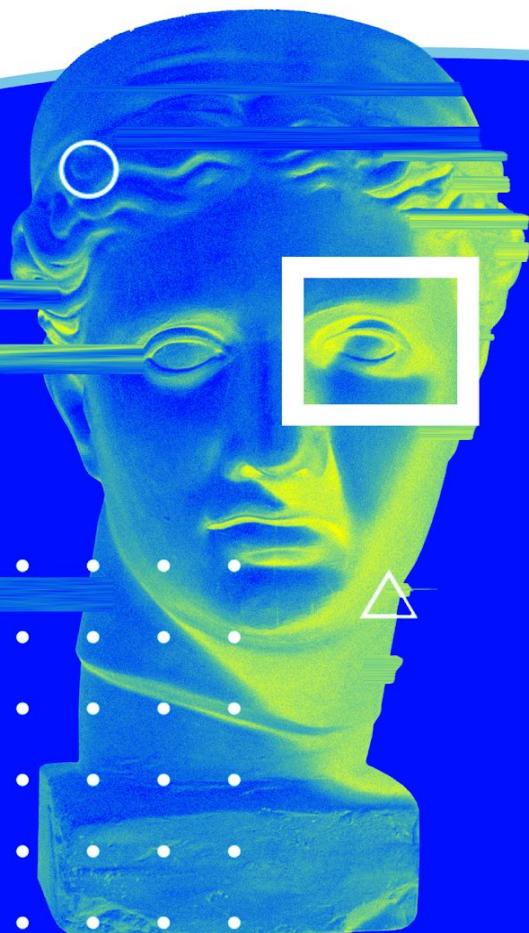


DOCUMENTO DI SINTESI



7 GIUGNO 2022

Dalle 10:30 alle 13:00

TAVOLO REGIONALE **SCHIZOFRENIA** FOCUS CAMPANIA



Con il patrocinio di





SALUTI DELLE AUTORITÀ

Le istituzioni della Regione Campania hanno una forte sensibilità sul tema della salute mentale; per rendersi più partecipi nei processi di questa categoria di malattie hanno nominato, per la prima volta in Campania, un consigliere regionale per la salute mentale. Un forte messaggio di vicinanza ai pazienti e agli operatori del settore ma soprattutto un impegno concreto per migliorare l'offerta del SSR per quanto concerne la salute mentale.

INTRODUZIONE DI SCENARIO

I disturbi schizofrenici rappresentano circa un quinto 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 per 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 di salute mentale pubblici.

La legge n. 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.



La Legge 180

La legge e i suoi 3 obiettivi fondamentali:

1. Depenalizzare la malattia mentale e regolamentare il trattamento sanitario obbligatorio (TSO) in un quadro di tutela dei diritti del paziente, oltre che della collettività;
2. Favorire il recupero sociale, disincentivando la cronicizzazione del ricovero manicomiale;
3. Suggestire un modello assistenziale allargato sul territorio, facilmente accessibile per gli utenti e fondato sull'interazione interdisciplinare e di interventi integrati.

L'analisi dei tassi di ricovero per TSO può costituire una misura indiretta dell'efficacia terapeutica dei programmi riabilitativi messi a punto dai Dipartimenti di salute mentale. Infatti, il TSO è modalità di intervento da ritenere straordinaria, a fronte di un sistema assistenziale efficace e presa in carico "ordinaria" dei pazienti (anche i più gravi). A livello nazionale il dato è pari a per 10.000 abitanti, con variazioni sensibili tra le regioni (Tabella 12.3.2).

Tabella 12.3.2 - Trattamenti sanitari obbligatori (TSO) - tassi per 10.000 abitanti

