Rapporto OASI 2022

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

a cura di
CERGAS - Bocconi

Università Bocconi
CERGAS
Centro di ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi
SCHOOL OF MANAGEMENT

Egea

15 Fabbisogni e modelli di servizio in trasformazione: il ruolo dei Dipartimenti di Salute Mentale[1]

di Mario Del Vecchio, Laura Giudice, Francesca Lecci, Francesco Longo, Valeria Rappini[2]

15.1 Introduzione

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la Salute Mentale come «*uno stato di benessere che consente a un individuo di dare compimento alle proprie capacità e abilità, di gestire livelli normali di stress, di lavorare in maniera produttiva e di fornire un contributo di valore alla propria comunità o gruppo sociale di appartenenza*». Il SSN identifica come perno della presa in carico dei fabbisogni di salute mentale il Dipartimento di Salute Mentale (DSM), che, pur traendo le sue origini sin dalla Legge Basaglia e poi dall'istituzione del SSN, viene definitivamente normato dapprima con il D.Lgs 502/1992 e poi con il Progetto Obiettivo «Tutela della salute mentale 1994-1996». Dal legislatore[3] il DSM è definito come «*l'insieme delle strutture e dei servizi che hanno il compito di farsi carico della domanda legata alla cura, all'assistenza e alla tutela della salute mentale nell'ambito del territorio definito dall'Azienda sanitaria locale*». Pertanto, il DSM è chiamato ad avere un ruolo di raccordo e coordinamento dei servizi psichiatrici e, più in generale, di tutte le attività di tutela della salute mentale, che rispondono ai bisogni di un territorio e di cui garantisce coerenza e integrazione.

Oltre alla *mission*, del DSM sono definite anche le funzioni e le varie componenti organizzative (strutture territoriali, servizi ospedalieri, strutture per attività in regime semiresidenziale e strutture per attività in regime residen-

[1] La ricerca è stata realizzata con il contributo non condizionante di Lundbeck Italia.

[2] Il capitolo è frutto dell'impegno comune e congiunto di tutti gli autori. Per quanto riguarda la stesura, i §§ 15.1 e 15.2 sono attribuibili a Francesca Lecci, il §§ 15.3 a Valeria Rappini, il §§ 15.4 a Laura Giudice, il §§ 15.5 a Mario Del Vecchio. Si ringraziano Francesco Longo e i due anonimi reviewer del capitolo per i suggerimenti forniti. Si ringraziano inoltre Lundbeck Italia e Massimo Di Giannantonio (SIP) per il supporto alla realizzazione della ricerca. Per i contributi raccolti in sede di intervista si ringraziano, in ordine alfabetico, Giulio Corrivetti (ASL Salerno), Giuseppe Ducci (ASL Roma 1), Enrico Zanalda (ASL TO3).

[3] D.lgs. 502/1992.

ziale) con relativi standard, nonché l'esigenza di attivare collegamenti con altri attori e servizi dell'ecosistema sanitario (MMG, PLS, consultori, servizi di neuropsichiatria infantile, ecc.).

Negli anni, lo sviluppo del sistema di tutela della salute mentale è avvenuto lentamente e non senza periodi di arresto e disomogeneità, ma ha potuto progredire grazie a diversi interventi e documenti programmatici, non da ultimi il Progetto Obiettivo «Tutela della Salute Mentale 1998-2000» che ha fornito indicazioni circa la missione dei DSM e gli interventi prioritari e il Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale del 2013 (PANSM).

Se il percorso di declinazione e rafforzamento del sistema di tutela della salute mentale non è stato esente da battute d'arresto, anche il rapporto tra psichiatria – e dunque i DSM – e il processo di aziendalizzazione iniziato nella prima metà degli anni '90 non è sempre stato semplice. In particolar modo, in Del Vecchio (2005) veniva evidenziato come alcune caratteristiche della psichiatria abbiano fortemente inciso sulla capacità e volontà delle UO di psichiatria di adattarsi e svilupparsi nelle realtà aziendali che andavano formandosi. Con questi nuovi «contenitori» si sono scontrate due caratteristiche della psichiatria: (i) la difficoltà a definire un approccio condiviso nella concezione del disagio, delle modalità terapeutiche e delle implicazioni dei percorsi e (ii) la resistenza alla misurazione dei percorsi terapeutici (processi e output) e dei risultati da essi complessivamente prodotti (*outcome*). Pertanto, come spiega Del Vecchio «*le difficoltà sul piano degli esiti e degli output, da una parte, e della descrivibilità (rappresentazione sufficientemente condivisa) dei processi/attività, dall'altra, hanno finito per enfatizzare una non governabilità a priori di tutto il settore, che, a sua volta, ha spostato il terreno di confronto e negoziazione con l'azienda alle sole risorse in entrata*» (2005).

Stanti queste premesse e a trent'anni dal processo di aziendalizzazione, il presente capitolo intende analizzare i confini, il dimensionamento, lo *skill mix* e le caratteristiche dei Dipartimenti di Salute Mentale e intercettare le principali sfide gestionali che i DSM saranno chiamati a gestire nell'immediato futuro. Nello specifico; il §15.2 presenta i metodi di ricerca utilizzati; il §15.3 descrive le evidenze di tre casi di studio selezionati; il §15.4 analizza i risultati di una survey condotta sulla popolazione dei DSM e il §15.5 trae le principali considerazioni di sintesi e le conclusioni.

15.2 Metodi

Il presente lavoro mira a rispondere a tre principali domande di ricerca, volte a valutare le caratteristiche dei Dipartimenti di Salute Mentale:

- Quali sono i confini (mix di attività e servizi erogati) dei DSM in Italia e quale è il loro grado di omogeneità sul territorio nazionale?

- Anche alla luce del portafoglio di servizi resi, quali sono le caratteristiche dei DSM in termini di risorse dedicate, mix di figure professionali, stakeholder coinvolti e pazienti trattati?
- Quali sono gli aspetti critici e gli sviluppi futuri con cui i Direttori dei DSM ritengono prioritario confrontarsi?

Più in generale, i tre quesiti permettono, a fronte della riconosciuta capacità dei DSM di misurarsi con i problemi reali e di tenere alta l'attenzione sui temi del disagio psichico, di spiegare a partire da quali meccanismi di differenziazione, quali occasioni e quali priorità i servizi legati alla salute mentale si siano evoluti e si possano evolvere nel prossimo futuro.

Nel tentativo di rispondere alle tre domande di ricerca, l'attenzione è stata posta sui DSM delle aziende sanitarie pubbliche italiane presenti sul territorio nazionale al 31/12/2021. Lo studio è stato realizzato adottando un approccio metodologico misto, sviluppato lungo due direttrici sequenziali: (i) realizzazione di tre *case study*, selezionati con il supporto del Coordinamento Nazionale dei Direttori dei Dipartimenti di Salute Mentale e (ii) somministrazione di una *survey* inviata su supporto elettronico alle aziende, i cui rispondenti sono stati individuati nei Direttori dei DSM.

Con riferimento allo studio dei casi, lo stesso è stato condotto tramite analisi documentale e interviste semi-strutturate in profondità ai Direttori di tre Dipartimenti di Salute Mentale (ASL TO3, ASL Roma 1 e ASL Salerno). I principali risultati di questa prima analisi sono stati impiegati per meglio indirizzare le domande del questionario.

La *survey* è stata strutturata su tre sezioni:

- il primo blocco è stato finalizzato a raccogliere informazioni relative alla struttura organizzativa del DSM, ai suoi target prevalenti, alle risorse a disposizione (budget, personale, ecc.) e a come esse vengono impiegate;
- il secondo blocco ha inteso raccogliere le opinioni dei Direttori di Dipartimento in merito alle innovazioni e ai cambiamenti attesi in questo campo nel prossimo futuro;
- il terzo blocco ha raccolto una breve descrizione del profilo del Direttore del Dipartimento di Salute Mentale.

Il metodo è stato scelto perché particolarmente adatto nel rispondere a domande di ricerca che prevedano la spiegazione o la descrizione dettagliata di processi aziendali e la classificazione di gradi di eterogeneità particolarmente ampi (Yin, 2013). Ciò è tanto più valido in realtà aziendali complesse a causa della presenza di diverse categorie professionali, di logiche istituzionali plurime e di molteplici stakeholder, come nel caso dei DSM delle aziende sanitarie pubbliche (Cappellaro *et al.*, 2015).

15.3 Dimensioni e variabili di differenziazione dei DSM: analisi di tre casi

Nelle leggi nazionali e regionali il DSM è la forma organizzativa nella quale sono collocati gli interventi e i servizi dedicati alla cura dei disturbi psichici. Inizialmente istituiti con l'obiettivo di superare i confini tradizionali tra territorio e ospedale, i DSM delle aziende hanno progressivamente ampliato e diversificato le proprie funzioni per assicurare il coordinamento e la gestione unitaria di più servizi rispetto a un bacino di utenza stabilito.

I DSM possono ricomprendere diverse attività per garantire la continuità della cura del paziente (dal ricovero ospedaliero alla residenza o all'ambulatorio), per facilitare il collegamento tra programmi di prevenzione, di cura e di riabilitazione, per organizzare la risposta a bisogni sempre più articolati e interdipendenti che coinvolgono altre articolazioni aziendali (medicina di base, guardia medica, consultorio, servizi sociali, neuropsichiatria infantile, distretti, ecc.) e tipi di istituzione molto diversi tra loro (enti locali, terzo settore, amministrazione della giustizia, ecc.). I DSM sono pertanto da considerarsi un contenitore largamente indefinito, sia nei confini sia nei contenuti. Diviene quindi necessario identificare, da una parte, le caratteristiche peculiari dei DSM delle aziende, e contemporaneamente evidenziare gli orientamenti di fondo che stanno alla base delle scelte di posizionamento di ogni organizzazione.

I casi selezionati per la ricerca – che appartengono a contesti geografici e aziendali molto diversi tra loro – rendono conto della relativa variabilità delle formule adottate nelle loro dimensioni prevalenti (organizzativa, professionale, gestionale e di servizio). Un primo aspetto di ordine strutturale rispetto al quale esistono differenze, e che ha guidato nella scelta dei casi, è rappresentato dalle aree di competenza dei DSM e quindi dalle funzioni, aree di bisogno e discipline incluse nel perimetro organizzativo del dipartimento (Tabella 15.1). Nel caso della ASL Roma 1, in particolare, è previsto dal livello regionale (e realizzato a livello aziendale) il dipartimento unico con l'area delle dipendenze patologiche. Rispetto alle aree di competenza individuate dalle diverse regioni di appartenenza, nei casi aziendali si possono registrare variazioni anche per l'area della NPIA, le patologie di confine e i servizi di psicologia. Sempre sul piano dei perimetri organizzativi, possiamo anche notare la presenza di un DSM interaziendale, quello della ASL TO3, che prevede l'integrazione strutturale con il SPDC dell'AOU del bacino territoriale di riferimento e di un variegato insieme di servizi speciali e centri di riferimento regionale. Le principali caratteristiche strutturali, e ulteriori dimensioni di differenziazione dei casi analizzati, a partire dalle aree di competenza e dai servizi speciali e a valenza regionale attivati, sono rappresentati nella successiva Tabella 15.1.

