



Mutamento dei paradigmi e delle organizzazioni nei DSM

L. Ferrannini, DSM Genova

***XI Riunione Scientifica Annuale SIEP
“30/180. Evidenze scientifiche ed esperienze
della psichiatria di comunità
in Italia”***

Perugia, 9 - 11 Ottobre 2008

25 settembre 2008: un giorno di “ordinaria” follia?

un giovane colpisce a morte un agente di PS
durante l'effettuazione di un TSO a domicilio
(Genova)

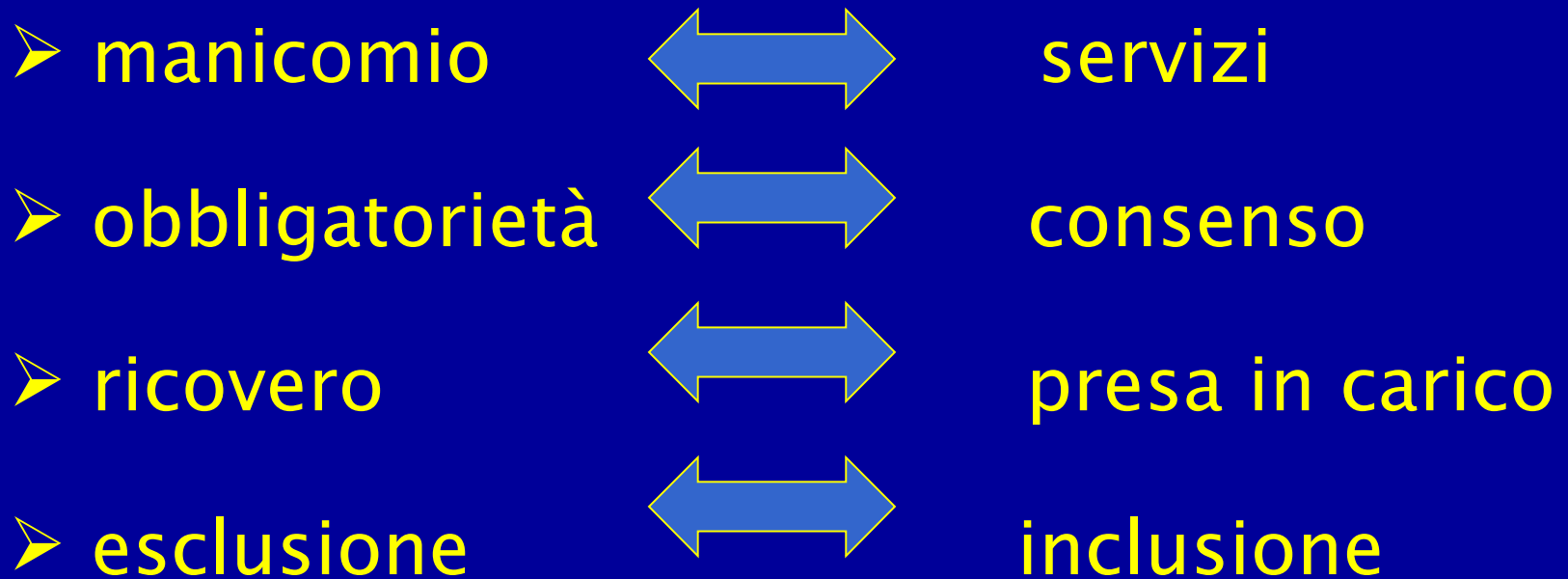
un giovane uccide la madre ed il fratello e si
costituisce (Ferrara)

un padre di famiglia uccide i suoi due bambini
nella sua auto, nella quale poi si da fuoco (Roma)

30/180

cosa è cambiato ?

percorsi



variabili della cura

- **contesto** (valori culturali, disuguaglianze, società multietnica, ...)
- **dimensione clinica** (classificazioni ateoretiche vs operative, sintomi/comportamenti/vissuti, variabili patogenetiche, fattori di rischio,...)
- **comorbidità** (persona, malattia/e, famiglia, contesto, istituzioni,...)
- **centralità dell'utente** (autodeterminazione, beneficiabilità, consenso, adesione/partecipazione)
- **“alterità” come minaccia** (insicurezza diffusa, ricerca del colpevole, psichiatrizzazione, stigmatizzazione,...)

salute mentale di comunità

- modello di malattia multifattoriale (biopsicosociale)
- eziopatogenesi comprendente fattori individuali (biologici e psichici) correlati alle variabili contestuali e socio-culturali
- presa in carico multidisciplinare e multiprofessionale
- continuità terapeutico – assistenziale
- integrazione socio-sanitaria
- intervento de-localizzato: luoghi (servizi, casa,...) e non-luoghi (territorio, strade, carceri, interstizi,...)

