondaria, mediante il riconoscimento delle situazioni a rischio, la diagnosi precoce e il trattamento tempestivo, con indicazioni mirate per specifiche tipologie

di bisogno, quali le problematiche della fascia adolescenziale e giovanile, di età compresa tra i quattordici e i venticinque anni, per garantire la continuità della presa in carico nelle età di passaggio, nonché la previsione di spazi mirati e progetti di intervento appropriati e integrati fra ospedale e territorio".

Al fine di dare piena realizzazione a tale obiettivo è urgente definire modalità specifiche per l'istituzione di servizi dedicati alla popolazione giovanile con problematiche di salute mentale, includendo nella riorganizzazione dei servizi territoriali un Polo dedicato alla prevenzione e trattamento dei disturbi psichici in età giovanile. Le seguenti proposte / raccomandazioni appaiono necessarie al fine di consolidare e stabilizzare le iniziative già attive e costruire una prospettiva solida per il futuro dei servizi di salute mentale:

- Ogni ASST, in coerenza con le indicazioni della DGR 2672/2019, deve definire un proprio modello di intervento dedicato alla fascia giovanile di età 15-24 anni che permetta trattamenti tempestivi, identificando strutture dedicate, realizzando punti unici di accesso e favorendo le integrazioni multi-disciplinari
- Nell'ambito dei servizi territoriali per la salute mentale, vengono identificate Equipe multidisciplinari funzionali dedicate, documentando le azioni intraprese per migliorare l'accessibilità e l'attrattività dei servizi nella popolazione giovanile facilitando l'integrazione tra i servizi di psichiatria, neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, dipendenze e psicologia clinica
- Ogni ASST attiva percorsi di formazione dedicati ai servizi dell'area salute mentale sulle strategie di intervento EBM aggiornate che seguano le attuali linee guida internazionali, a cui le singole realtà possano fare riferimento nell'organizzare il proprio modello, così da uniformare l'offerta sanitaria garantendo lo stesso pacchetto di interventi, preservando l'unicità della singola rete ed il modello nato su premesse locali

specifiche e esperienziali

- I servizi di salute mentale dedicati alla fascia adolescenziale e giovanile definiscono un protocollo di assessment e trattamento che includa strumenti validati e riconosciuti dalla letteratura scientifica per l'assessment e lo sviluppo sistematico di competenze terapeutiche specifiche, in modo particolare per il trattamento degli “stati mentali a rischio” (es. psicoterapia cognitivo-comportamentale) ed i disturbi di personalità (es. DBT per Disturbo Borderline di Personalità).
- I servizi di salute mentale dedicati alla fascia adolescenziale e giovanile prevedono azioni specifiche per facilitare l'accesso a gruppi in cui è stato riscontrato un aumentato rischio di disturbo mentale (es. migranti di prima e seconda generazione, familiari di persone affette da psicosi, soggetti con comportamento di abuso di cannabis, etc.)
- Ogni ASST sviluppa specifici programmi di prevenzione dedicati alla fascia giovanile, anche attivando progetti di “coalizione comunitaria” che usufruiscano del supporto della rete dei servizi dedicati alla salute mentale e costruiscano percorsi di alleanza e collaborazione con le risorse presenti nella comunità sul tema specifico della prevenzione dei disturbi mentali.

IPOTESI DI EVOLUZIONE DEL SISTEMA RESIDENZIALE PSICHIATRICO LOMBARDO

Gruppo di lavoro:

Giobbio Gian Marco (Centro Sant'Ambrogio Fatebenefratelli),

Viganò Caterina (ASST Fatebenefratelli - Sacco),

Valvassori Giovanna (ASST Ovest Milano),

Saffioti Carlo (Fondazione Emilia Bosis)

PREMESSA

La modifica al capitolo V della LR 33 del 2009 così come previsto dalla Legge regionale 15 del 2016 disegna una nuova psichiatria fortemente integrata in cui il paziente viene messo al centro di un percorso clinico multidimensionale. Allo stesso modo la riabilitazione deve migliorare l'integrazione tra gli interventi riabilitativi residenziali e gli altri servizi di salute mentale ponendo al centro del modello i bisogni del paziente.

Il sistema di salute mentale lombardo si è arricchito a partire dagli anni '90 di una rete di strutture residenziali, pubbliche e private, che ha permesso di completare l'offerta di strutture per la salute mentale, fino ad allora carente in questa area. Oggi complessivamente in Lombardia ci sono circa 5,25 posti letto per 10.000 abitanti.

Tuttavia, a oltre dieci anni dal precedente documento di riordino dell'area residenziale (DGR 4221/2007), sono presenti criticità che rendono necessario aggiornare il sistema per andare incontro a bisogni emergenti e a una evoluzione sostenibile dei servizi per la salute mentale.

AREE DI CRITICITÀ DELL'ATTUALE ORGANIZZAZIONE RESIDENZIALE PSICHIATRICA

L'applicazione del modello di riqualificazione della residenzialità psichiatrica così come articolato nel Piano Regionale Salute Mentale e nella DGR 4221 del 2007, ha permesso di ripensare la classificazione delle strutture residenziali

definendo in modo preciso i criteri di accreditamento e le tariffe differenziate in base all'impegno riabilitativo assolto; ha inoltre introdotto il concetto della durata del progetto riabilitativo e della promozione di percorsi che consentano il passaggio dei pazienti più autonomi dalle strutture a più alta intensità riabilitativa alle strutture a più bassa intensità riabilitativa. Tali cambiamenti hanno determinato l'avvio di una nuova fase della riabilitazione psichiatrica. A distanza di oltre un decennio dalla sua realizzazione si è evidenziata la necessità di una revisione che garantendo la tenuta complessiva del sistema possa intervenire su alcune aree critiche emerse nel corso degli anni o indotte dall'emergere di nuovi bisogni. Gli elementi critici dimostrati dal sistema residenzialità psichiatrica nel corso di questi anni possono essere così riassunti:

Scarsa differenziazione dei programmi riabilitativi e dell'offerta specialistica legata in parte alla ridotta flessibilità dell'accreditamento in termini di figure professionali;

Sovraesposizione delle Comunità ad alta intensità assistenziale e ad alta e media intensità riabilitativa con effetto "collo di bottiglia" per l'approccio riabilitativo dei pazienti con minori bisogni assistenziali/riabilitativi;

Limiti temporali predefiniti con abbattimento tariffario al superamento degli stessi;

Mancanza di strutture socio sanitarie per l'accogliimento dei pazienti psichiatrici anziani o con gravi disabilità o con patologie organiche e compromissioni fisiche che li rendono incapaci di vita autonoma.

Alla luce dell'esperienza diretta dei dipartimenti di salute mentale e delle strutture residenziali psichiatriche del privato accreditato sono state identificate le seguenti aree di bisogni riabilitativi residenziali non adeguatamente supportate dall'attuale sistema:

1. **Percorsi riabilitativi residenziali differenziati per complessità clinica per pazienti affetti da disturbo di personalità, con doppia diagnosi, autori di reato, disturbi del comportamento alimentare, aree di confine quale disabilità intellettiva in comorbidità psichiatrica;**

2. **Gestione residenziale a lungo termine dei pazienti affetti da gravi disturbi mentali con ridotta autonomia ed alto bisogno di assistenza;**
3. **Comunità dedicate a pazienti psicogeriatrici;**
4. **Percorsi residenziali a breve/medio termine per pazienti in fase subacuta ricoverati in SPDC in attesa di percorso socio sanitario;**
5. **Percorso riabilitativo residenziale per pazienti affetti da disturbi psichiatrici nelle fasi di transizione tra minore e maggiore età.**
6. **Telemedicina in ambito psichiatrico a supporto delle SRP_{3.2} e SRP_{3.3}**

MODELLI DI RIFERIMENTO

Si ritiene che nella riformulazione del sistema residenziale lombardo sia opportuno intervenire a più livelli, tenendo conto delle esigenze sia di appropriatezza che di contenimento della spesa:

- i. È necessario continuare nell'innovazione, introdotta dal PRSM del 2004 e dalla 4221/2007, riaffermando espressamente i criteri che hanno rivoluzionato la residenzialità psichiatrica, passata da strutture rigide, contenitori indistinti di cronicità (post o neo manicomiali), a strumenti flessibili e differenziati per programmi di cura, riabilitazione e assistenza, concepiti come non separati ma integrati con il percorso territoriale. L'innovazione deve tenere conto poi dei cambiamenti epidemiologici che la psichiatria e l'assetto organizzativo dei Dipartimenti di Salute Mentale e delle Dipendenze hanno dovuto affrontare in questi ultimi anni. A questo riguardo appare indispensabile la definizione di percorsi residenziali dedicati ad utenti con bisogni specifici, quali i disturbi di personalità, i disturbi del comportamento alimentare, i pazienti con provvedimenti giudiziari, le doppie o triple diagnosi. Allo stesso tempo il sistema residenziale deve considerare bisogni emergenti e di forte criticità per il sistema, quali i pazienti in cui il disturbo psichiatrico è in comorbidità con la

disabilità intellettiva, la psicogeriatrica, le situazioni di post-acuzie per pazienti ricoverati in SPDC che non possono rientrare al domicilio per mancanza di adeguato supporto o che necessitano ancora di ambiente protetto a forte valenza clinica. In tal senso si ritiene indispensabile garantire nelle Comunità SRP₁ e SRP₂ una forte presenza del medico psichiatra per un tempo almeno pari a quella oggi prevista per la CRA e la CPA al fine di garantire un approccio specialistico agli interventi clinico riabilitativi scongiurando la deriva verso forme a prevalente componente assistenziale.

- ii. Riguardo alle tipologie di strutture SRP₁ e SRP₂ dovrebbe essere considerata prevalente la connotazione sanitaria, mantenendo le differenziazioni proposte. In questo ambito, occorre considerare analiticamente le proposte dei requisiti organizzativi riguardo alla dotazione di personale per l'accreditamento delle nuove SR. Di primaria importanza sono le osservazioni già espresse circa le proposte sulla dotazione di personale medico (mantenimento delle 8 ore per la SRP₁ e di 4 ore per la SRP₂). Occorre invece rivalutare la presenza e l'organizzazione oraria relative al personale psicologico, infermieristico ed educativo o tecnico-riabilitativo nelle diverse SR. In questo senso si ritiene necessario garantire una maggiore flessibilità nella costruzione dell'organico dell'equipe curante, al fine di meglio adattare le figure professionali alla specificità del percorso di cura. Si ritiene opportuno venga stabilito uno standard gestionale medio a cui possono concorrere diverse figure professionali infermieristiche e psicosocioeducative, in grado di garantire una risposta flessibile ai bisogni di cura e riabilitazione del singolo paziente. Appare inoltre opportuno che gli standard organizzativi possano essere variati in modo proporzionale al numero di posti letto in modo da rendere sostenibile l'attività delle strutture con meno di 20 pl.
- iii. Nell'ambito dell'evoluzione del sistema della residenzialità psichiatrica destano particolare interesse

le Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socioriabilitativi (SRP₃) che dovranno rispondere alla necessità di assorbire la domanda assistenziale per tempi prolungati, come avviene per i programmi estensivi non più prorogabili e per le varie forme di residenzialità a bassa assistenza o leggera. Infatti un elemento critico nell'organizzazione attuale è dato dalla presenza di una rete di strutture residenziali per la salute mentale, appartenenti solo all'area sanitaria e dalla conseguente mancanza di strutture sociosanitarie dedicate. L'attuale rete di strutture psichiatriche sanitarie non risponde in modo appropriato ed efficiente ai crescenti bisogni assistenziali di alcuni pazienti anziani o con gravi disabilità o scarse autonomie che insorgono prima dell'età prevista per l'ingresso in RSA (65 anni). Dall'altro, le strutture a carattere sanitario hanno limiti temporali precisi, che determinano allo scadere del termine stabilito, lo spostamento del paziente in una altra struttura. Occorre tenere poi in considerazione che il downgrading dell'intensità dell'assistenza (da alta intensità a media e bassa) e la relativa riduzione tariffaria, rappresenta un elemento critico per gli erogatori. La presenza di strutture sociosanitarie senza limiti di durata della degenza permetterebbe di porre rimedio a questa criticità, favorendo l'inserimento a lungo termine dei pazienti con prevalenti bisogni socioassistenziali in strutture dedicate. La creazione di questa nuova rete di strutture, specifiche per i disturbi mentali gravi con alti bisogni assistenziali, favorirebbe la maggiore appropriatezza clinica e libererebbe posti residenziali per i nuovi bisogni riabilitativi. Elemento fortemente critico nella realizzazione dei programmi di cura nelle strutture SRP₃ è rappresentato dalla compartecipazione alla spesa da parte del paziente (il 60% della tariffa secondo i LEA attuali). Per individuare forme di parziale compensazione e di sostegno sociale idonee, in armonia con la LR 23/2015 e in analogia con altre Regioni, o con altre categorie di utenti, si