La dotazione e composizione del personale variano significativamente così come il budget di spesa complessivamente disponibile, con una casistica che

Tabella 15.1 **Le principali dimensioni di differenziazione dei DSM nei 3 casi analizzati**

DSM ASL TO3	DSM ASL Roma 1	DSM ASL Salerno
Perimetro organizzativo (funzioni, aree e discipline di confine incluse)		
Funzione ospedaliera del SPDC dell'AOU (dipartimento interaziendale)	Adolescenza, NPI, Dipendenze e Servizio di psicologia ospedaliera	NPIA, Patologie di confine e Servizio di psicologia
Servizi speciali e a valenza regionale		
Servizio IESA (inserimento Eterofamiliare Supportato dell'Adulto)	Centro di Riferimento Alcologico Regione Lazio (CRARL)	Rete dedicata ai disturbi dell'alimentazione a valenza regionale
Popolazione residente adulta		
490.254 abitanti (2 Distretti)	866.609 abitanti (6 Distretti)	864.634 abitanti (13 Distretti)
Dotazione organica (*)		
163 dipendenti (di cui: 32 psichiatri, 7 psicologici, 85 infermieri, 16 OSS/OTA, 10 educatori, 3 assistenti sociali e 10 amministrativi)	679 dipendenti (di cui 112 psichiatri, 32 NPI e medici, 123 psicologi, 256 infermieri, 33 OSS/OTA, 5 educatori, 36 tecnici RIA, 53 assistenti sociali e 29 TNPM, dietisti, logopedisti, ecc.)	Personale: 523 dipendenti (di cui: 131 psichiatri, 41 psicologici, 252 infermieri, 49 OSS/OTA, 11 educatori, 9 tecnici RIA PSI, 21 assistenti sociali e 7 sociologi)
Pazienti seguiti		
16.000 (1.900 *first ever*/anno)	23.000 (2.500 *first ever*/anno)	16.000 (1.000 *first ever*/anno)
Budget di spesa annuale SM		
17,8 milioni €	55 milioni € (*)	11 milioni € (**)

(*) incluso NPIA e SERD/SERT, qualora presenti. (**) escluso NPIA e SERD/SERT, qualora presenti.

non sembra evidenziare determinanti in grado di spiegarla accuratamente. Le ragioni alla base di tale variabilità sono molteplici e, tra queste, rientrano naturalmente elementi di contesto quali la storia pregressa, le risorse disponibili e attivabili, ma soprattutto visioni della disciplina e della salute mentale spesso divaricate, alle quali corrispondono traduzioni operative diversificate e l'utilizzo di metriche che non favoriscono la comparazione. Gli aspetti più significativi di differenziazione nelle strategie/visioni emergenti dei DSM possono essere identificati nei seguenti:

- grado di estroflessione verso il contesto sociale e di interazione con le componenti extra-sanitarie dell'assistenza;
- livelli di integrazione con aree di bisogno (in particolare, dipendenze, disabilità, minori, anziani) e discipline confinanti (per esempio, psicologia);
- importanza di una focalizzazione sui bisogni e prestazioni core (contrapposta alla estroflessione ed espansione);
- gradi e modalità di differenziazione specialistica dei *setting* e delle professionalità (dimensione orizzontale vs dimensione verticale).

L'identificazione delle principali dimensioni e variabili di differenziazione, così come declinate e rappresentate dalle direzioni delle tre realtà considerate, hanno orientato il gruppo di ricerca nella progettazione della *survey* (Para-

grafo 15.4). Nei successivi paragrafi, si approfondiscono le principali scelte di organizzazione e di orientamento strategico espresse dalle direzioni.

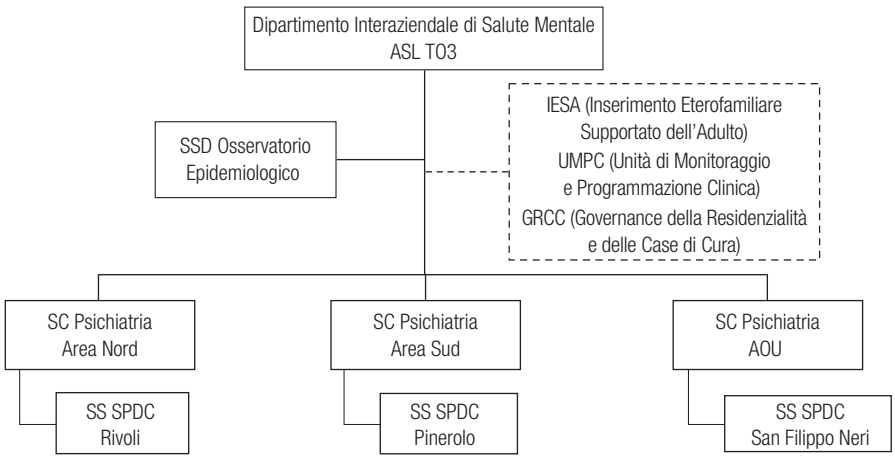
15.3.1 Il DSM della ASL TO3

Il DSM dell'ASL TO3 – istituita nel 2008 dalla fusione delle precedenti ASL 5 di Collegno e ASL 10 di Pinerolo, alle quali si è aggiunto il distretto di Venaria dell'ex ASL 6 di Ciriè – garantisce alla popolazione del territorio di riferimento (109 Comuni articolati su 5 Distretti) l'unitarietà degli interventi e la continuità terapeutica dei servizi di salute mentale nell'età adulta. Nel DSM sono ricomprese:

- la funzione territoriale di specialistica ambulatoriale e domiciliare con il Centro di Salute Mentale (CSM);
- la funzione ospedaliera con il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC);
- la funzione territoriale semiresidenziale con i Centri Diurni (CD);
- la funzione territoriale residenziale nelle Strutture Residenziali Psichiatriche (SRP).

Si tratta, in questo caso, di un dipartimento interaziendale nel quale sono ricondotte le strutture complesse (SC) e semplici (SS) della stessa ASL TO3 e dell'AOU San Luigi Gonzaga. Le due SC di area territoriale (psichiatria area nord e psichiatria area sud) svolgono le funzioni di gestione dei CSM, dei ricoveri in strutture convenzionate e di realizzazione di progetti terapeutici e riabilitativi individuali sia nelle strutture proprie dell'ASL e dell'AOU che nel-

Figura 15.1 **Struttura organizzativa del Dipartimento Interaziendale di Salute Mentale della ASL TO3**



le strutture esterne ad esse. Nell'ambito delle SC sono collocate le SS rappresentate dai SPDC dell'azienda. La SC a direzione universitaria dell'AOU San Luigi Gonzaga comprende solo la parte ospedaliera del SPDC. Nell'ambito del dipartimento operano inoltre l'osservatorio epidemiologico regionale e altri servizi di supporto alla *governance* dipartimentale (Figura 15.1).

L'integrazione delle funzioni ospedaliere e territoriali nell'ambito della medesima area distrettuale, a guida psichiatrica, favorisce l'interscambio professionale e la condivisione degli approcci. Anche nel caso della SC a direzione universitaria è stato raggiunto un buon livello di integrazione tra la componente ospedaliera dei SPDC e quella territoriale dei CSM. Le guardie mediche sono organizzate in comune, gli specializzandi dell'Università sono chiamati a frequentare le strutture del territorio e il personale infermieristico degli SPDC e dell'AOU collabora per la presa in carico e la gestione dei pazienti.

I CSM hanno una dotazione di personale «tendenzialmente stanziale, multi professionale, più o meno ricca di psichiatri». La distribuzione dei CSM sul territorio è eterogenea e varia in relazione alla densità di popolazione. Nelle aree urbane, la maggiore densità di popolazione ha permesso di realizzare una minore presenza di punti di erogazione ambulatoriale. Tuttavia, non bisogna dimenticare che la ASL deriva dall'accorpamento di preesistenti aziende con servizi diffusi capillarmente anche nel territorio urbano. Il processo di accorpamento delle sedi dei CSM, non ancora ultimato, prevede la realizzazione di un CSM per ogni distretto secondo un modello di rete del tipo *hub and spoke.* L'accentramento delle responsabilità per macro-area geografica dovrebbe consentire, nella prospettiva del Direttore, una migliore gestione delle relazioni con gli interlocutori esterni (in particolare, i servizi sociali e le istituzioni private rappresentate principalmente dagli enti gestori). D'altra parte, esistono nel contesto territoriale di riferimento anche realtà periferiche che temono di essere private dei servizi e per le quali è necessario mantenere più presidi di riferimento. Nelle sedi decentrate dei CSM dovrebbero essere garantiti almeno i servizi di accoglienza e prima valutazione. Al CSM, perno della rete, sono invece ricondotte le funzioni di presa in carico e *case management:* «se poi il paziente ha un esordio, un disturbo della personalità oppure un disturbo del comportamento alimentare o un disturbo di Asperger allora viene attivato un servizio trasversale». Nell'ambito di questo DSM, in particolare, sono stati sviluppati alcuni progetti e servizi specializzati su particolari bisogni e target di pazienti. Essi sono:

- il servizio IESA, identificato come «centro esperto regionale», che si occupa fin dal 1997 di inserimento eterofamiliare supportato dell'adulto. L'offerta di accoglienza, prevalentemente rivolta a persone con disagio psichico, è stata recentemente estesa anche ad altre categorie di utenza (in particolare, pazienti con problemi di dipendenza, neo-maggiorenni provenienti dalla NPIA e nuclei madre-bambino come sostegno alla genitorialità);

- il servizio di terapie espressive con 15 laboratori (arte, musica e psicomotricità), composti da operatori e volontari con percorsi di gruppo e individuali;
- l'unità di prevenzione e terapia dei disturbi della personalità e post-traumatici. Si tratta di un centro integrato che si propone come servizio di secondo livello, per prestazioni cliniche in favore di utenti già in carico presso i CSM e altri servizi dell'azienda (NPIA, Psicologia e SERD);
- l'unità di psichiatria forense (UPF) che svolge attività di consulenza ai servizi specialistici titolari della presa in carico di pazienti autori di reato, analizzando la loro casistica clinico-giuridica. L'UPF collabora alla definizione di progetti terapeutico riabilitativi adeguati ai bisogni di cura e alle esigenze di tipo sanitario legate allo status giuridico del paziente. Nelle situazioni più complesse l'UPF interviene facilitando il raccordo tra i servizi coinvolti e tra essi e l'Autorità Giudiziaria.

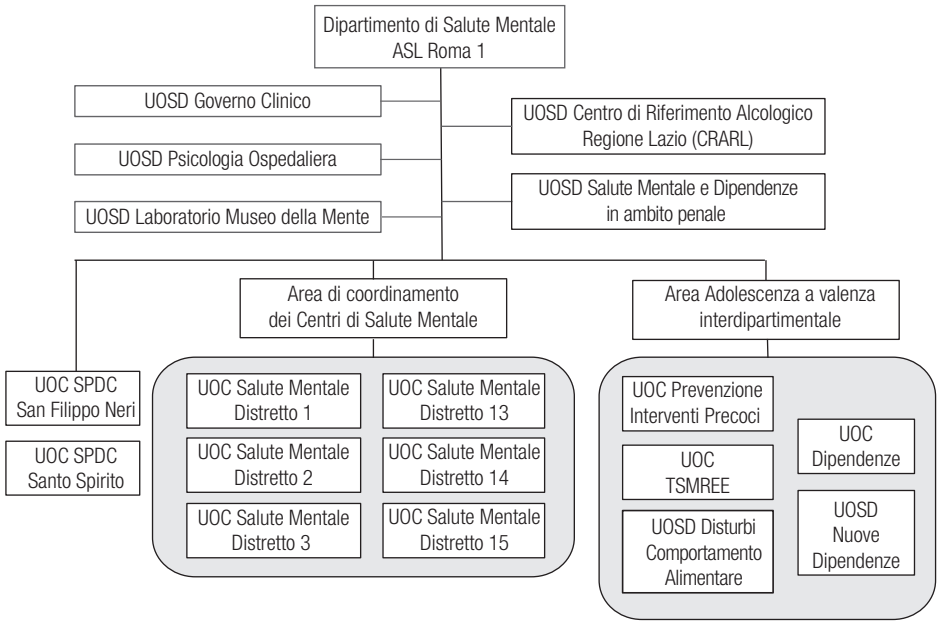
Nella visione del Direttore di questo Dipartimento appare evidente la necessità di assicurare una adeguata attenzione a quelle che sono generalmente considerate le aree *core* della psichiatria (schizofrenia, disturbo bipolare, disturbo della personalità, depressione grave, disturbo di Asperger o autismo ad alto funzionamento). I livelli e le modalità di integrazione con gli altri servizi aziendali e discipline confinanti (in particolare, NPIA, SERD e servizio di psicologia) sono pertanto largamente condizionati dalla tensione alla focalizzazione e protezione dei confini. Tutto ciò implica che, sul piano dei meccanismi operativi, sebbene siano ampiamente riconosciute le necessità di integrazione con altre articolazioni aziendali per la presa in carico e la gestione dell'assistenza a persone con problemi di dipendenza, disabilità e dell'età evolutiva e/o con bisogni che confinano con il sociale, siano sviluppati protocolli e disegnate procedure che rispondono a una logica di separazione delle competenze (e delle risorse). Tali sono, a titolo esemplificativo, il protocollo «per il passaggio di casi» con la SC di NPIA del Dipartimento Materno Infantile dell'azienda; il «budget separato» nelle situazioni di doppia diagnosi con il Dipartimento delle Dipendenze; le relazioni di reciproca consulenza attivate con la SC di psicologia afferente alla direzione sanitaria aziendale.

Va infine segnalato che nella Regione Piemonte la discussione sull'inserimento dell'area delle dipendenze patologiche nei DSM è ancora oggetto di dibattito. Nella stessa regione sono presenti DSM che, a differenza di quello della ASL TO3, hanno integrato il servizio di psicologia clinica.

