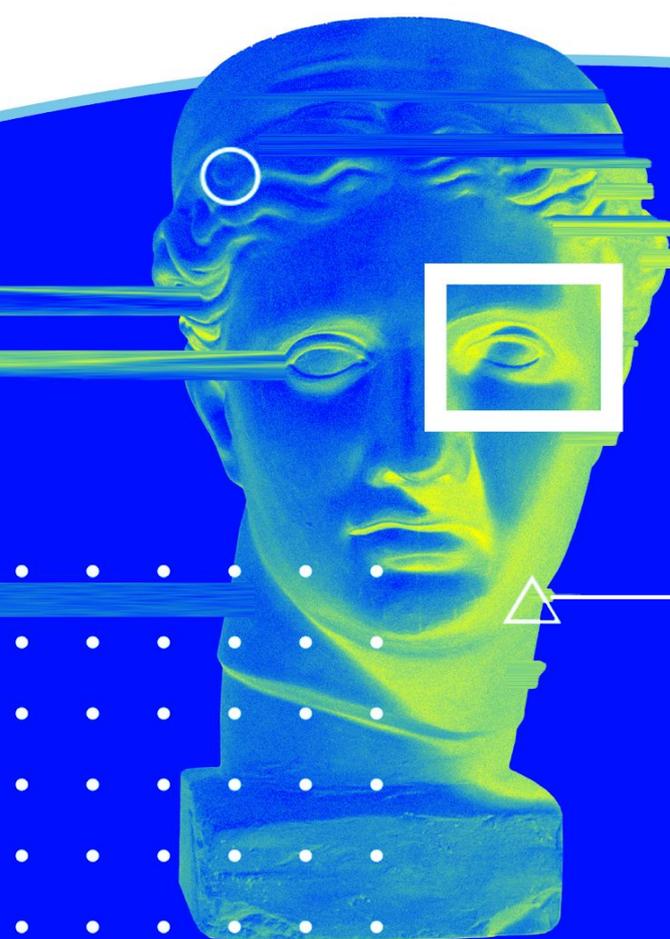


DOCUMENTO DI SINTESI



25 Maggio
2022

TAVOLO REGIONALE SCHIZOFRENIA FOCUS PIEMONTE





INTRODUZIONE DI SCENARIO

I disturbi schizofrenici interessano 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 $6,8 \times 10.000$ 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 di salute mentale pubblici. 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: QUALI NEED ASSISTENZIALI E STATO DELL'ARTE DELLA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE

- Un percorso che parte da lontano: 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.
- Assetti organizzativi: è cruciale che i dipartimenti psichiatrici lavorino coordinati all'interno di una rete in grado di dare risposte efficaci, dalla gestione della crisi alla riabilitazione del paziente stesso, supportando le famiglie e i vari attori del sistema.
- A che punto siamo e le opportunità del PNRR: l'analisi dei need assistenziali; lo stato dell'arte della presa in carico nelle diverse regioni (Lazio, Piemonte, Campania e Veneto); quali stakeholders coinvolgere.



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 al territorio, facilmente accessibile per gli utenti e fondato sull'interazione interdisciplinare e gli interventi integrati.

