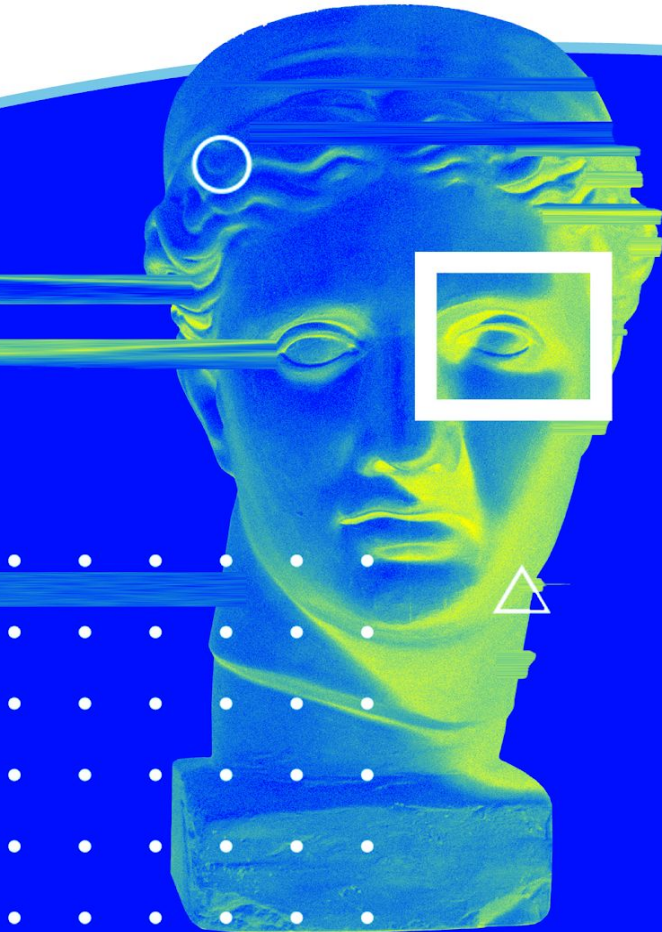


DOCUMENTO DI SINTESI



Con il patrocinio di



TAVOLO REGIONALE SCHIZOFRENIA FOCUS LAZIO

18 Maggio 2022



www.motoresanita.it



INTRODUZIONE DI SCENARIO

I disturbi schizofrenici rappresentano circa un quinto dei disturbi dei pazienti trattati dai servizi di salute mentale italiani. L'incidenza trattata, espressa come tasso di pazienti al primo contatto con i dipartimenti di salute mentale, è pari a $6,8 \times 10.000$ residenti con età superiore a 17 anni.

Le persone affette da schizofrenia costituiscono circa il 34% dei pazienti ricoverati presso i servizi psichiatrici ospedalieri di diagnosi e cura. Le risorse assorbite per il trattamento della schizofrenia sono ingenti, ma, nonostante ciò, rimane elevato il treatment gap tra l'atteso epidemiologico della malattia e le persone trattate dai servizi pubblici di salute mentale.

La legge 180 ha abolito, unica al mondo, i manicomi demandando ai servizi territoriali, ai reparti psichiatrici ospedalieri, ai dipartimenti di salute mentale ed alle famiglie l'onere ed il compito di gestire i pazienti psichiatrici.

Per realizzare tale obiettivo è importante che i dipartimenti psichiatrici lavorino coordinati all'interno di una rete che dia risposte efficaci dalla gestione della crisi alla riabilitazione del paziente stesso, aiutando il gravoso compito delle famiglie e supportando anche economicamente i vari attori del sistema.

