

# Salute mentale, fabbisogno di personale e LEA nei servizi di salute mentale: evidenze da una face analysis delle prestazioni di servizio

Vittorio Di Michele

Il concetto di salute mentale nasce in Italia, sul piano legislativo 42 anni orsono con la legge 180 (Legge Basaglia) successivamente incorporata nella legge di riordino del servizio sanitario nazionale (SSN) n° 833/78. La legge di riforma in sostanza regolava, in un inquadramento organizzato, tutte le strutture sanitarie nonché il personale, al fine di creare un sistema efficiente che, in nome dei principi di **dignità, salute, equità, appropriatezza ed economicità**, potesse distribuire servizi sanitari in maniera uniforme su tutto il territorio italiano.

Per quanto attiene la salute mentale, i principi erano:

l'intervento pubblico non è più finalizzato al controllo sociale dei malati di mente, ma è diretto alla promozione della salute ed alla prevenzione delle malattie mentali;

la de-ospedalizzazione e chiusura degli ospedali psichiatrici con valorizzazione delle cure territoriali il coinvolgimento delle reti familiari e sociali ed il recupero riabilitativo del malato.

Successivamente tre interventi normativi diedero corpo ed anima alla salute mentale in Italia: il primo del 1994 che definiva l'organizzazione delle strutture del SSN in maniera dipartimentale, ponendo al centro dell'operare psichiatrico il Centro di Salute Mentale; il secondo del 1999, che sottolineava le priorità da affrontare per favorire e tutelare la salute mentale dei cittadini ed, infine, a mio parere il più rilevante per chi lavora in un servizio pubblico, il Progetto Obiettivo "Tutela della salute mentale per gli anni 1998-2000", che definiva standard di personale su base demografica.

Questo nobile paradigma umanistico/antropologico degli anni '70, permane immutato ai giorni nostri nonostante si siano verificati cambiamenti sociali, economici, etici, costituzionali, politici ed antropologici radicali. Nella fattispecie, il cambiamento radicale della società italiana dagli anni 70 ad oggi, l'onda lunga della crisi economica ed il contestuale taglio di risorse, sta determinando un collasso assistenziale..

In sintesi, il profondo iato fra le molteplici esigenze di cura (il cosiddetto fabbisogno) e le concrete possibilità di soddisfarle da parte di un servizio, o meglio di rispondere con standard qualitativi accettabili, ha costretto gli operatori dei servizi ad aumentare la flessibilità operativa delle figure specializzate che vi lavorano con modalità che oscillano fra il task shifting, la presa in carico e/o presa in cura, il case management assertivo, la consulenza, il consulto ecc..., con risultati piuttosto elusivi e con uno sforzo di Sisifo, frustrante e insoddisfacente..

Rispondere quindi in maniera appropriata e con un livello qualitativo minimamente accettabile, allo spettro eterogeneo di nuove esigenze di cura che quotidianamente viene richiesto ai Servizi di Salute Mentale, impone delle scelte organizzative spesso dolorose. Basti pensare alle eterogenee tipologie di intervento e degli stili di lavoro che vanno messi in gioco in situazioni cliniche antitetiche come ad esempio i Disturbi della Alimentazione e del Comportamento Alimentare da una parte e la schizofrenia dall'altra, oppure i disturbi stress correlati (PTSD, disturbo dell'adattamento) e i disturbi generalizzati di sviluppo; da non dimenticare inoltre le demenze, i disturbi di personalità e le doppie diagnosi.

Nuove sfide sono quelle relative agli immigrati e ai richiedenti asilo, con le relative barriere culturali e linguistiche che inevitabilmente insistono e a breve le conseguenze della pandemia da Covid, i cui effetti sulle patologie da stress e della sfera emotivo-affettiva sono ben evidenti e descritte dalla letteratura scientifica (Reynolds, 2020).

Stante la dolorosa premessa, molte questioni riguardanti i servizi di salute mentale restano inevase. Ad esempio con quale modalità operativa dunque si deve riorganizzare o rimodulare un servizio in cui il

personale dirigenziale progressivamente scompare? Oppure quale è il discrimine al di sotto del quale manteniamo le posizioni di trincea e facciamo solo sorveglianza sanitaria ovvero esiste un modello predittivo delle conseguenze assistenziali ed organizzative di una catastrofe sanitaria imminente?

Per dirla alla maniera di Ennio Flajano, essendo la situazione grave ma non seria, una analisi delle prestazioni degli ultimi 4 anni ci permette costruire un modello concettuale da sottoporre a verifica facendoci guidare da un set di variabili con valore predittivo.

