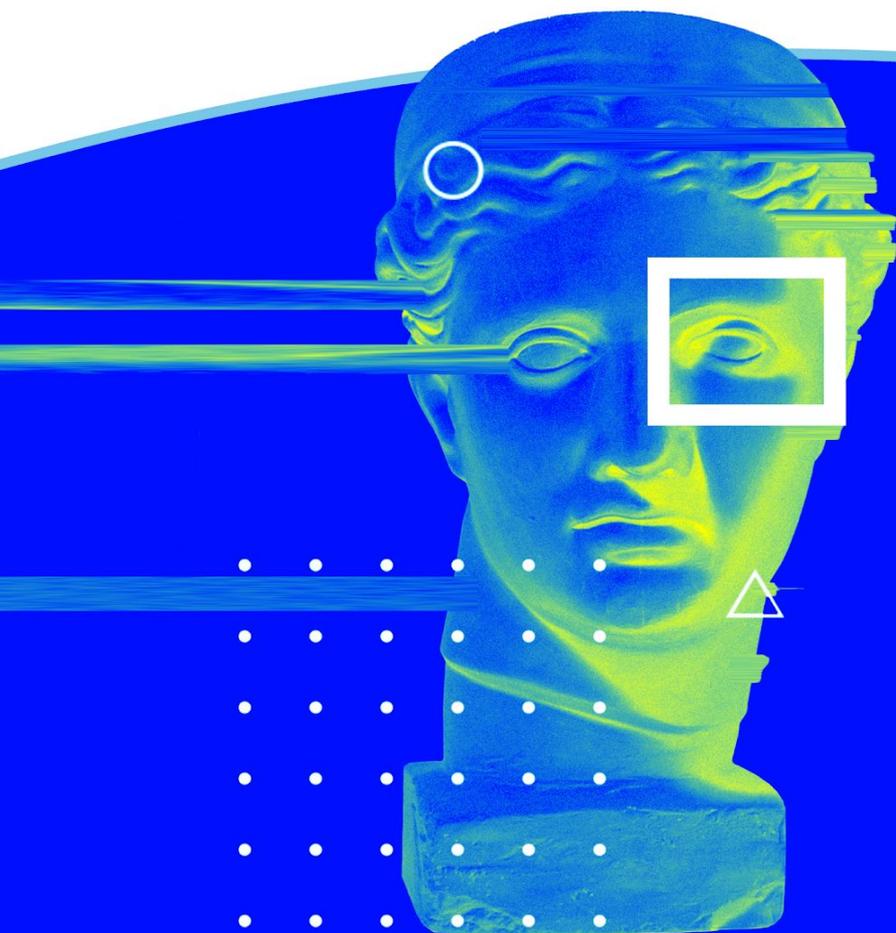


# DOCUMENTO DI SINTESI



## TAVOLO REGIONALE **SCHIZOFRENIA** FOCUS VENETO



**20 LUGLIO 2022**  
dalle 10:30 alle 13:00

Con il patrocinio di





## INTRODUZIONE DI SCENARIO

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.



## 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.

### Trattamenti sanitari obbligatori (TSO) x 10mila abitanti

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 preso in carico "ordinario" 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

