

I DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE
SONO ADEGUATI AI
BISOGNI DEI PAZIENTI?

Fabrizio Asoli

COME RISPONDERE CORRETTAMENTE A QUESTI INTERROGATIVI?

- Studi valutativi di efficacia per i pazienti trattati nei Servizi
- Studi di popolazione per valutare i pazienti che non vengono ai Servizi

la psichiatria di comunità'

E' UN SISTEMA DI CURE:

- STRUTTURALMENTE: in cambiamento e in adattamento continuo
- ATTENZIONE: alla salute mentale della popolazione
- METODO: massima flessibilità ai bisogni degli utenti
vs. rigidità della psichiatria istituzionale
- SCOPI: cure adeguate ai bisogni, accessibilità, tempestività
- OGGI: *particolare criticità*

IN 30 ANNI SI E' MOLTO ESTESA L'OFFERTA DEI SERVIZI!

- 1977: ~ 70.000 pazienti in O.P.
e qualche migliaio di pazienti in carico ai pochi C.I.M.
operanti
- 2002: > di 1.000.000 di pazienti in carico ai D.S.M.
à enorme aumento **QUANTITATIVO**.
Ma anche cambiamento **QUALITATIVO**!

IN QUESTI 30 ANNI I PAZIENTI SONO MOLTO CAMBIATI

- 1) è scomparsa una generazione di pazienti
- 2) i grandi mutamenti sociodemografici
- 3) le “sorprese” epidemiologiche
- 4) la crisi della famiglia

1) la scomparsa di una generazione di pazienti

I PRIMI PAZIENTI dei DSM.... non sono (quasi) più nei nostri Servizi:
sono deceduti, affidati ad altri Servizi, autosufficienti....

.

1) ex O.P. con alti livelli di istituzionalizzazione

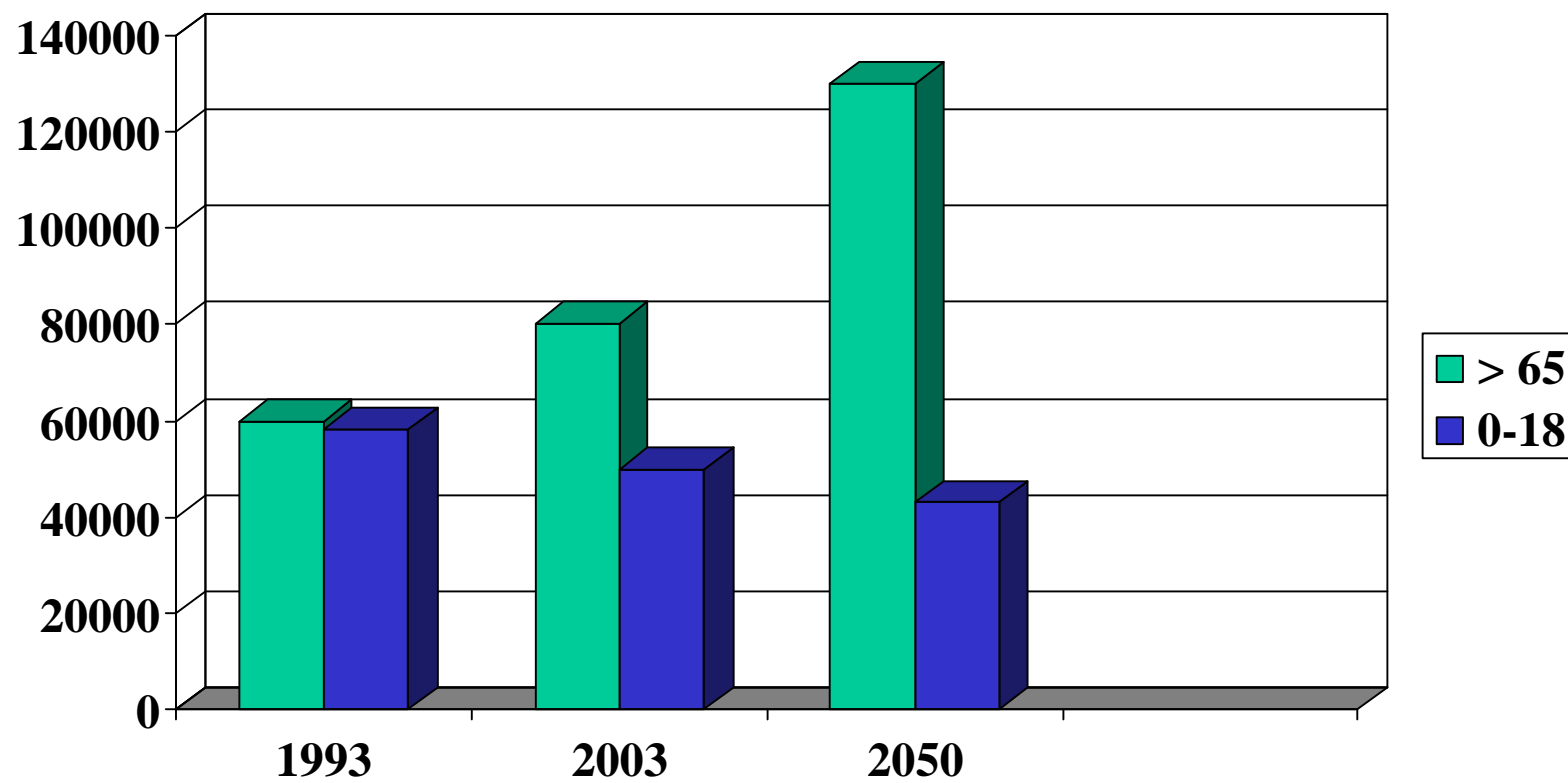
2) pazienti con una storia di patologie (quasi sempre gravi), comunque
cronicizzate

