



## POTENZIAMENTO DEI SERVIZI TERRITORIALI PER LA SALUTE MENTALE E LE DIPENDENZE

In questa proposta si sostiene la necessità di sostanziali investimenti “in capitale umano” dei servizi di salute mentale e delle dipendenze patologiche, per incrementare la consistenza numerica, tecnica, motivazionale e relazionale degli operatori impegnati nei servizi stessi, per recuperare il gap determinatosi nell’ultimo decennio tra fabbisogno assistenziale e capacità di risposta, accentuato dall’emergenza coronavirus.

Sono stati presi in considerazione i servizi di Salute Mentale Adulti e delle Dipendenze Patologiche, indipendentemente dalla configurazione e dal vario grado di integrazione che le macrostrutture organizzative hanno assunto nelle diverse Regioni.

Secondo la World Health Organization (WHO), il sistema dei servizi di salute mentale è chiamato ad uno sforzo sempre maggiore per fronteggiare la crescente domanda di salute mentale determinata da fattori sociali, economici e culturali (WHO, European Mental Health Action Plan, 2013). Il cambiamento demografico in atto – dovuto principalmente alle ondate migratorie (Priebe et al., 2015) e all’invecchiamento della popolazione europea ed italiana (Volkert et al., 2012) –, la progressiva riduzione delle risorse a disposizione e l’impegno nel processo di deistituzionalizzazione richiedono una realistica analisi delle effettive possibilità operative dei servizi a fronte della domanda di assistenza e dell’impegno clinico richiesto.

Le informazioni ricavate dal **Sistema Informativo Salute Mentale** (SISM) relative all’anno 2016 (Ministero della Salute, Rapporto Salute Mentale, 2018), documentano le seguenti variazioni osservate nel solo triennio 2015-2017:

- il depauperamento del capitale umano dei Servizi (oltre 500 medici in meno, 100 psicologi in meno, 1.000 infermieri in meno), a fronte di un incremento della domanda di assistenza (80.000 persone in più rispetto al 2015) attualmente quantificabile in circa 900.000 persone;
- l’incremento delle prestazioni territoriali, da 10 milioni del 2015 a circa 11 milioni e mezzo nel 2017, anche se solo l’8% di queste è effettuato a domicilio delle persone assistite;
- la riduzione ulteriore (solo 1 su 3) delle persone in contatto coi servizi territoriali nelle 2 settimane successive alle dimissioni ospedaliere;
- l’aumento del 50% delle giornate di degenza in assistenza residenziale e della durata media di degenza, che supera gli 800 giorni;
- l’aumento notevole dei soggetti ai quali vengono prescritti antipsicotici, che quasi raddoppiano dal 2015 al 2017, passando da 23 a 40 x 1.000.

Da quanto riportato sopra, sembrerebbe che l’intensità e l’appropriatezza delle cure erogate all’utente non costituiscano un set definito di attività ed interventi codificati da linee guida e raccomandazioni, in base al fabbisogno assistenziale espresso dall’utenza, quanto piuttosto una variabile dipendente dalla materiale disponibilità di personale operante.

Per quanto concerne i **SerD**, essi hanno in carico pazienti con elevata afferenza, frequenza di contatto anche giornaliera, frequentemente immunocompromessi e con stili di vita ad alto rischio di “contatto e di diffusione per SARS-CoV-2”.

Considerando le ultime Relazioni al Parlamento sia sulle Droghe illegali sia sull’Alcol e prendendo in esame l’applicazione delle numerose intese state regioni e leggi settoriali (Gioco d’Azzardo e altre Dipendenze



senza sostanza; Tabagismo; Farmaci legali; Accertamenti alcol e guida; accertamenti lavoratori a rischio; percorsi amministrativi con Prefetture art. 75 e 121 DPR 309/90; Competenze certificative legali, ecc...) si può affermare che il flusso annuo di persone che si rivolgono ai SerD abbia una consistenza numerica complessiva di circa **300.000 persone**.

Questo dato è raddoppiato negli ultimi 10 anni, con diminuzione di almeno mille operatori addetti nei SerD (attualmente secondo i dati della relazione al parlamento 2019 gli operatori sono 6.496 in 568 Servizi e 628 sedi).

La pandemia da coronavirus ha interessato un settore già in grave sofferenza.

L'analisi condotta dalla **Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica** (Starace et al., 2019) sul rapporto tra fabbisogno assistenziale espresso dall'utenza in carico ai Dipartimenti di Salute Mentale e la capacità assistenziale necessaria per realizzare tutte le azioni previste da Raccomandazioni, Linee Guida, Percorsi e Protocolli di Cura, ha dimostrato che **i DSM sono in grado di rispondere correttamente a solo il 55,6% del fabbisogno assistenziale stimato**.

Analogamente, l'analisi condotta da FederSerD sulla base dei criteri minimi previsti dal DM 444/90, comprensivi dell'attività che i Servizi sono tenuti a svolgere presso Carceri e Comunità Terapeutiche segnala su tutto il territorio nazionale una carenza di personale molto grave: in media **la norma prevederebbe un numero 3 volte maggiore degli operatori attuali**.

Questi dati trovano conferma nella attuale configurazione degli investimenti nei rispettivi settori. Nonostante l'Italia rappresenti un modello per la **Salute Mentale** di Comunità (chiusura degli Ospedali Psichiatrici nel 1978 e degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari nel 2016) il Paese si attesta nelle ultime posizioni in Europa per percentuale della spesa sanitaria investita in questo ambito (**3,6% a fronte di Francia, Germania, UK che stanziano circa il 10%**). Per le **Dipendenze Patologiche**, a fronte del 1,5% della spesa sanitaria considerato standard di riferimento, **la spesa non raggiunge lo 0,7%**.

La ridotta disponibilità di fondi si è tradotta nel **depauperamento dei Servizi Territoriali** e nell'impoverimento delle attività di inclusione sociale e lavorativa, accentuando le disparità inter-regionali. Ne è conseguito un **sempre più ampio ricorso alla residenzialità**, da alcuni definita «nuova forma di istituzionalizzazione territoriale». Di fatto la spesa per la residenzialità rappresenta il 50% circa dell'intera spesa per la Salute Mentale in Italia e ben oltre il 50% per le Dipendenze Patologiche.

Di qui la **proposta di incrementare l'investimento nei settori della Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche di almeno il 35% rispetto alla spesa attuale**, prevedendo il graduale superamento delle disuguaglianze di accesso inter-regionali, attraverso il **reclutamento del personale carente della dirigenza sanitaria e delle professioni sanitarie**. Tale incremento è pari complessivamente a circa 2 Mld di Euro (1.450 mln per la Salute Mentale e 550 mln per le Dipendenze)

Tale investimento dovrà procedere parallelamente ad un ri-orientamento delle prassi dei Servizi verso la **personalizzazione degli interventi** ed il superamento delle strutture residenziali, attraverso un imponente piano di formazione e di qualificazione delle attività secondo criteri evidence-based.

Le attività svolte dovranno essere sottoposte a **monitoraggio e valutazione sistematica**, includendo indicatori di processo ed esito relativi alla Salute Mentale e alle Dipendenze Patologiche nel Nuovo Sistema di Monitoraggio dei LEA.



L'aumento atteso della **capacità di resilienza della popolazione di utenti fragili della Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche** così ottenuto potrà essere verificato attraverso indagini nazionali sui sistemi informativi della salute mentale e delle dipendenze patologiche, nonché su dati ISTAT.