



Dipartimento Sanità

GIORNATA DELLA SALUTE

*un laboratorio aperto per approfondire i temi
della salute e del benessere*

WORKSHOP SALUTE MENTALE

Cascina Maggia - Via della Maggia - Brescia
13 Giugno 2015

Qualche dato....

Le Malattie psichiatriche gravi presentano un trend in continuo aumento dal 2003, con una stabilizzazione del 9.8% nel biennio 2012-13, e si posizionano al 10° posto (La “Banca Dati Assistiti” - BDA dell’Asl di Brescia)



	Prevalenza negli anni (x1000)					Delta annuo	2013	
	2003	2006	2009	2012	2013		N. soggetti	% forme isolate sul totale
Cardiovasculo-patie	173,4	188,7	188,8	196,7	197,0	1,3%	235.502	44,4%
Diabete	38,9	44,4	48,7	54,0	55,4	3,6%	66.268	18,9%
Dislipidemie*	29,2	43,0	38,8	45,9	48,1	6,0%	57.459	12,1%
Neoplasie	35,0	36,6	38,9	42,0	43,9	2,3%	52.455	33,0%
Broncopneumo-patie	30,3	31,8	28,3	28,3	28,9	-0,5%	34.493	43,0%
Malattie endocrine	14,5	17,1	20,5	24,6	26,1	6,0%	31.184	31,8%
E/G/Duodeno-patie	9,7	13,8	14,4	22,4	25,2	10,5%	30.119	13,8%
Neuropatie	16,0	17,6	17,4	18,5	18,7	1,6%	22.365	27,1%
Epato-enteropatie	10,6	12,5	13,2	14,1	14,4	3,2%	17.238	45,7%
M. psichiatriche gravi	7,7	8,8	9,7	9,8	9,8	2,5%	11.754	32,6%
Malattie autoimmuni	3,7	5,0	6,8	9,4	10,5	11,1%	12.554	30,2%
M. rare	2,6	4,3	6,0	8,1	8,9	13,3%	10.578	61,4%
Insufficienza renale	3,6	4,4	4,6	5,1	5,3	4,1%	6.376	3,8%
HIV/AIDS	2,2	2,5	2,7	2,8	2,9	3,1%	3.483	63,3%
Trapianti	0,6	0,8	1,2	1,5	1,5	10,6%	1.815	6,8%
totale persone con patologia cronica	251,8	270,9	275,7	291,7	297,1	1,7%	355.076	
senza patologia cronica	748,2	729,1	724,3	708,3	702,9	-0,6%	840.088	

* Nel corso del periodo i valori della Dose Definita Giornaliera sono cambiati e ciò ha comportato una riduzione artificiale dei soggetti classificati con Dislipidemia dopo il 2008

EQUILIBRIO ECONOMICO FINANZIARIO (Importi €/1000)			
Cod.	Voce	2013	2014
		<i>Bilancio d'esercizio Decreto DG n. 543 del 29.10.2014</i>	<i>CET 4° Trimestre</i>
BILANCIO SANITARIO			
RICAVI			
ASLR01	Quota Capitaria	1.436.875	1.430.522
ASLR02	Funzioni non tariffate	4.088	4.088
ASLR03	F.do maggiori consumi DRG	-	-
ASLR04	F.do maggiori consumi AMBU	-	-
ASLR05	Utilizzi contributi es. precedenti	611	307
ASLR06	Altri contributi e fondi da Regione (al netto rettifiche)	16.239	13.274
ASLR07	Altri contributi (al netto rettifiche)	468	502
ASLR08	Entrate proprie	11.012	9.691
ASLR09	Libera professione (art. 55 CCNL)	650	627
ASLR10	Prestazioni S.S.R.	-	-
ASLR11	Proventi finanziari e straordinari	648	993
ASLR13	Ricavi da prestazioni sanitarie	199	169
	Totale Ricavi (al netto capitalizzati)	1.470.790	1.460.173
COSTI			
ASLC01	Drg	635.208	622.513
ASLC02	Ambulatoriale	245.556	243.078
ASLC03	Neuropsichiatria	5.880	6.582
ASLC04	Screening	2.229	2.461
ASLC05	Farmaceutica+Doppio canale	202.167	201.458
ASLC06	Protesica e dietetica in convenzione	630	457
ASLC07	File F	79.416	85.977
ASLC08	Psichiatria	35.173	36.584
ASLC09	Personale	75.115	74.843
ASLC10	IRAP personale dipendente	3.720	3.701
ASLC11	Libera professione (art. 55 CCNL) + IRAP	571	573
ASLC12	Ammortamenti (al netto dei capitalizzati)	1.205	953
ASLC13	Medicina Generale e Pediatri	101.316	102.108
ASLC14	Beni e Servizi (netti)	22.854	22.412
ASLC15	Altri costi	4.918	4.548
ASLC16	Accantonamenti dell'esercizio	1.179	2.225
ASLC17	Integrativa e protesica non erogata in farmacia (compresi acq. di beni)	37.776	38.007
ASLC18	Oneri finanziari e straordinari	235	73
ASLC19	Prestazioni sanitarie	15.642	11.620
	Totale Costi (al netto capitalizzati)	1.470.790	1.460.173
	Risultato economico	-	-
BILANCIO ASSI			
BILANCIO ASSI	RICAVI	181271	186633
	COSTI	181271	186633
	Risultato economico	0	0
BILANCIO SOCIALE			
BILANCIO SOCIALE	RICAVI	23870	13047
	COSTI	23870	13047
	Risultato economico	0	0