dovrebbe pensare a fondi o quote per l'integrazione sociosanitaria, anche derivanti da capitoli di bilancio differenti. I fondi "integrativi" di cui sopra potrebbero essere erogati attraverso progetti sperimentali, su base ISEE, da quantificare di anno in anno con la legge regionale di bilancio in ragione delle disponibilità. In particolare, occorre a livello regionale riconoscere anche per l'area salute mentale e per i pazienti affetti da disturbi psichici, in analogia a quanto avviene per altre categorie di utenti (es. anziani o disabili), l'opportunità di fruire di contributi sociali che garantiscano i diritti di cittadinanza e l'erogazione di fondi sociali specifici "perequativi" (specie in ordine all'abitare) nelle situazioni di indigenza che rendono necessari contributi sociali da garantire in accordo con gli Enti territoriali quali Comuni e ATS. Una linea di indirizzo, questa, che potrebbe realmente coniugare diritto all'assistenza, appropriatezza organizzativa, effettivo contenimento della spesa e condivisibilità da parte degli stakeholders, e su cui potrebbero convergere competenze di diversi assessorati. Infine da valutare la possibilità che, superati i limiti temporali e terminato il percorso riabilitativo, la permanenza del paziente nelle strutture residenziali possa prevedere, in presenza di programmi prevalentemente assistenziali, la compartecipazione alla spesa così come previsto dai LEA attuali.

- iv. Accanto alla revisione delle strutture residenziali si ritiene indispensabile avviare una riforma complessiva del sistema incentrata sull'attività territoriale, di cui l'avvio del budget di salute è un elemento importante.

In tal senso, oltre a intervenire sull'area della residenzialità, occorre nel contempo avviare la discussione su nuovi requisiti per i servizi di salute mentale che comprendano anche una revisione delle attività dei CPS. Infatti, oltre che con la semi residenzialità, il collegamento soprattutto con l'intervento territoriale ci sembra fondamentale e apre al grande tema, ormai maturo, dell'accreditamento delle attività dei CPS con i relativi requisiti strutturali e

organizzativi, indicando obiettivi di riforma e riqualificazione rispetto alla situazione attuale.

In questa prospettiva, nell'ambito di una revisione del sistema di salute mentale, vi sono tematiche emergenti che dovrebbero essere affrontate identificando modalità innovative di offerta, anche sulla base delle tante esperienze consolidate già in atto in diversi Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze: i) l'intervento dedicato alla fascia giovanile (15-24 anni); ii) la prevenzione, il riconoscimento e il trattamento dei disturbi psichici del periodo perinatale; iii) la diagnosi e i percorsi di consulenza per disturbi emotivi comuni; iv) il trattamento dei disturbi di personalità; v) la strutturazione di equipe dedicate a pazienti con problematiche giudiziarie; Auspicabile inoltre un percorso formativo ad hoc, che identificando alcune figure chiave dei servizi territoriali, strutturi un gruppo di lavoro dedicato a seguire i percorsi di dimissioni dalle strutture residenziali.

PROPOSTE E IPOTESI PROGETTUALI

La rimodulazione dell'offerta residenziale dovrà avvenire secondo un intervento orientato all'integrazione tra servizi e strutture del pubblico e del privato accreditato e tra strutture sanitarie e socio sanitarie. L'offerta residenziale così articolata ha l'obiettivo di rispondere alle richieste territoriali supportando l'attività clinica di CPS e SPDC e ottimizzando l'appropriatezza del percorso riabilitativo. Di seguito vengono sintetizzati alcuni modelli operativi in grado di supportare la nuova residenzialità psichiatrica lombarda.

1. Percorsi riabilitativi residenziali per pazienti affetti da disturbo di personalità, con doppia diagnosi, autori di reato, disturbi del comportamento alimentare, aree di confine quale disabilità intellettiva in comorbidità psichiatrica (SRP1 e SRP2):

Il nuovo modello di residenzialità psichiatrica deve tener conto della mancata rispondenza di quello attuale alle mutate esigenze del sistema: da una parte si osservano cam-

biamenti epidemiologici nella psichiatria dei DSMD con la riduzione del numero di pazienti affetti da schizofrenia che necessitano di interventi residenziali vs l'emergere di bisogni riabilitativi nei pazienti con disturbo di personalità, disturbi del comportamento alimentare, dipendenze ecc; dall'altra dall'emergere in modo sempre più consistente di aree di fragilità escluse a priori dall'attuale modello riabilitativo residenziale e ricomprese invece in quello nuovo dipartimentale (area della doppia diagnosi, della neuropsichiatria infantile e della disabilità, della psicogeriatrics solo per citare alcuni esempi). L'articolazione dei nuovi servizi di residenzialità riabilitativa psichiatrica deve necessariamente tenere conto di queste modifiche clinico epidemiologiche attraverso una maggiore flessibilità. In particolare si ritiene necessario il superamento dei rigidi criteri della presenza di infermieri, oss, tecnici della riabilitazione e psicologi così come previsto dalla DGR 4221/07 a favore di mix differenziati di figure professionali che permetta di costruire programmi di cura e riabilitazione specialistiche. Si ritiene opportuno venga stabilito uno standard gestionale medio delle figure non mediche a cui possono concorrere diverse figure professionali (psicologi, infermieri educatori), in grado di garantire una risposta flessibile ai bisogni di cura e riabilitazione del singolo paziente come descritto nel PTR. Per quanto riguarda la presenza del medico psichiatra si ritiene invece necessario garantire la presenza così come attualmente prevista a garanzia dell'appropriatezza dell'intervento e per ragioni medico legali. Si rende inoltre necessario poter modulare con maggiore flessibilità gli standard organizzativi in modo da parametrarli in funzione del numero di posti letto al fine di rendere sostenibile l'attività delle strutture con meno di 20 pl. Una nota a margine meritano poi le strutture deputate al trattamento dei pazienti affetti da doppia diagnosi in particolare per quanto riguarda la conversione dei posti letto afferenti alle Comunità di doppia diagnosi (ex area dipendenza) ed il superamento del tetto massimo di 15 posti letto.

2. Gestione residenziale a lungo termine dei pazienti affetti da gravi disturbi mentali con ridotta autonomia ed alto bisogno di assistenza (SRP_{3.1})

È rivolto a soggetti che necessitano di un ambito gestionale protetto a lungo termine in quanto non più in grado di vivere in modo autonomo: sono pazienti spesso privi di una rete sociale o familiare di sostegno, con bisogni riabilitativi modesti (mantenimento delle abilità residue e risocializzazione).

La risposta potrebbe arrivare dall'avvio di gruppi appartamento in grado di garantire un forte supporto alle autonomie personali con un basso livello di interventi riabilitativi, fortemente integrate nel tessuto sociale a costi più bassi delle attuali CP. Il progetto innovativo deve essere in grado di garantire un adeguato livello di supporto sulle 24 ore, utilizzando appartamenti situati in contesti abitativi, usufruendo dei servizi sanitari territoriali, delle reti sociali e del volontariato, in un'ottica integrata ospedale territorio. Tale progetto potrebbe partecipare alla sperimentazione sul budget di cura come parte della presa in carico complessiva della cronicità. I nuclei appartamenti ospiteranno pazienti clinicamente stabilizzati con prevalenti bisogni nell'area di supporto alle autonomie e della riabilitazione di mantenimento, piuttosto che in quella terapeutica specifica della patologia. Gli interventi riabilitativi erogati saranno a bassa intensità, come da Piano Individualizzato (PI) elaborato in funzione del PTI del paziente. Occorrerà poi prevedere revisioni frequenti dei Progetti Terapeutico – Riabilitativi dei pazienti inseriti nelle diverse articolazioni delle SRP₃ onde evitare il rischio di saturazione in breve tempo dei posti disponibili pur tenendo conto che tali servizi hanno comunque prevalente carattere estensivo nel tempo. Il funzionamento del supporto è permanente nell'arco delle ventiquattro ore e non prevede interruzioni nel corso dell'anno. La criticità maggiore nell'avvio di questi progetti è la compartecipazione alla spesa da parte del paziente così già come discusso precedentemente. A questo riguardo si allega (ALL. 1) l'ipotesi progettuale di

una struttura per interventi socio-riabilitativi estensivi ad alta assistenza SRP_{3.1}, con requisiti gestionali

3. Comunità dedicate a pazienti afferenti all'area della psicogeriatría e integrazione sistema sanitario-sociosanitario, assistenza sul territorio.

L'individuazione, il trattamento estensivo e più in generale la gestione dei disturbi mentali caratterizzati da ridotti bisogni riabilitativi e necessità clinico assistenziali importanti in soggetti di età avanzata o anziani con sintomi psichiatrici ancora floridi, rappresentano un problema rilevante per il Sistema Sanitario Regionale, come certificato dalle numerose richieste in rapida crescita. Sono pazienti divenuti ormai difficilmente gestibili al domicilio ove il disturbo psichiatrico e le patologie internistiche associate determinano un elevato grado di sofferenza anche per le famiglie e per i caregivers coinvolti, configurandosi come un vero e proprio problema sociale con elevatissimi costi – diretti ed indiretti – di assistenza. Nella realtà socio-sanitaria della Regione Lombardia, la rete delle strutture operanti nell'area della tutela della salute mentale dei soggetti di età avanzata e anziana o affetti da patologie psicorganiche è costituita da un complesso pubblico/privato rappresentato in modo assai disomogeneo nei diversi territori, in cui i percorsi clinico/assistenziali sono spesso rigidi e talora poco integrati. La risposta ai bisogni di questi pazienti necessita di differenti percorsi in relazione alla prevalenza del disturbo psichiatrico o delle comorbidità organiche.

Si ipotizza l'avvio di due percorsi:

Inserimento in posti letto specificatamente dedicati in RSA per soggetti anziani con comorbidità psichiatrica e sintomi residuali (comunità psichiatrica in RSA)

Nell'ottica dell'integrazione tra strutture sanitarie e socio sanitarie le Residenze Sanitarie Assistite appaiono le strutture più indicate. Tuttavia le stesse risultano spesso inaccessibili ai soggetti portatori di disturbi psichici o comportamentali, vuoi per l'inadeguatezza dell'assistenza offerta, vuoi per l'esclusione di queste patologie dai proto-

colli di intervento previsti dalle strutture stesse. Inoltre la compartecipazione alla spesa da parte del cittadino è un altro elemento fortemente critico trattandosi di soggetti in cui il percorso di cura e riabilitazione è stato sempre garantito in toto dal SSR ed il semplice superamento della soglia di età (65 anni) non risolve le difficoltà economiche e sociali di una fascia di utenza da sempre esclusa dal processo produttivo

Per superare queste problematiche si propone l'avvio di progetti sperimentali nelle RSA della Regione identificando posti letto specifici per pazienti anziani con comorbidità psichiatrica caratterizzata da sintomi ancora presenti e bisogni riabilitativi limitati. Il percorso clinico dovrà essere garantito dal PAI e prevedrà la consulenza del medico psichiatra presente almeno 5 ore la settimana. La retta dovrà essere a carico del SSR. Si otterrebbe così una maggiore appropriatezza del ricovero ed un risparmio complessivo di risorse visto la retta più bassa rispetto alle strutture residenziali riabilitative.

Comunità protette (SRP.2) di 20 posti ciascuna, a bassa intensità riabilitativa per trattamenti estensivi per pazienti anziani (over 65 anni) con malattia psichiatrica di lunga durata, quadro clinico psicopatologico caratterizzato ancora da rilevanti sintomi floridi o deficitari, scarso funzionamento psicosociale, carenza di supporti familiari e sociali, necessità di supervisione costante nelle attività di base della vita quotidiana, comorbidità internistica.