15.3.2 Il DSM della ASL Roma1

Il DSM dell'ASL Roma 1 – che ricomprende 6 Municipi del Comune di Roma coincidenti con i distretti – svolge attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione del disagio psichico, dei disturbi e delle disabilità psichiatriche. Si

Figura 15.2 **Struttura organizzativa del Dipartimento di Salute Mentale della ASL Roma 1**



tratta di un Dipartimento dal perimetro particolarmente esteso, che include sia l'area delle dipendenze sia dell'adolescenza, e dal carattere spiccatamente multidisciplinare. Il DSM è articolato in due macro-aree di coordinamento funzionale (Figura 15.2):

- la prima area, di coordinamento dei CSM, è quella alla quale afferiscono le 6 UOC delle articolazioni distrettuali e che ha il compito di favorirne l'integrazione;
- la seconda area, a valenza interdipartimentale, è quella dell'adolescenza alla quale afferiscono le UOC: (i) prevenzione interventi precoci, (ii) tutela della salute mentale e riabilitazione in età evolutiva e (iii) le dipendenze. Sempre in tale area di afferenza sono collocate la UOSD dedicata ai disturbi del comportamento alimentare (DCA) e quella delle nuove dipendenze.

Il DSM ricomprende anche le UOC ospedaliere dei SPDC dell'Ospedale Santo Spirito e dell'Ospedale San Filippo Neri. Con riguardo alla funzione ospedaliera, al fine di favorire la realizzazione di un modello di assistenza psichiatrica integrata, che assicuri la presenza di percorsi assistenziali completi e di competenze professionali specifiche, il Dipartimento promuove iniziative volte a favorire la partecipazione funzionale delle unità organizzative della salute

mentale presenti all'interno delle aziende ospedaliere e dei policlinici universitari, sia pubblici sia privati, presenti sul territorio aziendale.

Nel DSM sono inoltre identificate alcune UOSD a valenza trasversale: (i) governo clinico, (ii) psicologia ospedaliera, (iii) salute mentale e dipendenze in ambito penale e, infine, (iv) il laboratorio museo della mente. All'interno del Dipartimento opera anche il centro alcologico di riferimento della Regione Lazio.

La visione del Direttore di questo DSM è creare, a livello di azienda e a livello distrettuale, «integrazioni forti, se possibile strutturali, con servizi affini non solo per coprire le aree di confine ma anche per riarticolare l'offerta complessiva di servizi territoriali». L'approccio seguito è teso a ricercare una costante integrazione delle modalità di presa in carico coniugando capacità di cura e capacità di inclusione sociale. La scelta di posizionamento «ampia ed estroflessa» prevede una forte integrazione anche con le case della comunità dell'azienda e i PUA. Il DSM è presente in diversi ambiti: «in tutte le scuole di ogni ordine e grado, con programmi di screening per i disturbi nello sviluppo, sui temi dell'alimentazione, del bullismo, attraverso iniziative di *peer education* per l'uso di sostanze, su temi trasversali come quelli del disturbo da deficit di attenzione con iperattività (per i quali la presa in carico avviene in età evolutiva e poi prosegue sempre all'interno del Dipartimento), e con una ampia gamma di servizi per i bisogni legati all'adolescenza (adolescenti che si tagliano, tentano il suicidio, abusano di sostanze multiple, con disturbi del comportamento alimentare, anoressia, bulimia, violenza, promiscuità sessuale, e anche adolescenti con la completa perdita del sonno-veglia, hikikomori, ecc.)». Nella considerazione del Direttore, tuttavia, la capacità di leggere la co-morbilità e di intercettarla è ancora molto bassa, «considerati i dati epidemiologici e anche di letteratura, noi intercettiamo solo una piccola parte della popolazione target».

In questo Dipartimento in espansione sul territorio e verso aree di bisogno emergenti e patologie di confine, il Direttore del DSM ha investito molto nel disegno e nella standardizzazione dei percorsi al fine di garantire l'omogeneità delle competenze e dei modelli di gestione terapeutica. In particolare, in collaborazione con lo staff di prevenzione e *risk management* dell'azienda, ha promosso un progetto per uniformare la pratica clinica nei servizi territoriali di salute mentale che ha consentito di definire un modello standardizzato di organizzazione dell'équipe multiprofessionale, dal primo contatto e lungo tutta la gestione del caso. Il progetto ha previsto una fase pilota di quattro mesi che ha coinvolto sei servizi territoriali del DSM (2 CSM, 2 SERD e 2 servizi di prevenzione interventi precoci).

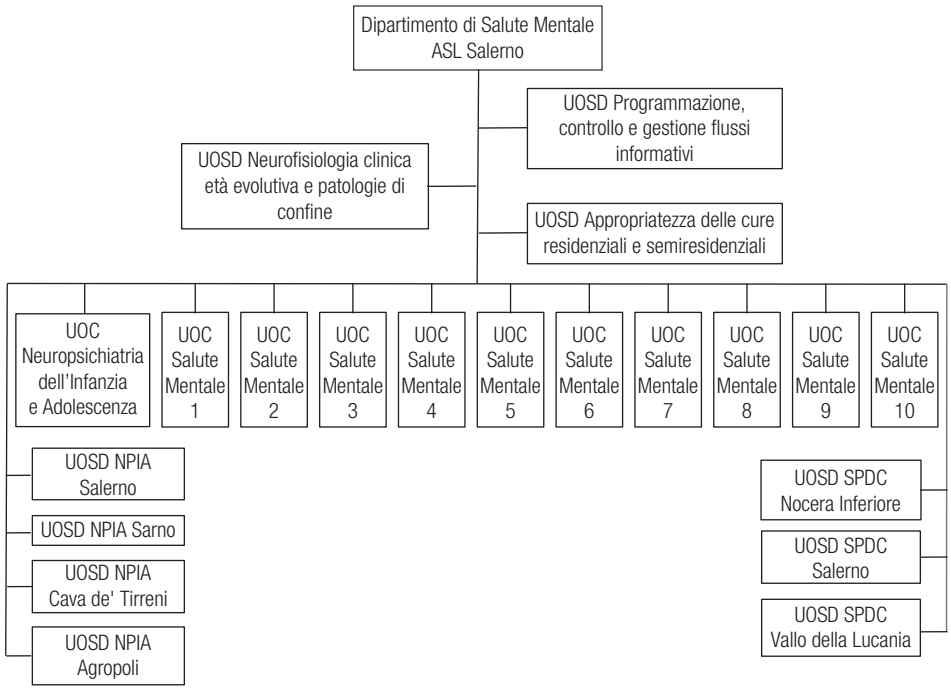
15.3.3 Il DSM della ASL Salerno

Il DSM della ASL di Salerno – che comprende l'intera area provinciale sulla quale insistono 158 Comuni con diversi gradi di urbanizzazione articolati in

13 distretti – programma, promuove, attiva, coordina e verifica le attività di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione e di promozione della salute a favore delle persone con problematiche di salute mentale in ogni fase della vita. Il Dipartimento si compone di 11 UOC di cui una, di recente istituzione, è quella di NPIA. A tali UOC si affiancano le UOSD dei SPDC e dei servizi di NPIA. Nel Dipartimento sono inoltre individuate 3 UOSD – (i) appropriatezza cure residenziali e semiresidenziali; (ii) programmazione, controllo e flussi informativi; (iii) neurofisiologia clinica età evolutiva e patologie di confine – e un servizio di psicologia clinica con competenze trasversali, sia in ambito ospedaliero che territoriale (Figura 15.3).

Le strutture e i servizi afferenti al DSM, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità, sono stati rimodulati e progressivamente integrati in una unica rete «che continua ad avere il suo baricentro nel territorio». Secondo l'impostazione voluta dall'attuale Direttore di Dipartimento, il sistema di offerta costituisce un complesso organizzativo unico e coerente basato su un modello del tipo «poli e antenne»: le diverse e numerose articolazioni territoriali, le quali svolgono funzioni di antenna rispetto alle altre, hanno una base comune di servizi e sviluppano vocazioni e specializzazioni differenziate in modo

Figura 15.3 **Struttura organizzativa del Dipartimento di Salute Mentale della ASL di Salerno**



da offrire una più ampia gamma di risposte a popolazioni di pazienti tra loro eterogenee (giovani-adulti, pazienti in età avanzata, ecc.). La nuova rete dipartimentale «rimodulata per bisogni di cura e fasi della vita» ha consentito sia di superare i limiti della rigida divisionalizzazione territoriale preesistente – per la quale all'interno di ogni partizione territoriale «ci voleva un qualunque tipo di struttura intermedia per seguire il destino del singolo nel suo stesso territorio» – sia di raggiungere un adeguato livello di expertise su alcune problematiche emergenti. In questo DSM, in particolare, sono state sviluppate diverse offerte e percorsi dedicati a «bisogni speciali». Tali sono:

- la rete dedicata ai disturbi dell'alimentazione, a valenza sovra aziendale/regionale (Decreto 11/2016), composta da una comunità residenziale, un centro diurno e tre ambulatori territoriali per la riabilitazione;
- l'offerta di servizi residenziali e ambulatoriali per il trattamento degli esordi psicopatologici rivolto agli utenti giovani (comunità residenziale, centro diurno e ambulatorio);
- il servizio psichiatrico di *One Day Night Hospital*;
- lo sportello di ascolto per il trattamento dei comportamenti violenti (*Time Out*) dedicato agli uomini autori di violenza di genere nelle relazioni affettive;
- il consultorio per la disforia di genere per le persone che stanno vivendo complessi problemi legati alla definizione dell'identità sessuale;
- l'ambulatorio di odontoiatria per i bisogni speciali, funzionalmente integrato nel DSM, rivolto a persone con disabilità fisica, psichica, in terapia anticoagulante, a rischio biologico o in condizione di dipendenza e, più in generale, a tutti coloro che necessitano di metodiche di approccio particolari;
- infine, all'insieme dei bisogni correlati al fenomeno della migrazione sono finalizzate alcune azioni del DSM per supportare persone e famiglie in condizioni di particolare vulnerabilità sociale e che possono esitare in psicopatologie (disturbi post traumatici da stress, da disadattamento sociale e psicologico fino a patologie «maggiori» dello spettro psicotico).

Nella ASL di Salerno lo scenario e il panorama di problemi attualmente delegati al DSM è molto ampio e delinea un potenziale di estroflessione e di interazione con la comunità di riferimento sugli aspetti extra sanitari dell'assistenza particolarmente accentuato. La prospettiva del Direttore del DSM è quella di «implementare in maniera solida tutto il sistema socio-sanitario per la gestione di percorsi di medio lungo termine riabilitativi». Si tratta di un approccio strettamente collegato al concetto di *recovery* e quindi «fortemente spinto verso i percorsi abilitanti». Il DSM agisce in stretto coordinamento con i servizi territoriali e si raccorda con la comunità e le istituzioni, promuovendo anche la partecipazione dei cittadini e, in particolare, di utenti e di familiari.

Il DSM è anche l'organismo aziendale responsabile della presa in carico e dell'elaborazione dei progetti terapeutico-riabilitativi individuali (PRTI) e dei relativi percorsi di assistenza per tutti i cittadini con problematiche di salute mentale autori di reato afferenti al territorio di riferimento e sottoposti a misura di sicurezza detentiva alternative al carcere. Rispetto a tale area di bisogni, il DSM interagisce con la UOSD «tutela salute adulti e minori di area penale» collocata nell'ambito del Dipartimento delle attività territoriali (DAT) della stessa azienda. Il coordinamento e l'integrazione intraziendale è realizzata attraverso un gruppo di lavoro al quale partecipano, tra gli altri, insieme al Direttore del DSM e della UOSD dedicata, anche i Direttori dei distretti sanitari sede di Istituto Penitenziario e il Direttore del Dipartimento Dipendenze (DD). Nei tre Istituti Penitenziari opera una equipe multi professionale del DSM – Articolazione di Salute Mentale (ASM) in carcere – che effettua azioni proattive congiunte con l'amministrazione penitenziaria al fine della elaborazione, applicazione e co-conduzione dei progetti individuali e dei percorsi intramurari.

15.4 I risultati del questionario rivolto ai Direttori dei Dipartimenti di Salute Mentale

Alla rilevazione hanno partecipato 40 Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), i quali rappresentano circa il 30% dei 133 DSM complessivamente presenti sul territorio nazionale (Ministero della Salute, 2022)[4].

Il campione raccolto, al suo interno, presenta una distribuzione geografica piuttosto coerente con quella reale (Tabella 15.2): il 53% dei DSM rispondenti sono situati nel Nord Italia (area in cui è effettivamente ubicato il 57% dei DSM); il 13% del campione è costituito da DSM del Centro Italia (dove si trova il 15% dei DSM) e infine per il 35% hanno partecipato Dipartimenti di Salute Mentale dell'area Sud e Isole (che nella realtà ospita il 28% dei DSM complessivamente presenti in Italia). Inoltre, prendendo singolarmente in considerazione ciascuna area del Paese, il campione raccolto risulta essere maggiormente rappresentativo dell'area Sud e Isole (38%) rispetto alle aree del Nord e Centro Italia (rappresentate, rispettivamente, al 28% e 25%).