L'organizzazione

Popolazione adulta

Il punto di accesso per il cittadino è costituito dai Centri Psico Sociali (CPS).

Il contatto con i CPS avviene:

- con la richiesta del medico di medicina generale
- con accesso diretto: l'utente può presentarsi di persona per sottoporre il proprio disagio psichico o per illustrare il caso di un familiare

Di norma si applica il criterio territoriale.

Tre sono i percorsi attualmente codificati:

1) **la consulenza** che consiste in uno o più colloqui durante i quali si valuta il disagio psichico e si conclude generalmente con un invio al MMG per il proseguimento della terapia.

2) **l'assunzione in cura** mediante un trattamento specialistico di tipo psichiatrico, psicologico o psicoterapeutico che può avere durata variabile e presuppone un rapporto continuativo fra l'utente ed il servizio.

3) **la presa in carico**, il percorso di cura rivolto agli utenti con disturbi psichici gravi e bisogni complessi e presuppone l'impegno di una equipe multidisciplinare coordinata da un operatore con funzione di case-manager.



L'organizzazione

Il **CPS** è quindi il presidio deputato alle attività ambulatoriali psichiatriche e psicoterapiche, al coordinamento di tutte le attività complesse della “presa in carico” e all’attivazione di quelle domiciliari. I CPS svolgono una funzione di riferimento e filtro rispetto alle strutture psichiatriche quali il **Centro Diurno (CD)** per le prestazioni semiresidenziali, il **Servizio Psichiatrico Diagnosi Cura (SPDC)** per i ricoveri ospedalieri o le strutture residenziali quali **Comunità Riabilitative** ad alta assistenza (CRA), Comunità Riabilitative a media assistenza (CRM), Comunità Protette ad alta assistenza (CPA), Comunità Protette a media assistenza (CPM) o Comunità Protette a bassa protezione (CPB)

Popolazione minore

La peculiarità nell'ambito della NPIA è rappresentata dall'offerta di servizi per minori molto eterogenei, riconducibili da un lato alla neurologia generale pediatrica e dall'altro alla psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza.

L'accesso ai servizi della UONPIA può avvenire tramite:

- accesso diretto
- invio del pediatra di libera scelta o del medico di medicina generale
- pronto soccorso
- segnalazione scolastica
- tribunale dei minori
- servizi sociali dei Comuni e delle ASL
- consultori ASL o consultori accreditati
- SERT
- per valutazione richiesta da comunità terapeutiche ed educative

I servizi di NPIA della provincia di Brescia sono organizzati in:

➤ **Servizio ospedaliero**

situato all'interno dell'Ospedale dei Bambini dell'A.O. Spedali Civili costituito da reparto di degenza con 16 posti letto, Centro Regionale per l'Epilessia (CRE), MAC/Day Hospital e ambulatori divisionali. Il servizio ospedaliero fa da riferimento per tutta la popolazione minore della Lombardia Orientale (province di Brescia compresa Valle Camonica, Mantova e Cremona) sia per l'attività di ricovero sia per quella ambulatoriale.

➤ Servizio territoriale

costituito da diversi Poli Territoriali distribuiti in modo omogeneo sul territorio che rappresentano i luoghi della presa in carico ambulatoriale di pazienti con disturbi dello sviluppo, con patologie neurologiche e psichiatriche. I pazienti di norma accedono a seconda della propria residenza anche se per alcune patologie specifiche (ADHD, autismo, anoressia, ecc.) gli ambulatori di riferimento si trovano solamente in alcune sedi.



L'organizzazione

➤ **Residenzialità e semi-residenzialità**

sono appannaggio del privato accreditato dato che in provincia di Brescia non esistono centri diurni e comunità terapeutiche pubbliche. Sono i luoghi per la presa in carico dei pazienti con condizioni più complesse per i quali non è possibile continuare a vivere nei contesti abituali scolastici e/o familiari.