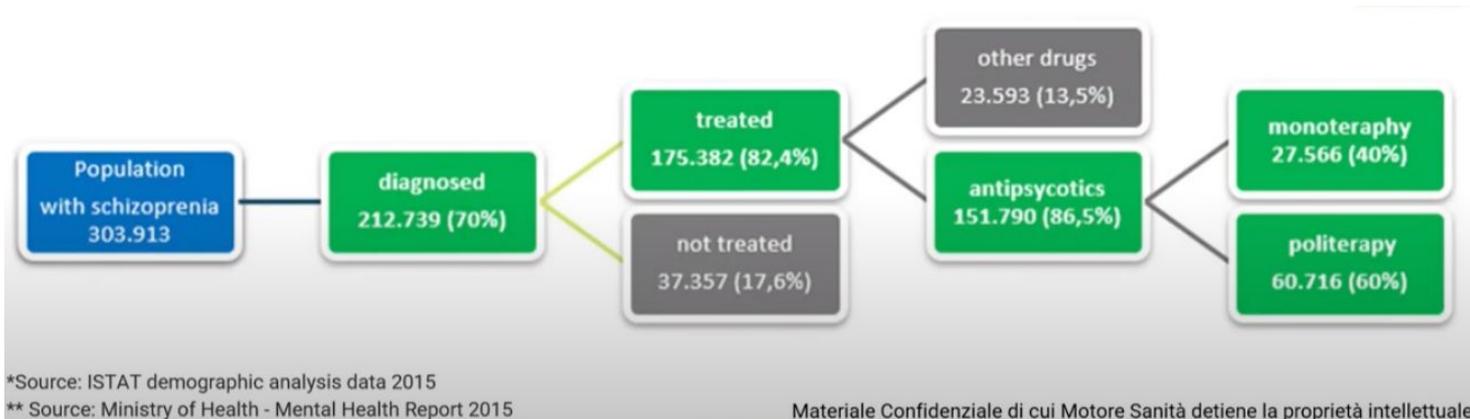
Regione	Tasso
PIEMONTE	1,37
VALLE D'AOSTA	2,99
LOMBARDIA	0,96
PA BOLZANO	0,22
PA TRENTO	0,95
VENETO	0,98
FRIULI VENEZIA GIULIA	0,43
LIGURIA	1,19
EMILIA ROMAGNA	2,64
TOSCANA	1,16
UMBRIA	1,94
MARCHE	5,68
LAZIO	1,46
ABRUZZO	1,49
MOLISE	1,61
CAMPANIA	1,90
PUGLIA	2,07
BASILICATA	0,72
CALABRIA	2,10
SICILIA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