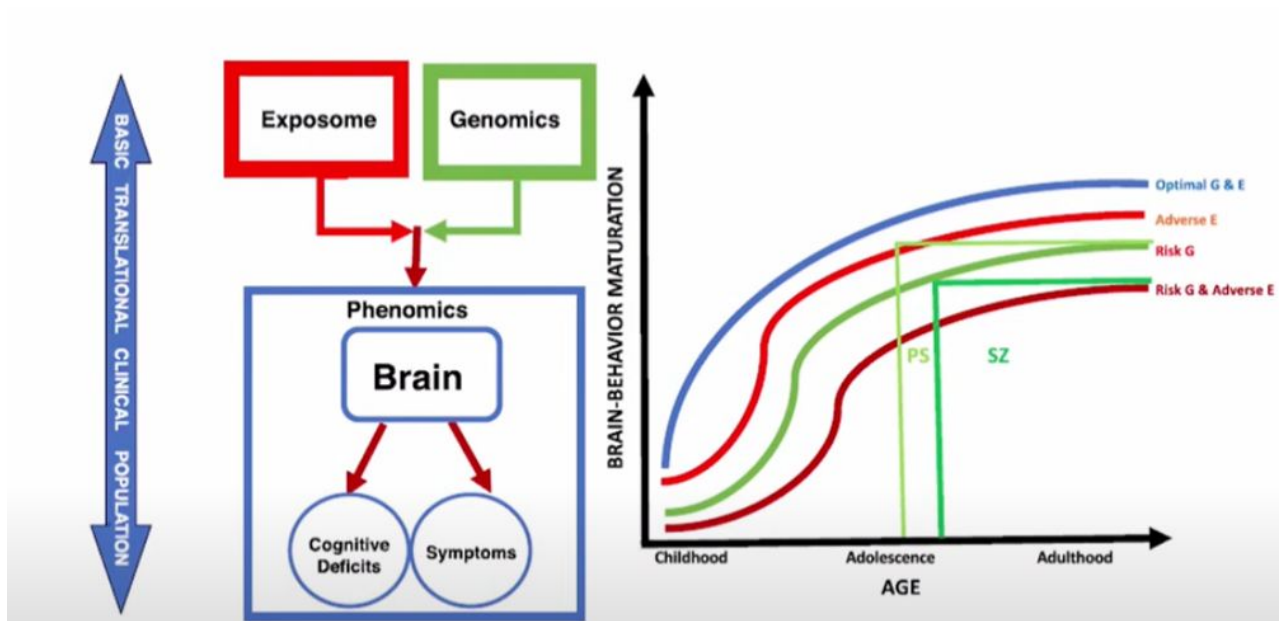


SCHIZOFRENIA: PROBLEMI DI "VISIONE"

1. La schizofrenia non è solo sintomi psicotici e deliranti: la ricerca mondiale da 20 anni documenta che è in molti casi un disturbo del neurosviluppo con alterazioni cerebrali delle capacità di information processing con esordio precoce prima dei sintomi di esplosione psicotica, la psicosi li segue.
2. La patofisiologia è ancora ignota ma occorre investigarla; invece la ricerca con studi in merito è minima.
3. Scissione tra ricerca e assistenza: bene i nuovi farmaci, ma la sindrome ha 3 componenti, sintomi positivi, negativi e disorganizzazione; i farmaci agiscono in modo rilevante solo sui sintomi positivi.
4. La visione della malattia è obsoleta; è sempre meno medica e sempre più limitata al socio-assistenziale, essenziale ma insufficiente.
5. Sconnessione tra neuropsichiatria dell'adolescenza e degli adulti.
6. La ricerca-diagnostica avanzata ... brain imaging, farmacogenomica, effetti delle sostanze sui circuiti neurali, nuovi interventi personalizzati, prognostica, indicatori di esito, etc. ... è principalmente trascurata e sconosciuta.
7. Mancano investimenti pensati per il futuro.



Per una corretta presa in carico è quindi necessaria una diagnosi ed una presa in carico quanto più precoce possibile e applicare tutte le tecnologie, scientificamente valide, a disposizione dei medici come la genomica e la exposomica.





Schizofrenia: problemi clinici di ogni giorno

- Pazienti "difficili": che non accettano le cure e non si fanno seguire; che interrompono le cure e hanno una ricaduta; che usano sostanze; rifiutati dei familiari a casa; con scarsi programmi di re-inserimento lavorativo; stranieri e senza bacino; autori di reato che non trovano posto in REMS e sostano mesi in SPDC su disposizione della magistratura. Anche se rappresentano la minoranza dei pazienti sono il vero nodo della difficoltà alle cure e l'attuale legislazione non tiene conto di questi pazienti.
- La dimenticata e difficile cura del corpo: sindrome metabolica.
- Il problema delle sfide della "psichiatria metropolitana".
- Posti letto per acuti in alcune regioni insufficienti e mancanza di strutture territoriali idonee alternative.
- Il problema del TSO e della responsabilità penale dei sanitari per i comportamenti aggressivi/violenti, nonostante l'attenzione clinica. Caso unico in Europa, quello di poter privare della libertà un malato e il medico si deve far carico delle responsabilità penali delle azioni compiute da altri.
- Il problema delle aggressioni ai sanitari; una grave difficoltà che il personale deve patire senza una reale protezione da parte delle istituzioni.
- La sofferenza dei pazienti e dei familiari cui è difficile dare risposta.