LA SCHIZOFRENIA IN ITALIA

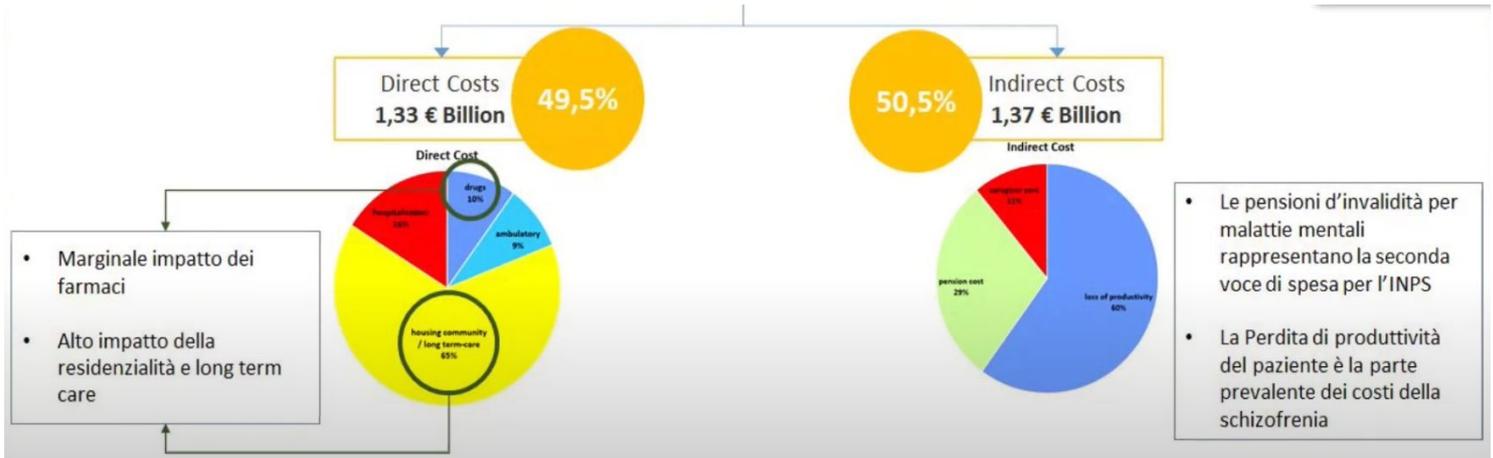
- Popolazione residente in Italia: 60.782.668 (Dati Istat)
- Prevalenza della schizofrenia: 0.5% (Dati Ministero della Salute)
- Popolazione italiana con la schizofrenia: 303.913



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

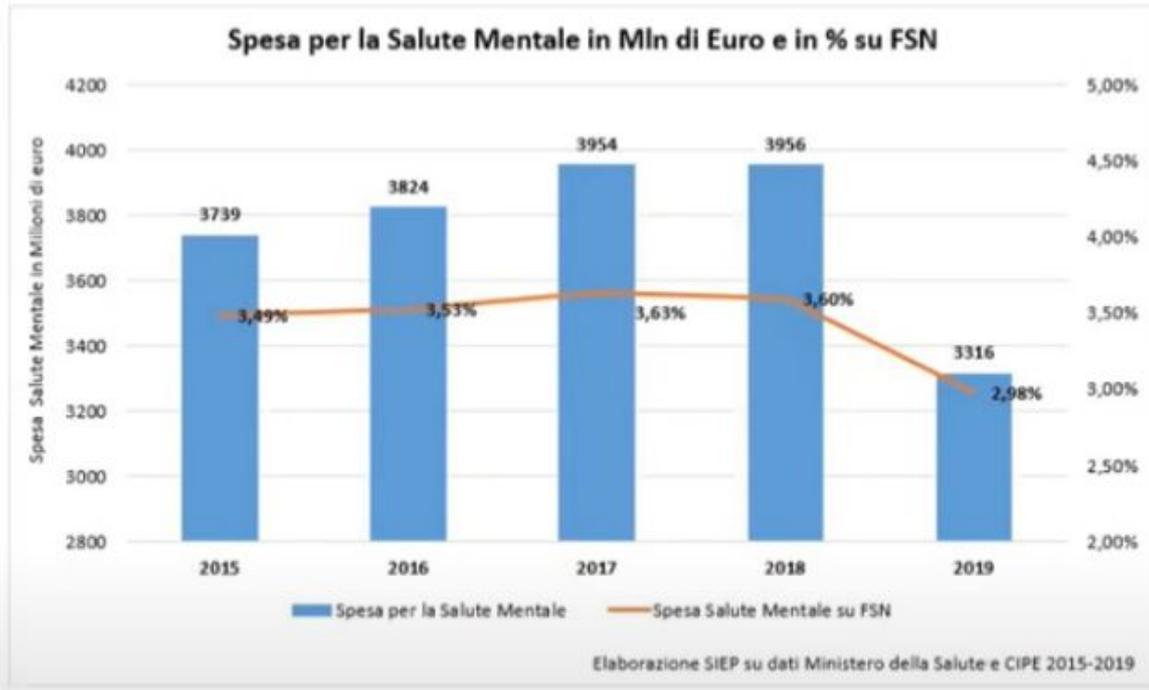


*Fonte: report EEHTA, CEIS University of Rome "Tor Vergata"

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.