Lo scopo pertanto del presente contributo è quello di cercare di rispondere ad un quesito clinico-organizzativo: è possibile prevedere un andamento assistenziale sulla base di quello che sta già avvenendo in alcune realtà territoriali?

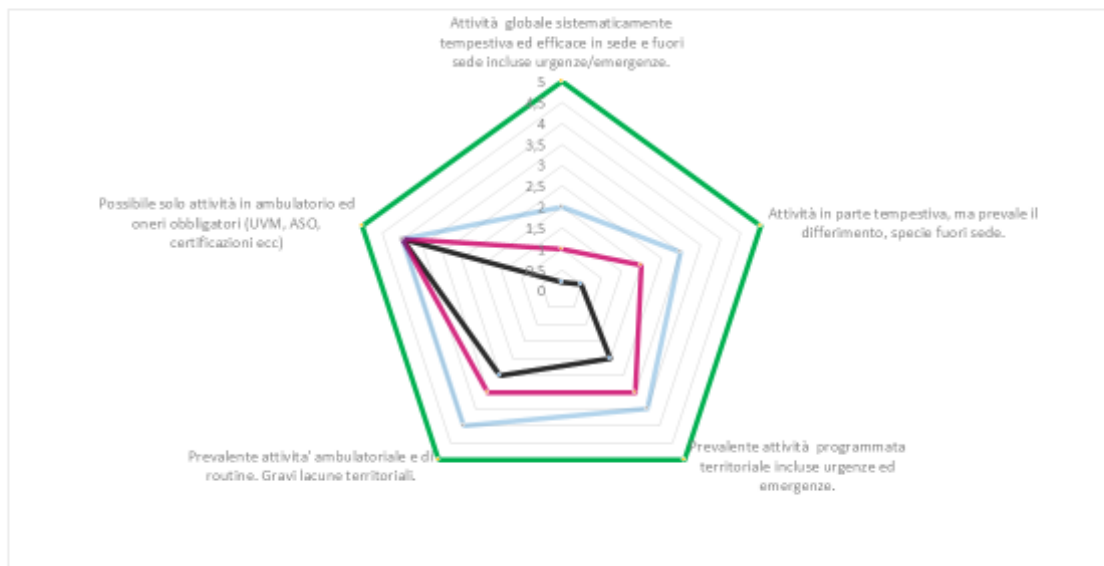
## METODO

Lo studio è stato condotto in Abruzzo, presso il centro di salute mentale di Penne, che copre un'area di 54.150 residenti di cui 44.487 di età superiore ai 18 anni a bassa densità di popolazione. La regione Abruzzo è regione in Piano di Rientro dal debito sanitario dal 2009.

Sono stati analizzati, attraverso i dati di servizio e del Sistema Informativo Salute Mentale, le prestazioni comunemente erogate dal CSM di Penne negli anni 2016-2019, incrociandoli con la progressiva riduzione del personale avvenuta: anno 2016=11operatori, 2019: 7 operatori. Le prestazioni sono state riassunte in 5 macro-variabili descrittive e sono coerenti con i Livelli essenziali di assistenza (grafico 1).

Grafico 1 circa qui

Capacità di risposta e di prestazione erogate nei servizi territoriali. Dirigenza sanitaria.



1.

Le cinque variabili descrittive (qualitative) poste ai vertici del grafico fanno riferimento ai 5 aspetti organizzativi ed agli adempimenti tipici di un servizio territoriale, includenti l'ampissimo spettro di attività misurabile dal SISM e dai sistemi aziendali di misura delle prestazioni e delle attività ovvero:

1. attività ambulatoriali tempestive ed efficaci su prestazioni clinico-diagnostiche fuori sede e non programmate
2. attività ambulatoriali in sede e programmate
3. solo attività clinico diagnostica programmata e in sede
4. attività ambulatoriale di routine
5. attività obbligatoria e ambulatoriale di base (UVM, certificazioni, ASO, TSO)

La misura della capacità di adempiere a queste prestazioni associate ai LEA, è data dalla variabile numerica che si riferisce al numero e alla qualità (derivante dai valori attribuiti dal sistema premiante aziendale) delle prestazioni erogate nell'anno 2016 (standard ottimale assistenziale) su 1152 utenti e successivamente fino al 2019 (prestazioni su 768 utenti). Questo dato corrisponde a quanto misurato nel 2016 (linea verde) ed esprime la percentuale della riduzione del numero e qualità di prestazioni dal 2016 al 2019. Il valore 0 (linea nera) si riferisce a prestazione non erogate benché previste ed enumerate nel SISM: LEA insoddisfatto. La linea celeste e la linea rossa fanno riferimento alle prestazioni ridotte degli anni 2017 e 2018.