La difficoltà o l'impossibilità per questi pazienti di attivazione di percorsi alternativi (non disponibilità al loro accoglimento da parte delle RSA) o di rientro al domicilio determina la loro permanenza nelle Comunità Psichiatriche ad alta. Si propone l'avvio di progetti innovativi quali la creazione di Comunità protette SRP2 dedicate a pazienti con malattia psichiatrica di lunga durata, quadro clinico psicopatologico caratterizzato da rilevanti sintomi floridi o deficitari, scarso funzionamento psicosociale, carenza di supporti familiari e sociali, necessità di supervisione costante nelle attività

di base della vita quotidiana, comorbidità internistica. L'attenzione alla comorbidità favorirebbe un maggior filtro rispetto alle ospedalizzazioni con una riduzione dei tempi di permanenza in ospedale in caso di riacutizzazione della patologia internistica. Inoltre l'attivazione di interventi specifici volti alla prevenzione dei fenomeni di deterioramento cognitivo e funzionale favorirebbe il mantenimento delle autonomie e della qualità di vita. Le strutture metteranno a disposizione degli ospiti attività cliniche, riabilitative e risocializzanti, specificamente sviluppate per rispondere alle esigenze di questa peculiare tipologia di pazienti (gestione delle comorbidità, attento utilizzo dei trattamenti farmacologici, mantenimento delle autonomie residue, interventi diretti al rimedio del deficit cognitivo, interventi di riattivazione psicofisica ed emozionale, ecc). Il progetto si basa sulla presenza di minori risorse riabilitative e maggiori attenzioni alle patologie organiche e al disturbo psichiatrico, con una riduzione dei costi rispetto alle attuali CPA

4. Percorsi residenziali a breve/medio termine per pazienti in fase subacuta ricoverati in SPDC in attesa di percorso socio sanitario

Tra i pazienti ricoverati presso gli SPDC, un numero limitato presenta caratteristiche cliniche e sociali peculiari, caratterizzate principalmente dalla necessità di stabilizzazione e dalla mancanza di supporti familiari. A causa dell'impossibilità a reperire in tempi rapidi strutture idonee a carattere socio sanitario, gli stessi permangono a lungo in SPDC. Si tratta di pazienti per i quali non è possibile l'immediato rientro al domicilio terminata l'acuzie in SPDC e che non corrispondono alle caratteristiche previste per un ricovero in post-acuto presso le CRA. Tra questi vi sono soggetti anziani con decadimento cognitivo ed anomalie comportamentali che hanno reso necessario il ricovero temporaneo in SPDC in attesa della riformulazione di un progetto assistenziale, soggetti con disabilità che vadano incontro alla necessità di ricovero per anomalie comportamentali o difficoltà

di gestione in famiglia, in attesa di reperimento di una più idonea collocazione. In questi casi si renderebbe necessario il reperimento di un posto residenziale in grado di garantire le idonee cure e l'avvio di un assessment finalizzato all'individuazione del percorso assistenziale appropriato. Si ritiene pertanto necessario ipotizzare un percorso residenziale valutativo post ricovero da effettuarsi utilizzando un numero limitato di posti in SRP₂ per tempi definiti (max 3 mesi). L'obiettivo del ricovero è rappresentato dalla messa in atto di una procedura valutativa per la definizione del percorso post ricovero per i pazienti che necessitano di interventi a maggiore connotazione assistenziale.

5. Percorso riabilitativo residenziale per pazienti affetti da disturbi psichiatrici nelle fasi di transizione tra minore e maggiore età (area innovativa: ampliamento offerta verso i soggetti minorenni)

L'avvenuta integrazione all'interno del DSMD di tutte le aree che si occupano del disagio mentale nelle diverse fasi della vita, vuole superare la netta divisione tra servizi dell'adulto e del minore. Già oggi la realtà clinica vede l'utilizzo di posti letto dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura per il trattamento in fase acuta dei soggetti minorenni affetti da disturbi psichiatrici gravi. Al pari sarebbe auspicabile l'avvio di interventi riabilitativi residenziali per soggetti giovani (fascia di età 15 – 18 anni) finalizzata alla messa in atto di interventi ad hoc caratterizzati da forte specializzazione nell'ambito del trattamento degli esordi psicotici o degli interventi sui gravi disturbi di personalità o dei Disturbi del Comportamento Alimentare e a forte connotazione di integrazione con il territorio e con la rete sociale di supporto (famiglia, istruzione scolastica). Si prevede la creazione di moduli autonomi di residenzialità per max 10 individui in cui sia garantita la presenza del neuropsichiatra infantile oltre allo psichiatra e all'integrazione delle altre figure psico socio educative e psicologiche.

6. Telemedicina in ambito psichiatrico a supporto delle SRP_{3.2} e SRP_{3.3}

I crescenti interessi ed operatività in questo ambito sono fra i modelli di intervento di maggior interesse. L'applicazione della telemedicina in ambito psichiatrico, proprio per la natura di tale operatività e le caratteristiche dei bisogni degli utenti con disagio psichico, appare fra le più appropriate ed efficaci nelle diverse branche della medicina. L'ambito applicativo può declinarsi sia come sinergia nell'attività clinica/riabilitativa (colloqui e interventi riabilitativi condotti in remoto, con attenzione specifica alla popolazione giovanile), nonché come sorveglianza e monitoraggio delle attività quotidiane e delle situazioni critiche sempre in ambito domiciliare (si pensi all'estremo interesse per esempio nella progettualità della Residenzialità leggera o nella domiciliarità assistita, in particolare per la popolazione di passaggio verso la fragilità geriatrica).

Anche sulla base di quanto sopra, appare necessario e coerente, rispetto all'insieme delle criticità (e al futuro piano salute mentale), istituire un tavolo rappresentativo dei responsabili gestionali della salute mentale, pubblici e privati, cui attribuire una funzione privilegiata in ordine alla elaborazione di specifici provvedimenti e alla loro applicabilità, nonché di indicare le linee di sviluppo del sistema attraverso una revisione del Piano Regionale Salute Mentale.

Ringraziamenti: *Gli Autori ringraziano per il rilevante contributo svolto nel percorso di elaborazione e stesura del documento: Marinella Roncalli (Associazione Le Vele), Fabio Rancati (Centro Crest), Roberto Saita (Associazione Kosgroup), Annalisa Bonati (Centro Sacra Famiglia), Giorgio Giuntoli (Associazione Thesisgroup), Andrea Terzi (Associazione Le Vele), Massimo Buratti (Fondazione Li- ghea), Alessandro Colombo (Cooperativa Filo di Arianna)*

ALLEGATO 1**Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socioriabilitativi con personale sulle 24 h giornaliere SRP 3.1****Premessa:**

I dati derivanti dall'analisi dei bisogni residenziali degli ospiti ricoverati nei Centri di Riabilitazione Psichiatrica lombardi unito alla valutazione delle richieste provenienti dal territorio, evidenziano la presenza di pazienti psichiatrici a rischio di esclusione dal percorso di cura: si tratta di soggetti che necessitano di gestione a lungo termine in quanto non più in grado di vivere in modo autonomo, spesso privi di una rete sociale o familiare di sostegno, con bisogni riabilitativi modesti (mantenimento delle abilità residue e risocializzazione).

A distanza di quasi 10 anni dal riordino della residenzialità psichiatrica (DGR4221/2007), a fronte della ormai consolidata rete riabilitativa residenziale della Regione Lombardia, appare più che mai utile il potenziamento di strutture in grado di farsi carico anche per periodi lunghi dei soggetti cronici con bisogni riabilitativi ridotti ma alti bisogni assistenziali: tali strutture dovrebbero garantire un forte supporto alle autonomie personali, un basso livello di interventi riabilitativi, essere fortemente integrate nel tessuto sociale ed avere costi più bassi delle attuali CP. L'elevato costo delle attuali strutture residenziali ad alta assistenza (CPA) e l'insufficiente livello assistenziale delle CPM e delle residenzialità leggere (che garantiscono l'assistenza solo per fasce orarie), rendono di fatto improponibili tali modelli residenziali per la gestione a lungo termine dei pazienti psichiatrici cronici a basso livello di autonomia.

Alla luce di queste considerazioni e tenuto conto delle nuove indicazioni pervenute dal livello nazionale così come contenute nelle DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLA GESTIONE DEL SERVIZIO SOCIOSANITARIO PER L'ESERCIZIO 2019, si propone un progetto per la realizzazione di Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socioriabilitativi con personale sulle 24 h

giornaliere (SRP_{3.1}) in grado di garantire un adeguato livello di supporto sulle 24 ore, utilizzando appartamenti situati in contesti abitativi, usufruendo delle reti sociali e del volontariato, in un ottica integrata ospedale territorio.

Ipotesi accreditamento appartamenti ad alta intensità assistenziale – SRP 3.1

I nuclei appartamenti ospiteranno pazienti clinicamente stabilizzati con prevalenti bisogni nell'area di supporto alle autonomie e della riabilitazione di mantenimento, piuttosto che in quella terapeutica specifica della patologia. Si tratta per lo più di soggetti con sintomi residui di modesta gravità, prevalentemente negativi, che richiedono un livello assistenziale sulle 24 ore, privi di rete di sostegno familiare o con problemi in ambito familiare e sociale, che hanno già usufruito di interventi terapeutico riabilitativi.

Nei nuclei appartamenti SRP 3.1 vengono erogati interventi riabilitativi a bassa intensità, quali

- Interventi sulle abilità di base con affiancamenti individuali per l'igiene personale;
- Coinvolgimento in mansioni della vita quotidiana, come la cura dell'alloggio, la preparazione dei pasti, fare la spesa;
- Interventi di intrattenimento, interventi di risocializzazione, coinvolgimento del volontariato per sostegno a programmi personalizzati;
- Attività di gruppo di tipo espressivo, ludico o motorio, in sede e fuori sede in raccordo con la rete sociale;
- Accompagnamento presso strutture mediche e servizi del territorio;
- Somministrazioni farmacoterapia e monitoraggio condizioni cliniche;
- Lavoro di rete e rapporti con il territorio (ASL, Comuni) finalizzato al reinserimento sociale;
- Organizzazione attività del tempo libero;
- Cura dei rapporti con i familiari e con le figure di riferimento;
- Coinvolgimento delle associazioni di volontariato e di rappresentanza dei diritti dei malati.

Il funzionamento del supporto è permanente nell'arco delle ventiquattro ore e non prevede interruzioni nel corso dell'anno.

Requisiti gestionali

I requisiti gestionali di esercizio previsti per le Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socioriabilitativi con personale sulle 24 h giornaliere, sono stati calcolati per 2 unità abitative contigue da 5 posti letto ciascuna per un totale di 10 ospiti:

- Infermiere: 2 ore a giorno;
- 1 operatore OSS/educatore 24 ore a giorno e 1 operatore OSS a giornata (la possibilità di utilizzare educatori o OSS dipenderà dalle caratteristiche degli ospiti e dei programmi da attuare)
- Medico psichiatra 2 ore settimanali.

L'assistenza sanitaria di base sarà garantita dal MMG.

LA GESTIONE DELL'URGENZA PSICHIATRICA NEL PRONTO SOCCORSO

Gruppo di lavoro

Coordinatori gruppo

Dr. Giancarlo Cerveri (ASST Lodi)

Dr. Giovanni Migliarese (ASST Fatebenefratelli Sacco Milano)

Partecipanti

Dr. Amatulli Antonio (ASST Vimercate)

Dr.ssa Aroasio Pia Luisa (ASST Pavia)

Dr.ssa Bondi Emi (ASST Papa Giovanni XXIII Bergamo)

Prof. Brambilla Paolo (Ospedale Maggiore Policlinico - Milano)

Prof.ssa Callegari Camilla (ASST Sette Laghi - Varese)

Dr.ssa Crespi Giovanna (ASST Monza)

Dr. D'Agostino Armando (ASST Santi Carlo e Paolo - Milano)

Dr. Durbano Federico (ASST Melegnano e Martesana - Melzo)

Dr. Fiorentini Alessio (Ospedale Maggiore Policlinico - Milano)

Dr. Francobandiera Giorgio (ASST Valtellina e Alto Lario - Sondrio)

Dr. Fraticelli Carlo (ASST Lariana - Como)

Dr. Grecchi Alessandro (ASST Santi Carlo e Paolo Milano)

Dr.ssa Morganti Carla (Ospedale Niguarda Milano)

Dr. Pavone Fabrizio (ASST Pavia)

Dr. Rocchetti Matteo (ASST Pavia)

Dr. Toscano Marco (ASST Rhodense)

Dr.ssa Viganò Caterina Adele (ASST Fatebenefratelli Sacco - Milano)

PREMESSA

Alla luce dei cambiamenti in essere nei servizi per le urgenze anche il ruolo dello psichiatra in Pronto Soccorso (PS) merita un'approfondita riflessione al fine di offrire interventi che posseggano elevata qualità e specificità, a tutela dei pazienti e degli operatori stessi. L'importanza dell'intervento psichiatrico in urgenza è supportata epidemiologicamente, dato che è stato calcolato che gli accessi in urgenza per motivi psichici presso i PS siano superiori al 5% degli accessi totali.