LE RISORSE PER LA SALUTE MENTALE

Le risorse dedicate alla salute mentale, già di per sé insufficienti, hanno visto nel 2019 un drastico calo.



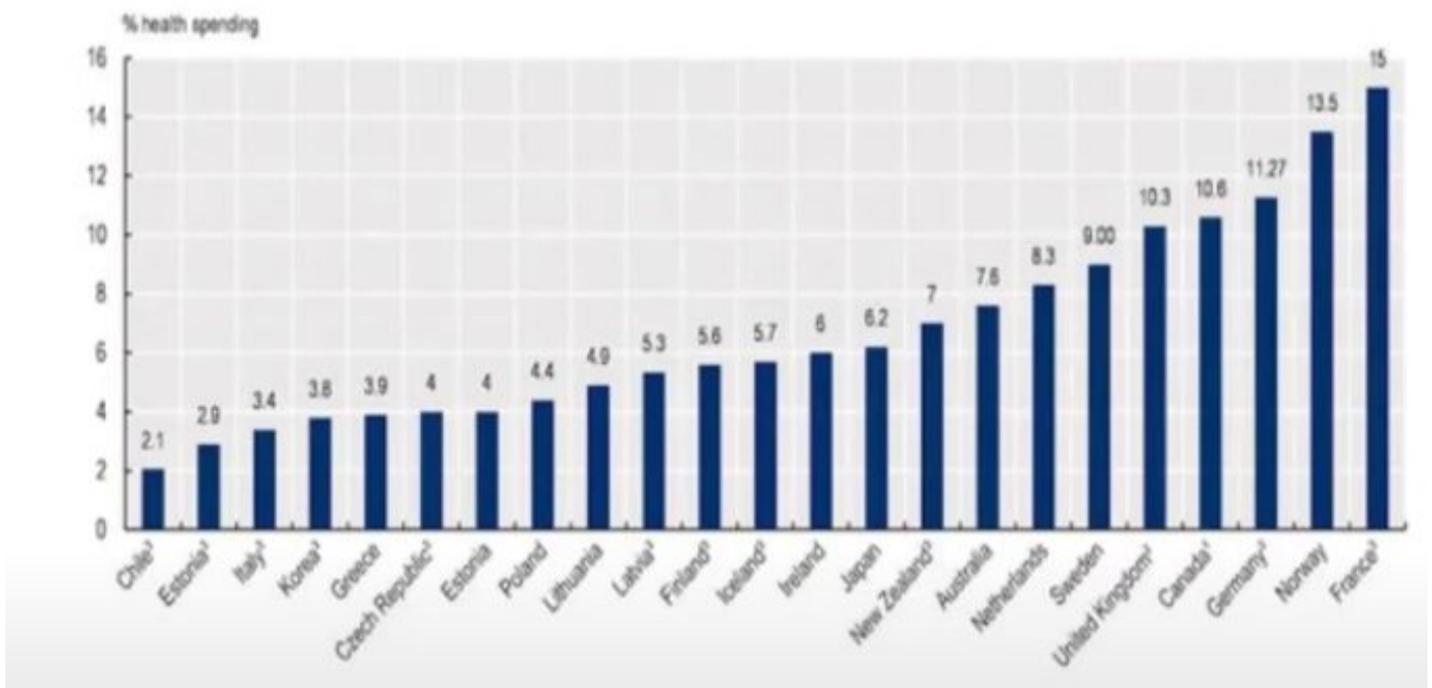
Nel 2020 la spesa registra invece un aumento di 70mln rimanendo ancora al di sotto del FSN.