*Uno sguardo alle policy in
salute mentale*

Mental Health Gap

- Distanza culturale
- Distanza conoscitiva
- Distanza organizzativa
- Distanza terapeutica
- Distanza democratica
- Distanza etica

(WHO , 2005)

Iniziative della UE

(Conferenza di Helsinki, 2005; Libro Verde, 2006; EPMH, 2008)

- Promozione della salute mentale per tutti
- Lotta alle patologie mentali attraverso interventi preventivi
- Programmi specifici per depressione e suicidio, giovani ed educazione, mondo del lavoro, anziani, lotta allo stigma
- Miglioramento della QoL, inclusione sociale e tutela dei diritti
- Sviluppo informazioni e ricerca
- Sviluppo di programmi di cooperazione

Tutti d'accordo ?

Alcune contraddizioni a livello europeo

- Diritti e responsabilità delle persone
- Intervento sanitario vs intervento giudiziario
- Trattamenti coattivi
- Istituzionalizzazione
- Integrazione/ separazione dei circuiti sanitari e sociali

2008 in Italia: un percorso contraddittorio

- PSN 2006–2008 (tuttora vigente)
- Linee di indirizzo nazionali in Salute Mentale aprile 2008
- DPCM 1 /4/2008 sulla Medicina Penitenziaria e sugli OPG
- Nuovo DPCM sui LEA (esigibilità vs contrattualità)
- Priorità per il SSN (“Commissione Fazio”)
- 4 DDL di modifica della 180 (Carrara , Ciccioli, Guzzanti, De Marchi)
- 1 DDL sui trattamenti psicofarmacologici in bambini ed adolescenti (Molteni), sulla “prescrizione zero”
- Iniziative del Gruppo Interregionale Salute Mentale (GISM)

Tutti d'accordo ?

Alcune contraddizioni a livello italiano

- Cornice legislativa
- Diritti e responsabilità delle persone
- Trattamenti senza consenso
- Modelli organizzativi (separazione/integrazione) e standard
- Rapporto Area Infanzia-adolescenza
- Rapporto Area Dipendenze patologiche
- Multidisciplinarietà e lavoro in équipe
- Risorse (problema quali-quantitativo)
- Salute mentale vs assistenza psichiatrica

Quale psichiatria di comunità ?

*evidence-based, patient-centred,
integrated, collaborative, balanced,
partecipated, mental health-oriented,
recovery-focussed,...*

I fondamenti

- Diritti di cittadinanza
- Deistituzionalizzazione
- Monitoraggio processi ed esiti
- LEA come percorsi di cura esigibili
- Multidisciplinarietà e multiprofessionalità
- Integrazione e specializzazione
- Formazione e ricerca

Problemi emergenti

- Centralità dei comportamenti (a rischio, disturbanti, impulsivi, aggressivo–violenti, antisociali,...)
- Nuove (e differenziate) forme di “comorbidità”
- Disuguaglianze, povertà, solitudine, abbandono, carenza di prossimità
- Prevenzione/predizione come controllo
- Cura “obbligatoria” in varie accezioni (dal TSO normato a quello diffuso: TSOP, Contratto terapeutico vincolante,...)

Priorità nelle risposte (possibili)

- Presa in carico effettiva e continuativa dei pazienti affetti da DMG nelle varie fasi della vita
- Prevenzione del “drop out”
- Sostegno alle famiglie ed ai contesti
- Riduzione degli agiti e recupero della mentalizzazione
- Appropriatezza dei trattamenti per bisogni/condizioni/patologia
- Monitoraggio e verifiche continuative di outcome (“rendersi conto per rendere conto”)

Le tecniche tra potenzialità e limiti 1: i trattamenti farmacologici

- superamento di un ingenuo (e strumentale) ottimismo
- individuazione di attese realistiche
- peso degli effetti collaterali
- scarso impatto sulla conoscenza dei meccanismi patogenetici delle malattie (la cd “ dissezione farmacologica”)
- aderenza e trattamenti protratti