È attualmente in essere in diverse aziende socio-sanitarie territoriali (ASST) un ripensamento dell'or-

ganizzazione funzionale dei Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (DEA) mirato a risolvere i problemi di efficienza del pronto soccorso. In merito a questa riorganizzazione è stato proposto che il paziente che manifesta una sintomatologia genericamente definita "psichiatrica" venga dato in gestione, anche al di fuori dei locali del PS, allo specialista in psichiatria, senza intervento, se non a richiesta, del medico d'urgenza e di altre figure professionali.

L'accesso al Pronto Soccorso rappresenta un diritto di ogni cittadino, indipendentemente dal problema di salute per il quale riceve assistenza. A partire dall'istituzione del SSN questo diritto è detenuto a pieno titolo anche dalle persone con problemi di salute mentale. Qualunque soluzione "specificata" dedicata a cittadini sofferenti di patologia psichica rischia inevitabilmente di comprimere per gli stessi un diritto costituzionalmente stabilito e solleva dubbi e criticità che di seguito si sottolineano.

In questo documento si ritiene di poter definire aspetti di merito secondo rilievi di ordine tecnico-scientifico. Vengono di seguito enunciati alcuni Statement per contribuire alla definizione di procedure di gestione delle urgenze psichiche o comportamentali che possano essere omogenee nei diversi Dipartimenti di Salute Mentale.

STATEMENT 1

Il PS si definisce come luogo centrale nella gestione in urgenza del paziente. All'interno del PS è importante che venga fornita una valutazione complessiva e multidisciplinare per pazienti con manifestazioni psichiche, evitando di stigmatizzare categorie di pazienti in base alla loro patologia cronica e/o alle manifestazioni concomitanti.

Il PS/DEA ha per tale motivo l'interdisciplinarietà tra le sue peculiarità.

È importante che non si incorra nella semplificazione di definire le urgenze a seconda della manifestazione clinica prevalente.

Prevedere accessi differenziati per “pazienti psichiatrici” oltre a non avere senso clinico rischia di favorire fenomeni di stigma nei confronti della patologia mentale e di chi ne è affetto.

È clinicamente scorretto e fuorviante identificare la categoria dei “pazienti psichiatrici”. È corretto invece identificare “pazienti con prevalenti manifestazioni psichiche” o “con sintomatologia acuta insorta in un quadro noto o cronico di patologia psichica”.

Purtroppo, come segnalato da diversi lavori e pubblicazioni scientifiche, i pazienti psichiatrici sono esposti a un rischio elevato di oscuramento diagnostico (mancato riconoscimento di una patologia in pazienti portatori di un'altra patologia cronica. Ne è esempio il non riconoscere un infarto miocardico in un paziente che ha frequenti crisi d'ansia con caratteristiche di panico).

STATEMENT 2

Diversi sintomi che rientrano nella generica definizione di “manifestazioni psichiatriche” (tra cui anche l'agitazione psicomotoria) hanno genesi organica e sono secondarie a patologie internistiche, neurologiche, traumatiche o da intossicazione che richiedono interventi specifici tempestivi.

Data la natura complessa delle “manifestazioni psichiatriche” si reputa indispensabile un inquadramento diagnostico multidisciplinare che favorisca la condivisione delle competenze. Tale valutazione dovrebbe essere completata prima di attribuire una natura esclusivamente psichica ad un disturbo e di far gestire prevalentemente allo psichiatra in PS la condizione clinica.

La diagnosi psichiatrica rimane fondamentalmente una diagnosi di esclusione.

Ogni manifestazione deve essere valutata escludendo, in primis, malattie organiche che possono avere un ruolo causale o con-causale nella genesi della sintomatologia.

È il caso dell'agitazione, ma anche della mania, della

depressione, delle crisi d'ansia, delle dispercezioni, delle alterazioni del pensiero.

All'interno dei PS è fondamentale che specialisti con formazioni differenti (medico d'urgenza chirurgo) possano lavorare in stretta collaborazione con lo psichiatra per valutare adeguatamente i quadri clinici e definire le strategie terapeutiche più idonee.

Non riconoscere tempestivamente la genesi organica di una manifestazione psichica impatta in modo significativo con l'efficacia degli interventi nel breve e nel lungo termine e pone significativi rischi per il paziente. Il medico che accoglie il paziente resta il responsabile del paziente in DEA; l'inquadramento diagnostico può avvalersi di consulenze multidisciplinari.

Si reputa utile che vengano condivise delle modalità operative (protocolli di intervento) tra il Dipartimento di Emergenza Accettazione e il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, al fine di favorire l'intervento multidisciplinare.

Si reputa altresì indicato prevedere specifici momenti di formazione sulle patologie psichiche e le loro manifestazioni in acuzie, nonché sul loro riconoscimento corretto e adeguata gestione.

STATEMENT 3

L'intossicazione acuta da sostanze o lo stato di astinenza rappresentano urgenze medico-tossicologiche prima che psichiatriche e necessitano di interventi che assicurino le funzioni vitali del soggetto, esponendo il paziente a rischio cardiovascolare, rischio respiratorio, rischio metabolico.

L'intossicazione acuta da sostanze (specialmente alcool, cocaina, psicostimolanti) o lo stato di astinenza alcoolica rappresentano urgenze medico-tossicologiche, prima che psichiatriche, esponendo il paziente a rischio cardiovascolare, rischio respiratorio, rischio metabolico e necessitano di interventi che in prima battuta non sono competenza del consulente psichiatra. Si reputa comunque indicato

che lo psichiatra collabori con il medico d'urgenza per favorire la gestione clinica del paziente. Spesso condizioni di astinenza da alcol o in modo ancora più rilevanti da barbiturici sono di difficile inquadramento diagnostico e presentano una fenomenologia con prevalente quadro di delirium della durata, in taluni casi prolungata. La gestione di queste condizioni presso il Pronto Soccorso o i reparti di medicina d'urgenza e rianimazione risultano scelte fondamentali per la sicurezza dei pazienti.

Si sottolinea che le condizioni di intossicazione e lo stato di agitazione psicomotoria rientrano fra i "problemi" individuati nei flussi EMUR utilizzati per pesare l'attività di PSI/DEA – nella classe assistenziale 4 (in una scala da 1 a 5) al pari del dolore toracico, addominale etc, e per la quale va individuato in area PS un tempo appropriato di assistenza, sia medico che infermieristico, in una dimensione interdisciplinare.

STATEMENT 4

Gli stati di intossicazione o astinenza possono essere determinati dall'uso di sostanze, compreso da quello di nuove sostanze psicoattive (NPS), che non vengono riscontrate con l'utilizzo dei consueti kit di analisi tossicologica presenti nei PS. In questi casi, spesso caratterizzati da agitazione psicomotoria di difficile gestione, risulta determinante la valutazione clinica, utile a fornire un sospetto fondato sull'origine di questi stati.

Tra le manifestazioni psichiatriche di più frequente riscontro presso i PS si annoverano gli stati di agitazione psicomotoria.

L'agitazione è un sintomo che può essere determinato da diverse patologie organiche e psichiche. Tra le prime, gli stati di intossicazione o astinenza da sostanze sono fenomeni estremamente frequenti. Negli ultimi 10 anni si sono diffuse, soprattutto nelle fasce giovanili della popolazione, nuove sostanze d'abuso, che non sono riscontrabili utilizzando i consueti kit di analisi tossicologica presenti

presso i Pronti Soccorso. Pertanto, anche in presenza di negatività all'esame tossicologico "standard", per alcuni stati di agitazione psicomotoria deve essere ipotizzata una genesi esotossica. Appare dunque necessario dotare i Pronto Soccorsi di reattivi per le nuove sostanze d'abuso.

In assenza degli stessi, la valutazione clinica fornisce comunque dati sufficienti a fornire un sospetto fondato dell'origine di questi stati.

L'intossicazione e l'astinenza implicano la gestione del paziente presso il PS/DEA. Sono infatti possibili reazioni organiche acute che possono necessitare di interventi urgenti (es. crisi respiratorie). Inoltre l'utilizzo dei farmaci per gestire l'agitazione in condizioni di astinenza e/o abuso può favorire effetti collaterali somatici che necessitano di essere affrontati in contesti adeguati.

STATEMENT 5

Non è un mandato sanitario il contenimento fisico delle alterazioni comportamentali associate a violenza fisica.

È necessario che la gestione delle alterazioni del comportamento associate a violenza fisica, anche se determinate da intossicazione/astinenza o da quadri psichici acuti, non venga ritenuta esclusivamente di pertinenza sanitaria ma coinvolga altre agenzie deputate alla tutela della sicurezza pubblica. I medici, compresi gli specialisti psichiatri, hanno un mandato sanitario che implica la necessità di intervenire per trattare le patologie emergenti. Lo psichiatra agisce dunque a scopo terapeutico e interviene per gestire le urgenze psichiche che possono determinare urgenze comportamentali, ma non può essere il mandataro del contenimento delle anomalie comportamentali, soprattutto di quelle associate a violenza.

STATEMENT 6

L'eventuale ricovero di un paziente nel Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC) deve avvenire in totale sicurezza per il paziente e per il personale

sanitario, al fine di garantire sempre la migliore assistenza clinica. È necessario stabilizzare il paziente in area DEA prima dell'invio in SPDC.

Alla luce di quanto esposto anche negli statement precedenti risulta comunque importante sottolineare che il PS svolge un ruolo fondamentale per accogliere il paziente, effettuare una prima valutazione diagnostica e diagnosi differenziale (clearance medica), prestare i primi interventi mirati a una sufficiente stabilizzazione clinica e permettere il ricovero in condizioni di sicurezza per il paziente e per il personale sanitario, riducendo i rischi e favorendo la migliore assistenza clinica.

È quindi importante che in PS possano essere effettuate in urgenza valutazioni ed esami (ematologici, tossicologici, ECG ecc) indicati sia per una corretta diagnosi differenziale sia per la successiva impostazione del trattamento.

Neanche i trattamenti senza consenso (TSO), ancorché attivati prima dell'accesso in ospedale, escludono che la gestione dell'acuzie psichiatrica debba avvenire in pronto soccorso.

STATEMENT 7

Nelle attività del DEA, il medico accettante è il titolare del caso. Lo psichiatra, sia nella veste di reperibile che nella veste di guardia attiva, ha sempre e solo un ruolo di consulente, e quindi come tale agisce in supporto e successivamente alle valutazioni medico-chirurgiche proprie della presa in carico dell'urgenza.

Per tutte le ragioni sovraesposte si rimarca che non possono e non devono essere messe in capo al medico psichiatra funzioni di triage medico-chirurgico, per gli evidenti rischi di una valutazione monospecialistica a discapito di un inquadramento organico generale del caso urgente, con il rischio di errori diagnostici. Questa considerazione appare rilevante soprattutto nelle condizioni di agitazione psicomotoria di ndd, nelle intossicazioni / astinenze, nei quadri psico-organici.

INDICAZIONI OPERATIVE

Alla luce di quanto sopra sottolineato si richiede che nella stesura del prossimo Piano per la Salute Mentale si ponga come centrale il tema della gestione delle manifestazioni psichiatriche in acuzie.