Anno	Tot Fondo Indistinto FSN[1]	Spesa Salute Mentale[2]	Spesa Salute Mentale / FSN (%)
2015	107.032.486.290	3.739.512.000	3,49%
2016	108.198.967.678	3.824.693.000	3,53%
2017	108.948.660.735	3.954.097.000	3,63%
2018	109.876.848.907	3.956.194.000	3,60%
2019	111.079.467.550	3.316.332.000	2,98%
2020	113.257.674.550	3.386.704.000	2,99%



Secondo lo studio "The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. Lancet 2018; 392: 1553–98" i bilanci sanitari devono avere un maggiore stanziamento di fondi per l'assistenza in salute mentale. In generale, i Paesi a basso-medio reddito dovrebbero aumentare la loro allocazione per la salute mentale ad almeno il 5% e i Paesi ad alto reddito ad almeno il 10% del bilancio sanitario totale.

L'Italia anche comparata con i paesi OCSE investe troppo poco nel trattamento della salute mentale.





DSM - ASL Città di Torino

- L'ASL Città di Torino destina alla Salute Mentale il 3.2% del proprio budget
- 14958 utenti in carico al DSM ASL Città di Torino (1)
- 3485 (circa il 23%) dei 14958 utenti in carico hanno diagnosi (differenti) di psicosi (disturbo bipolare - altre forme di psicosi)
- 750 (circa il 5%) dei 14958 hanno diagnosi specifica di Schizofrenia
- 70% del totale del Budget assegnato nel 2021 al DSM ASL Città di Torino è destinato alla residenzialità
- Il 64% circa della spesa residenziale del DSM è dedicata a pazienti affetti da psicosi
- La percentuale corrisponderebbe a circa 16 milioni di € di spesa solo per la Residenzialità

La situazione attuale

L'Italia è fortemente in debito d'ossigeno rispetto agli altri Paesi sviluppati sulle risorse erogate alla Salute Mentale (SM). Il DSM ASL Città di Torino dedica la maggior parte delle risorse economiche al 23% dell'utenza affetta da disturbi mentali gravi (5% sono pazienti affetti da Schizofrenia - DISTURBO MENTALE A BASSA PREVALENZA ED ELEVATA DISABILITA'). Le risorse utilizzate vengono allocate soprattutto nella residenzialità, in particolare per i pazienti Schizofrenici. I pazienti con diagnosi di psicosi inseriti in Residenzialità Psichiatrica presentano un'età media di 60 anni.



Le prospettive future

La letteratura scientifica sottolinea la necessità di interventi terapeutico riabilitativi PRECOCI nella Schizofrenia per evitare la cronicizzazione e la perdita di funzionamento sociale e lavorativo; oltre alla comprensibile richiesta di un aumento di risorse diviene quindi fondamentale gestire al meglio le risorse esistenti.

1. Tendere ad orientare il più possibile le risorse dalla residenzialità verso percorsi territoriali che valorizzino la domiciliarità, la semiresidenzialità e gli interventi precoci appropriati per la cura della Schizofrenia e dei Disturbi Mentali Gravi in generale.
2. Sinergizzare i percorsi di cura anche con altri Servizi afferenti alla Salute Mentale (Dipendenze Patologiche - Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva - Psicologia Aziendale) al fine di ottimizzare le risorse ed intervenire precocemente all'esordio dei disturbi mentali in genere.
3. Analisi della domanda di assistenza per i disturbi mentali e del relativo fabbisogno per quella fascia di utenza che ad oggi non trova risposta adeguata presso i Servizi per mancanza di una specifica competenza (per esempio i pazienti con alterazioni del comportamento e disabilità intellettiva lieve o moderata, pazienti con alterazioni del comportamento connesso all'utilizzo occasionale di sostanze non assimilabili a pura dipendenza patologica, giovani pazienti con disagio psicologico accompagnato da comportamenti autolesivi).
4. La frammentazione e parcellizzazione delle cure produce inappropriatazza ed aumento dei costi sanitari.
5. Solo unendo le competenze di tutti i Servizi che si occupano di Salute Mentale (SerT - NPI età evolutiva - Disabilità - Psicologia Aziendale) è possibile fornire una risposta assistenziale di qualità e che contenga i costi.