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

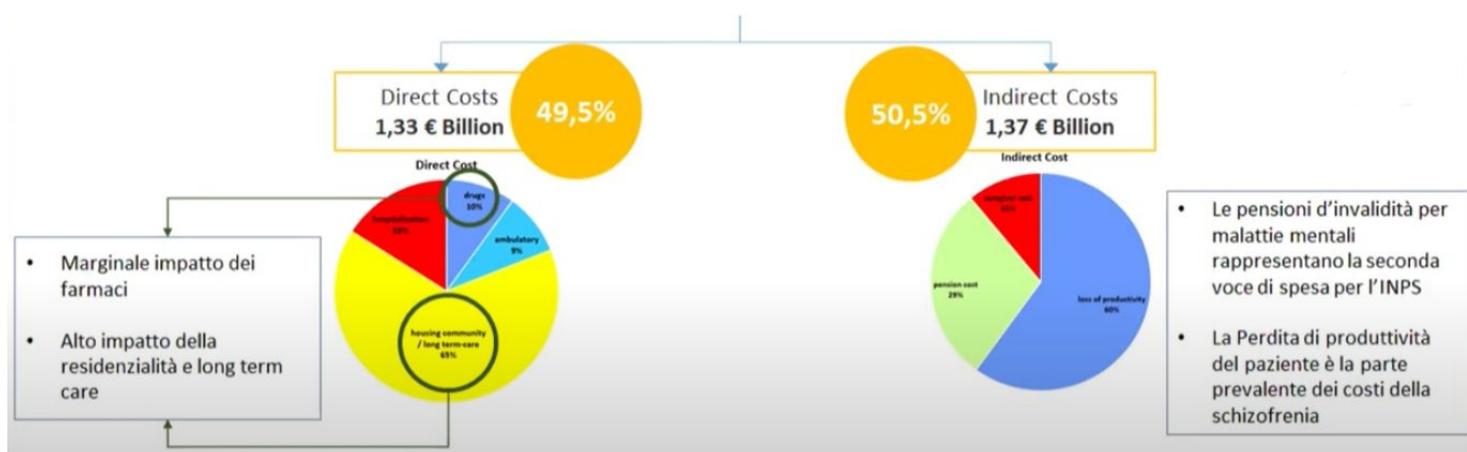


## LA SCHIZOFRENIA IN ITALIA

- 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



## I costi della schizofrenia

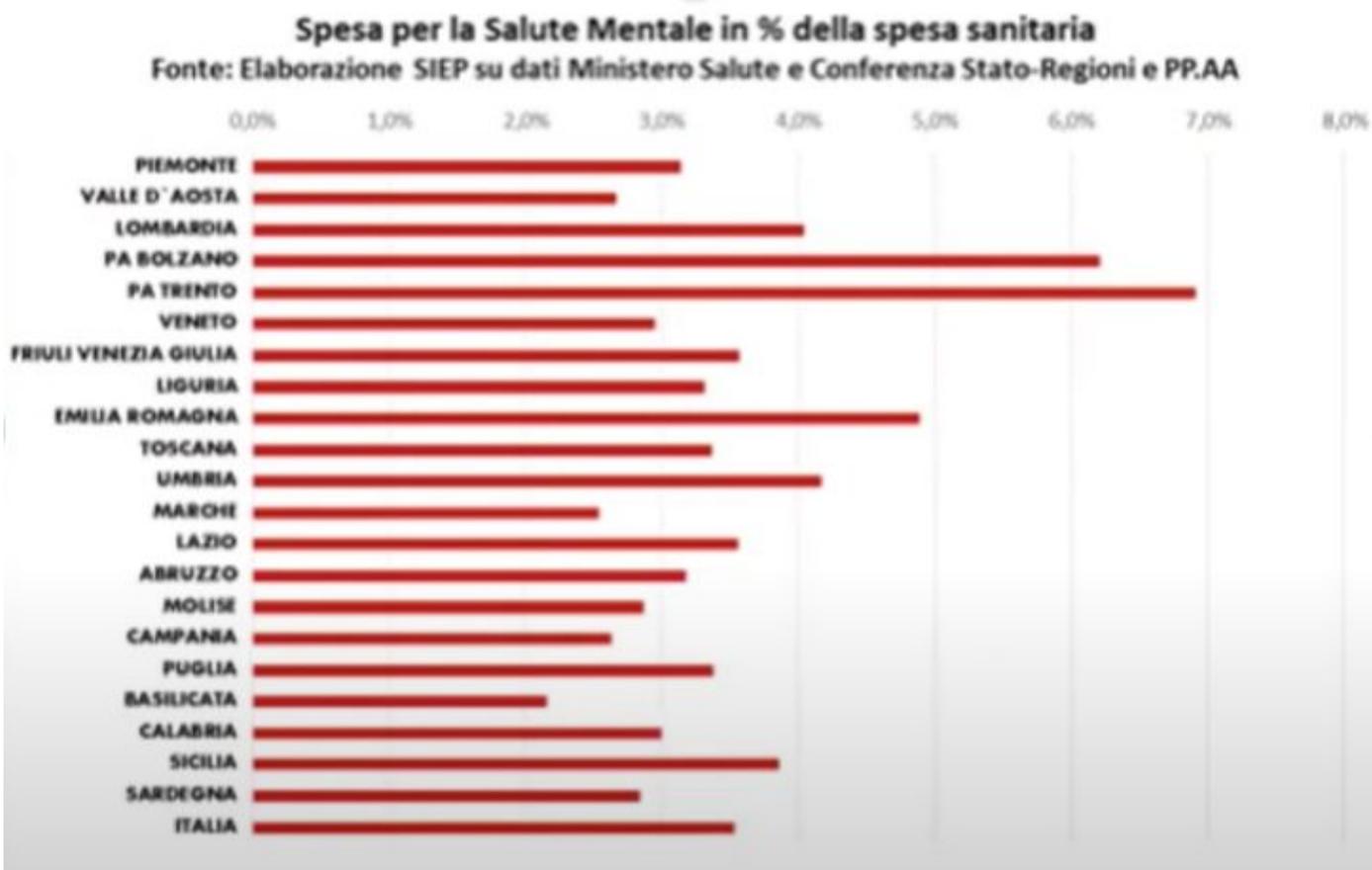


\*Fonte: report EEHTA, CEIS University of Rome "Tor Vergata"



## La spesa per la salute mentale in Italia

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.