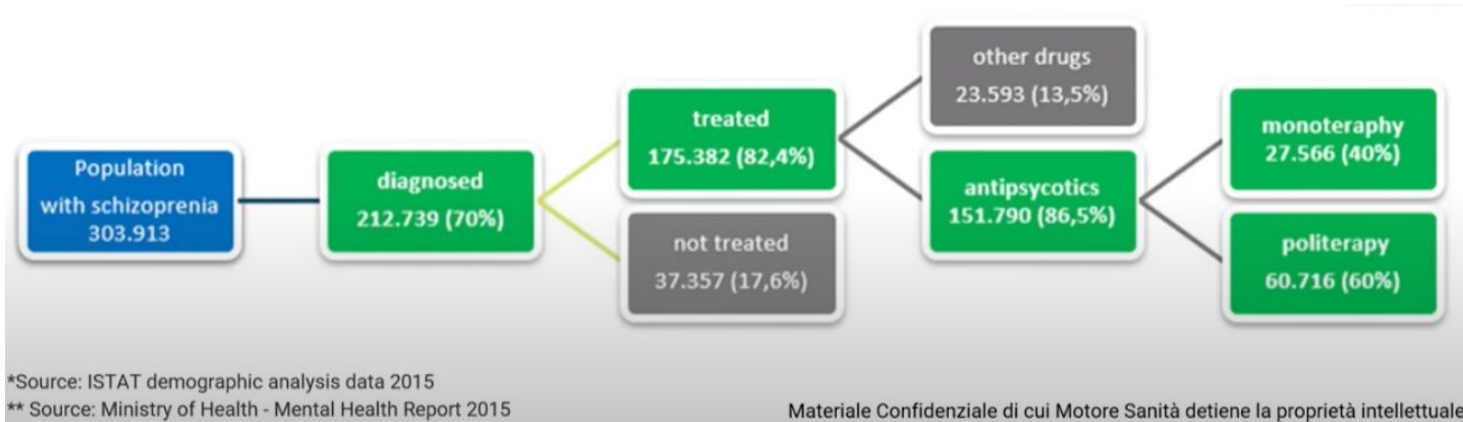
Regione	Tasso
PIEMONTE	1,37
VALLE D'AOSTA	2,99
LOMBARDIA	0,96
PA BOLZANO	0,22
PA TRENTO	0,95
VENETO	0,98
FRIULI VENEZIA GIULIA	0,43
LIGURIA	1,19
EMILIA ROMAGNA	2,64
TOSCANA	1,16
UMBRIA	1,94
MARCHE	5,68
LAZIO	1,46
ABRUZZO	1,49
MOLISE	1,61
CAMPANIA	1,90
PUGLIA	2,07
BASILICATA	0,72
CALABRIA	2,10
SICILIA	3,08
SARDEGNA	2,33
ITALIA	1,73

Fonte: NSIS - Scheda di dimissione ospedaliera (SDO) - anni 2015

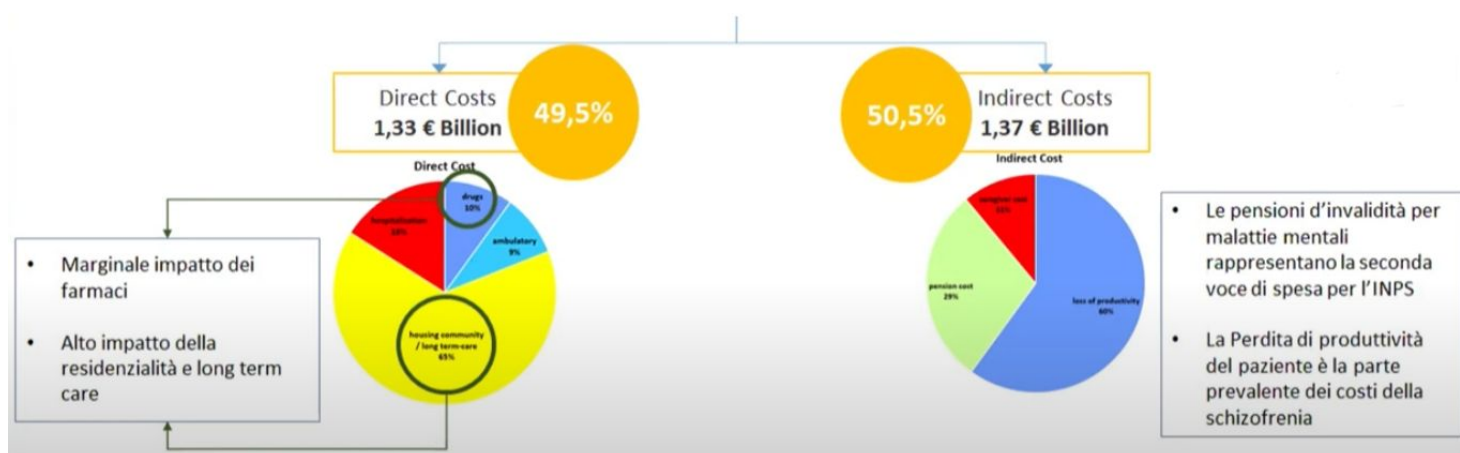


LA SCHIZOFRENIA IN ITALIA

- Popolazione residente in Italia: 60.782.668 (Dati Istat)
- Prevalenza della schizofrenia: 0,5% (Dati Ministero della Salute)
- Popolazione italiana con la schizofrenia: 303.913
- In Italia solo il 70% dei pazienti schizofrenici risulta incluso in un ciclo di cura