UNO SGUARDO D'INSIEME SUL PERCORSO REALE DELLA SCHIZOFRENIA

Attualmente il trattamento della schizofrenia nel sistema di salute mentale italiano accusa diverse problematiche ed evidenzia 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 successivi.

I PERCORSI DEI PAZIENTI AUTORI DI REATO

Il 46% dei pazienti con un disturbo dello spettro schizofrenico è coinvolto in procedimenti legali:

- Pazienti con una capacità di performance ridotta
- Pazienti che hanno subito ospedalizzazioni nei 12 mesi precedenti
- Pazienti che abusano di sostanze
- Pazienti con scarsa compliance ai trattamenti antipsicotici



Tra i pazienti con un disturbo dello spettro schizofrenico coinvolti in procedimenti legali:

- 67% è vittima di un crimine
- 26 % ha compiuto reati «minori» per cui è stata disposta una misura non detentiva (libertà vigilata)
- 4% furto con scasso, atti vandalici, minaccia con armi
- 2 % furto o incendio
- 1% omicidio, prostituzione, rapina, contraffazione

Lo studio nelle carceri

Patologia Psichiatrica (studio su 33588 detenuti in 24 Paese)

- Pool Prevalence di Psicosi: 3,6% maschi (95% CI 3.1-4.29) e 3.9% femmine (95% CI 2.7-5.0)
- Pool Prevalence di Depressione Maggiore: 10.2% maschi (95% CI 8.8-11.7) e 14.1% femmine (95% CI 10.2 -18.1)

Gli autori di reato al primo episodio psicotico (27%):

- Età più giovane
- Eventi psicosociali stressanti
- Crimini violenti
- Tentativi anticonservativi
- Le vittime dei reati sono familiari



Articolazione Tutela Salute Mentale (ATSM) Casa Circondariale di Torino

- Pazienti che hanno manifestato la comparsa di un disturbo mentale durante la detenzione (ex art. 111 DPR 230/2000 o art. 148 cp)
- Pazienti che hanno manifestato la comparsa di un disturbo mentale durante la detenzione, ristretti a Torino, valutati in occasione dell'attività ambulatoriale
- Pazienti in osservazione (ex art. 112, DPR 230/2000)

Protocollo operativo di valutazione multiprofessionale:

- Valutazione internistica
- Valutazione psichiatrica
- Valutazione psicologica
- Valutazione educativa
- Valutazione infermieristica

Diagnosi	N° pazienti	% sul totale dei pazienti (n=142)
Psicosi	57	40.2%
Non Diagnosi	40	28.2%
Disturbo di Personalità	20	14.1%
Disturbo dell'Adattamento	14	09,8%
Disturbo dell'umore	8	05.6%
Disturbo Fittizio	2	01.4%
Altro	1	0.7%
Totale	142	100%



Detenuti in dimissione

- Coordinamento con Referenti Aziendali per le REMS
- Coordinamento con l'Unità Forense del Dipartimento di Salute Mentale:
- Prevenzione delle recidive
- Mappatura strutture residenziali idonee
- Formazione interna all'ASL Città di Torino

Gli autori di reato affetti da psicosi richiedono:

- Un trattamento specialistico nel corso di tutto il loro iter giudiziario
- Un'assistenza psichiatrica strutturata (ATSM), anche per coloro che non sono prosciolti per vizio di mente
- Percorsi di trattamento, strutturati su tre cardini principali: giuridico, clinico e riabilitativo, descritti nei PDTA

L'IMPORTANZA DI UNA DIAGNOSI PRECOCE

In Piemonte, come anche nelle altre Regioni d'Italia, uno dei problemi maggiori per una buona prognosi dei trattamenti di pazienti con schizofrenia o con psicosi, è intercettarli dopo pochi anni o mesi dall'esordio della sintomatologia psicotica. Questo si chiama periodo di non trattamento ed è uno degli aspetti che rende la prognosi meno favorevole, nonostante i trattamenti. In media, un paziente arriva ad avere la diagnosi del trattamento corretto a 8-10 anni dall'esordio; molto tempo dopo quindi di quello che potrebbe essere l'esordio della patologia o, quantomeno, i primi sintomi che sono anche dei sintomi prodromici che insorgono anche in età giovanile.