Il 96% dei DSM che costituiscono il campione sono diretti da un medico psichiatra, di età compresa tra i 49 e i 68 anni; nel 72% dei casi il Direttore del Dipartimento è uomo, nel 28% dei casi è donna.

[4] La fonte di questo numero è l'Anagrafe dei Dipartimenti di Salute Mentale, relativa all'anno 2021, curata dal Ministero della Salute - Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica. Nel conteggio ufficiale, il Ministero della Salute include anche le ATS lombarde, probabilmente a causa del fatto che al loro interno sono presenti delle UOC esclusivamente dedicate all'area della salute mentale e dipendenze.

Tabella 15.2 **La distribuzione del campione per area geografica**

	La popolazione dei DSM in italia		Il campione di DSM raccolto tramite la rilevazione		
	Num. DSM per area	Presenza (%) DSM per area	Num. DSM rispondenti	Tasso risposta per area (%)	Distribuzione DSM rispondenti per area (%)
Nord	76	57%	21	28%	53%
Centro	20	15%	5	25%	13%
Sud	37	28%	14	38%	35%
Totale Italia	**133**	**100%**	**40**	**30%**	**100%**

Fonte: elaborazione degli autori

I Dipartimenti di Salute Mentale: perimetri, risorse e utenti

Una prima dimensione indagata dal questionario è relativa ai perimetri dei Dipartimenti di Salute Mentale che, dall'analisi delle informazioni raccolte, sembrano essere potenzialmente molto variabili, al netto di alcuni elementi costitutivi condivisi (Tabella 15.3).

Al di là dei servizi «core» dei DSM (SPDC e Centri di Salute Mentale), i quali si riconfermano pressoché immancabili all'interno dei relativi perimetri organizzativi, sono tendenzialmente molto diffuse anche le strutture a gestione diretta, sia di tipo semi-residenziale (che più del 90% dei DSM dichiara di avere all'interno dei propri perimetri) sia di tipo residenziale (presenti nell'80% dei DSM considerati). Fanno eccezione le Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS), di cui dispone solo il 6% delle realtà analizzate, dato che però è in linea anche con il numero complessivo estremamente limitato di queste strutture.

Sono poi presenti discipline e funzioni confinanti rispetto al «core» dell'attività dei DSM, che in alcune aziende ne fanno parte anche formalmente, in altre no (sebbene ciò non escluda che vi sia una relazione e un coordinamento anche frequente tra il DSM e queste altre aree e discipline). Di questa categoria fa parte la Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza (NPIA), ricompresa dal 65% dei Dipartimenti nel campione, insieme ai servizi per le dipendenze patologiche (SERD o SERT), che si trovano all'interno dei perimetri del 50% dei DSM rispondenti. Fa parte di questa categoria anche la Psicologia Clinica che è più frequentemente esterna al Dipartimento (il 43% dei DSM la controlla direttamente).

Inoltre, talvolta il Dipartimento ha al proprio interno uno o più servizi incentrati su bisogni o target specifici, come il Centro per i Disturbi del Comportamento Alimentare, che sono presenti nel 68% dei DSM, e i Centri per i Disturbi Specifici dell'Apprendimento, che invece sono più raramente ricompresi all'interno dei perimetri dei DSM (in particolare, lo sono nel 28% dei casi analizzati).

Sono stati poi segnalati anche altri servizi specifici (come il centro per la

Tabella 15.3 **Centri, servizi e discipline ricompresi nei perimetri dei DSM**

Discipline, servizi e strutture	Prevalenza nei DSM
Servizi «core» del DSM	
SPDC	98%
CSM	98%
REMS	8%
Strutture a gestione diretta da parte del DSM	
Strutture residenziali	80%
Strutture semiresidenziali e centri diurni	93%
Aree e discipline «confinanti»	
SERD o SERT	50%
NPIA	65%
Psicologia clinica	43%
Servizi per target e bisogni specifici	
Centro per disturbi del comportamento alimentare	60%
Centro per disturbi specifici dell'apprendimento	28%
Altro (Centro Autismo, Centro per disforia di genere, SM penitenziaria…)	48%

Fonte: elaborazione degli autori

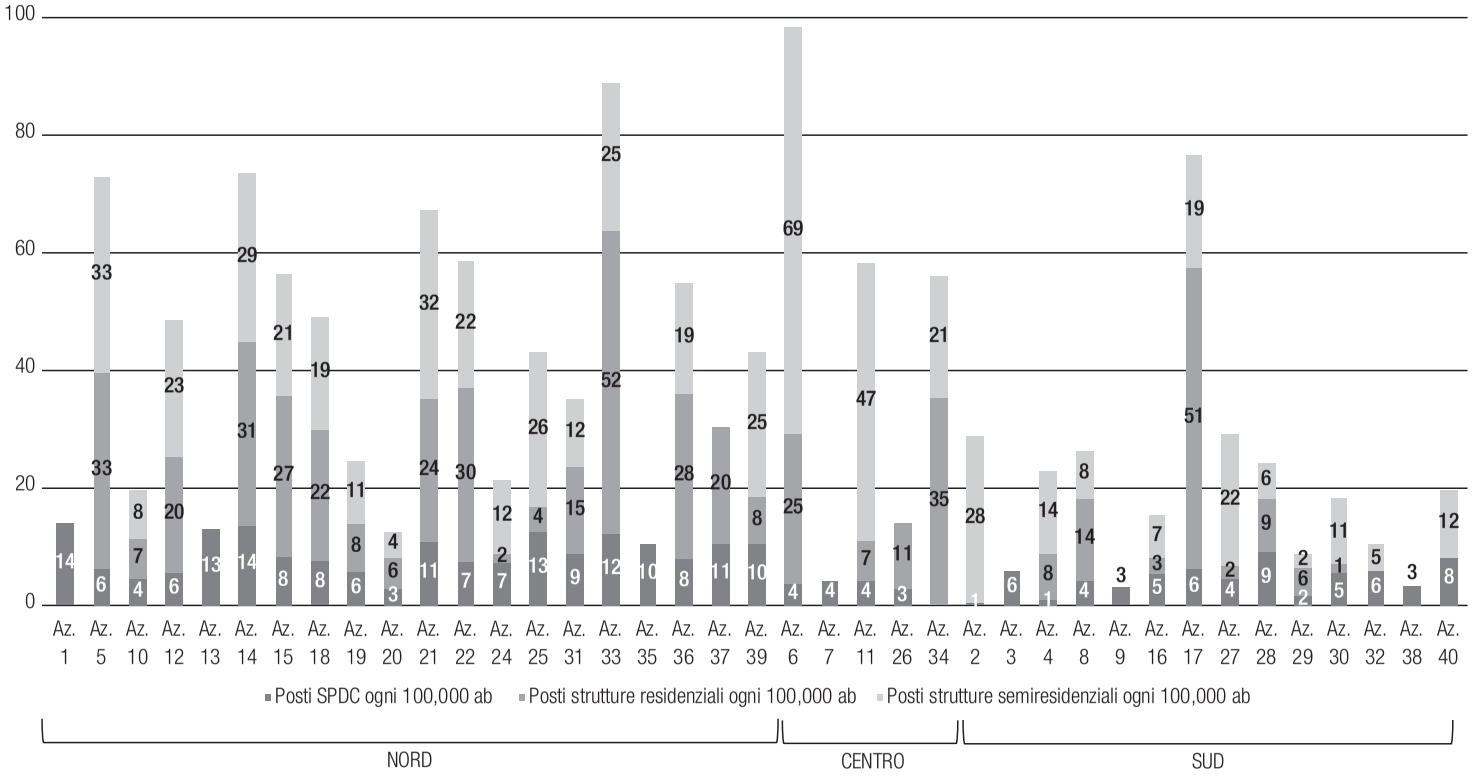
disforia di genere, il centro per l'autismo, i servizi per la salute mentale penitenziaria, il centro per ADHD per adulti, il servizio di psicogeriatria, ecc.) che alcuni dei Dipartimenti che hanno partecipato alla rilevazione controllano direttamente (si tratta complessivamente di meno del 50% delle realtà analizzate).

Preso atto del fatto che i confini di ciascun DSM possono essere più o meno estesi e permeabili, nonché ricomprendere al proprio interno articolazioni che esprimono focus di ampiezza variabile, è interessante notare anche la variabilità dei posti di cui complessivamente dispone ciascun Dipartimento, nei vari *setting* di cura.

Premettendo che non è qui preso in considerazione il contributo delle strutture private accreditate, ma solo di quelle direttamente controllate dai DSM, emerge come, in media, un Dipartimento di Salute Mentale disponga complessivamente di quasi 7 posti in SPDC, 17,5 posti in strutture residenziali e 19,7 in *setting* semi-residenziali, per 100.000 abitanti.

Ciò che colpisce è l'amplissima variabilità che nascondono questi valori medi: ragionando per ciascun *setting* di valori minimi e massimi, ci sono realtà che possono fare affidamento su 0.6 PL in SPDC e altre che ne hanno 14, per 100.000 abitanti; per quanto riguarda le strutture residenziali, si passa da un valore minimo di 1,6 a un massimo di 51,5 posti per 100.000 abitanti in ciascun DSM. Infine, una variabilità ancora più ampia si riscontra con riferimento al *setting* semi-residenziale, dove si passa da Dipartimenti che controllano direttamente 2,3 posti ad altri che ne hanno ben 69 per 100.000 abitanti. Nella Figura 15.4 è possibile osservare un confronto tra le disponibilità complessive di

Figura 15.4 **Numero di posti totali gestiti direttamente dai DSM presso SPDC, strutture residenziali, strutture semi-residenziali e centri diurni ogni 100.000 abitanti**



Fonte: elaborazione degli autori

posti controllati direttamente dai DSM nei tre *setting* assistenziali, parametrati sulla popolazione adulta di riferimento delle aziende sanitarie locali.

Pur ribadendo che non sono qui conteggiate le risorse messe a disposizione dalle strutture private accreditate che erogano prestazioni per conto dei Dipartimenti di Salute Mentale, questa variabilità rimane comunque un elemento di riflessione notevole. Probabilmente è in parte espressione di scelte differenti di «*make or buy*»: alcune realtà che controllano direttamente un numero limitato di posti presso SPDC, strutture residenziali o altro dichiarano di spendere tra l'80% e il 100% della quota del proprio budget dedicato a quel *setting* in *outsourcing* (acquisto di prestazioni dal privato accreditato). Pertanto, è facile immaginare che per diversi DSM la dotazione complessiva di posti nei vari *setting* assistenziali sia significativamente più ampia di quella rappresentata in Figura 15.4, in virtù di scelte di «*make or buy*» più fortemente orientate all'acquisto di prestazioni dagli erogatori privati accreditati[5].

La variabilità nel numero di posti a disposizione dei DSM potrebbe essere motivata anche da altre ragioni come, per esempio, differenti scelte in termini di mix di servizi, una diversa considerazione dell'utilità di alcune risorse nelle più ampie strategie di riabilitazione e cura del malessere psichiatrico, ecc.

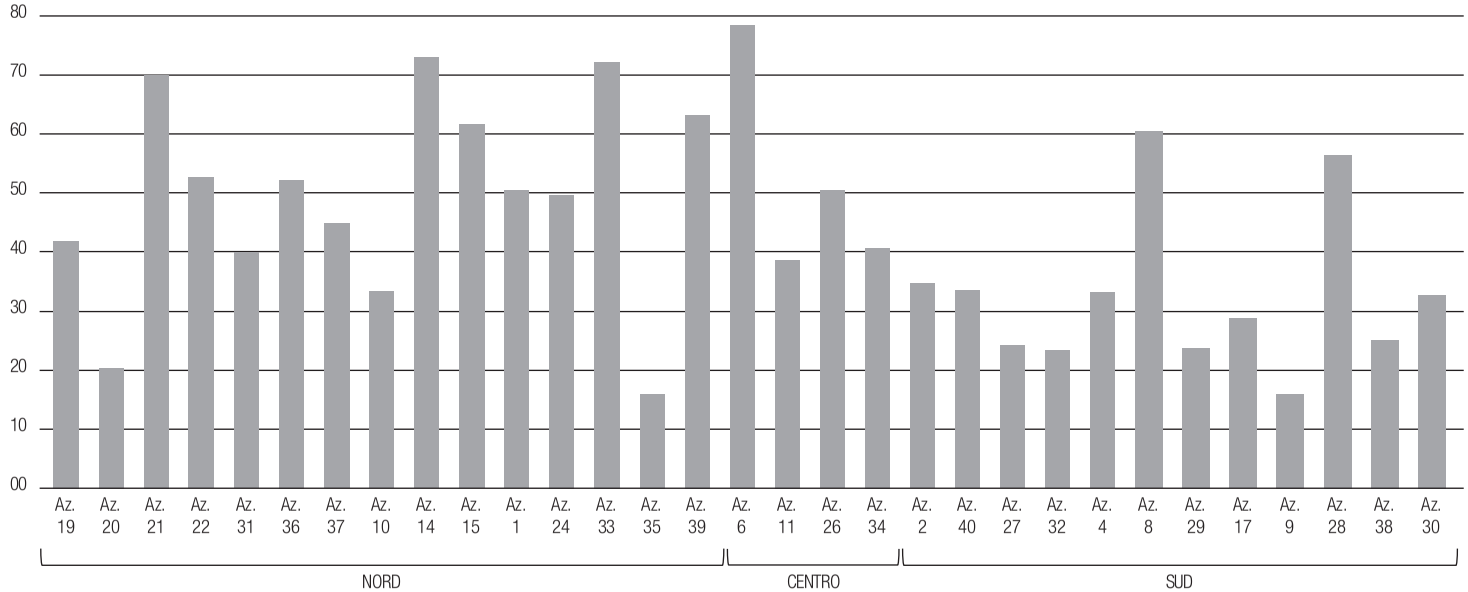
Al di là di quali possano essere le motivazioni, sulle quali è possibile solo fare delle ipotesi, nei fatti alcuni dei DSM che hanno partecipato alla rilevazione, pur disponendo di un numero contenuto di posti in *setting* residenziale o semiresidenziale, non sembrano compensare in maniera forte con l'*outsourcing*, a cui destinano tra il 10% e il 20% delle risorse totali dedicate a ciascun *setting*, il che potrebbe suggerire altre spiegazioni oltre al tema «*make or buy*».