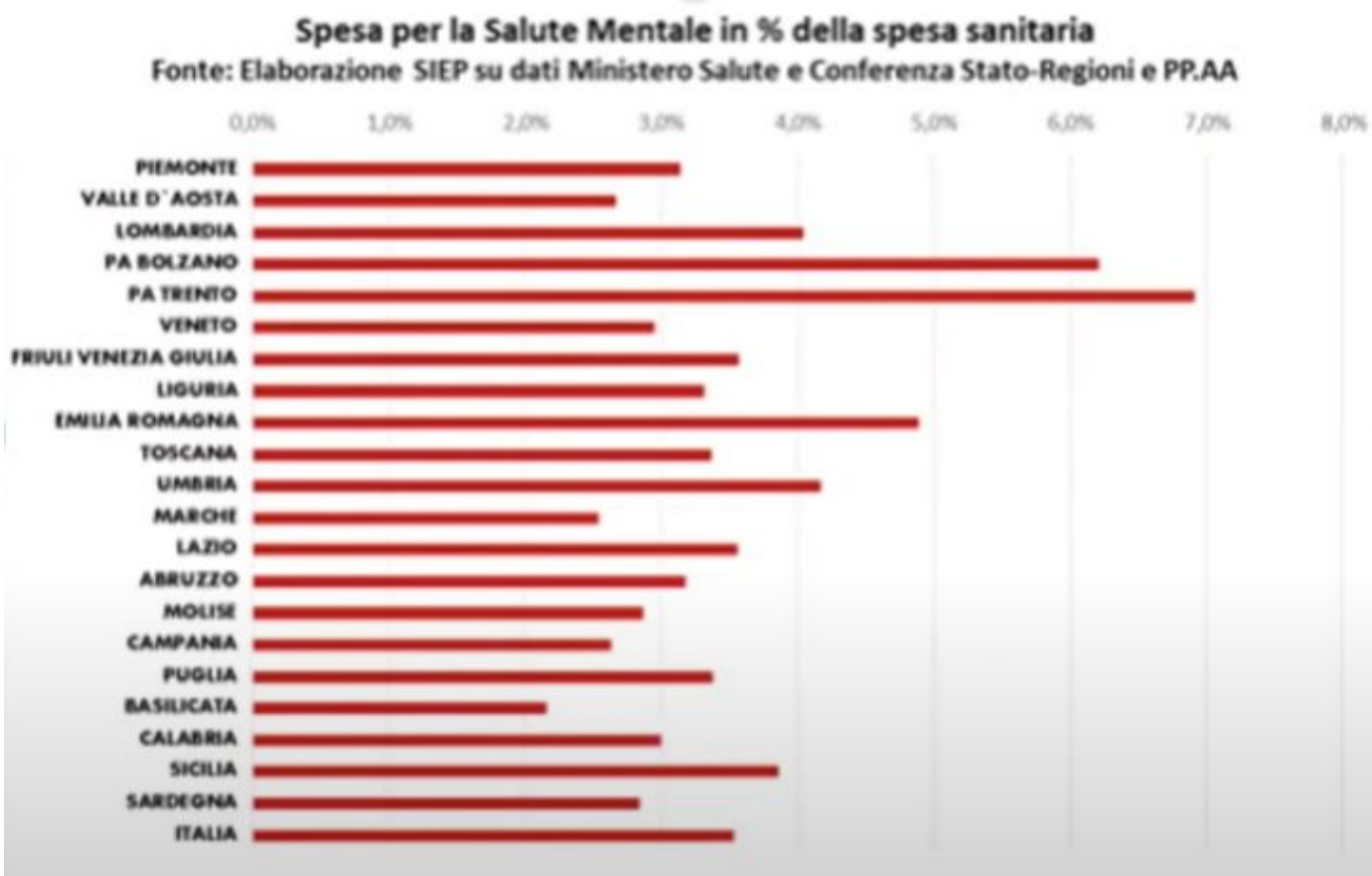
Il costo della schizofrenia in Italia è di 2,7 miliardi di euro



*Fonte: report EEHTA, CEIS University of Rome "Tor Vergata"



La spesa per la salute mentale rappresenta mediamente il 3,49% del totale della spesa sanitaria; valore insufficiente, anche se con impatto diverso nelle diverse regioni.