- alti livelli di disabilità
- scarsa autosufficienza, alta dipendenza
- forte bisogno non solo di riabilitazione, ma anche di tutela e di protezione
- età avanzata: adulti o anziani
- fortemente stigmatizzati

2) i grandi mutamenti demografici

- DIMINUZIONE DEI GIOVANI
(..e della schizofrenia)
- AUMENTO DEGLI ANZIANI
(..e della depressione e della demenza)
- L'ARRIVO DEI MIGRANTI

POPOLAZIONE Città di Bologna



3) le “sorprese” epidemiologiche

LA “ESPLOSIONE” DI ALCUNI DISTURBI:

- L’”epidemia” dei Disturbi di Personalità, associati o no a Disturbi psichiatrici
- Disturbi del Comportamento Alimentare
- Disturbi di Abuso
- Le Comorbilità

4) Il cambiamento della famiglia

- CRISI DELLA FAMIGLIA (separazioni, divorzi)
 - + vulnerabilità membri più fragili
- CRISI DEL RUOLO PEDAGOGICO
 - + vulnerabilità figli
 - tipicità dei disturbi rispetto al fallimento educativo
(rispetto a: realtà, limiti, principio di autorità, capacità di elaborazione delle frustrazioni, ...)

CONSEGUENZE (1)

1) È CAMBIATO IL **PROFILO DIAGNOSTICO**:

- - Schizofrenia
- + + + Disturbi affettivi
- + Dist Personalità + Dist. Psichiatrici
- + + Dist. Personalità, DCA, Dist. Abuso sostanze
(*pervasività dei Disturbi di Personalità*)
- + + + Dist Psichiatrici + Dist Abuso sostanze
- + pazienti extracomunitari

CONSEGUENZE (2)

2) E CAMBIATA **L'ETA' DI ACCESSO**: I PAZIENTI SONO PIU' GIOVANI

età media del 1° contatto di un paziente schizofrenico con i Servizi Psichiatrici (BO):