Le tecniche tra potenzialità e limiti 2: i trattamenti psicoterapici

- insufficienti ricerche sulle evidenze
- intervento specialistico vs lavoro in équipe
- formazione del personale
- organizzazione dei servizi
- risorse, tempi e costi

Le tecniche tra potenzialità e limiti 3: i trattamenti riabilitativi

- luoghi vs programmi
- fattori specifici vs fattori aspecifici
- trattamenti residenziali life-time
- processi di neo-istituzionalizzazione (anche in adolescenza e preadolescenza)
- organizzazione dei servizi ed interessi dei soggetti erogatori
- carenza di monitoraggio e di verifiche di outcome
- costi crescenti a discapito delle risorse investite nei servizi territoriali

I servizi tra continuità ed innovazione 1

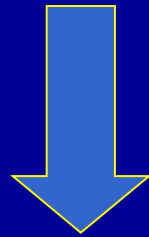
- Servizi generalisti vs percorsi integrati di PIC (es. stepped care con i MMG) e programmi mirati dei servizi specialistici
- Definizione delle priorità di community care per tipologia di disturbo (DPM, D. dello spettro dell'umore, DP, D. psicogeriatrici, DCA, ...), fase della malattia e del trattamento (esordi, drop out, messa in atto comportamenti aggressivi/violenti a rischio di recidiva, comorbidity,..), persone e fasi della vita (adolescenti, anziani, vittime violenza, SFD,..)
- Attivazione di “reti primarie” a bassa soglia

I servizi tra continuità ed innovazione 2

- Programmi su soggetti/condizioni con fattori di rischio specifici (familiarità, condizioni/contesto sociale, immigrazione,...)
- Ascolto e sostegno – attraverso programmi specifici– alle famiglie e ad altri soggetti coinvolti (insegnanti, educatori,..)
- Sostegno all’abitare , anche in soluzioni alternative alla famiglia ed alla cd residenzialità specializzata (es. alloggi assistiti, comunità leggere,...), con attivazione di programmi di inclusione socio-lavorativa

Il DSM tra integrazione e specializzazione

Modello unitario vs agenzia di servizi/
offerte/percorsi di cura



1. accessibilità
2. rete dei servizi
3. allocazione delle risorse (priorità ed equità)
4. appropriatezza e governo clinico


I professionisti: nodi critici

- **Area medici:** formazione settoriale, difficoltà al rilancio del lavoro in èquipe, isolamento, perdita di ruolo (dumping delle professioni sanitarie) ed aumento delle responsabilità
- **Area psicologi:** formazione tecnicistica e di nicchia, conflitti (anche di potere) con gli psichiatri, scarto tra offerta e possibilità di lavoro nel SSN
- **Area infermieristica:** carenza di risorse, di motivazioni al lavoro psichiatrico, di formazione
- **Area riabilitatori:** formazione ancora insufficiente, identità professionale debole, compiti spesso aspecifici

Verso una psichiatrizzazione diffusa ovvero il ritorno della delega ?

- il comportamento come sintomo
- normalità e tolleranza in mutamento (normalizzazione dell'intollerabile ed intolleranza delle differenze)
- nuovi paradigmi di pericolosità sociale
- fenomeni di re-instituzionalizzazione
- insicurezza e fragilità diffuse
- la follia (ed i suoi statuti) tra realtà ed alibi
- la psichiatria (e le sue tecniche) tra onnipotenza ed impotenza

Diritti ed etica della cura

- Valori  diritti
- Protezione/difesa/garanzia e sviluppo/empowerment
- Nuovi diritti (anche “imperfetti”) e nuovi doveri
- Centralità della relazionalità e dell’interdipendenza
- “Care” come possibile promotrice di cittadinanza

Ma allora cosa serve ?

necessità di innovazione di paradigmi, di tecniche e dell' organizzazione dei servizi



sostenibilità culturale, sociale, istituzionale, professionale, clinica, gestionale

Cosa serve ? 1

- Approccio multidisciplinare e multiprofessionale
- “Ponti/link” tra campi diversi della conoscenza
- Unitarietà mente–corpo
- “Humanities” in medicina ed in psichiatria
- Evidenze e linee–guida orientate alla pratica clinica
- Ricomposizione delle fasi dell’intervento: emergenza/urgenza, acuzie, trattamenti di lunga durata, lungoassistenza, cronicità,...
- Prevenzione e lotta alla istituzionalizzazione
- “Cura sicura” (per pazienti, famigliari ed operatori)

Cosa serve ? 2

- Equità e superamento delle disuguaglianze (non solo economiche) come determinanti di salute
- Approccio clinico non contrapposto all'approccio di popolazione
- Governo clinico forte, oltre il riduzionismo economico-gestionale
- Ri-fondazione del lavoro in èquipe
- Dimensione partecipativa e cittadinanza attiva₂₈

30/180

per parlarne ancora...