Il problema delle risorse e dell'organizzazione per prevenire e curare

- Il SSN per la salute mentale, nonostante programmi e progetti, è depauperato sotto tutti gli aspetti: strutture, investimenti, risorse umane.
- In alcune Regioni, dove è stato applicato il piano di rientro, la mancanza di risorse è molto grave. La situazione dell'assistenza per pazienti, familiari, sanitari è drammatica a causa di carenza di personale (medici, psicologi, riabilitatori psichiatrici previsti dalle normative), nonostante gli sforzi e l'impegno dei direttori DSM, delle Unità operative, e di tutto il personale per garantire l'efficientamento delle risorse.
- La mancanza di personale e risorse rende estremamente difficile garantire psicoterapia, psicoeducazione e assistenza ai familiari.
- Carenza di risorse per la diagnostica avanzata e trattamenti personalizzati "innovativi" (es. personalizzazione delle cure in funzione dell'intensità di cura e dei bisogni).

UNO SGUARDO D'INSIEME SUL PERCORSO REALE DELLA SCHIZOFRENIA

Attualmente il trattamento della schizofrenia nel sistema di salute mentale italiano soffre di diverse problematiche e aree di miglioramento.

- Va migliorata l'aderenza ai trattamenti psicofarmacologici, ma anche la loro appropriatezza (politerapia) e la sicurezza dei trattamenti (controlli degli effetti metabolici dei farmaci AP).
- Bisogna affrontare il problema della mortalità prematura, in particolare nei pazienti dimessi da SPDC, e valutare il treatment gap per i disturbi somatici nei pazienti con disturbo mentale grave. Per migliorare l'efficacia dei servizi è necessario incrementare gli interventi psicosociali e l'aderenza ai trattamenti farmacologici.
- Il lockdown ha prodotto in particolare una riduzione dei trattamenti psicosociali e dell'aderenza ai trattamenti farmacologici, non completamente recuperata nei mesi seguenti.



ELEMENTI DI FARMACOECONOMIA DELLA SCHIZOFRENIA

Costo Schizofrenia in Italia, 2015: 2,7 miliardi di euro. I costi diretti hanno riguardato il 49,5% della spesa (1,33mld) mentre i costi indiretti hanno riguardato il 50,5% della spesa (1,37mld).

Costi Diretti:

- Farmaci: 10%
- Ospedalizzazioni: 16%
- Residenzialità: 49%
- Semiresidenzialità: 16%
- Specialistica: 9%

Costi indiretti:

- Perdita di produttività da disoccupazione: 60%
- Costi caregiver: 11%
- Costi pensioni: 29%

La farmaceutica ha quindi un peso poco influente sia sui costi diretti che sui costi totali dovuti alla schizofrenia. Inoltre, non si deve sottovalutare l'impatto sulla spesa previdenziale dei pazienti schizofrenici che è in continua crescita: PI e AOI superano i 200mln di euro.

È necessario quindi investire sul reinserimento sociale e lavorativo del paziente schizofrenico che avrebbe anche un'ulteriore conseguenza positiva: la riduzione delle prestazioni previdenziali; risorse che potrebbero essere reinvestite per finanziare altre misure di politica sanitaria rivolta alla salute mentale.

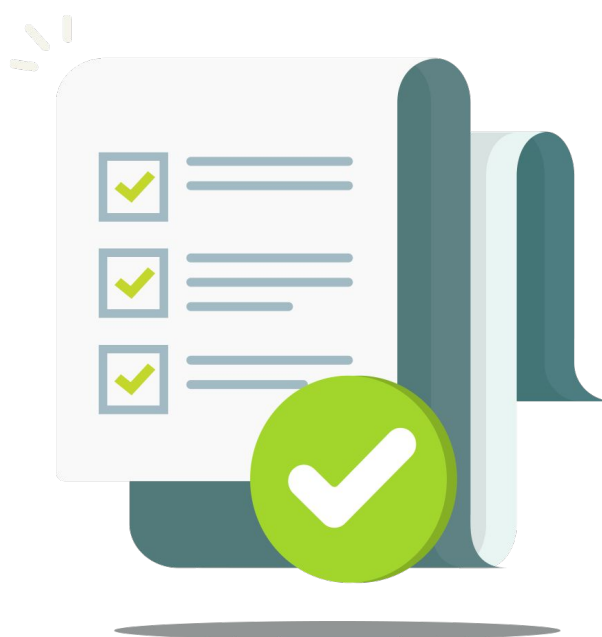


CONCLUSIONI

La schizofrenia è una patologia trattabile con un approccio integrato e multidisciplinare. La Regione Lazio sta attuando in questi giorni un'importante revisione del Piano regionale della Salute Mentale, che prevede una focalizzazione sui temi della prevenzione e diagnosi precoce, nonché un'integrazione con i servizi delle dipendenze patologiche e della neuropsichiatria infantile. Con tale approccio, il sistema sarà ancora più in grado di gestire la domanda e di intercettare con efficacia i bisogni insoddisfatti.