- **1979**: 32 anni
- **1992**: 27 anni
- **2002**: 20 anni

Ricadute e implicazioni

a) è migliorata l'accessibilità ai Servizi

- **IMPLICAZIONI QUANTITATIVE:** la saturazione dei Servizi

b) le nuove patologie interessano soprattutto i giovani,
anche minorenni

- **IMPLICAZIONI QUALITATIVE:**

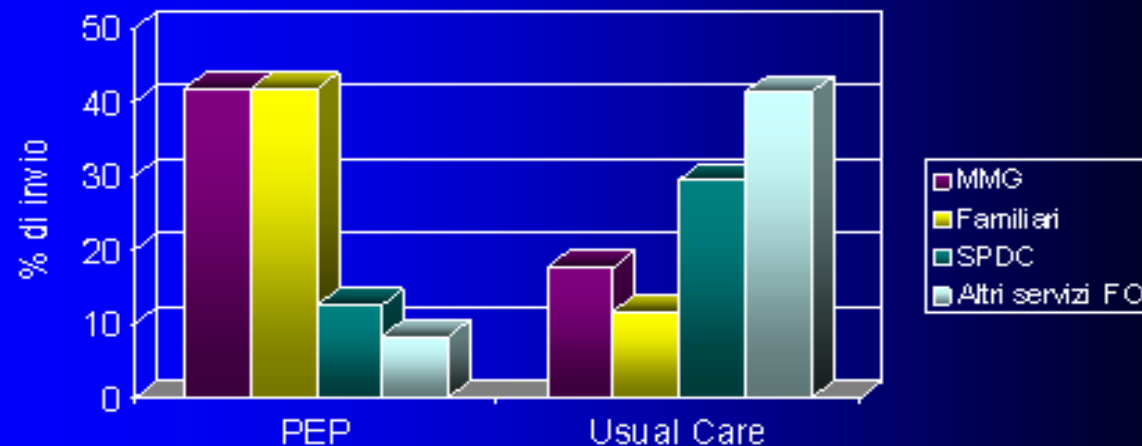
1) trattamento dei disturbi all'esordio è diverso a quello dei disturbi stabilizzati e cronici

2) problemi di “aggancio” dei pazienti giovani

ESORDIO SCHIZOFRENICO (Studio Bologna 2001-2006)

Progetto Esordio Psicotico (PEP) esiti

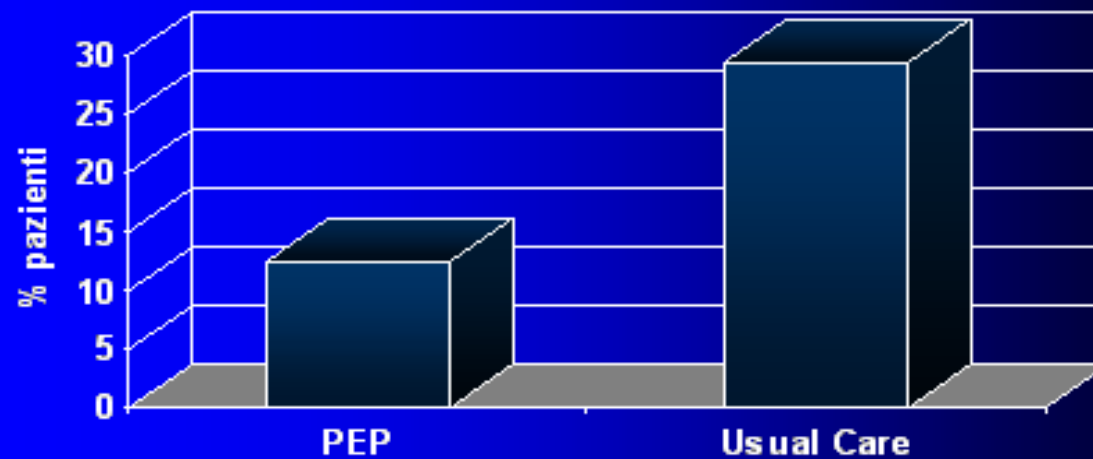
Accesso al CSM



ESORDIO SCHIZOFRENICO (Studio Bologna 2001-2006)