## **L'UTILIZZO DI ANTIPSIKOTICI IN VENETO**

Se i dati relativi ai TSO in Veneto sono più bassi di altre regioni italiane lo stesso per la spesa e quindi il consumo di antipsicotici.

In Veneto il consumo di questi farmaci si attesta a 9-9,8 DDD/1000abitanti mentre in regioni più popolose e con un numero simile, in percentuale, di TSO il consumo di questi farmaci risultato più bassi; come nel caso della Lombardia dove il consumo è di circa 6,8 DDD/1000abitanti.

Un altro caso esempio è l'Emilia-Romagna che ha un consumo simile al Veneto di antipsicotici (9-10 DDD/1000abitanti) ma spende per la salute mentale il 5% del budget a fronte del 3% speso in Veneto. È quindi necessaria una riflessione da parte di tutti gli operatori e decisori sul tema dell'uso dei farmaci.

## **L'IMPORTANZA DELL'ASSESTMENT DIAGNOSTICO**

Uno dei bisogni irrisolti che andrebbe gestito con maggior precisione è sicuramente l'assessment diagnostico, la possibilità di rivalutare la diagnosi e di ristadiare la malattia schizofrenica nel tempo, ma la specificità e la stadiazione può essere fatta anche quando i pazienti diventano resistenti per terapie inappropriate o perché semplicemente neurobiologicamente sono destinati a sviluppare resistenza.

Queste sono due sotto-popolazioni di pazienti resistenti che andrebbero individuati più possibilmente in maniera precisa, con strumenti diagnostici che devono essere implementati nei servizi.

Se il rilancio della sanità deve essere nell'immediato futuro anche sulla salute mentale visto i fondi che potranno arrivare grazie al PNRR, un modo per spendere bene queste risorse sarà quello di incentivare, anche a livello formativo, a creare degli psichiatri che, fin dall'inizio, si pongano delle domande per come autovalutare anche l'esito degli interventi e l'esito delle loro diagnosi.



## **L'IMPORTANZA DELLA DIAGNOSI PRECOCE E DI UNA RAPIDA PRESA IN CARICO**

A dare speranza ai pazienti e ai familiari negli ultimi decenni sono gli studi che si sono concentrati sulla individuazione precoce dell'esordio psicotico che è mirata ad ottimizzare il sistema di riconoscimento dei soggetti ad alto rischio e/o con esordio psicotico.

Sempre più diffusa (anche se non sempre sufficiente) è diventata prassi la presa in carico integrata da parte dei servizi territoriali finalizzata ad una recovery clinica, personale e sociale più ampia possibile. Il Dipartimento di salute mentale, i distretti sanitari, i servizi sociali, il volontariato e il privato/sociale hanno contribuito in Veneto a realizzare una rete di prossimità con i medici di medicina generale, centri adolescenza e scuole, per migliorare l'individuazione precoce e la presa in carico assistenziale.

## **IL PUNTO DI VISTA DELLE ASSOCIAZIONI**

La fase più cruciale e drammatica per un paziente schizofrenico, ed i suoi familiari, è sempre l'esordio. È quindi fondamentale che il SSR riesca a garantire una diagnosi precoce e una presa in carico che coinvolga anche i familiari del malato.