ESORDIO INFANTILE DELLA MALATTIA

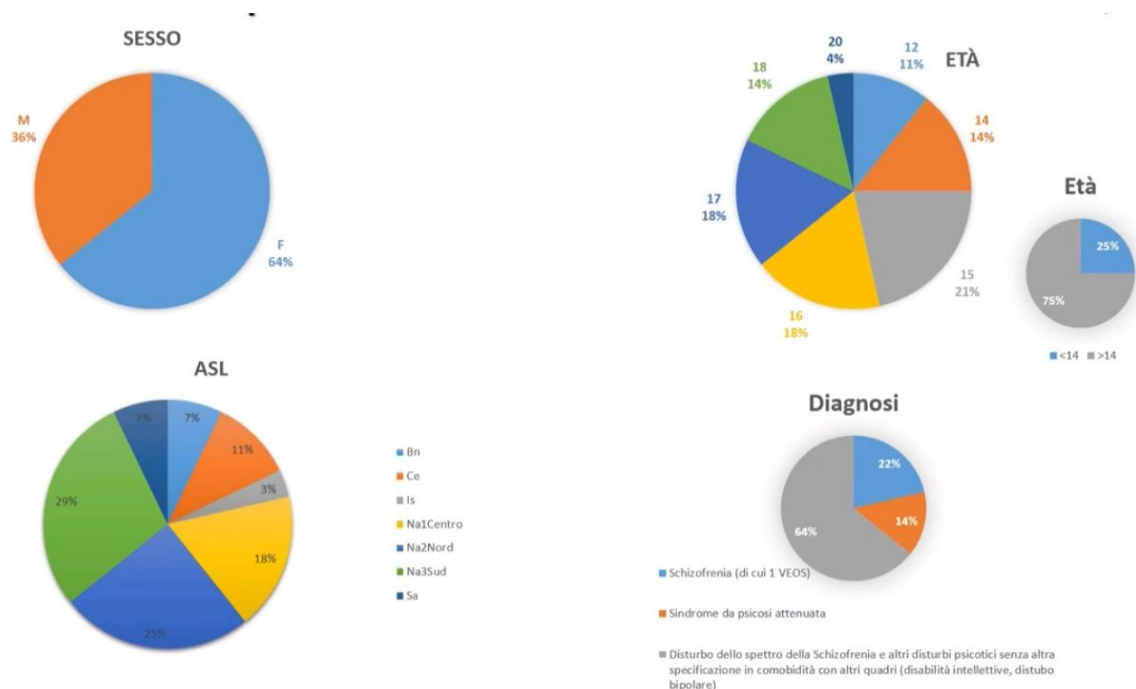
Non bisogna dimenticare che la sintomatologia della schizofrenia spesso comincia da bambini e che il ruolo delle famiglie è importantissimo.

Purtroppo, una delle problematiche in Campania, come in molte altre regioni, è che spesso le famiglie non vengono supportate.

Diventa quindi difficile a sua volta la gestione, perché il SSR si occupa solo del ragazzo (il malato/paziente) e si dimentica che dietro c'è una famiglia che lo deve supportare.

Se il sistema non mette in condizione le famiglie di aiutarle nella gestione del quotidiano di questi ragazzi, diventa tutto più difficile per gli operatori del settore.

Ricoveri Neuropsichiatria infantile A.O.U. Federico II



Gli specialisti intervenuti nel corso del panel hanno anche sottolineato come la pandemia abbia esacerbato le problematiche della salute mentale in età pediatrica. È quindi necessario potenziare il prima possibile questo comparto per aiutare i giovani pazienti evitando così le conseguenze più drammatiche della malattia.



IL MODELLO HEALTHCARE 5.0

Il modello di Healthcare 5.0 è ripreso dalla teorizzazione di una società trasformata con una visione olistica che pone al centro la persona, lo sviluppo umano, la sostenibilità e la società.