Complessivamente, a livello nazionale, considerando sia la dotazione pubblica (dei DSM) sia la dotazione delle strutture private accreditate, sono presenti quasi 10 posti in SPDC per 100.000 abitanti, 5,3 posti presso strutture residenziali e 3 posti in *setting* semiresidenziali per 100.000 abitanti (Ministero della Salute, 2021).

Approfondendo poi un'altra risorsa chiave a disposizione dei Dipartimenti di Salute Mentale, il personale, emergono altri spunti di riflessione interessanti. In primo luogo, la dimensione della squadra di professionisti che lavorano per i DSM è molto variabile. È doveroso sottolineare che questi dati fanno riferimento al solo personale dipendente, che però rappresenta il 96% del personale complessivo impiegato dai DSM (Ministero della Salute, 2021). Come è possibile osservare in Figura 15.5, si passa da realtà che fanno affidamento

[5] Del resto, come riportato dal già citato Rapporto Salute Mentale del Ministero della Salute, anche con riferimento al *setting* del SPDC non è da trascurare il ruolo degli erogatori privati accreditati. Nel 2020 le strutture che erogavano in convenzione con il SSN attività di assistenza psichiatrica in regime di degenza erano 18 e disponevano complessivamente di 792 PL di degenza ordinaria, che rappresentano il 15% dei PL di degenza ordinaria per assistenza psichiatrica complessivamente disponibili (prevalentemente ubicati in SPDC).

Figura 15.5 **Personale dipendente dei DSM per 100.000 abitanti**



Fonte: elaborazione degli autori

su organici composti da meno di 20 unità di personale ogni 100.000 abitanti a Dipartimenti che dispongono di più di 70 unità di personale ogni 100.000 abitanti.

Inoltre, andando ad osservare come si compongono queste squadre (Figura 15.6), è possibile notare come la componente medica ne rappresenti in media il 20% e sia costituita in maniera prevalente da psichiatri; fanno eccezione un paio di realtà che dispongono anche di neuropsichiatri infantili, una che si avvale anche di tre infettivologi e una che nel team ha anche due nutrizionisti. La presenza di psicologi nei DSM è molto limitata e variabile; fa eccezione l'Azienda 9 che impiega più psicologi (30) che psichiatri (18), decisamente in controtendenza rispetto al trend generale.

Un'altra categoria di professionisti emergente, che in alcune realtà è maggiormente sfruttata e in altre invece ancora molto poco presente, è quella composta da educatori e tecnici della riabilitazione psichiatrica, che rappresenta una quota dei team variabile, tra lo e il 16% (eccezione fatta per l'Azienda 9, dove questa categoria rappresenta il 31% del personale dipendente).

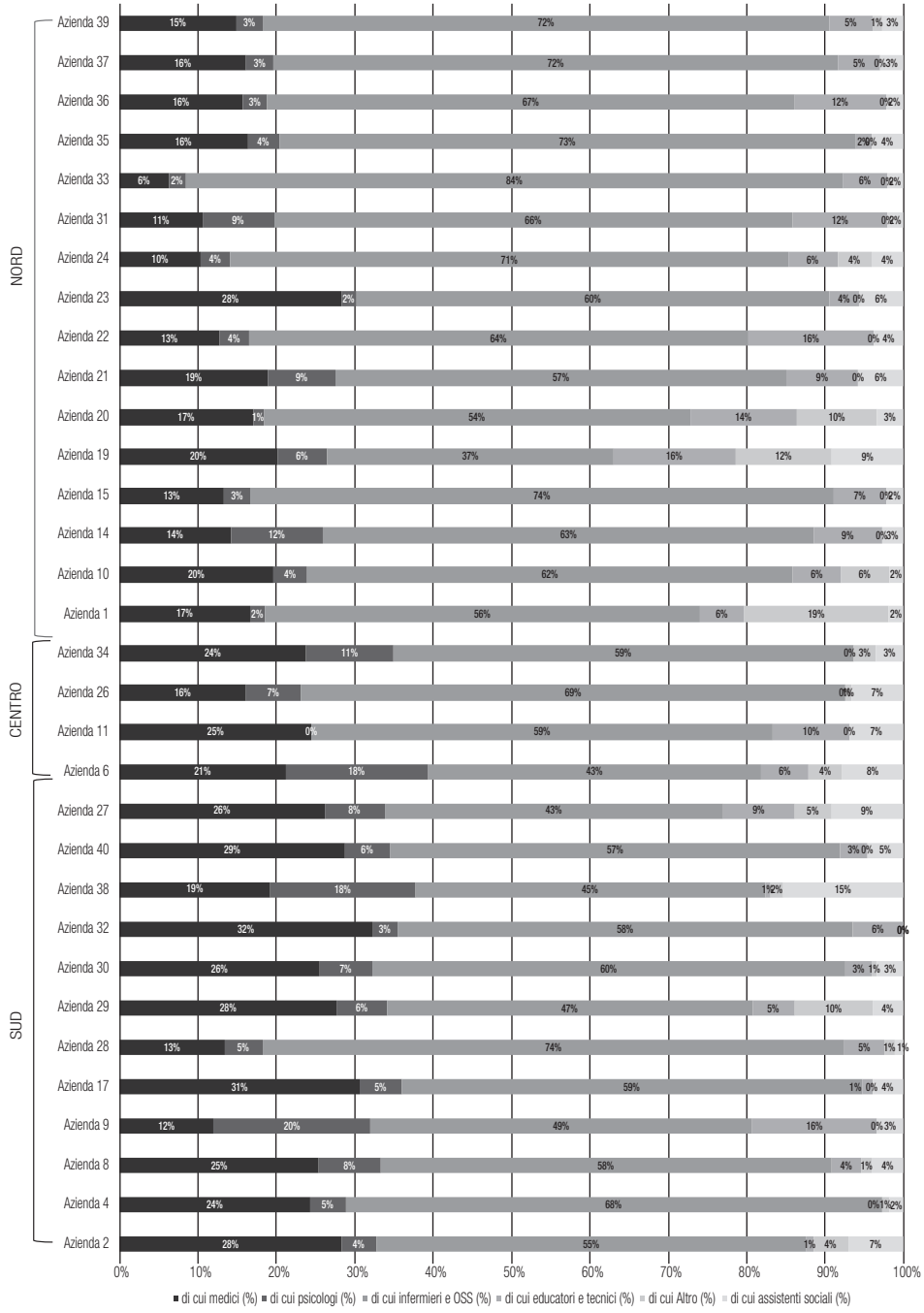
La categoria tendenzialmente prevalente rimane quella di infermieri e OSS/OTA (in cui dominano i primi da un punto di vista numerico), che in media costituisce il 58% degli organici dei Dipartimenti. Nella voce «Altro», che gioca tendenzialmente una parte minoritaria seppur con qualche eccezione, è prevalentemente inserito personale amministrativo e poi, in misura molto minore, sociologi, logopedisti, dietisti e terapisti occupazionali.

In sintesi, all'interno del nostro campione, in media, i medici (prevalentemente psichiatri) costituiscono il 20% degli organici, infermieri e OSS/OTA ne fanno circa il 60%; le due categorie degli psicologi, da un lato, e dei tecnici di riabilitazione insieme agli educatori, dall'altro, rappresentano ciascuna il 6%; infine, gli assistenti sociali dipendenti del DSM in media rappresentano il 4% delle squadre complessive. Questa distribuzione risulta essere abbastanza in linea con il dato nazionale riportato dal Rapporto Salute Mentale del Ministero (2021) relativo al personale dei DSM.

È differente invece lo *skill mix* medio delle strutture private accreditate che erogano prestazioni per conto dei DSM, in cui il personale medico gioca un ruolo più ridotto (rappresentando in media il 7% dell'organico) a favore di altre professionalità, come i tecnici della riabilitazione psichiatrica, che da soli costituiscono in media il 19% degli organici.

Per chiudere le osservazioni relative a personale e *skill mix*, è interessante osservare i rapporti tra le principali categorie professionali: all'interno del campione considerato, il rapporto medio tra infermieri e medici è di 2.6 e dunque abbastanza in linea con la media nazionale di 2.5 infermieri per ogni medico nei DSM (Ministero della Salute, 2021), sebbene anche in questo caso il dato medio celi un'importante divaricazione tra il valore minimo di 1,35 e il valore massimo di 10 infermieri per ogni medico. Il rapporto medio tra psicologi e

Figura 15.6 **Personale dipendente dei DSM: skill mix a confronto (%)**



Fonte: elaborazione degli autori

medici si ferma a 0.37 (con un valore minimo di 0 e valore massimo di 1,7), il che significa che ci sono mediamente 4,4 medici per ogni psicologo dipendente. Infine, il rapporto tra tecnici della riabilitazione psichiatrica ed educatori da un lato e medici dall'altro è di 0.41 (minimo: 0; massimo: 1,33), il che significa che in un DSM ci sono, in media, quasi 6 medici per ogni educatore o tecnico della riabilitazione psichiatrica.

Procedendo nell'analisi delle risorse a disposizione del sistema di tutela della salute mentale e rivolgendo l'attenzione alle modalità con cui queste vengono impiegate, in Figura 15.7 è possibile osservare come si compone la spesa dei Dipartimenti di Salute Mentale nel nostro campione. In primis emerge come sia il personale la voce di spesa che tendenzialmente assorbe la quota maggioritaria dei budget (51,5% in media); la spesa per il personale media si attesta sul 61,5% nelle aziende del Nord presenti nel campione, sul 48% tra le aziende del Centro e scende al 40% nelle aziende dell'area Sud e Isole.