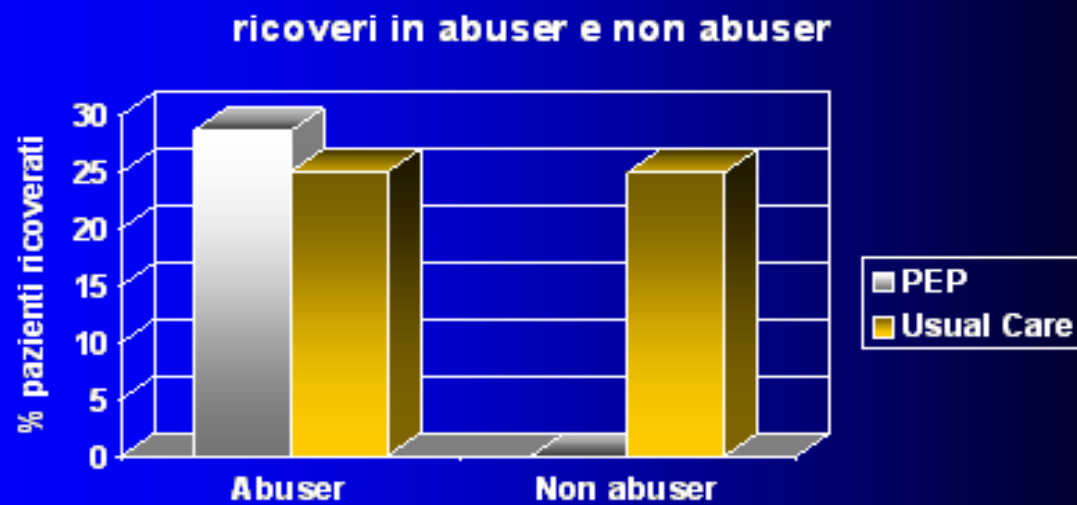
Progetto Esordio Psicotico (PEP) **esiti**

drop out ad 1 anno



ESORDIO SCHIZOFRENICO (Studio Bologna 2001-2006)

Progetto Esordio Psicotico (PEP) esiti



ESORDIO SCHIZOFRENICO (Studio Bologna 2001-2006)

UTILIZZO DELLE RISORSE per i non-abuser

- 0 gg. Centro Diurno
 - 0 gg. Strutture Residenziali
 - 0 gg. SPDC
-
- coinvolgimento pieno del MMG
 - intensa attività domiciliare nei primi 6 mesi
 - 1 case manager
 - intervento intensivo in famiglia (psicoeducazione/supporto)
 - attività di gruppi (“timidi”, “giovani donne”, etc.)
 - coinvolgimento scuola se richiesto da p.te/famiglia/ insegnanti (psicoeducazione)
 - coinvolgimento “Agenzia lavoro” se il p. lavora o è in cerca di lavoro

CONSEGUENZE (3)

3. E' CAMBIATA LA FAMIGLIA:

- sempre più spesso, invece che essere un punto di appoggio per l'intervento è essa stessa in crisi o inesistente
- impoverimento della rete sociale e delle nostre strategie di intervento: i pazienti sono più soli (sia i giovani che gli anziani)

CARATTERISTICHE DEI PAZIENTI “VECCHI” vs. “NUOVI”

“VECCHI” PAZIENTI

- **compromissioni cognitive importanti**
à necessità di supporto/dipendenza
- **capacità relazionali menomate**
à forte bisogno di tutela e protezione
- **alti livelli di disabilità**
à centralità della riabilitazione
- **età matura**
à ruolo vicariante degli operatori

“NUOVI” PAZIENTI

- **compromissioni cognitive basse**
à autonomia/indipendenza
- **autonomia relazionale**
à rifiuto di aiuto (bassa compliance)
- **scarse disabilità**
à importanza delle vulnerabilità
- **giovani**
à refrattarietà al mondo (e ai Servizi) degli adulti.

PROBLEMI SPECIFICI DEI NUOVI PAZIENTI

- Non solo sintomi.
Anche importanti problemi comportamentali (impulsività, discontinuità, aggressività, abuso di sostanze)
- Riconoscono sofferenza ma disconoscono le cause
- Difficoltà di aggancio/bassa compliance/rifiuto: (molto) saltuari frequentatori dei Servizi. Spesso solo nei “momenti di crisi”
- Mettono in crisi il modello della presa in carico (continuità, tempi lunghi, paternalismo) e la offerta di riabilitazione. Quindi il modello attuale dei nostri Servizi: “non ci stanno!”

I SERVIZI

sono “in ritardo”!