Si suggeriscono le seguenti indicazioni operative:

- Sollecitare le ASST alla definizione di protocolli aziendali integrati con focus sull'intervento multidisciplinare, eventualmente stimolando alla nascita di equipe miste.
- Temi clinici su cui produrre protocolli integrati dovrebbero riguardare la gestione in PS di:
 - agitazione psicomotoria
 - paziente intossicato da sostanze
 - paziente con manifestazioni aggressive
 - minori con alterazioni psichiche o comportamentali acute
 - alterazioni comportamentali in anziani con demenza
 - urgenze psichiche nel soggetto con autismo
- Sollecitare le ASST a garantire interventi continuativi di formazione sulle patologie psichiche e le loro manifestazioni in acuzie, nonché sul loro riconoscimento corretto e adeguata gestione.
- Garantire l'aggiornamento dei reattivi e dei kit per la valutazione delle sostanze d'abuso presso i PS, con particolare riguardo alle nuove sostanze d'abuso (NPS) al loro utilizzo nella fascia giovanile
- Sollecitare le ASST alla predisposizione, all'interno del Ps, di un locale idoneo alla valutazione del paziente con manifestazioni psichiche (pazienti con rischio di agiti aggressivi, autismi, anziani con stati confusionali).

EMERGENZA COVID-19 E MODIFICHE AL DOCUMENTO SU GESTIONE URGENZA IN PSICHIATRIA

Il documento presenta rilievi di ordine tecnico-scientifico riscontrati in un periodo precedente all'emergenza COVID. L'improvvisa pandemia ha impattato in modo rilevante sull'organizzazione dei servizi per le urgenze, evidenziando alcune ulteriori necessità e criticità anche in relazione alla gestione delle manifestazioni psichiche, che di seguito si sottolineano.

1. Pronto Soccorso

Si sono evidenziate alcune criticità:

- necessità di gestire le acuzie psichiatriche in PS soggetti

presuntivamente Covid-19 +, garantendo la protezione degli operatori. Il tema è estremamente rilevante per i trattamenti senza consenso (TSO) che espongono gli operatori a rischi di contagio stante la non collaboratività dei pazienti.

- necessità di osservazione psichiatrica in Pronto Soccorso in attesa di risultati di tampone o sierologia garantendo il distanziamento necessario tra i diversi pazienti. Ogni Reparto di Psichiatria dovrebbe organizzarsi per riservare uno o più stanze per i pazienti in attesa dell'esito del tampone che va effettuato in PS prima del ricovero.
- necessità di tutelare dal rischio di infezione nuovi pazienti potenzialmente Covid negativi che devono quindi essere tenuti in zone separate da pazienti COVID+

Criticità: Mancanza di spazi e personale dedicato per la gestione in PS di pazienti con prevalente sintomatologia psichiatrica

Provvedimenti: Spazi dedicati e personale infermieristico dedicato e formato in Pronto Soccorso per la gestione dell'acuzie psichiatrica e l'osservazione/sorveglianza.

2. Degenza Ospedaliera:

Tra le criticità principali si sono evidenziate:

- la differenziazione degli spazi di ricovero per garantire la separazione tra pazienti COVID + e COVID-. La presenza di pazienti Covid-19 + (asintomatici dal punto di vista respiratorio) rende necessario dedicare SPDC completamente a pazienti con camere singole e bagno in camera, o alternativamente adibire aree di reparto a pazienti Covid-19+ (con camere singole e bagno). Obiettivo è evitare la diffusione dell'infezione ad altri degenti e operatori.
- Il rispetto da parte di utenti con patologia psichica acuta COVID19 + delle regole anti-contagio. I pazienti con patologie psichiche acute a volte faticano a tollerare

- le regole di isolamento e sono di complessa gestione.
- la restrizione delle visite dei familiari/parenti

Criticità: Gestione di pazienti psichiatrici con restrizione delle possibilità di visita parenti, di movimento nel reparto, difficoltà di dimissione per il rispetto dell'isolamento domiciliare, impossibilità di invio in strutture residenziali, diminuzione di posti letto in reparti (per evitare contagi) in una condizione già di elevata carenza.

La carenza di posti letto in SPDC è talmente netta da collocare il nostro Paese al posto più basso nella UE con 9 posti letto ogni 100 mila abitanti ancora più in basso di Cipro con 21 pl e Irlanda con 34 pl/100mila, la media Europea è di 74 PL /100mila (<https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/EDN-20191009-1>)

Provvedimenti: Ridiscutere il numero di posti letto in SPDC, ristrutturare la degenza assicurando presenza di bagni nelle camere e consentire la possibilità di un numero congruente di stanze singole.

GRUPPO DI LAVORO SOGGETTI AUTORI DI REATO CON PATOLOGIA PSICHICA

Gruppo di lavoro

Coordinatore gruppo

Giancarlo Cerveri (ASST Lodi)

Partecipanti:

Amatulli Antonio (ASST Vimercate)

Aroasio Luisa (ASST Pavia)

Callegari Camilla (ASST Varese)

Crespi Giovanna (ASST Monza)

Durbano Federico (ASST Melzo-Melegnano)

Fratlicelli Carlo (ASST Lariana)

Magnani Antonio (ASST Mantova)

Migliarese Giovanni (FBF Sacco - Milano)

PREMESSA

Lo stato di attuazione della legge 81/2014 in Lombardia presenta aree di criticità in merito ad aspetti tecnico-scientifici relativi alle risposte di cura fornite a pazienti in carico ai Dipartimenti di Salute Mentale e delle Dipendenze (DSMD) e autori di reato per i quali l'autorità giudiziaria ha disposto la non imputabilità o l'incapacità di stare a processo. Nello specifico si ritiene di poter definire alcuni temi da porre come assolutamente centrali nel dibattito tecnico-scientifico, e sui cui ridefinire prassi operative maggiormente efficaci. Si segnalano aree di riflessione ritenute prioritarie e si rimanda a documento allegato per opportuno approfondimento.

MISSION E RUOLO DSMD

Gli interventi forniti dal DSMD sono orientati alla prevenzione, alla cura e alla riabilitazione di persone con disturbo mentale e/o dipendenza patologica. Qualsiasi intervento che abbia al centro istanze di sorveglianza o custodia che trascendano la funzione clinica del DSMD rischiano di snaturare e delegittimare il rapporto fiduciario

necessario alla cura del paziente e va pertanto evitato. Il bisogno clinico resta centrale rispetto agli aspetti di difesa sociale, afferenti ad altre Agenzie, nella programmazione e messa in atto del percorso di cura. Anche il ricorso al ricovero in strutture psichiatriche di degenza ex art. 73 codice di procedura penale deve essere limitato nel tempo, strettamente correlato alle condizioni cliniche oggettive e deve essere consentito ai medici incaricati di comunicare tempestivamente al Giudice l'avvenuta cessazione delle motivazioni al ricovero, provvedendo altresì a disporre la dimissione del paziente alla struttura indicata, sempre tempestivamente, dal Giudice.

VALUTAZIONE PERITALE

Per i soggetti già in carico ad un DSMD, il perito psichiatra ha l'obbligo di acquisire le informazioni relative alla presa in carico del paziente ed al percorso di cura effettuato tramite una relazione inclusiva che contenga informazioni relative all'anamnesi, alla diagnosi e agli interventi terapeutici messi in atto.

Si ritiene necessario che il perito psichiatra abbia maturato una consolidata ed attuale esperienza presso i servizi psichiatrici pubblici.

PERCORSI DI CURA

Si ritiene necessario che il perito psichiatra concordi con il DSMD il percorso di cura da suggerire al magistrato al fine di valutarne la reale fattibilità e migliorarne l'attuazione. I percorsi di cura proposti dal perito, al fine di garantirne l'attuabilità, devono fondarsi sulle specifiche caratteristiche strutturali e funzionali delle strutture Dipartimentali coinvolte.

DISTURBI DI PERSONALITÀ: I LIMITI DELLE POSSIBILITÀ DI CURA

Si ritiene che nei gravi disturbi di personalità la non imputabilità per motivi psichici sia un evento estremamente raro. Esiste un ampio dibattito in letteratura sull'argomento. Un eccessivo utilizzo dei servizi di cura

del DSMD per tale tipologia di pazienti non sembra essere adeguato al raggiungimento dell'obiettivo di cura né di prevenzione del rischio di reiterazione del reato.

Principi e modelli di riferimento

Nel Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze i luoghi della cura sono diversificati con caratteristiche strutturali e di disponibilità di personale e tecnologia profondamente differenziate. Così se nel Pronto Soccorso l'assistenza e la vigilanza che si possono offrire ad un paziente sono massime dal punto di vista sanitario, il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura può garantire un livello di vigilanza elevatissimo grazie alle sue caratteristiche strutturali, pur con una dotazione tecnologica e di personale inferiore al Pronto Soccorso. Ben diversa è la possibilità di garanzia di assistenza e vigilanza rivolto a persone con limitazioni della libertà che si possono garantire nei ricoveri in strutture residenziali psichiatriche (Comunità Psichiatriche CP e Centri di Riabilitazione CR indipendentemente dall'intensità riabilitativa e di assistenza prevista nell'accreditamento delle strutture stesse). Ancora minore è il grado di vigilanza esigibile in regime di semiresidenzialità diurna o di interventi ambulatoriali o domiciliari. In sintesi, i luoghi sopra definiti sono luoghi pensati e strutturati per la cura. Le possibilità di svolgere vigilanza nei confronti di soggetti autori di reato sono molto limitate, inoltre il personale incaricato svolge compiti di assistenza e cura e non è preparato tecnicamente e culturalmente a svolgere compiti di controllo sulla limitazione della libertà personale, fatta eccezione (e con notevolissime criticità) per gli interventi previsti dalla normativa vigente, come il Trattamento Sanitario Obbligatorio.

Per tali motivi si ritiene indispensabile che i soggetti autori di reato inviati per qualunque motivazione in una struttura sanitaria del Dipartimento di Salute Mentale seguano le procedure di valutazione e trattamento seguite da tutti i cittadini, con particolare riferimento alla valutazione di Pronto Soccorso. Tale osservazione

nasce dal fatto che l'eliminazione parziale o completa della valutazione clinica in Pronto Soccorso e l'ingresso diretto del paziente nel reparto di Psichiatria, al fine di garantire una più agevole sorveglianza del soggetto autore di reato, rappresenta una procedura discriminatoria che espone a rischio clinico il soggetto, oltre a produrre una difformità di trattamento per la tutela della salute.

Per quanto riguarda gli interventi multidisciplinari condotti in ambito territoriale e finalizzati a garantire la continuità delle cure secondo modelli di presa in carico assertiva ed intensiva, si assiste al rischio, tramite la procedura di affidamento del paziente pericoloso socialmente al Dipartimento o al singolo Centro Psicossociale (CPS), di una perdita della contrattualità di cura da ottenere tramite una continua tensione dell'acquisizione del consenso. È necessario che tutti i percorsi di cura siano fondati sul continuo tentativo di condividere con i pazienti la progettualità di cura demandando l'esecuzione ed il controllo di misure di limitazione della libertà agli organi giuridici e favorendo ove possibile nella misura più rilevante l'intervento di cura per la salute psichica all'interno delle carceri. Il generico obbligo alle cure da esercitare nel contesto territoriale in carico a operatori sanitari non solo non produce un miglioramento dei risultati a medio-lungo termine, ma espone pazienti e operatori ad un incremento della conflittualità producendo un danno alla reale possibilità di costruzione di un percorso di cura.

Le Equipe per Autori di Reato

La DGR 1981/2014 ha previsto di sostenere l'attività territoriale mediante la formazione di equipe forensi da inquadrare nei Dipartimenti di Salute Mentale delle ASST. Con la delibera X/5340 del 2016 le equipe forensi hanno avuto una dotazione di n. 4 unità di personale, ad eccezione dell'ASST di Pavia che per la funzione correlata alla gestione presso la Casa Circondariale di Pavia, ha avuto il riconoscimento di n. 14 unità di personale. Attualmente, per la maggior parte delle ASST, l'equipe

forense mantiene un ruolo di monitoraggio degli utenti e di coordinamento interno tra le varie strutture territoriali del DSMD e con le REMS per la gestione del percorso terapeutico.