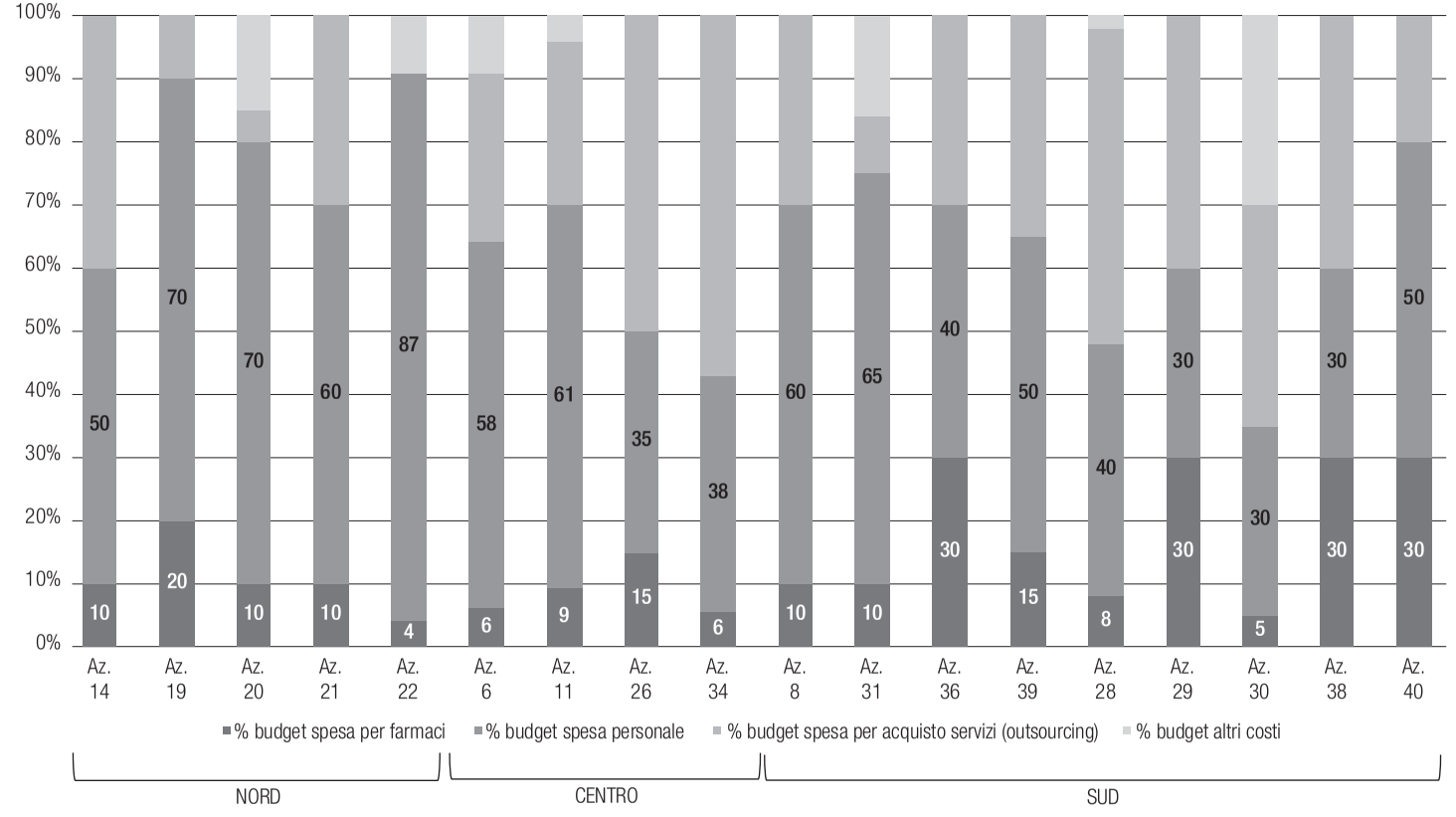
Segue per importanza la spesa per l'acquisto di servizi e prestazioni da erogatori privati accreditati (*outsourcing*), che in media assorbe circa il 30% delle risorse finanziarie a disposizione dei DSM; anche in questo caso, dietro al dato medio è presente un'interessante variabilità: sono le realtà del Centro a spendere mediamente di più in proporzione per l'*outsourcing* (40%), seguite dai DSM del Sud (36%) e infine da quelli del Nord (20%).

Decisamente più contenuta è invece la spesa per farmaci, che tendenzialmente si aggira intorno al 14,3% dei budget di spesa (dato medio); tra le aziende del Nord si spende una quota comparabile al dato medio relativo al campione (13,6%), nel Centro si tende invece a destinarvi una quota inferiore del budget (9%) mentre nel Sud, in media, l'acquisto di farmaci assorbe una quota di risorse maggiore (19%).

Proseguendo sul tema dell'impiego delle risorse, è poi interessante osservare come si distribuiscono (indicativamente) i pazienti seguiti ogni anno tra i diversi *setting* assistenziali a disposizione del DSM[6] (Figura 15.8). La stragrande maggioranza dei pazienti (in media il 74%) fruisce di un'assistenza in regime ambulatoriale o domiciliare; spiccano soltanto due realtà che impiegano questo setting per meno del 50% dei propri pazienti (si tratta dell'Azienda 20, 30% e dell'Azienda 8, 40%). Al contrario il *setting* del SPDC è impiegato mediamente per assistere l'11% dei pazienti seguiti ogni anno, sebbene questo dato media nasconda una certa variabilità: un buon numero di DSM assiste in SPDC meno del 10% dei propri pazienti (il dato minimo è 1%), ma un ristretto gruppo di realtà ne fa un uso più esteso, raggiungendo anche picchi del 40% di utenti lì trattati.

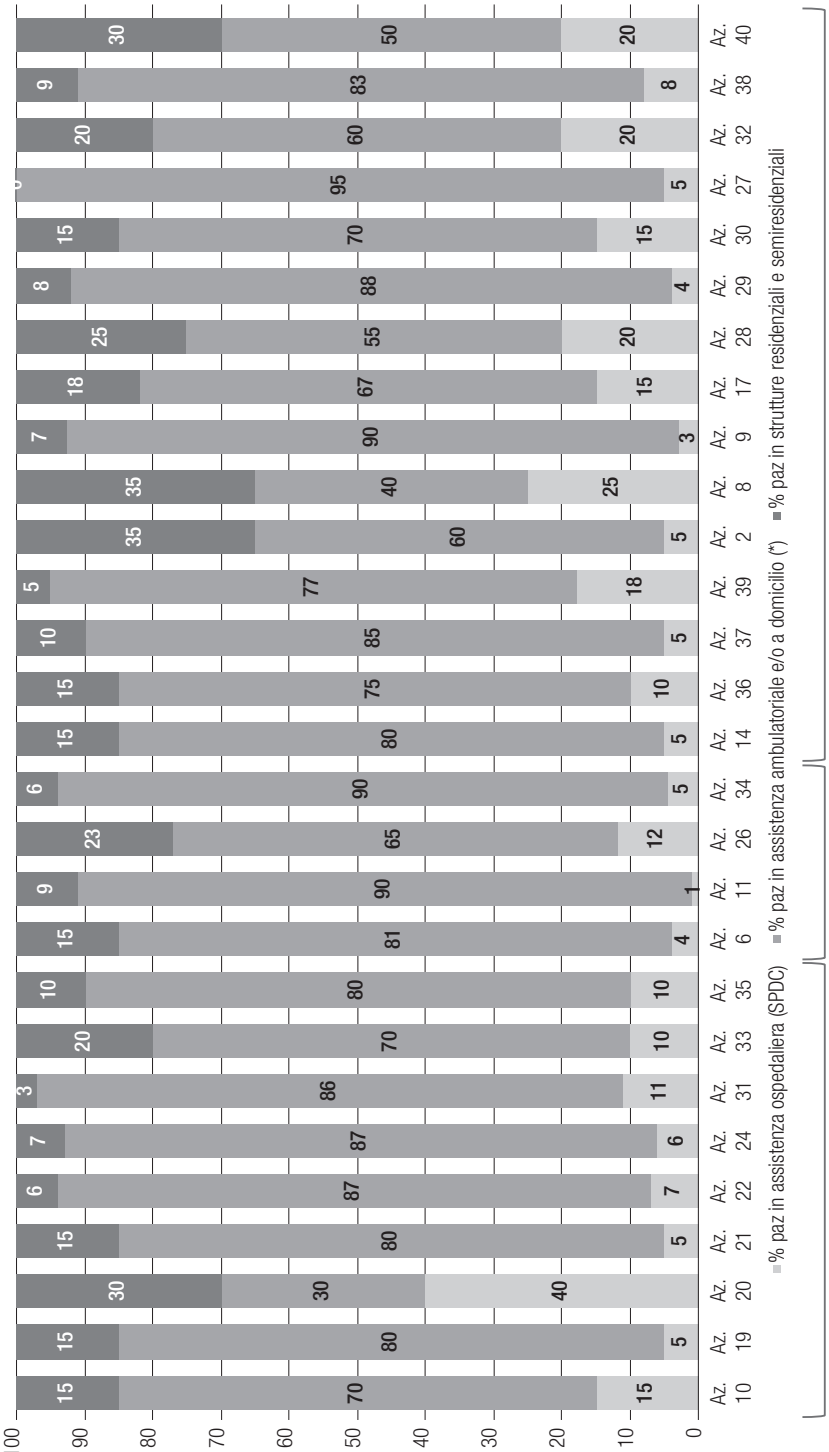
[6] È stata richiesta un'attribuzione indicativa dei pazienti tra i diversi *setting*, in quanto essi non sono da intendersi come alternativi l'uno all'altro; al contrario, spesso, un paziente attraversa più setting nel corso del proprio iter terapeutico-riabilitativo coordinato dal DSM.

Figura 15.7 **Composizione della spesa dei DSM (escluse le quote dedicate a NPI e SERD/SERT qualora presenti)**



Fonte: elaborazione degli autori

Figura 15.8 **Distribuzione indicativa dei pazienti seguiti annualmente tra i diversi *setting* a disposizione del DSM**



Fonte: elaborazione degli autori

Abbastanza variabile risulta essere anche l'impiego delle strutture residenziali, dove trovano assistenza il 9% dei pazienti in media, e delle strutture semi-residenziali che ne accolgono in media il 6%.

Osservato come si distribuiscono i pazienti tra i vari *setting* assistenziali disponibili, è interessante prendere in considerazione anche quanti pazienti indicativamente siano seguiti dai DSM su base annuale (Figura 15.9). Anche su questo fronte emerge una significativa variabilità: 17 DSM dei 21 qui presi in esame seguono su base annuale tra i 100 e i 200 pazienti circa ogni 10.000 abitanti; si tratta di valori in linea con i dati regionali e nazionali riportati dal Rapporto Salute Mentale 2019[7] (il dato nazionale al 2019 si attesta sui 164.5 pazienti seguiti ogni 10.000 abitanti; il dato minimo è della regione Molise dove nel 2019 sono stati in media seguiti 110,5 pazienti ogni 10.000 abitanti mentre il dato massimo è dell'Emilia Romagna dove il numero di utenti per il 2019 sale a 215 per 10.000 abitanti).

Nel campione qui studiato sono però presenti delle code interessanti, con due realtà (una del Nord e una del Sud), che presentano un numero di pazienti seguiti ogni 10.000 abitanti significativamente inferiore ai 100 e due DSM (rispettivamente uno del Nord e uno del Centro Italia) che seguono oltre 200 pazienti per 10.000 abitanti ogni anno.

In media sono presenti 47 pazienti per ogni unità di personale dipendente dei Dipartimenti di Salute Mentale, dato che però nasconde un valore minimo di circa 18 e un valore massimo di 102 pazienti per ogni unità di personale. Prendendo invece in considerazione solo il personale medico (prevalentemente composto da psichiatri nel nostro campione), si registra un rapporto medio di 257 pazienti per ogni medico di DSM (che varia da un minimo di 60 a un massimo di 500 pazienti per ciascun medico, sulla base dell'azienda presa in esame).

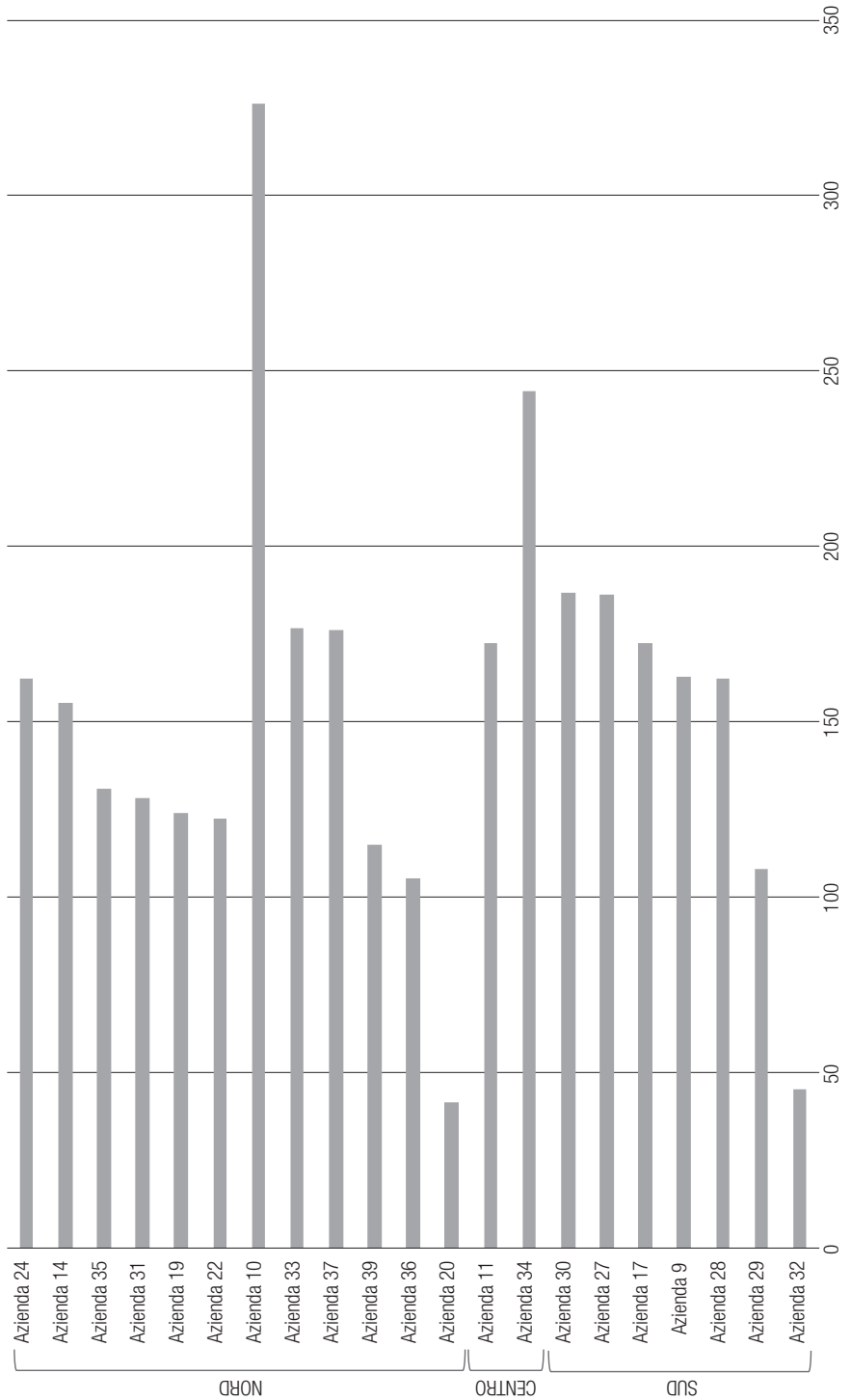
Inoltre, analizzando i dati forniti dai DSM che compongono il nostro campione, sembrerebbe che, superata la soglia dei 30 dipendenti circa, all'aumentare della dimensione dell'organico dei DSM vada tendenzialmente diminuendo il numero di pazienti seguiti da ciascuna unità di personale dipendente (Figura 15.10); in altre parole, l'impressione è che all'aumentare della dimensione (in termini di risorse umane) dei DSM, vada a calare la produttività del personale da esso impiegato.