Questo modello di cura che la Regione Campania sposa anche per le politiche della salute mentale, si pone in continuità con la rapida e profonda evoluzione tecnologica del XXI secolo, secondo un principio di innovazione e inclusione mediante le nuove tecnologie (la cosiddetta rivoluzione digitale).

L'obiettivo della Regione Campania, nell'adeguarsi a questa prospettiva, è quello di sviluppare modelli di cura sistemici che siano centrati su un cambio di paradigma culturale, scientifico, normativo ed organizzativo, ponendo al centro la persona e il suo benessere e tenendo conto della sua dimensione relazionale.

La Regione Campania si pone così l'obiettivo di sviluppare un modello innovativo con una visione di salute mentale che guarda al futuro, e con una programmazione sostenibile relativamente al fronteggiamento di vecchie e nuove cronicità.

Soprattutto nel campo delle schizofrenie e delle psicosi maggiori ed in altri problemi del neuro sviluppo, come lo spettro dell'autismo che rappresenta una reale e drammatica esplosione dell'incidenza, si sta imprimendo un impegno istituzionale pubblico, nella prospettiva della presa in carico precoce e della continuità delle cure lungo tutto l'arco della vita.

L'obiettivo oggi, per la governance sanitaria campana, è aver chiarezza e competenza su cosa fare quando si individuano dei soggetti ad altissimo rischio di sviluppo di schizofrenia. Gli sforzi della programmazione regionale sono orientati a ridisegnare le strategie operative, tese ad arrestare la transizione dalle forme ad alto rischio alla malattia conclamata, o a migliorare il decorso del disturbo.

Puntare sui giovani, quindi, sui loro linguaggi e capire gli stili di vita ed i valori dominanti, per riuscire a decodificare quali sono i veri fattori di rischio e quali, invece, i fattori di protezione. Dalla gestione della cronicità all'intervento precoce, pertanto, con servizi altamente specializzati per l'età evolutiva e per l'adolescenza.



Nel futuro prossimo il SSR avrà ancora molto da lavorare per quanto riguarda il superamento di storiche criticità, quali il superamento di tutte le barriere all'accesso, anche quelle culturali, il superamento dei ritardi nel ricevere cure adeguate; evitare che molti percorsi di cura siano compromessi da una cessazione anticipata.

Appare necessario, altresì, favorire fino in fondo il dialogo tra servizi per adulti e servizi per adolescenti, valorizzando le differenze nell'approccio a queste diverse età della vita.

Infine, anche nella prospettiva di un cambio generazionale degli operatori, la Regione deve impostare la visione, la programmazione e la gestione dei nuovi servizi per i giovani sulla base delle prove scientifiche nella dimensione della cura



INTERVENTO PRECOCE

In Campania, uno dei punti di maggiore difficoltà nell'intervenire precocemente su un paziente schizofrenico è costituito dalla poca collaborazione tra medicina del territorio ed ospedali.

Questa situazione non permette alla medicina territoriale di intercettare la gran parte degli esordi psicotici nella fase prodromica della malattia.

Il paziente a quel punto viene intercettato solo durante eventi psicotici nella fase acuta della malattia facendo coincidere il primo approccio alle cure con il primo ricovero e si trasforma in un evento traumatico per il paziente.

Riuscire a cambiare questo approccio è fondamentale per migliorare le cure e la qualità della vita dei pazienti schizofrenici.

Attualmente in Campania molti pazienti devono aspettare fino a 3 anni dal primo esordio di malattia prima di ricevere un trattamento, questo intervallo di tempo va ridotto il più possibile.

IL RUOLO DEL MMG

Il medico di medicina generale con il suo ruolo di "porta di accesso" al sistema sanitario rappresenta l'opportunità migliore per il SSR di intercettare i pazienti schizofrenici.

Tutto l'onere però non può ricadere su una categoria di medici già oberata di lavoro ed è quindi necessario creare strumenti organizzativi e gestionali in grado di supportare i MMG e di potenziare la comunicazione e la collaborazione con gli specialisti.