Le funzioni delle equipe forensi delle diverse ASST del territorio lombardo risultano al momento disomogenee e una armonizzazione delle funzioni svolte risulta necessaria.

Si ritiene necessario che le equipe forensi assorbano all'interno di ogni DSMD delle ASST funzioni di monitoraggio, presa in carico in alcune fasi del percorso e l'inter-mediazione con i soggetti istituzionali preposti nella definizione e nell'attuazione del progetto di cura (Procura, Tribunale, Periti, REMS, UEPE, Enti locali etc.).

Si ritiene inoltre che l'equipe forense debbano svolgere funzioni di consulenza psichiatrica presso le Case Circondariali di competenza.

Per permettere che le equipe forensi svolgano fattivamente questo ruolo di polo funzionale per la gestione dei soggetti autori di reato con patologie psichiche si ritiene che la composizione minima dell'equipe deve essere ridefinita secondo standard omogenei per popolazione afferente e dimensioni delle strutture detentive.

Proposte organizzative e/o raccomandazioni

Si ritiene necessario con la documentazione prodotta contribuire a definire modalità e procedure di gestione dei soggetti autori di reato che possano essere omogenee nei diversi Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze, garantire i necessari interventi di cura alle persone sofferenti di patologia psichiatrica e creare ambienti di cura sicuri per ospiti ed operatori. Risulta dunque necessario rendere certe le competenze e le responsabilità nelle diverse fasi della gestione del soggetto autore di reato.

Raccomandazioni:

– Il soggetto autore di reato mantiene gli stessi diritti

di tutti i cittadini in termini di salute. Non sono accettabili immediati accessi ai servizi psichiatrici in urgenza senza una preventiva valutazione in Pronto Soccorso generale.

- Qualunque progetto di cura che coinvolga il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze deve essere previamente concordato con il personale dedicato al fine di creare percorsi realmente attuabili e quindi esigibili.
- I compiti del personale della struttura sanitaria si limitano all'assistenza e alla vigilanza, la sorveglianza è compito del personale incaricato di pubblica sicurezza.

PROPOSTE ORGANIZZATIVE

- Si ritiene necessario dotare ciascun Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze di una specifica e dedicata equipe per soggetti autori di reato. Le funzioni di tale unità organizzativa devono prevedere il monitoraggio, la presa in carico in alcune fasi del percorso, inter-mediazione con i soggetti istituzionali preposti nella definizione e nell'attuazione del progetto di cura (Procura, Tribunale, Periti, REMS, UEPE, Enti locali etc.). Si ritiene inoltre che l'equipe forense debba essere l'interfaccia del DSMD presso le Case Circondariali, per territori che debbono garantire l'assistenza psichiatrica nelle stesse.
- Si ritiene che la composizione minima dell'equipe deve essere dimensionata come segue
 - 1 psichiatra ogni 200.000 residenti della UOC Psichiatrica
 - 1 Infermiere ogni 100.000 residenti della UOC Psichiatrica
 - 1 Assistente Sociale ogni 100.000 residenti della UOC Psichiatrica
 - 1 Terapista della Riabilitazione Psichiatrica (TERP) ogni 100.000 residenti della UOC Psichiatrica

LA POSIZIONE DELLA SOCIETÀ SCIENTIFICA SUL TEMA SOGGETTI AUTORI DI REATO CON PATOLOGIA PSICHICA

Gruppo di lavoro:

Coordinatore gruppo

Giancarlo Cerveri (ASST Lodi)

Partecipanti:

Amatulli Antonio (ASST Vimercate),

Arosio Luisa (ASST Pavia),

Callegari Camilla (ASST Varese),

Crespi Giovanna (ASST Monza),

Durbano Federico (ASST Melzo-Melegnano),

Fraticegli Carlo (ASST Lariana),

Magnani Antonio (ASST Mantova),

Migliarese Giovanni (FBF Sacco Milano),

PREMESSA

Lo stato di attuazione della legge 81/2014 in Lombardia presenta alcune aree di criticità in merito ad aspetti tecnico scientifici relativi alle risposte di cura fornite a pazienti in carico ai servizi di salute mentale e autori di reato per i quali l'autorità giudiziaria ha disposto la non imputabilità o l'incapacità di stare a processo. Nello specifico si ritiene di poter definire alcuni aspetti di merito secondo rilievi di ordine tecnico scientifico, sintetici che rimandano poi a documenti di approfondimento definiti da componenti del gruppo di lavoro

MISSION E RUOLO DEL DSMD

La missione del DSMD nel trattamento del soggetto autore di reato prevede attività di assistenza come missione specifica e fondante l'affidamento che il paziente ha nel servizio. Per assistenza si ritiene la proposizione di un percorso di cura che preveda l'adesione ad interventi psicofarmacologici, riabilitativi e l'adesione a specifiche

altre prescrizioni di cura. Il DSMD può svolgere anche funzioni di vigilanza intese nel senso di assicurarsi che il paziente si attenga alle prescrizioni terapeutiche segnalando al magistrato di sorveglianza in caso di mancanza di adesione alle stesse che modificherà le prescrizioni e le misure di sicurezza. I servizi di cura presenti nel Dipartimento (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, Centro Psicosociale, Centro Diurno e strutture residenziali, sono strutture finalizzate all'assistenza e al trattamento che di norma è volontario. L'obbligo alle cure non può essere imposto dalle strutture dipartimentali (fatti salvi i casi esplicitamente previsti dalla legge) perché inevitabilmente renderebbe non attuabile quel rapporto fiduciario di affidamento tra paziente e personale sanitario necessario per avviare un proficuo percorso volto a modificare lo stato di salute psichica del soggetto.

STATEMENT 1

Gli interventi forniti dal DSMD sono orientati alla prevenzione, alla cura e alla riabilitazione di persone con disturbo mentale e/o dipendenza patologica. Qualsiasi intervento che abbia al centro istanze di sorveglianza o custodia che trascendano la funzione clinica del DSMD rischiano di snaturare e delegittimare il rapporto fiduciario necessario alla cura del paziente e va pertanto evitato. Il bisogno clinico resta centrale rispetto agli aspetti di difesa sociale, afferenti ad altre Agenzie, nella programmazione e messa in atto del percorso di cura

LA VALUTAZIONE PERITALE

Sul tema della scelta del perito, per le condizioni in cui si valutano temi di imputabilità e pericolosità sociale, si ritiene che, trattandosi spesso condizioni caratterizzate da comportamenti violenti, con frequente abuso di alcol e sostanze, scarsa o nulla critica di malattia e adesione ai trattamenti, sia necessaria una specifica competenza di natura esperienziale. In sintesi sono persone che risultano non rappresentate nei comuni trial clinici controllati

fonte maggiore di dati per la letteratura scientifica. Per tale ragione le conoscenze che il perito deve utilizzare per fornire un parere tecnicamente e scientificamente motivato devono necessariamente provenire dall'esperienza clinica che unicamente si sviluppa nel contesto del lavoro dei servizi pubblici unici luoghi dove tali persone ricevono abitualmente e con continuità percorsi di assistenza e cura. Per sostanziare tale esperienza è necessario che sia mantenuta in tempi recenti al fine di tenere in considerazione le trasformazioni epidemiologiche e la riorganizzazione dei servizi di salute mentale.

STATEMENT 2

Si ritiene necessario che il perito psichiatra incaricato di valutare imputabilità ed eventuale pericolosità sociale di un soggetto autore di reato, nonché di elaborare il progetto/affidamento del paziente, abbia maturato una consolidata ed attuale esperienza presso i servizi psichiatrici pubblici.

Il modello attivo nella gestione dei servizi di salute mentale è fondato, per i pazienti gravi, su percorsi di presa in carico da parte di un'equipe dedicata costituita da psichiatra referente, infermiere di riferimento, assistente sociale, educatore, psicologo. Le figure tutte o in parte presenti a seconda delle necessità cliniche e degli aspetti organizzativi, garantiscono un intervento continuativo e assertivo fornendo coerenza nella proposizione di un percorso di cura nelle diverse fasi della vita del paziente. Per tale motivo nell'elaborazione della valutazione di pazienti in carico al servizio è di fondamentale importanza che questo enorme dato conoscitivo debba essere fornito al perito che in alcuni casi finisce per accedere a solo alcune informazioni che rischiano di non rappresentare con la dovuta coerenza il percorso di cura (per esempio raccogliendo solo alcune lettere di dimissione ospedaliera in un soggetto in carico da anni ad un Centro Psicossociale).

STATEMENT 3

Per i soggetti già in carico ad un DSMD il perito psichiatra ha l'obbligo di acquisire le informazioni relative alla presa in carico del paziente ed al percorso di cura effettuato tramite una relazione inclusiva che contenga informazioni relative all'anamnesi, alla diagnosi e agli interventi terapeutici messi in atto, nonché alle eventuali criticità relative al percorso di cura.

Sul tema della valutazione dei soggetti autori di reato e in carico al Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, si osserva con sempre maggiore frequenza l'interessamento di persone con diagnosi duale, cioè attinente sia alla patologia psichica che a disturbi connessi all'uso di alcol o sostanze d'abuso. Tali soggetti sono spesso in carico in modo discontinuo con i servizi preposti alla cura e ciò rende il percorso terapeutico spesso inefficace. Il coinvolgimento di entrambi i servizi sia nella fase di valutazione che nella fase di elaborazione del progetto è l'unica modalità per formulare giudizi accurati e consistenti nonché per elaborare percorsi di cura che possano assicurare una buona probabilità di successo.

STATEMENT 4

Si ritiene necessario che il perito psichiatra incaricato di valutare imputabilità e l'eventuale pericolosità sociale di un soggetto, se osserva elementi suggestivi di un Disturbo da uso di alcol o sostanze, coinvolga i servizi delle dipendenze (integrati nel DSMD) sia nella fase di valutazione che nella fase di elaborazione del progetto/affidamento del paziente.

I PERCORSI DI CURA

Sul tema della formulazione di un percorso di cura e assistenza da indicare al magistrato in un soggetto giudicato non imputabile e pericoloso socialmente si è osservato che l'esigibilità della proposta passa necessariamente per la capacità di formulare un progetto frutto di una specifica conoscenza del funzionamento dei servizi di salute

mentale e dipendenze sia in termini organizzativi che di risorse disponibili. Esemplicativamente è inattuabile un percorso riabilitativo che preveda un intervento educativo domiciliare se il servizio non è in grado di fornirlo nelle modalità proposte dal perito. La collaborazione del perito con il responsabile del servizio psichiatrico incaricato della cura deve essere stabilito come un obbligo inderogabile per evitare di creare disposizioni inattuabili che mettono a rischio la realizzazione del percorso di cura con tutti i rischi connessi in termini di salute e di sicurezza. Tale necessità di collaborazione nasce anche dal fatto che i percorsi di cura per i cittadini sofferenti di patologia psichica sono erogati in una condizione di risorse limitate. E' necessario evitare che prescrizioni eccessivamente onerose in termini di risorse destinate per soggetti autori di reato, obblighino i servizi a ridurre prestazioni a soggetti in carico ma senza prescrizioni dell'autorità giudiziaria, determinando una discriminazione inaccettabile dal punto di vista dell'eguaglianza dei cittadini nell'accedere alla cure.

STATEMENT 5

Si ritiene necessario stabilire un obbligo per il perito psichiatra di concordare le disposizioni clinico-terapeutiche con il DSMD a cui verrà affidata la realizzazione del percorso di cura, al fine di migliorare il livello di attuazione rendendone altresì sicura l'esigibilità.

Nel Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze i luoghi della cura sono diversificati con caratteristiche strutturali e di disponibilità di personale e tecnologia profondamente differenziate. Così se nel Pronto Soccorso l'assistenza e vigilanza che si può offrire ad un paziente è massima dal punto di vista sanitario, il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura può garantire un livello di vigilanza elevatissimo grazie alle sue caratteristiche strutturali, pur con una dotazione tecnologica e di personale inferiore al Pronto Soccorso. Ben diversa è la possibilità di garanzia

di assistenza e vigilanza rivolto a persone con limitazioni della libertà che si possono garantire nei ricoveri in strutture residenziali psichiatriche (Comunità Psichiatriche CP e Centri di Riabilitazione CR indipendentemente dall'intensità riabilitativa e di assistenza prevista nell'accreditamento delle strutture stesse). Ancora minore è il grado di vigilanza esigibile in regime di semiresidenzialità diurna o di interventi ambulatoriali o domiciliari. In sintesi i luoghi sopradefiniti sono luoghi pensati e strutturati per la cura. Le capacità di svolgere vigilanza nei confronti di soggetti autori di reato sono molto limitate, inoltre il personale incaricato svolge compiti di assistenza e cura e non è preparato tecnicamente e culturalmente a svolgere compiti controllo sulla limitazione della libertà personale fatta eccezione (e con notevolissime criticità) per gli interventi previsti dalla normativa vigente come il Trattamento Sanitario Obbligatorio.