Il punto di vista dei Direttori di Dipartimento

Il questionario elettronico è stato formulato con l'obiettivo di rilevare anche le percezioni e le aspettative dei Direttori di Dipartimento sia in merito all'*as*

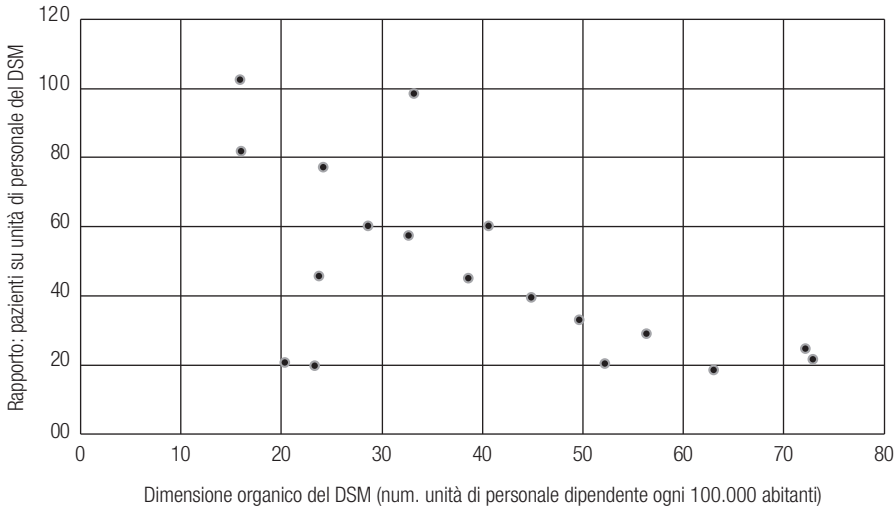
[7] È qui preso in considerazione il dato del penultimo Rapporto Salute Mentale, relativo all'anno 2019, così da avere un termine di paragone relativo a un anno di attività standard, pre-pandemia. I dati relativi ad accessi e pazienti per l'anno 2020 si attestano su dimensioni inferiori a causa dell'inevitabile impatto dell'emergenza Covid e di tutte le misure di contenimento ad essa connesse.

Figura 15.9 **Numero di pazienti seguiti annualmente dai DSM, ogni 10.000 abitanti**



Fonte: elaborazione degli autori

Figura 15.10 **Una possibile relazione tra la dimensione dell'organico dei DSM e la produttività del personale dipendente che lo compone**



Fonte: elaborazione degli autori

is del proprio DSM sia in merito al futuro che l'attende e che, più in generale, attende il sistema di tutela della salute mentale in Italia. Pertanto, proprio su queste tematiche si concentra questa seconda parte di presentazione dei risultati.

Innanzitutto, è stato chiesto ai Direttori di Dipartimento di indicare i principali interlocutori con i quali il DSM si interfaccia con maggiore frequenza e intensità. Nella Tabella 15.4 è possibile osservare una sorta di classifica degli enti con cui il DSM si confronta e interagisce: con le posizioni più contenute (si tratta di una media delle posizioni attribuite dai Direttori rispondenti) si trovano gli interlocutori più rilevanti e con cui il confronto è più assiduo, mentre in fondo si trovano quelli meno rilevanti.

È interessante osservare come, all'interno del contesto aziendale, il principale interlocutore dopo la Direzione Strategica sia il Pronto Soccorso insieme al Dipartimento di Emergenza-Urgenza; quindi, da un lato, è segnalata la priorità del confronto con chi definisce l'agenda delle priorità a livello aziendale – i vertici – e, dall'altro, la rilevanza dell'interlocuzione con una delle «porte di accesso» all'azienda – il Pronto Soccorso – che convoglia verso il Dipartimento un certo traffico di utenti e di richieste di assistenza.

Questa attenzione riservata al PS e al Dipartimento di Emergenza-Urgenza probabilmente ci restituisce l'indicazione di un canale di accesso ancora non del tutto marginale ai servizi di tutela della salute mentale. Nei fatti, come riporta il Rapporto Salute Mentale del Ministero della Salute (2021), nel corso

Tabella 15.4 **Gli interlocutori del DSM in ordine di importanza (ordinati dal più rilevante al meno rilevante)**

Interni all'azienda		Esterni all'azienda	
Interlocutori	Posizione media	Interlocutori	Posizione media
Direzione strategica	4.5	Servizi sociali e assistenti sociali del Comune	2.5
PS e Dipartimento E-U	4.6	MMG	3.8
Direzione e Servizi dell'area socio-sanitaria	4.8	Autorità giudiziaria	4.2
Direzione sanitaria	5.0	Associazioni di volontariato e del terzo settore	4.7
Ospedale e Dipartimenti ospedalieri	5.0	Sindaci e organi di rappresentanza politica	5.8
Distretti	6.0	Polizia	6.3
Dipartimento cure primarie	6.8	Scuole e istituti scolastici	6.9
Area Materno infantile e consultori	6.9	Università	7.2
Staff aziendali	8.0	Imprese farmaceutiche	8.2
Dipartimento di prevenzione o salute pubblica	8.6	Associazionismo locale (es. parrocchie, circoli..)	8.9
Altri dipartimenti e servizi di assistenza territoriale	8.8	Ministeri	9.6
Altro	11.0	Altro	11.4

Fonte: elaborazione degli autori

del 2019 si sono verificati 648.408 accessi in PS per patologia psichiatrica, pari al 3% degli accessi complessivi al Pronto Soccorso a livello nazionale (una quota analoga ha interessato anche il 2020, sebbene i valori assoluti differiscano); di questi accessi, solo il 13,4% è esitato in un ricovero ospedaliero.

Infine, tra gli interlocutori più assidui e rilevanti (con posizione media che si aggira intorno a 5), è annoverata anche la Direzione e i servizi dell'area socio-sanitaria, la direzione sanitaria aziendale e l'ospedale con i suoi dipartimenti.

Al contrario, i servizi di assistenza territoriale tendono a non essere considerati un interlocutore così rilevante nonostante il DSM sia, per definizione, da intendersi come un dipartimento che si sviluppa fortemente sul territorio, secondo una logica di prossimità con gli utenti, i luoghi in cui vivono e le comunità in cui sono inseriti. Infine, un'altra articolazione aziendale con cui i DSM dichiarano di interfacciarsi in modo relativamente inferiore è rappresentata dal Dipartimento di Prevenzione o Salute Pubblica.

Prendendo invece in considerazione il contesto esterno all'azienda in cui è inserito e opera il Dipartimento di Salute Mentale, emerge come prioritario il confronto con i servizi sociali e gli assistenti sociali del Comune (con una posizione media di 2,5); seguono, con un po' di distacco, i medici di medicina generale e in terza posizione l'autorità giudiziaria (con punteggi medi nell'intorno di 4). All'estremo opposto, tra gli interlocutori esterni considerati come meno

rilevanti, si trovano i Ministeri, l'associazionismo locale (parrocchie, circoli, ecc.) e le imprese farmaceutiche.

Venendo alle attività dei DSM, è stato inoltre chiesto ai Direttori di illustrare in sintesi le principali innovazioni messe in atto nei propri Dipartimenti nel corso degli ultimi tre anni. Dalla sistematizzazione delle esperienze portate all'attenzione dei ricercatori emerge come ci siano alcune tematiche, evidentemente molto sentite, sulle quali si sono concentrate diverse progettualità e iniziative. Tra queste certamente figura il tema dell'assistenza agli adolescenti e ai giovani adulti, che sempre più manifestano sintomi e malesseri connessi alla sfera della salute mentale, in maniera più precoce o acuta, e ricercano una risposta presso i *touchpoint* del DSM; a questo target di utenza sono rivolte numerose iniziative attivate nel corso degli ultimi anni, probabilmente anche in risposta alle difficoltà provocate o inasprite dalla pandemia. Segue la telemedicina, macro-area di investimento e innovazione di cui fanno parte esperienze di tele-psichiatria, tele-monitoraggio, tele-consulenza ecc., sviluppate e ampiamente sfruttate negli ultimi anni, soprattutto durante le cd. «ondate» di contagi da Covid-19. È stata segnalata l'attivazione di un buon numero di progettualità incentrate sui disturbi del comportamento alimentare, da un lato, e connesse al tema delle dipendenze patologiche, dall'altro. Infine, diversi Direttori segnalano di aver introdotto iniziative innovative inerenti all'ottenimento del cd. «budget di salute».

Emerge poi come il tema dell'accessibilità, segmentazione e specializzazione dei percorsi di cura costituisca, insieme alle questioni legate al personale e a una sua adeguata formazione, la priorità che i Direttori di Dipartimento hanno ad oggi in agenda (Tabella 15.5). Al contrario, temi più tecnici e connessi all'operatività dei reparti di degenza in particolare, come i TSO e le contenzioni, da un lato, e le ospedalizzazioni inappropriate, dall'altro, sembrano trovarsi

Tabella 15.5 **I temi considerati prioritari dai Direttori di DSM**

Temi prioritari	Posizione media
Accessibilità e percorsi di cura (esordi psicotici, disturbi emotivi comuni, gravi psicopatologie, doppia diagnosi)	2.8
Personale e formazione	2.9
Percorsi specifici (DCA, Autori di reato, Migranti, Autismo)	4.8
Residenzialità e domiciliarità	5.0
Approccio a tutte le fasi della vita (continuum of care)	5.3
Riabilitazione e *recovery*	6.3
Digitalizzazione e sistemi informativi	6.5
Empowerment e lotta allo stigma	6.5
Ospedalizzazioni inappropriate e appropriatezza prescrittiva	7.4
TSO e contenzioni	7.6

Fonte: elaborazione degli autori

al fondo della lista delle priorità in questo momento. Anche la digitalizzazione e la lotta allo stigma, insieme al tema della *recovery,* pur non trovandosi proprio nel fondo di questa sorta di *ranking*, presentano un posizionamento nelle percezioni strategiche dei Direttori che non denota particolare investimento o urgenza.

L'altra faccia della medaglia è rappresentata dalla valutazione espressa dai Direttori in merito ai fattori critici che potrebbero consentire ai Dipartimenti di funzionare in modo più efficiente ed efficace in futuro (Tabella 15.6): il fattore che si ritiene potrebbe comportare un maggiore impatto benefico sull'operatività dei DSM è un aumento del personale, a cui è infatti attribuita la posizione media più bassa (segnale di un più alto grado di priorità); segue, a poca distanza, una migliore capacità di interagire e intervenire sull'ambiente di vita del paziente, che potrebbe consentire al Dipartimento un più alto livello di efficacia terapeutico-riabilitativa.