Compiti della medicina generale

- Aumentare la sensibilità diagnostica nelle fasi precoci della malattia
- Individuare i problemi psichici in riferimento al contesto ed all'ambiente di vita
- Ritardare fortemente l'evoluzione del quadro clinico verso lo stato invalidante e consolidato del paziente
- Intercettare i problemi sospetti (quadri clinici mascherati)
- Favorire strategie organizzative per migliorare la presa in carico
- Utilizzo mirato delle risorse finalizzate al trattamento farmacologico appropriato
- Conoscere i farmaci ed imparare a gestire le fasi della malattia
- Costruire modelli di PDTA condivisi con gli attori coinvolti nelle varie fasi della malattia

Strumenti a disposizione della medicina generale

- Connessione alla rete, sistema TS
- Informatizzazione di sistema 100%
- Flussi prescrittivi 100%
- Prescrizione per ICD9-CM
- Connessione a piattaforme della professione
 - Connessione delle stesse a quelle regionali
- Possibilità di audit e monitoraggio di alert (dashboard della professione)



Obiettivi del MMG

- Intercetto tempestivo del paziente
- Evitare o limitare la progressione della malattia
- Trattamento adeguato, utilizzo appropriato del farmaco
- Individuare “pazienti mascherati” nella popolazione assistita
- Favorire l’aderenza ai trattamenti
- Favorire la presa in carico, gestione integrata con lo specialista
- Educazione del paziente
- Sorveglianza



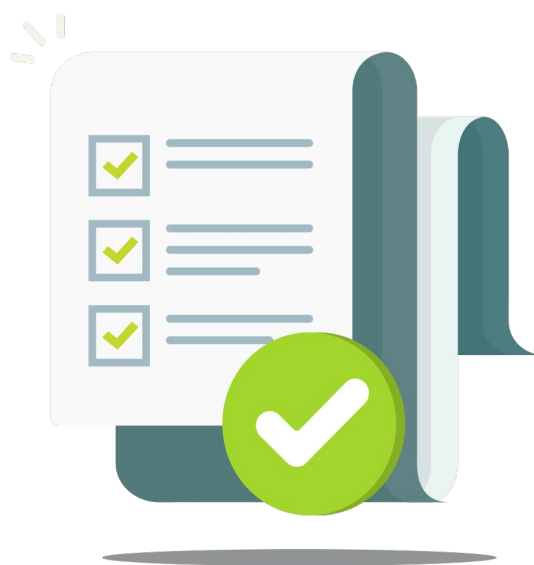
CONCLUSIONI

La schizofrenia è una patologia trattabile con un approccio integrato e multidisciplinare.

La Regione Campania deve potenziare, attraverso gli investimenti necessari, su temi cruciali della prevenzione e della 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 tra 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 a 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 per i pazienti giovani.
- I nuovi investimenti derivanti dal recovery fund e destinati all'assistenza domiciliare dovranno essere anche destinati all'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 un'impennata di persone che stanno diventando over65, questo vale sia per la popolazione in generale sia per quella dei pazienti psichiatrici. I servizi di assistenza, quindi, 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.
- Bisogna costruire una continuità e una integrazione degli interventi nei vari servizi, perché spesso si presentano pazienti con comorbidità, con disturbo da uso di sostanze, e c'è tuttora qualche difficoltà di integrazione tra i SerD (Servizi per le dipendenze Patologiche) e la Psichiatria Adulti e poi c'è anche un problema di continuità di cure con la neuropsichiatria infantile, visto che l'età di esordio, spesso, avviene in età minore.
- La pandemia ha esacerbato le problematiche della salute mentale in età pediatrica. È quindi necessario potenziare il prima possibile questo comparto per aiutare i giovani pazienti evitando così le conseguenze più drammatiche della malattia.



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

Carmela Bravaccio, Professore di neuropsichiatria infantile Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II di Napoli

Giulio Corrivetti, Direttore DSM di Salerno

Andrea Fiorillo, Professore Ordinario Dipartimento di Psichiatria Università degli Studi della Campania "L. Vanvitelli"

Silvestro La Pia, Direttore UOCSM DS 54/34 ASL Napoli 3 Sud

Ettore Mautone, Giornalista Scientifico

Mariella Mucci, Vice Presidente Associazione Itaca Napoli

Antonio Postiglione, Direttore Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale della Regione Campania

Francesca Romanin, Motore Sanità

Michele Sanza, Presidente Società Italiana di Psichiatria delle Dipendenze

Pasquale Saviano, Direttore Dipartimento ASL NA3 Sud. Membro Comitato Esperti Regione Campania per la Salute Mentale. Segretario Regionale SIP Campania

Luigi Sparano, Segretario provinciale FIMMG Napoli



Con il contributo incondizionato di



Angelini
Pharma