L'organizzazione

L'offerta di Servizi per la Salute Mentale a Brescia e provincia (adulti ed età evolutiva)

- 3 Aziende Ospedaliere (A.O. Spedali Civili di Brescia, A.O. Mellino Mellini di Chiari, A.O. di Desenzano)
- 1 Presidio Ospedaliero (ASL Vallecamonica-Sebino)
- 1 IRCCS (Centro S. Giovanni di Dio Fatebenefratelli)
- 18 Comunità Psichiatriche/Neuropsichiatriche dell'Infanzia e Adolescenza (residenziali e semiresidenziali)



Analisi

L'idea per anni promossa di servizi sanitari ad “alta tecnologia” con operatori super-specializzati in grado di dare risposta ai bisogni di salute della popolazione si sta scontrando con i dati epidemiologici che indicano un incremento di **patologie croniche** e delle disabilità (con i relativi costi sociali) ad esse associate.



Analisi

Ridisegnare **servizi sanitari sostenibili** ed in grado di lavorare per obiettivi realistici passa da un ripensamento dei percorsi di creazione del benessere delle persone e dei meccanismi attraverso i quali la medicina, nel suo complesso, ha fino ad ora costruito le proprie “evidenze” sulle quali basare la propria macchina organizzativa.



Analisi

Più esperienze internazionali indicano nella **coproduzione** uno dei concetti in grado di catalizzare un cambiamento dei servizi pubblici in generale e quelli sanitari in particolare a partire dai sui sei principi:

1) Trasformare la percezione di un'utenza intesa come consumatori passivi e peso per il sistema in quella di un alleato per ridisegnare e fare funzionare i servizi;

2) Abbandonare gli approcci basati sul deficit e valorizzare le capacità degli utenti supportandoli nell'utilizzarle appieno e favorirne lo sviluppo sia per interventi individuali che a livello comunitario;

3) Riconoscere il valore della mutualità e reciprocità fra utenti ed operatori, entrambi portatori di un sapere ugualmente importante (quello professionale e quello esperienziale) ma anche fra utenti ed utenti: l'esperienza vissuta e trasmessa ha una potenzialità di innescare il cambiamento largamente sottovalutata dagli operatori;



Analisi

4) Valorizzare il ruolo delle reti di supporto naturali la cui funzione nel promuovere il benessere psicosociale delle popolazioni e dei singoli è stato dimostrato in numerosi contesti;

5) Ridurre le barriere fra operatori ed utenti, introdurre elementi di flessibilità nelle mansioni degli operatori anche attraverso il riconoscimento di ruoli e figure che all'interno dei servizi potrebbero essere ricoperte da utenti esperti;

6) Supportare i servizi a sviluppare competenze per favorire lo sviluppo di reti e ad avere un approccio aperto alla facilitazione e non solo all'erogazione degli interventi.

Si tratta quindi di pensare agli strumenti più efficaci nel favorire una partecipazione attiva degli utenti sia nei propri percorsi di cura individualizzati, sia nella co-costruzione dei servizi.



Analisi

Nel settore della Salute Mentale, ad esempio, una particolare declinazione dei concetti del **Chronic Care Model**, il modello della Recovery, si sta imponendo come il paradigma di riferimento: nato in ambienti non accademici ma dalle esperienze di guarigione e di malattia raccontate dagli utenti dei servizi, negli ultimi dieci/quindici anni ha accumulato evidenze e buone prassi che ne stanno consentendo una modellizzazione sul piano della pianificazione degli interventi individualizzati, nelle scelte organizzative e nella definizione di un assetto valoriale che ha la potenzialità di dare sostanza a servizi per la Salute Mentale coprodotti con la reale partecipazione degli utenti e dei loro familiari.

In sintesi, ai servizi pubblici e quindi anche ai servizi sanitari e sociali viene richiesto di essere più efficaci. Due percorsi sembrano offrire spazio per azioni di miglioramento significative.

- Il primo che può essere definito l'approccio **“centrato sulle persone”** e che si basa su un maggior coinvolgimento degli utenti nella definizione dei percorsi di cura individualizzati, nella ricerca e nella valutazione dei servizi.
- Il secondo che può essere definito dei **“servizi coprodotti”** con il quale i cittadini sono chiamati a contribuire in modo attivo alla progettazione dei servizi della propria comunità.



Proposta

- Istituzione dei **Dipartimenti di Salute Mentale**, collocati nell'Azienda territoriale, con funzione di regia rispetto alle articolazioni territoriali, strutturati in Unità Operative di Psichiatria (una ogni 200 mila abitanti con un CPS per circa 100.000 abitanti) che si caratterizzano come forme organizzative in grado di consentire un reale rapporto di prossimità e collaborazione fra operatori, servizi e risorse del territorio.

Sono presupposti necessari per poter parlare di coproduzione, lavoro di rete, partecipazione degli utenti, case-management che dimensioni territoriali più ampie porterebbero inevitabilmente ad essere impraticabili.