- Modelli di approccio datati e inadeguati (P.O.N. 1994).
- L’esperienza passata non ci aiuta!
- Autocentrati e refrattari al trattamento di comorbidità (più attenti ai “confini” che alle collaborazioni) che richiedono interdisciplinarietà
- L’alleanza terapeutica basata sulla presa in carico e su “tempi lunghi” di trattamento viene rifiutata

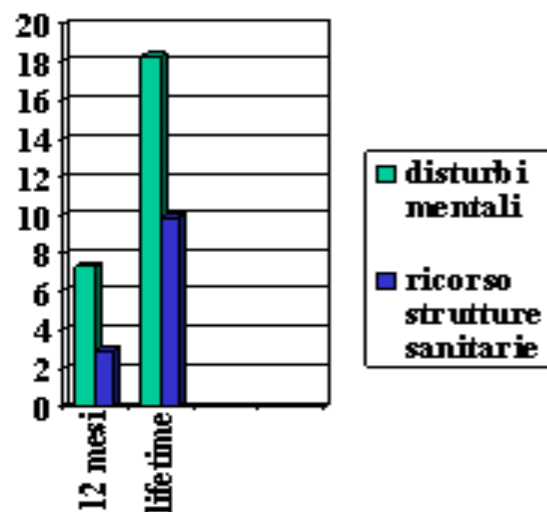
I PROFESSIONISTI

siamo disorientati!

- impreparazione all'approccio ai nuovi disturbi
- rifiuto (emotivo ?) verso alcune patologie (Doppia diagnosi)
- ritardo culturale vs. i Disturbi di Personalità (*Hirschfeld, 1993*: “figliastri della psichiatria”; più devianza sociale che problema sanitario; più bisogno di sanzioni che di cure..)
- riluttanza alle collaborazioni con altri Servizi

I SERVIZI SONO SUFFICIENTEMENTE ACCESSIBILI?

PREVALENZA DEI DISTURBI e UTILIZZO SERVIZI SANITARI (Studio Europeo ESEMeD-WMH, Italia)



SOTTOUTILIZZAZIONE DELLA OFFERTA ASSISTENZIALE

La maggior parte dei pazienti non è assistita né da specialisti né da servizi sanitari

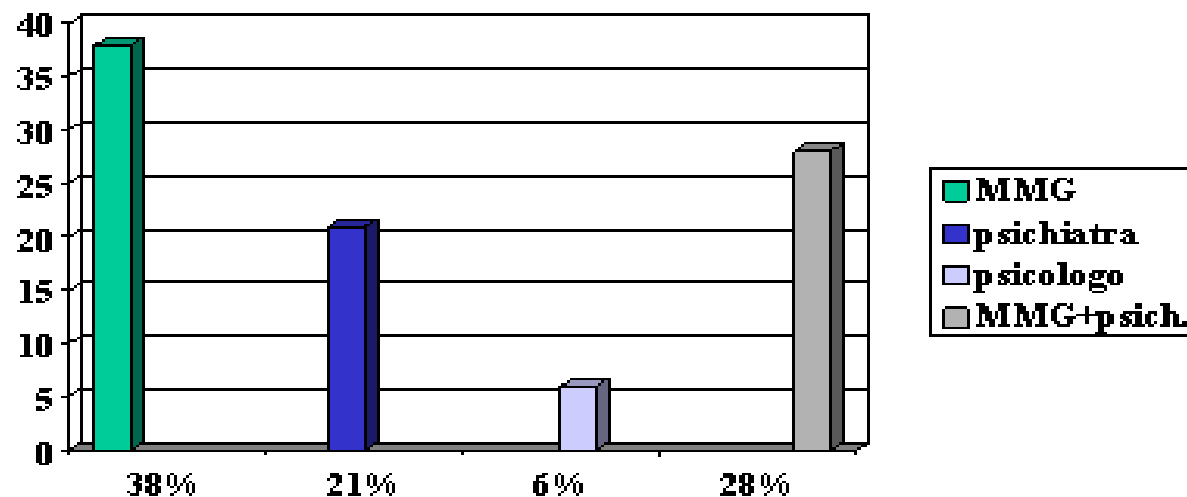
- LIMITATA ACCESSIBILITA' DEI SERVIZI?
- PARZIALE ADEGUATEZZA DEI SERVIZI?
- STIGMA?
- CARATTERISTICHE DEI PAZIENTI?

A CHI RICORRE CHI HA UN DISTURBO MENTALE?

DISTURBI MENTALI e RICORSO STRUTTURE SANITARIE. Italia
(Studio Europeo ESEMeD-WMH)

12 mesi precedenti:

2,9% di pazienti utilizzatori vs. **7,3%** di pazienti con disturbi mentali



CI SONO DIFFERENZE RISPETTO ALLA ETA'?