## RISULTATI

Allorché la dotazione organica è soddisfacente ed adeguata (2016), gli aspetti organizzativi e gli adempimenti tipici dei centri di salute mentale attinenti la completa presa in carico dell'utenza (prestazioni territoriali urgenti e non urgenti, prestazioni in sede urgenti e non e ad accesso libero, capacità di risposta per TSO, presa in carico, adempimenti burocratici tipo PRITT, UVM, certificazioni per utenti esterni ecc), sono erogati ed adempiuti con efficienza ed appropriatezza, ovvero presentano dei numeri adeguati e di qualità standard.

Con la progressiva riduzione del personale dirigenziale associata al taglio di dotazioni di beni e strumentali (in questo caso autovetture e sedi periferiche), conseguente riduzione dell'orario settimanale di apertura dei servizi, il sovraccarico di servizi esterni su personale interno (si vedano le prestazioni psicologiche medico legali richieste dagli esterni al centro di salute mentale, accade che vengano sacrificate per prime le prestazioni più onerose ed inefficienti (visite domiciliare con e senza carattere di urgenza, controlli a pazienti non in grado di andare al servizio, controlli domiciliari o in strutture assistenziali, TSO ecc) e a seguire le altre, finendo col limitarsi solo ad adempimenti burocratici e di base.

E' questo il caso in cui la dotazione di personale dirigenziale, in particolare, si riduce al lumicino, ovvero sotto le 2 DS della media nazionale ponderata (anno 2019).

## DISCUSSIONE

Lo psichiatra territoriale, che per definizione opera in totale autonomia e coordinando le figure di supporto (assistenti sociali, infermieri, educatori e TRP), privato di adeguati numeri, deve per forza di cose ottimizzare il suo tempo dedicandolo più a prestazioni in sede che fuori sede, fino a scendere ai livelli minimali di assistenza (o alle volte anche sub-minimali), situazione non infrequente in regioni in piano di rientro. Tale massimizzazione delle risorse e del tempo di lavoro sono peraltro vincolate alle richieste del sistema premiante aziendale, che privilegia l'aspetto quantitativo e non qualitativo delle prestazioni erogate.

Se c'è necessità di tagliare LEA ciò si traduce in tagli alle urgenze ed emergenze; prima le territoriali e poi le altre. Successivamente è la volta dei pazienti *demanding* e delle patologie che prevedono un trattamento psicoterapico o multidisciplinare (doppie diagnosi, persone con disturbi di personalità gravi, situazioni di deriva sociale, utenti in carico al servizio di esecuzione esterna del Ministero di grazia e Giustizia).

Per forza di cose, ci si riduce ad occuparsi prevalentemente di adempimenti obbligatori di cui alla disciplina legislativa nazionale e regionale escludendo il core business di un servizio territoriale orientato alla recovery e alla prevenzione.

Estrapolando sul piano puramente speculativo alla regione Abruzzo le evidenze riscontrate, si può ragionevolmente ipotizzare che alla grave carenza del personale sanitario, consegue un esiguo numero di prestazioni erogate per utente a scarsa valenza preventiva o di carattere meramente burocratico. In alcuni casi, si tratta di prestazioni di base che un qualunque ambulatorio periferico potrebbe erogare.

Il rapporto del ministero della salute del 2018, pubblicato a luglio 2020 dal Ministero della Salute, riporta che l'Abruzzo è fra le ultime posizioni in Italia per quanto riguarda le prestazioni per utenti (Grafico 2). Lo studio fa riferimento ad una provincia della regione Abruzzo, ma la situazione regionale, come derivato dai dati ministeriali del 2018, comunque mostra un confronto impietoso. In altre parole il numero di prestazioni della regione Abruzzo è la più bassa delle regioni del Centro Italia e molto al di sotto della media delle medie regionali (colonna ITALIA) Grafico 2. Poco personale, poche prestazioni, molti LEA insoddisfatti.