Proposta

- Altro problema dei DSM è se in essi devono confluire anche altri servizi come il SERT, la NPJA, l'Handicap. Ci sono varie scuole di pensiero e probabilmente in via teorica fare lavorare insieme dss, sert, npja sarebbe molto interessante per superare l'impostazione "per protocolli di collaborazione" che l'ASL ha fino ad ora promosso con scarsi risultati.

Il rischio da evitare è che fare confluire nella stessa azienda salute mentale, tossicodipendenza, handicap, etc. porti alla riproposizione di un "contenitore unico" per forme di disagio che richiedono percorsi ed approcci diversi: in questa prospettiva le strutture della psichiatria potrebbero diventare luoghi di trattamento di varie patologie (handicap, tossicodipendenze, etc.) soprattutto per l'acuzie ed anche risposte semplicistiche a **bisogni sociali** per i quali le risposte attuali sono insufficienti o inadeguate.



Proposta

•Entrando più nello specifico: quanti **operatori** sul territorio? In questi anni, la tendenza è stata quella di aprire strutture residenziali che hanno assorbito molte risorse mentre le strutture territoriali sono rimaste al palo (sono carenti solo i posti letto residenziali per minori).

Oggi ci sono più posti letto nelle varie comunità che ai tempi dell'ospedale psichiatrico. Ormai diversi erogatori privati che gestiscono comunità si rendono conto della insostenibilità di questo assetto (spesso le comunità rimangono con posti letto liberi). E' necessario redistribuire le risorse **potenziando il territorio** e consentire ai CPS di svolgere effettivamente un lavoro di coordinamento delle attività relative ai percorsi di cura e non essere quindi nelle condizioni di svolgere una mera funzione ambulatoriale o di risposta all'urgenza territoriale.



Proposta

- Per fare lavoro territoriale servono modelli culturali chiari e operatività sostenute da strumenti di lavoro condivisi e nella testa degli operatori: il tema della **formazione** e di “chi” e “come” viene gestita diventa fondamentale.



Proposta

- Per quanto riguarda i Poli territoriali di NPIA è indispensabile andare oltre il finanziamento con progetti regionali; è necessario che vengano stabilizzati tutti gli operatori libero professionisti assunti nell'ambito dei progetti per garantire continuità ai servizi offerti ai pazienti, stabilità dell'organizzazione e ampliando gli organici con personale infermieristico, assistenti sociali e operatori della riabilitazione in ambito psichiatrico e neuropsicomotorio, per far fronte all'aumento delle richieste e all'allungamento delle liste d'attesa.

Deve essere chiaro che una **migliore gestione territoriale** dei pazienti e delle loro famiglie gioca un ruolo fondamentale per prevenire lo scompenso dei pazienti che può sfociare nel ricovero ospedaliero e per favorire riabilitazione e il reinserimento sociale.

- **La gestione delle acuzie.** Il modello attuale degli SPDC mostra l'età che ha. Si stanno affermando e sperimentando modelli alternativi (es/ a Trieste i cps sono aperti 24H anche per la gestione alternativa al ricovero in ospedale).
- ✓ Molto spesso i posti letto degli SPDC della Lombardia non riescono a rispondere a tutte le richieste di pazienti che arrivano ai PS e frequentemente i pazienti vengono inviati ad ospedali anche molto lontani dal luogo di residenza per “ricoveri di appoggio”, senza che vi sia una reale gestione di questi percorsi di cura molto delicati anche sul piano medico-legale come avviene ad esempio per altre patologie che hanno una rete di gestione dell'urgenza codificata.
- ✓ Per quanto riguarda il servizio ospedaliero di NPIA dovrebbe rimanere a far parte dell'Ospedale dei Bambini dell'Azienda Spedali Civili ma con la necessità di creare rapidamente 2 reparti distinti, uno per degenze “ordinarie” di NPIA di 12 posti letto e uno di 8 posti letto per la grave psicopatologia adolescenziale (11-18 anni) anche in questo caso per evitare la contiguità tra pazienti con età e problemi molto diversi.



Proposta

- Anche su questi aspetti potrebbe starci una riflessione innovativa, su forme diverse di gestire l'acuzie pensando magari a reparti o aree di reparto con caratteristiche diverse in modo da rispondere a pazienti con bisogni diversificati.
- Il rapporto con i servizi sociali è cruciale: affermare il diritto di cittadinanza delle persone con disturbi psichiatrici significa anche che l'accesso ai servizi sociali del territorio sia libero e non necessariamente mediato dagli operatori dei servizi di salute mentale. Favorire l'accesso a casa, lavoro e opportunità formative è presupposto indispensabile per dare concretezza all'inclusione sociale.

VISTO DA
VICINO
NESSUNO È
NORMALE



Grazie