ETA' TOT.CAMP.: UTILIZZATORI vs NON-UTILIZZATORI

(OR ed IC 95%)

18-24

1.0

25-34

3.8 (0.7-20.7)

35-49

2.4 (0.4-13.6)

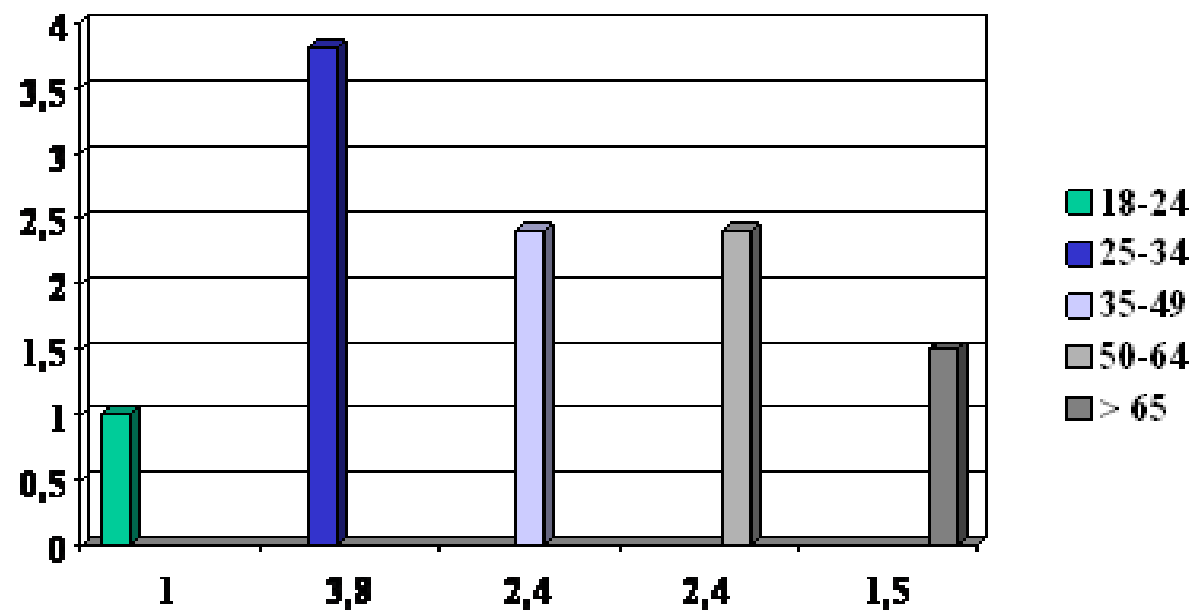
50-64

2.4 (0.4-16.3)

+ 65

1.5 (0.2-11.7)

CONTATTO CON STRUTTURE SANITARIE e
CLASSI DI ETÀ³ (12 mesi precedenti)
(Studio Europeo ESEMeD-WMH, Italia)



CHE COSA CI VIENE SOLLECITATO DAI BISOGNI DEI PAZIENTI (1)

1. Capacità di realizzare nuove modalità per costruire l'alleanza terapeutica con “*atteggiamento più attivo*”, in particolare coi GIOVANI
2. Maggiore tempestività negli interventi (*early detection*): come non lavorare con la Medicina Generale e non solo?
3. Più attenzione (e offerte di intervento) rivolte alla vulnerabilità che alla disabilità

CHE COSA CI VIENE SOLLECITATO DAI BISOGNI DEI PAZIENTI (2)

4. Nuove competenze (generali e specifiche) di tipo clinico e
trattamentale:

- adolescenza
- DCA
- Disturbi di Personalità
-

5. estendere la capacità di lavoro in equipe e migliorare la
integrazione fra i Servizi:

imparare a lavorare in équipes “allargate” e “inter-servizi”

IL VERO OBIETTIVO FINALE

ABBATTERE LE BARRIERE CHE
IMPEDISCONO IL TRATTAMENTO (O IL
TRATTAMENTO EFFICACE) DEI NUOVI
PAZIENTI

- rendere i Servizi ACCESSIBILI
- renderli più EFFICACI