IL REINSERIMENTO LAVORATIVO

Un altro aspetto da sottolineare è quello dell'inserimento lavorativo anche in pazienti che sono in carico ai Servizi di Salute Mentale quindi con diagnosi fatta e anche con invalidità della Legge 68, invalidità lavorativa con obbligo di assunzione e c'è una grossa difficoltà da parte delle aziende a inserire tra i loro dipendenti persone che abbiano questo tipo di invalidità legato alla patologia mentale. In Regione Piemonte è in corso un progetto di reinserimento lavorativo, utilizzando le multe che le aziende pagano per non ottemperare la Legge 68, e quindi rinforzare la possibilità che pazienti anche con schizofrenia possano essere inseriti nel mondo del lavoro.

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; non si deve sottovalutare inoltre l'impatto sulla spesa previdenziale dei pazienti schizofrenici che è in continua crescita: PI e AOI supera 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 della spesa per prestazioni previdenziali che potrebbe quindi essere reinvestita 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 Piemonte deve potenziare gli investimenti necessari sui temi cruciali della prevenzione e della diagnosi precoce, nonché sull'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.

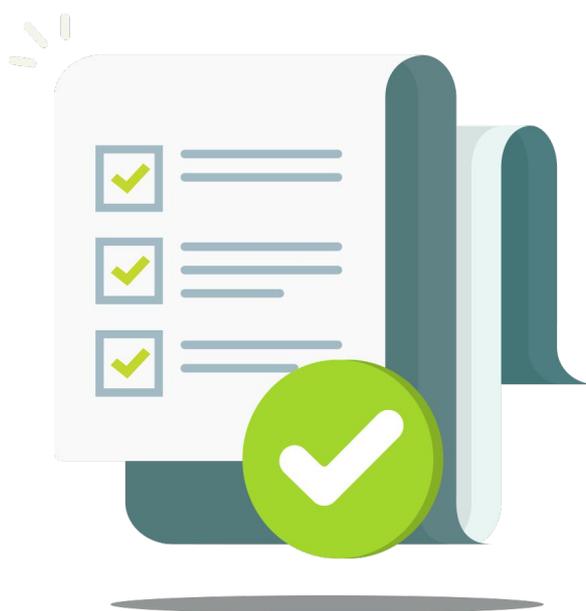


CALL TO ACTION

- 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 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 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.





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

Graziella Gozzellino, Presidente Di.A.Psi Difesa Ammalati Psicici Piemonte

Silvio Magliano, Componente IV Commissione Piemonte

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

Carlo Picco, Direttore Generale ASL Città di Torino

Paola Rocca, Professore Ordinario Psichiatria, Dipartimento di Neuroscienze, Università degli Studi di Torino, Direttore SC Psichiatria U, Dipartimento Neuroscienze e Salute Mentale AOU Città della Salute e della Scienza di Torino

Francesca Romanin, Motore Sanità

Alessandro Stecco, Presidente IV Commissione Sanità, Regione Piemonte

Patrizia Vaschetto, Direttore Responsabile SS Psichiatria "il Sestante" e Psichiatria Forense ASL Città di Torino

Vincenzo Villari, Psichiatra e Psicoterapeuta, Direttore Dipartimento Neuroscienze e Salute Mentale e Direttore SC Psichiatria SPDC, AOU Città della Salute e della Scienza di Torino

Enrico Zanalda, Direttore DSM Interaziendale ASL TO 3 - Past President SIP

Claudio Zanon, Direttore Scientifico Motore Sanità



Con il contributo incondizionato di



Angelini
Pharma