Tabella 15.6 **I fattori di miglioramento considerati come maggiormente influenti dai Direttori di DSM**

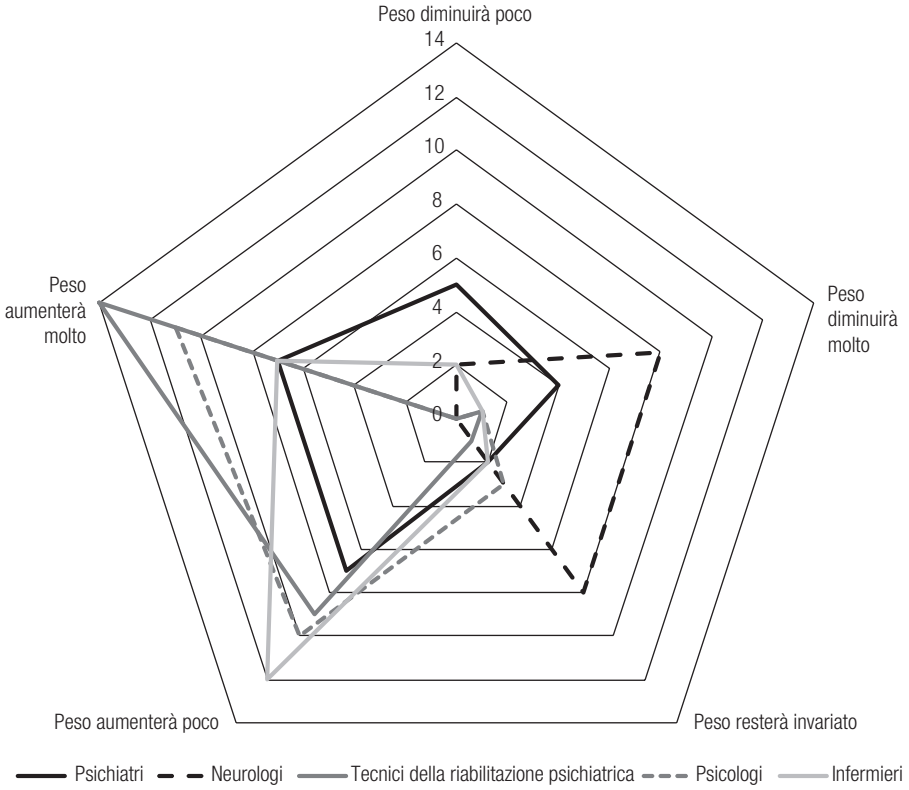
Fattori di miglioramento	Posizione media
Aumento del personale	2.00
Migliore capacità di interazione e intervento sull'ambiente famigliare, sociale ed economico del paziente (attraverso il potenziamento delle capacità dello stesso DSM e/o di connessione con gli attori sociali deputati)	3.04
Aumento del budget di spesa	3.22
Aumento dei livelli di integrazione con altre aree dell'Azienda (attraverso lo sviluppo di ruoli, meccanismi e assetti organizzativi più efficaci)	3.30
Aumento dotazioni infrastrutturali e tecnologiche	4.04
Disponibilità di farmaci innovativi e terapie farmacologiche adeguate	5.39

Fonte: elaborazione degli autori

Sembra essere invece considerata come molto poco rilevante la disponibilità di farmaci innovativi e terapie farmacologiche adeguate, elemento che presenta la posizione media più alta e dunque si classifica come ultimo nella lista dei fattori di miglioramento per priorità. È possibile che tale posizionamento, se letto insieme alla rilevanza attribuita al personale e alla sua formazione, sia sintomo di una visione della cura del malessere mentale molto medico-centrica, imperniata sul rapporto tra paziente e personale curante o terapista, e meno basata sull'approccio farmacologico.

Per concludere l'approfondimento sulle aspettative dei Direttori di Dipartimento circa il futuro del sistema di tutela della salute mentale è possibile osservare, nella Figura 15.11, come essi immaginano che muteranno gli *skill mix* dei DSM nei prossimi anni. Da un lato, i Direttori si aspettano che vada in parte a diminuire il peso dei neurologi (comunque già molto contenuto, quantomeno

Figura 15.11 **Aspettative dei Direttori di DSM rispetto al cambiamento degli *skill mix* dei DSM nei prossimi anni**



Fonte: elaborazione degli autori

negli organici dei DSM che costituiscono il nostro campione) e dall'altro, un aumento della componente psichiatrica; ci si attende che cresca molto invece il ruolo degli psicologi e, ancor di più, quello dei tecnici della riabilitazione psichiatrica. Anche dalla categoria degli infermieri ci si aspetta un incremento, sebbene decisamente più contenuto.

15.5 Discussione e conclusioni

Il quadro dei DSM che la ricerca restituisce non è sorprendente, se non per le straordinarie, persistenti difficoltà che questa importante parte delle aziende sanitarie pubbliche, e dell'intero SSN, mostra nell'evolvere verso una maggiore uniformità nei livelli di tutela della salute assicurati alla popolazione. Ciò non significa, evidentemente, perorare la standardizzazione di tutte le componen-

ti del sistema di offerta: le diverse regioni e, all'interno di queste, le diverse aziende si caratterizzano per condizioni generali, capacità e modalità di risposta differenti. In ultima analisi l'autonomia delle regioni, e quella delle aziende, risponde alla necessità di promuovere una positiva e ordinata differenziazione, in grado di assicurare la migliore tutela della salute, compresa quella mentale, possibile. Difficilmente, però, le differenze riscontrate – peraltro in linea con molte altre ricerche e osservazioni (Tozzi e Pacileo, 2017; Ministero della Salute, 2021) –possono essere ricondotte a una logica complessiva di «positiva e ordinata differenziazione».

Se si guarda ai casi e ai dati restituiti dalla survey, colpisce la variabilità delle esperienze lungo tutto il percorso che dovrebbe collegare le risorse ai risultati. Così è possibile misurare una vera e propria divaricazione: nel mix di risorse impiegate (la composizione dei budget di spesa), nel mix delle diverse professionalità che dovrebbero assicurare le prestazioni, nella tipologia di *setting* in cui le prestazioni sono erogate, nei modelli organizzativi e nella diversa distribuzione delle responsabilità che questi esprimono. In sintesi, tutto ciò esprime, anche all'interno della stessa regione, priorità, tipologie di risposta, numero di pazienti in carico talmente distanti da rendere difficile l'identificazione di una logica unitaria. La stessa variabilità può essere poi letta su un piano diverso e più profondo, relativo, da una parte, alla visione su quattro aree chiave che qualificano i percorsi di sviluppo e, dall'altra, all'importanza attribuita a ciascuna di esse in relazione alle altre. Ogni area rappresenta *in nuce* una possibile strategia, un tensore prioritario in grado di orientare lo specifico DSM verso il posizionamento desiderato. In termini molto semplificati le quattro direzioni possono essere così definite:

a) estroflessione, che guarda con particolare attenzione al contesto sociale e considera prioritarie per la tutela della salute mentale le interrelazioni con le componenti extra-sanitarie;
b) espansione, che mette al centro dell'attenzione l'integrazione, preferibilmente attraverso l'inserimento nel DSM laddove così già non fosse, con aree di bisogno (dipendenze, disabilità, minori, anziani) e discipline confinanti;
c) consolidamento, che focalizza l'attenzione sulle aree e le modalità di intervento tradizionalmente al centro del funzionamento del DSM alla ricerca di maggiore efficienza ed efficacia;
d) specializzazione, che guarda con interesse ai processi di specializzazione rispetto a specifiche aree di bisogno sia in termini di competenze professionali che di strutturazione organizzativa.

Se la differenziazione, per intensità e caratteristiche, non sembra essere il frutto di adattamenti intenzionalmente ricercati rispetto a modelli di massima condivisi dalla psichiatria come disciplina e comunità di riferimento per il DSM, è

importante provarne a individuare le ragioni. A partire dalle evidenze e dai segnali raccolti nella presente ricerca, ma anche dalle precedenti indagini, alcune cause sembrano essere più significative di altre e si rinforzano reciprocamente. Un dato di partenza è sicuramente il permanere nella psichiatria, rispetto ad altre discipline, di visioni sui contenuti e l'oggetto degli interventi non sufficientemente omogenee. Modelli operativi che differiscono significativamente sono quindi, in parte, il frutto di differenti assunti di partenza, ma sembrerebbero anche riflettere la difficoltà di far discendere da una medesima visione modelli operativi simili, in termini di *skill mix*, *setting* erogativi, target di pazienti e priorità di intervento. Sempre sulla stessa linea di riflessione può essere posto il tema di metriche che non aiutano nella comparazione tra DSM e, in ultima analisi, in una loro convergenza. Anche in questo caso le visioni e le loro diversità contano, ma non può essere sottovalutata la difficoltà della disciplina a confrontarsi con il problema degli esiti e della misurazione in generale. In un quadro complessivo di incertezza e frammentarietà dei disegni il ruolo delle specifiche contingenze e della *path dependency* nelle traiettorie di sviluppo non può che essere rafforzato, moltiplicando le spinte verso la differenziazione.

La insufficiente omogeneità della disciplina in termini di visione, disegni e modelli può aiutare a comprendere una certa difficoltà percepita dalla psichiatria nella interlocuzione con il sistema sanitario nel suo complesso, nonostante la crescente attenzione che il tema della salute mentale riceve. In assenza di una idea sufficientemente definita e articolata di ciò che sarebbe importante ottenere, le richieste, inevitabilmente deboli nella competizione, rimangono solo quelle relative a una generica attenzione e a un aumento delle risorse destinate ai Dipartimenti. Lo stesso genere di difficoltà si estendono, poi, al contesto aziendale, dove gli elementi di incertezza su modelli e risultati attesi risultano poco coerenti rispetto alle necessità che le direzioni aziendali più acutamente avvertono. Nello stesso quadro esplicativo deve essere, inoltre, inserita la difficoltà di capitalizzare gli sforzi e i contributi che i DSM offrono nel contesto aziendale e che meriterebbero una maggiore visibilità e considerazione. L'incertezza del disegno che la disciplina nel suo insieme intenderebbe perseguire per il proprio futuro e per quello del DSM rischia, infine, di consegnare lo stesso futuro agli obiettivi di altri attori o di renderlo oggetto delle sole contingenze.

Lo scenario fin qui proposto è probabilmente disegnato a tinte troppo forti, segnali di convergenza e rafforzamento rispetto a una visione condivisa sono comunque percepibili. Il punto è che le dinamiche dell'ambiente imporrebbero una accelerazione. Il post pandemia, infatti, ridisegna molti elementi del funzionamento del SSN a partire dalle risorse di personale immesse durante l'emergenza e dagli investimenti previsti dal PNNR soprattutto in chiave territoriale. È urgente che la psichiatria offra il suo contributo in questo ridisegno, da una parte e in primo luogo, individuando il ruolo che intende svolgere e i contenuti che intende proporre in relazione a diversi livelli di azione (*advocacy*

e rappresentanza del bisogno, disegno delle politiche e strategie di intervento, disegno dei percorsi, responsabilità rispetto ai percorsi e alla presa in carico del paziente, specifiche prestazioni di natura specialistica) e, dall'altra, riflettendo sugli assetti istituzionali e organizzativi (DSM in primis) che meglio realizzino la tutela della salute mentale e consentano alla psichiatria stessa di offrire il massimo contributo possibile.

Come tutto ciò possa concretamente realizzarsi non è facilmente schematizzabile, molto dipende dalle dinamiche della disciplina e dal ruolo che le leadership professionali saranno in grado di esercitare. Un maggiore allineamento delle «premesse per l'azione», ovvero delle visioni che il sapere di riferimento per i temi legati alla tutela della salute mentale riesce a esprimere, è un presupposto fondamentale per una migliore risposta ai bisogni da parte del sistema. La difficile costruzione di un adeguato grado di convergenza non può essere infatti demandata ad attori e istituzioni esterne, non fosse altro perché qualunque visione fosse selezionata questa troverebbe poi difficoltà insormontabili nell'essere accettata dalla comunità professionale e rappresentare la necessaria base comune per l'agire professionale all'interno delle organizzazioni.

In sintesi, oggi più che mai la tutela della salute mentale e le sue possibilità di sviluppo dipendono dalle risorse che la psichiatria sarà in grado di mettere in campo.

15.6 Bibliografia

Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, «Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421».

Del Vecchio M. (2005), «La psichiatria di fronte alle sfide aziendali», *Rivista Sperimentale di Freniatria*, Fascicolo 3, 2005.

Ministero della Salute (2013), «Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale» (PANSM).

Ministero della Salute (2021), «Rapporto salute mentale. Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM) Anno 2019», marzo 2021.

Ministero della Salute (2021), «Rapporto salute mentale. Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM) Anno 2020», ottobre 2021.

Pacileo G., Tozzi. V.D. (2017), *Salute mentale in Italia. Sfide e prospettive manageriali nella sanità che cambia*, Milano, Egea.

Yin R.K. (2013), *Case Study Research: Design and Methods*, Sage Publications, Thousand Oaks.