La diagnosi precoce, cioè alle prime avvisaglie della patologia, può evitare che il paziente stesso ed i suoi familiari arrivino completamente impreparati alle fasi più "esplosive" della malattia. Inoltre creare un percorso di presa in carico in grado di coinvolgere oltre il paziente anche i suoi familiari può garantire un migliore outcome per il paziente ed un concreto aiuto per le famiglie molto spesso soverchiate dall'evento.

Lo stigma, secondo le associazioni intervenute, resta sfortunatamente ancora un punto dolente in Italia. Su questo aspetto è quindi agire con maggiore forza con campagne di sensibilizzazione e informazione; campagne che devono essere svolte di concerto tra tutti gli stakeholders.

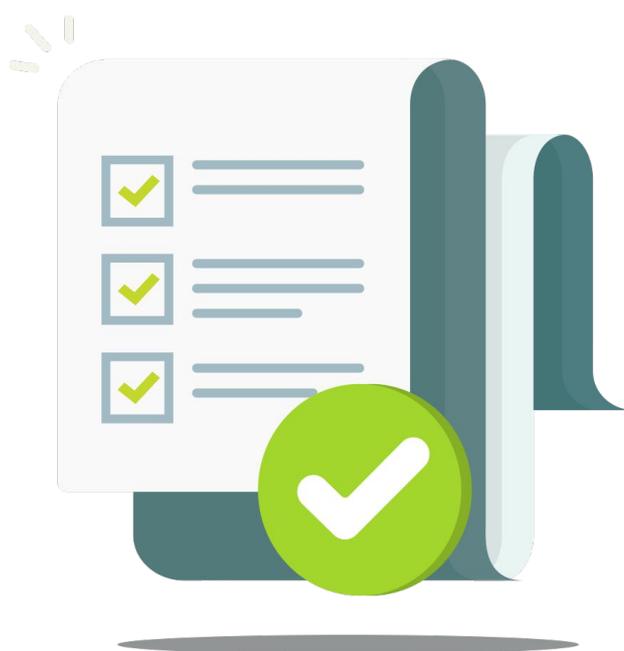


## CONCLUSIONI

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





## ACTION POINTS

- È necessario aumentare le risorse economiche destinate alla tutela della salute mentale.
- Bisogna potenziare i sistemi volti al reinserimento dei pazienti nel mondo sociale.
- È fondamentale ridurre il ricorso alla residenzialità, quando possibile.
- Bisogna cambiare l'attuale cultura legata alla spesa della salute mentale; è importante preferire l'esito clinico al "prezzo" delle cure.
- Bisogna creare un tavolo regionale, con la presenza di farmacisti e psichiatri, sulla distribuzione diretta dei farmaci.
- 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 e 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 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 il prima possibile evitando così le conseguenze più drammatiche della malattia.



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

**Anna Maria Basile**, Responsabile UOC Neurologia OSA Azienda Ospedaliera Universitaria Padova

**Valentino Bertasi**, Direttore UOC Farmacia Ospedaliera, Distretto 4 Ovest Veronese ULSS 9 Scaligera

**Maurizio Cancian**, Presidente SIMG Veneto

**Giuseppe Imperadore**, Responsabile UOC di Psichiatria 1 ULSS 9 Scaligera

**Silvana Marzagalli**, Vice Presidente A.I.T.Sa.M.

**Giorgio Pigato**, Responsabile UO Servizio Psichiatrico - Clinica Psichiatrica - AOUP

**Francesca Romanin**, Motore Sanità

**Mirella Ruggeri**, Direttore UOC di Psichiatria Clinica AOUI Verona, e Professore Ordinario di Psichiatria, Università di Verona

**Diego Saccon**, Psichiatra e Psicoterapeuta - Direttore SERT ULSS 4 Veneto Orientale

**Michele Sanza**, Presidente Società Italiana di Psichiatria delle Dipendenze

**Claudio Zanon**, Direttore Scientifico Motore Sanità



Con il contributo incondizionato di



**Angelini**  
Pharma