Altro tema fondamentale per garantire una diagnosi ed una presa in carico precoce è quello di riuscire a creare un ponte fra quella che è la neuropsichiatria infantile e quella che è la psichiatria degli adulti, onde evitare difficoltà gestionali nel passaggio da un sistema diagnostico-terapeutico, come quello della neuropsichiatria infantile, ad un altro sistema totalmente gestionale, che è quello del dipartimento di Salute Mentale.

L'iniziativa è importante, soprattutto se si riescono a sviluppare all'interno della Regione dei criteri condivisi per quanto riguarda sia le modalità della diagnostica dei disturbi mentali, sia le modalità del trattamento, soprattutto del follow-up e dei sistemi di ricoveri.





CALL TO ACTION

- È necessario creare una corretta dialettica, tra programmazione regionale e programmazione e gestione aziendale, in grado, attraverso un puntuale scambio di dati, di trasformare le scelte di programmazione in un output di salute reale per i pazienti.
- La possibilità di gestire il paziente in una fase precoce della patologia consente non solo un miglioramento dell'efficacia della terapia ed un miglioramento della qualità di vita, ma riduce l'impatto e i costi diretti ed indiretti già nel medio periodo.
- Va intensificata l'attività regionale per i pazienti giovani all'esordio, limitando gli inserimenti residenziali.
- Vanno aumentati gli interventi psicosociali in genere, quelli psicoeducativi e quelli rivolti ai familiari in particolare, che oggi sono presenti in misura maggiore solo nei pazienti giovani.
- I nuovi investimenti derivanti dal recovery fund e destinati all'assistenza domiciliare dovranno essere anche investiti nell'assistenza domiciliare per il trattamento della salute mentale.
- Un'altra problematica emersa è la difficoltà di coniugare la psichiatria generalista con l'esigenza di una crescita culturale, tecnica e professionale; quindi, la psichiatria più specialistica. Tenere insieme questi due livelli è complesso ma fa parte dello scenario attuale basato sui percorsi.
- C'è una impennata di persone che stanno diventando over65, questo vale per la popolazione generale e per quella dei pazienti psichiatrici. I servizi di assistenza devono essere tarati su di una età media molto alta e questo richiede un certo ordine nell'organizzazione di proposta e di offerta per delle popolazioni specifiche.
- Il problema dello stigma è ancora molto presente in Italia. Se la Legge Basaglia ha abolito nel 1978 i manicomi cambiando radicalmente l'approccio della sanità ai pazienti schizofrenici, la percezione comune tra gli italiani nei confronti della malattia è la stessa di 50 anni fa. Per riuscire a cambiare questa percezione è necessario che i DSM ed i suoi professionisti estendano la loro voce all'interno della popolazione passando anche attraverso la scuola e l'università.



SONO INTERVENUTI (I NOMI SONO RIPORTATI IN ORDINE ALFABETICO):

Massimo Biondi, Professore Ordinario di Psichiatria Direttore della Scuola di Specializzazione in Psichiatria Dipartimento di Neuroscienze Umane Sapienza - Università di Roma - Direttore UOC Psichiatria Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura - Day Hospital, Direttore del Dipartimento ad Attività Integrata di Neuroscienze e Salute Mentale Policlinico Umberto I°

Stefano Ferracuti, Professore Ordinario Psichiatria Forense Università La Sapienza Roma - AO Sant'Andrea UOC di Medicina Legale e Risk Management

Giuseppe Fucito, Medico di Medicina Generale-Specialista in Neurologia ASL Roma 5

Paolo Girardi, Professore Ordinario Psichiatria Università La Sapienza Roma

Francesco Saverio Mennini, Professore di Economia Sanitaria e Economia Politica, Research Director-Economic Evaluation and HTA, CEIS, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" - Presidente SIHTA

Giuseppe Nicolò, Direttore Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche ASL Roma 5

Giuseppe Quintavalle, Direttore Generale Policlinico "Tor Vergata" Roma

Francesca Romanin, Motore Sanità

Gabriele Sani, Professore di Psichiatria, Policlinico Universitario Gemelli IRCCS, Roma

Michele Sanza, Direttore Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche Forlì Cesena Azienda USL della Romagna

Claudio Zanon, Direttore Scientifico Motore Sanità



Con il contributo incondizionato di



Angelini
Pharma