Per tali motivi si ritiene indispensabile che i soggetti autori di reato inviati per qualunque motivazione in una struttura sanitaria del Dipartimento di Salute Mentale seguano le procedure di valutazione e trattamento seguite da tutti i cittadini, con particolare riferimento alla valutazione di Pronto Soccorso. Tale osservazione nasce dal fatto che l'eliminazione parziale o completa della valutazione clinica in Pronto Soccorso e l'ingresso diretto del paziente nel reparto di Psichiatria, al fine di garantire una più agevole sorveglianza del soggetto autore di reato, rappresenta una procedura discriminatoria che espone a rischio clinico il soggetto, oltre a produrre una difformità di trattamento per la tutela della salute.

STATEMENT 6

La competenza del soggetto autore di reato inviato in Pronto Soccorso è inizialmente, come per tutti i cittadini, di tipo medico. Sarà lo specialista del PS, al termine delle valutazioni ritenute necessarie, che disporrà l'invio al consulente psichiatra per le ulteriori valutazioni del caso. La sorveglianza del soggetto non può essere un elemento discriminante i percorsi clinici.

Per quanto concerne il ricovero nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, esiste una consolidata letteratura sull'utilità di organizzare tali interventi su tempi molto limitati, favorendo dimissioni rapide finalizzate all'avvio di percorsi di cura territoriali. La permanenza eccessivamente lunga in strutture con spazi limitati, pensate organizzativamente per brevi periodi di ricoveri rischia di produrre effetti negativi sulla salute psichica di soggetti che dopo la fase acuta siano costretti a ricoveri prolungati. Tale consolidata prassi clinica finalizzata alla tutela della salute dei cittadini tramite una riduzione del rischio di "istituzionalizzare" i pazienti è posta a rischio da disposizioni giuridiche di ricovero prolungate effettuate al solo scopo di evitare la reiterazione di reati.

STATEMENT 7

Il ricovero nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) è pensato sia organizzativamente che strutturalmente per periodi di tempo limitati (degenza media regionale di 12/13 giorni). Si ritiene pertanto inappropriata la collocazione in tale ambito della persona socialmente pericolosa se non per la diagnosi ed il trattamento della fase acuta. La prosecuzione del ricovero oltre tale limite diventa un rischio iatrogeno per la salute del paziente ed un rischio per la sicurezza degli altri ospiti e del personale.

Per quanto riguarda gli interventi multidisciplinari condotti in ambito territoriale e finalizzati a garantire la continuità delle cure secondo modelli di presa in carico assertiva ed intensiva, si assiste al rischio, tramite la procedura di affidamento del paziente pericoloso socialmente al Dipartimento o al singolo Centro Psicosociale (CPS), di una perdita della contrattualità di cura da ottenere tramite una continua tensione dell'acquisizione del consenso. E' necessario che tutti i percorsi di cura siano fondati sul continuo tentativo di condividere con i pazienti la progettualità di cura demandando interventi l'esecuzione ed il controllo di interventi di limitazione della libertà agli

organi giuridici e favorendo ove possibile nella misura più rilevante l'intervento di cura per la salute psichica all'interno delle carceri. Il generico obbligo alle cure da esercitare nel contesto territoriale in carico a operatori sanitari non solo non produce un miglioramento dei risultati a medio-lungo termine, ma espone pazienti e operatori ad un incremento della conflittualità producendo un danno alla reale possibilità di costruzione di un percorso di cura.

STATEMENT 8

Il Centro Psicosociale (CPS), coerentemente con i dati della letteratura scientifica sui modelli di intervento efficaci, garantisce la presa in carico delle problematiche psichiatriche e sociali del soggetto autore di reato garantendo la continuità delle cure secondo un modello di intervento assertivo finalizzato al soddisfacimento dei bisogni prevalenti. Gli interventi senza consenso sono solo quelli regolati dalla normativa vigente Legge 833/1978 art 33, 34, 35.

Con l'applicazione della legge 81 del 2014 si sono istituite le Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS). Esse hanno permesso la chiusura ed il superamento dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario. Lo scarso numero di letti disponibili, la inefficace programmazione epidemiologica delle risorse ha portato in breve tempo all'esaurirsi dei posti disponibili, spingendo gli operatori del settore a favorire ricoveri sempre più frequenti in Strutture Residenziali Psichiatriche accreditate e contrattate con modalità non pensate per ospitare soggetti autori di reato. Il risultato è stato che ad oggi l'area della residenzialità psichiatrica rappresenta un luogo privilegiato per la cura di molti soggetti autori di reato non solo, come dovrebbe essere nella fase finale del percorso di cura, ma in mancanza di alternative nelle REMS, anche per interventi molto precoci. Si ritiene indispensabile il mantenimento di adeguati standard organizzativi e tecnici di funzionamento al fine di garantire un percorso di cura sia

per i soggetti autori di reato ricoverati che per i codegenti. Il percorso di cura mantiene una priorità sugli obblighi di sorveglianza al fine di non modificare le finalità della struttura ricoverante o impedire possibili prosecuzioni dei progetti di cura. I Centri Riabilitativi a diversa intensità riabilitativa (CRA-CRM) come le Comunità Protette a diversi livelli di assistenza (CPA- CPM) e la Residenza Leggera fanno parte di un percorso di cura finalizzato a produrre cura e non attività di sorveglianza.

STATEMENT 9

La cura e l'assistenza sono gli elementi di qualificazione delle strutture residenziali psichiatriche. la scelta di avviare un soggetto ad una tipologia di struttura non può essere funzionale esclusivamente a bisogni di sorveglianza e di impedimento alla reiterazione del reato che finirebbero inevitabilmente per interrompere il percorso riabilitativo trasformando il ruolo della struttura in un luogo di detenzione.

Nel corso degli ultimi anni si è assistito al sorgere di diverse strutture residenziali psichiatriche private che si sono proposte per interventi specifici su soggetti autori di reato. Molto spesso sono strutture autorizzate e accreditate senza un contratto con il Servizio Sanitario Regionale. Si osserva che tale organizzazione, finalizzata a poter attivare strutture che altrimenti non avrebbero possibilità di funzionare, rischia di concentrare eccessivamente soggetti autori di reato rischiando di snaturare le funzioni di cura verso funzioni di sorveglianza e contribuendo a creare luoghi di cura molto difficili sia per gli operatori che per gli altri codegenti.

STATEMENT 10

Si ritiene che per questioni di gestione corretta delle finalità di cura, per sicurezza degli ospiti della struttura e degli operatori e per evitare eccessiva stigmatizzazione, le strutture residenziali psichiatriche non possano avere più del 25 % di ricoverati autori di reato inviati a seguito di disposizione dell'autorità giudiziaria.

DISTURBI DI PERSONALITÀ: I LIMITI DELLE POSSIBILITÀ DI CURA

I Gravi Disturbi di Personalità (DGP) rappresentano un cluster di condizioni patologiche sulla cui consistenza diagnostica esistono ampie discussioni in letteratura e che presentano scarsissime evidenze di specifici trattamenti terapeutici di provata efficacia. Nella letteratura scientifica spesso viene osservata la tendenza a effettuare diagnosi di DGP come meccanismo di individuazione di soggetti non riferibili ad altre forme diagnostiche e che presentano esclusivamente comportamenti abnormi. La diagnosi per tale tipo di disturbo può avere un chiaro valore clinico solo se effettuata da personale con adeguata preparazione e con specifici e validati strumenti di valutazione psicometrica.

STATEMENT 11

La valutazione diagnostica di Grave Disturbo di Personalità in sede peritale ai fini della valutazione dell'imputabilità necessita di comprovata esperienza e deve essere supportata da uno specifico assessment di tipo psicometrico al fine di diminuire il rischio di identificare come malattie comportamenti irrazionali mossi da transitori stati emotivi.

Il tema della responsabilità e delle possibilità di intervento psichiatrico e riabilitativo in tale ambito sono oggetto di attenzione da parte dei clinici e degli operatori dei servizi di salute mentale. Il riferimento di orientamento attuale per i presidi territoriali può essere individuato nel documento della regione Emilia e Romagna (2013) "Linee di indirizzo per il trattamento dei Disturbi gravi di personalità", che ha traslato e adattato al contesto nazionale e locale le raccomandazioni delle Linee guida internazionali. In gran parte sulla base di una revisione delle raccomandazioni NICE per il Disturbo Borderline di Personalità (2009), finalizzata a migliorare gli standard di trattamento per le persone affette da disturbo di personalità

Tali linee di indirizzo definiscono con il termine Disturbi Gravi di Personalità (DGP) condizioni di

interesse psichiatrico caratterizzate da una alterazione del funzionamento mentale nell'area della formazione e della stabilità dell'identità e del Sé, con espressione nelle dimensioni dell'impulsività e dell'antagonismo si da determinare una significativa riduzione delle capacità di adattamento al ruolo sociale. "Le condotte abnormi rappresentano solo un aspetto dei DGP, che in assenza di alterazioni psicopatologiche descrivibili non hanno valore diagnostico né predittivo dell'efficacia dei trattamenti. L'ambito dei DPG viene limitato alle categorie diagnostiche del cluster B del DSM-5, o gruppo dell'impulsività con l'esclusione del Disturbo Antisociale". Appare anche utile sottolineare come i sintomi nucleari dei disturbi di personalità non rispondano ad alcuna terapia farmacologica, ma solo a percorsi psicoterapici lunghi e di difficile attuazione, e che richiedono sia personale formato sia il coinvolgimento attivo del soggetto.

STATEMENT 12

Si ritiene che nei gravi disturbi di personalità la non imputabilità per motivi psichici sia un evento estremamente raro. Un eccessivo utilizzo dei servizi di cura del DSMD per tale tipologia di pazienti non sembra essere adeguato al raggiungimento dell'obiettivo di cura né del rischio di reiterazione del reato. Si ritiene più adeguato sottolineare in maniera prevalente l'istanza della difesa sociale e degli aspetti retributivi di un percorso in cui la clinica non deve essere aspetto centrale e/o unico, ritenendo che il percorso giudiziario del soggetto con disturbo di personalità (carcere, misure di sicurezza, misure alternative) possa essere equiparato a quello già attivo per i soggetti affetti da Disturbi correlati ad uso di sostanze stupefacenti.



COMMENTI DA ALTRE SOCIETÀ SCIENTIFICHE

CONTRIBUTO DEL CONSIGLIO DIRETTIVO DELLA ASSOCIAZIONE ITALIANA TECNICI DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA (A.I.TE.R.P.) – REGIONE LOMBARDIA

Quando parliamo di Riabilitazione Psicosociale, parliamo di un lungo e complesso percorso, iniziato negli anni '70 negli Stati Uniti, giunto in Italia negli anni '80 ed ancora in continua evoluzione all'interno dei diversi Servizi di Salute Mentale.

A differenza degli anni passati, l'accesso alle nostre Strutture avviene in un lasso di tempo relativamente breve, permettendo l'avvio di percorsi terapeutico riabilitativi in modo tempestivo e dinamico, utilizzando appieno le risorse disponibili e fronteggiando possibili drop out.

Questo diviene possibile grazie ad una progettualità innovativa, funzionale alla tipologia dei bisogni prioritari da intercettare e su cui intervenire attraverso trattamenti fortemente individualizzati, condotti da micro equipe multiprofessionali che si formano e si specializzano all'interno di particolari ambiti. Questo tipo di organizzazione – che fortemente auspichiamo in ogni Ente Sanitario – potrà inizialmente impattare sulla gestione e organizzazione delle singole strutture, ma risulterebbe funzionale all'utilizzo di risorse "trasversali", non assegnate allo specifico Servizio, ma operanti all'interno del medesimo DSMD.