“Giù le mani dalla 180” ?

- **Perché non toccarla:** non è questo il problema, non serve, non è questo il momento storico , rifiuto di uno scontro ideologico e di paradigmi, i rischi sono maggiori dei vantaggi,...
- **Perché si potrebbe parlarne:** mutamento di condizioni ed esigenze, problemi normativi ed interpretativi (es. ASO, TSO extraospedaliero, TSO nei minori), pratiche contraddittorie, scarto evidente tra esigenze e garanzie, scarso sostegno da parte dei familiari e della società nel suo complesso

“Giù le mani dalla 180” ?

*si può aprire una discussione
(tecnica ed etica) senza il rischio di
derive ideologiche e con quali
garanzie ?*

I problemi legislativi sul tappeto

- Condizioni, procedure, garanzie per l'ASO
- Condizioni , procedure, garanzie, tempi, controlli per il TSO ospedaliero
- Il TSO “senza TSO”: lo stato di necessità, l'eccesso di potere (“ora decido io”...),...
- Condizioni, procedure, garanzie, luoghi, tempi , responsabilità per il TSO extraospedaliero
- ASO/TSO nei minori (ospedaliero ed extraospedaliero)
- Compiti ,procedure e garanzie di tutti gli operatori coinvolti (personale sanitario e forze dell'ordine di qualsiasi tipo)
- Funzioni di verifica e controllo (chi e come)
- Oltre il “TSO”: i contratti vincolanti di cura
- Chi decide: procedura sanitaria, procedura giudiziaria, procedura mista, poteri sostitutivi al paziente (tutore, genitore, Ads) e vantaggi/svantaggi
- Casi particolari: es. il TSO “alla ricerca del posto”, la “libera” scelta del luogo del TSO,...

per andare “oltre”...

*I fattori di ripresa
ed il ruolo dei servizi*

Recovery: nuovo paradigma?

“a personal process of overcoming the negative impact of diagnosed mental illness/distress despite its continued presence”

(NIMH, 2004)

Recovery e recupero di senso dell'esperienza di sofferenza/malattia

- Guarigione
- Ri-trovamento
- Percorso (il prima/il dopo, l'oggi/il domani)
- Ri-significazione
- Presa di coscienza
- Partecipazione
- Cittadinanza attiva e vissuta
- Auto aiuto
- “no finding in isolation”

Il servizio come catalizzatore

- Dare fiducia, “rischiare” , avere coraggio
- Coinvolgimento (personalizzazione) e non distanza
- Accessibilità
- Flessibilità, possibilità di scelta, accesso ad opportunità (anche di fallire e ritentare)
- Lungo periodo di sostegno
- Continuità di relazione
- Speranza e aspettative
- Saper riconoscere la salute nella malattia
- Riconoscere la competenza
- Cercare e scoprire un senso



servizi coraggiosi

*Recovery, psychosis and psychiatry:
research is better than rhetoric
(Slade M. e Hayward M., Acta Psych.Scand, 2007)*

- Identificazione degli standard e prevalenza
- Misurazione dell'outcome
- Interventi cost-effectiveness



servizi “recovery-oriented”

Qualche raccomandazione

- Non fermarsi alle categorie
- Verificare e sistematizzare la propria pratica clinico/assistenziale
- Rifiuto delle (pseudo)soluzioni sicure
- Formazione come manutenzione
- Capacità di pensare nella turbolenza e nel vuoto
- Relazioni (e servizi) di “prossimità”
- Trasformare pratiche rigide, frammentate, standardizzate in pratiche personalizzate, connesse, condivise

“La psichiatria come scienza del tempo condiziona qualunque scienza , qualunque disciplina. La psichiatria come scienza di confine, soprattutto come scienza cui la società delega anche funzioni di controllo di potere, la psichiatria è, fra queste scienze, la più debole. Perché ?

Perché continuamente chiamati a confrontarci con le richieste del potere politico e del potere giudiziario.

Una scienza infinitamente debole come questa, quando non sia svolta da psichiatri degni di una riflessione radicale e professionale, finisce con il tradire .”

(E. Borgna, 1998)