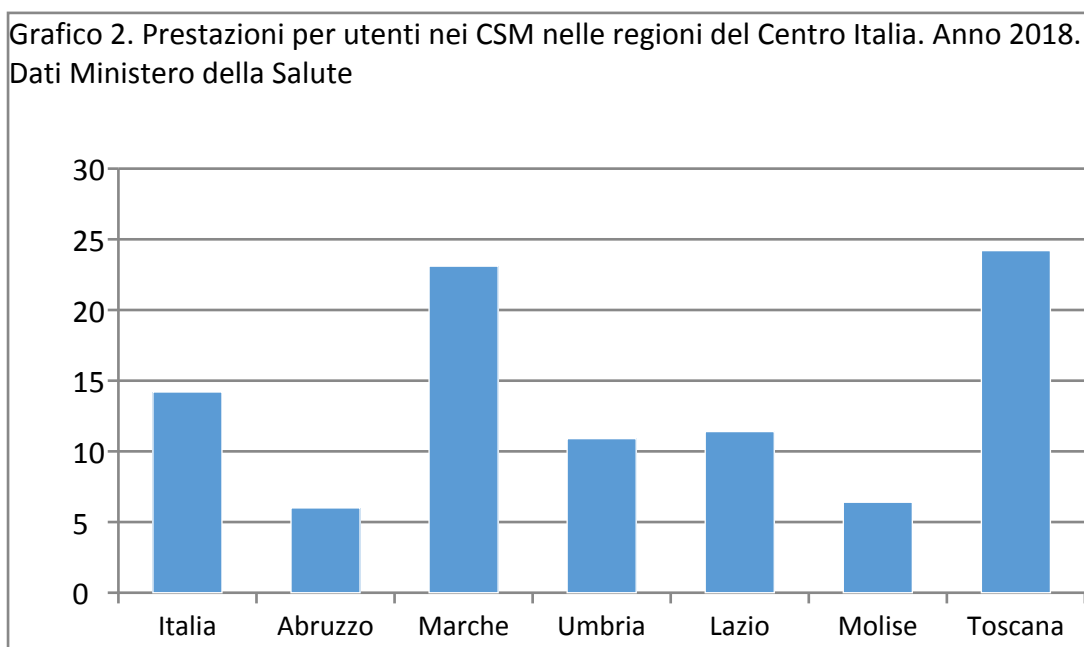


grafico 2 circa qui

In un recente studio di analisi della relazione fra fabbisogno assistenziale e capacità di risposta dei servizi, veniva stimata la capacità dei servizi di salute mentale di ottemperare al mandato di cure previsto dalla normativa vigente, calcolato sulla popolazione clinica affetta ai servizi di salute mentale italiani nel 2016 (800.000 utenti circa). In sintesi lo studio dimostrava che *“i DSM sono in grado di rispondere correttamente a solo il 55,6% del fabbisogno assistenziale stimato”* (Starace et al, 2019). Gli stessi autori concludevano che la carenza di psichiatri e psicologi nei servizi, potrebbe innescare dei circoli viziosi di inadeguatezza di cure e di non appropriatezza dei trattamenti psicofarmacologici a scapito della qualità totale delle cure. I dubbi che venivano pertanto sollevati, sulla organizzazione di cure e di qualità coerenti con la EBM e con i Livelli Essenziali di Assistenza, si coniuga con una cristallina inadeguatezza della dirigenza sanitaria ai sensi della legge 24/2017 inerente la qualità delle cure e le responsabilità professionali da esser derivanti.

Il presente studio, ancorché relativamente poco sofisticato per quanto attiene l'analisi statistica che è di *face validity*, dimostra le conseguenze *“in action”* e con un maggior livello di dettaglio, delle carenze

strutturali ed organizzative ormai ampiamente esistenti nei servizi di salute mentale, che si sostanziano di fatto nella rinuncia (ovvero nella impossibilità concreta) ad effettuare alcune prestazioni assistenziali garantendo soltanto quelle di base, prevalentemente con caratteri medico-legali o di semplice controllo clinico. Tali carenze sono di fatto acuite, dagli adempimenti obbligatori dei servizi.

Un quadro siffatto e sconcertante ripropone con urgenza i seguenti quesiti: l'attuale assistenza sanitaria in salute mentale è qualitativamente accettabile, equa ed accessibile? Può essere definita coerente con il mandato costituzionale dell'articolo 32 della Carta costituzionale?

#### Bibliografia

Reynolds 3rd CF (2020). Optimizing personalized management of depression: the importance of real-world contexts and the need for a new convergence paradigm in mental health. *World psychiatry*, 266-268

Starace F, Rossi R, Baccari F, Gibertoni G (2019). Domanda di salute mentale e capacità di risposta dei DSM italiani. In "Lineamenti di management in psichiatria. Riorganizzazione e rilancio dei servizi di salute mentale" a cura di W. Di Munzio. Idelson-Gnocchi 2019, pagine 129-141.