In questo percorso, la riabilitazione psichiatrica – il cui obiettivo è il recupero delle abilità fisiche, emotive, sociali

ed intellettive perse a causa della malattia e indispensabili per vivere, apprendere e lavorare in comunità – assume oggi un ruolo di primaria importanza nel panorama dell'assistenza psichiatrica, grazie a numerosi studi che individuano interventi basati sulle evidenze, articolati in tappe progressive, con obiettivi mirati, definiti da procedure di valutazione e verifica.

Come Associazione di categoria abbiamo risposto con forte interesse alla richiesta di collaborazione da parte del Direttivo di SIP Lo, apprezzando ampiamente le proposte innovative in merito all'organizzazione dei servizi, alle modalità di lavoro di équipe multiprofessionali con il riconoscimento di specifiche competenze e ai programmi clinici aggiornati offerti agli utenti.

Auspichiamo un sempre maggiore investimento sulla nostra figura professionale non solo e non tanto negli ambiti considerati "tradizionali" per la riabilitazione psichiatrica – come Residenzialità e Semi – residenzialità, ma anche e soprattutto nelle strutture territoriali, nei Servizi afferenti alla NPI e nei Servizi per le Dipendenze, in modo da intercettare in modo precoce i bisogni riabilitativi delle persone, con l'auspicabile partecipazione delle famiglie ed il coinvolgimento della rete sociale.

COMMENTO DELL'ACADEMY OF EMERGENCY MEDICINE AND CARE (ACEMC) AL DOCUMENTO SULLA GESTIONE DELL'URGENZA PSICHIATRICA NEL PRONTOSOCORSO PRODOTTO DAI COLLEGHI DELLA SIP-LO

Gruppo di lavoro AcEMC:

Dr. C. Paolillo (presidente AcEMC) (ASST Spedali Civili di Brescia), Dr. I. Casagrande (già Azienda Ospedaliera di Alessandria), Dr. R. Lerza (Ospedale San Paolo Savona), Prof. S. Perlini (Policlinico San Matteo di Pavia)

La riduzione di risorse dei servizi psichiatrici, la aumentata diffusione di abuso di sostanze stupefacenti, in particolare tra i giovani, ha favorito un aumento esponenziale di accessi ai Pronto Soccorso per un problema psichiatrico acuto. Talvolta il Pronto Soccorso rappresenta il primo contatto con il Sistema Sanitario.

Il paziente con un disturbo psichiatrico/comportamentale acuto in Pronto Soccorso è per definizione un paziente che ha un alto profilo di rischio che richiede dal triage, alla valutazione medica ed alle disposizioni una rapida e soprattutto sicura sequenza di provvedimenti e di decisioni.

Il documento prodotto dalla Sezione Lombarda della SIP solleva giustamente una serie di criticità alcune delle quali condivisibili:

- La necessità di un team che in Pronto Soccorso valuti e stabilizzi il paziente con disturbi psichiatrici/comportamentali e che possa avvalersi se necessario, ed in tempi brevi della consulenza dello psichiatra;
- La valutazione clinica ad opera del Medico d'Urgenza, che deve essere essenzialmente volta ad escludere che il disturbo acuto sia da ascrivere ad una lesione organica;
- La necessità di stabilizzare e decontaminare il paziente in cui si sospetti una intossicazione da sostanze psicoattive in un ambiente dove sia possibile, almeno nelle prime fasi, effettuare un monitoraggio clinico e strumentale.

- L'importanza non trascurabile di ridurre al minimo i tempi di attesa di ricovero, una volta condivisa la necessità di ricoverare il paziente in ambiente psichiatrico.

L'Academy in quanto promulgatrice di percorsi condivisi tra gli operatori dell'Emergenza auspica che con un atteggiamento di collaborazione multidisciplinare si possa addivenire alla produzione di una policy condivisa che possa aiutare ad omogenizzare gli atteggiamenti dei vari co-Attori coinvolti nel percorso del paziente con disturbi psichiatrici/comportamentali in Pronto Soccorso.

POSIZIONE DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI TOSSICOLOGIA (SITOX) PER GLI ASPETTI DI COMPETENZA CLINICO-TOSSICOLOGICA IN RELAZIONE AL DOCUMENTO DI SIP-LO SU “LA GESTIONE DELL’URGENZA PSICHIATRICA NEL PRONTO SOCCORSO” PRODOTTO DAL GRUPPO DI LAVORO SIP-LO

Gruppo di lavoro SITOX:

Corrado Lodovico Galli (Presidente SITOX), Carlo Alessandro Locatelli, Valeria Margherita Petrolini, Davide Lonati

La presente lettera fa seguito all’incontro avvenuto a Pavia il 16/10/2020 tra rappresentanti di SIP-Lo, SITOX e AcEMc per la valutazione del documento riportato in oggetto al fine di una condivisione fra società scientifiche. A conferma di quanto sostenuto nella riunione, la SITOX ritiene di poter esprimere valutazioni in merito alle problematiche che sono anche di competenza clinico-tossicologica, e per le quali viene di norma (o dovrebbe essere) richiesta la consulenza del tossicologo clinico (via Centro Antiveneni) per l’appropriatezza delle cure (diagnosi, trattamento, monitoraggio) di pazienti intossicati (o sospetti tali), con dipendenze patologiche e/o con problemi farmaco-tossicologici che giungono all’osservazione del sistema dell’urgenza nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

SITOX si rende quindi disponibile a collaborare al gruppo di lavoro per la condivisione di procedure e percorsi diagnostico-terapeutici, nonché per la produzione di un documento condiviso fra Società Scientifiche, rimarcando fin d’ora i seguenti aspetti:

– SITOX concorda sull’opportunità di una condivisione fra società scientifiche del documento proposto da SIP-Lo, ritenendo di poter contribuire per le proprie competenze e nel rispetto delle necessità di chi opera in urgenza fronteggiando le più diverse problematiche

- ritiene che una maggiore condivisione di competenze, di valutazioni specialistiche e di procedure (= multidisciplinarietà) possa essere solo di giovamento nel supportare scelte più appropriate per la cura di pazienti oggetto del documento SIP-Lo, nonché per la soluzione delle criticità di sistema oggi esistenti
- il paziente con intossicazione acuta, con dipendenze e/o con effetti collaterali da farmaci può, di fatto, essere causa di criticità nel sistema dell’urgenza, specie quando in anamnesi vi sono manifestazioni psichiatriche o alterazioni comportamentali
- dall’osservatorio clinico-tossicologico (= esperienza quotidiana riferita all’intero territorio nazionale), e tralasciando la situazione di alcuni ospedali in cui le interazioni fra medico d’urgenza, psichiatra e tossicologo sono ottimali, è infatti possibile confermare che:
 - l’approccio al paziente psichiatrico con problematiche clinico-tossicologiche in pronto soccorso risulta molto disomogeneo nei diversi servizi e nelle varie realtà sanitarie del SSN
 - risultano evidenti criticità in molti DEA in relazione alla gestione di pazienti intossicati, con dipendenze e/o con effetti collaterali di terapie, e che sono di possibile co-competenza psichiatrica e internistica

- è di fatto inequivocabile che in molti punti del SSN esistono evidenti carenze strutturali (es. spazi idonei, anche per il monitoraggio intensivo clinico e strumentale), gestionali e organizzative che non consentono ai diversi specialisti di poter co-gestire in sicurezza pazienti intossicati di possibile co-competenza psichiatrica: questa co-gestione della fase acuta di pazienti con intossicazione, dipendenza e/o effetti avversi (anche solo sospetti) dovrebbe avvenire in ambienti idonei nei DEA
- è indiscutibile che ogni paziente con possibile intossicazione, dipendenza e/o effetti collaterali in presenza (e/o sospetto) di co-morbilità psichiatrica necessita di un primo inquadramento clinico completo multidisciplinare e multi-professionale (internistico, psichiatrico, tossicologico, intensivistico, traumatologico e altri se opportuni) in ambienti idonei per la valutazione e il monitoraggio clinico e strumentale: il trasferimento a servizi/reparti a minore intensità di cura deve e può essere effettuato una volta concordato fra i diversi specialisti interessati e quando non sono più ipotizzabili rischi per il paziente
- appare improponibile il fast-track (accesso diretto) per il paziente psichiatrico che si presenta in situazione di urgenza (intossicazione, dipendenza e/o effetto avverso) nei pronto soccorso, in quanto possibile causa di errori e di gravi sottovalutazioni diagnostiche (es. non tutti gli accertamenti e i monitoraggi eseguibili in pronto soccorso sono normalmente disponibili nei reparti di psichiatria).
- SITOX è quindi disponibile a collaborare con le altre società scientifiche per l'elaborazione di un documento condiviso e chiarificatore sugli aspetti ancora oggi dibattuti e fonti di contrasti e malintesi problematici per i pazienti.

COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

Tutti i Soci e i Colleghi interessati possono collaborare alla redazione del periodico, nelle diverse sezioni in cui esso si articola.

Per dare alla rivista la massima ricchezza di contenuti, è opportuno, per chi lo desidera, concordare con la Redazione i contenuti di lavori di particolare rilevanza inviando comunicazione al Direttore o la segreteria di redazione, specificando nome cognome e numero di telefono, all'indirizzo redazione@psichiatriaoggi.it

NORME EDITORIALI

Lunghezza articoli: da 5 a 15 cartelle compresa bibliografia e figure.

Cartella: Interlinea singola carattere 12, spaziatura 2 cm sopra e sotto 2,5 cm sin/dx.

Ogni articolo deve contenere nell'ordine:

- Titolo
- Cognome e Nome di tutti gli autori (c.vo, preceduto da di e seguito da asterischi)
- Testo della ricerca
- Affiliazione di tutti gli autori
- Indirizzo email per corrispondenza da riportare nella rivista
- Eventuali figure tabelle e grafici devono trovare specifico riferimento nel testo
- Ringraziamenti ed eventuali finanziamenti ricevuti per la realizzazione della ricerca
- Bibliografia: inserire solo i riferimenti bibliografici essenziali: massimo 25 titoli, numerati, disposti secondo ordine di citazione nel testo, se citati secondo le norme dell'INDEX medico, esempio:
 1. Cummings J.L., Benson D.F., *Dementia of the Alzheimer type. An inventory of diagnostic clinical features.* J Am Geriatr Soc., 1986; 34: 12-19.

Nel testo l'indicazione bibliografica dovrà essere riportata indicando tra parentesi il cognome del primo autore e l'anno di pubblicazione, ad esempio (Cummings, 1986).

I lavori vanno inviati all'indirizzo e-mail redazione@psichiatriaoggi.it in formato .doc o .odt. Nella mail dovrà essere indicato nome e cognome dell'autore che effettuerà la corrispondenza ed un suo recapito telefonico. Nella stesura del testo si chiede di evitare: rientri prima riga paragrafo, tabulazioni per allineamenti, più di uno spazio tra una parola e l'altra, a capo manuale salvo inizio nuovo paragrafo e qualunque operazione che trascenda la pura battitura del testo.



SIP-Lo

Sezione Regionale Lombardia
della Società Italiana di Psichiatria

Presidenti:

Mauro Percudani e Massimo Clerici

Segretario:

Carlo Fraticelli

Vice-Segretario:

Giovanni Migliarese

Tesoriere:

Gianluigi Tomaselli

Consiglieri eletti:

Mario Ballantini
Franco Spinogatti
Gianmarco Giobbio
Luisa Aroasio
Carla Morganti
Federico Durbano
Alessandro Grecchi
Camilla Callegari
Antonio Magnani
Laura Novel
Pasquale Campajola
Giancarlo Belloni
Marco Toscano
Antonio Amatulli
Caterina Viganò

RAPPRESENTANTI

Sezione "Giovani Psichiatri":

Francesco Bartoli
Giacomo D'Este
Filippo Dragona
Claudia Palumbo
Lorenzo Mosca
Matteo Rocchetti

Membri di diritto:

Claudio Mencacci
Giancarlo Cerveri
Emi Bondi
Pierluigi Politi
Emilio Sacchetti

Consiglieri Permanenti:

Alberto Giannelli
Simone Vender
Antonio Vita
Giuseppe Biffi
Massimo Rabboni