



PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)





SOMMARIO

Anno XXXVII • n. 2 • luglio-dicembre

PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia
Organo della Sezione Regionale Lombarda
della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)

Fondata da:
Alberto Giannelli

Diretta da:
Giancarlo Cerveri (Lodi)

Comitato di Direzione:
Massimo Clerici (Monza)
Mauro Percudani (Milano Niguarda)

Comitato Scientifico:
Carlo Fraticelli (Como)
Giovanni Migliarese (Vigevano)
Gianluigi Tomaselli (Triviglio)
Mario Ballantini (Sondrio)
Franco Spinogatti (Cremona)
Gianmarco Giobbio (San Colombano)
Luisa Arosio (Voghera)
Carla Morganti (Milano Niguarda)
Federico Durbano (Melzo)
Alessandro Grecchi (Milano SS Paolo Carlo)
Camilla Callegari (Varese)
Antonio Magnani (Mantova)
Laura Novell (Bergamo)
Pasquale Campajola (Gallarate)
Giancarlo Belloni (Legnano)
Marco Toscano (Garbagnate)
Antonio Amatulli (Vimercate)
Caterina Viganò (Milano FBF Sacco)
Claudio Mencacci (Milano FBF Sacco)
Emi Bondi (Bergamo)
Pierluigi Politi (Pavia)
Emilio Sacchetti (Milano)
Alberto Giannelli (Milano)
Simone Vender (Varese)
Antonio Vita (Brescia)
Giuseppe Biffi (Milano)
Massimo Rabboni (Bergamo)

Segreteria di Direzione:
Silvia Paletta (ASST Lodi)
Matteo Porcellana (ASST GOM Niguarda)
Davide La Tegola (ASST Monza)

Art Director:
Paperplane snc

**Gli articoli firmati esprimono esclusivamente
le opinioni degli autori**

COMUNICAZIONE AI LETTORI

In relazione a quanto stabilisce la Legge 675/1996 si assicura che i dati (nome e cognome, qualifica, indirizzo) presenti nel nostro archivio sono utilizzati unicamente per l'invio di questo periodico e di altro materiale inerente alla nostra attività editoriale. Chi non fosse d'accordo o volesse comunicare variazioni ai dati in nostro possesso può contattare la redazione scrivendo a info@psichiatriaoggi.it.

EDITORE:

Massimo Rabboni, c/o Dipartimento di Salute Mentale
dell'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII Piazza OMS,
1-24127 Bergamo
Tel. 035 26.63.66 - info@psichiatriaoggi.it
Registrazione Tribunale Milano n. 627 del 4-10-88
Pubblicazione semestrale - Distribuita gratuitamente tramite internet.

IN PRIMO PIANO

4 La Depressione Maggiore nei Servizi di Salute Mentale: strategie di impegno per la salute dei cittadini
di Cerveri G.

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

11 Percorsi di cura e assistenza nei servizi territoriali: gruppo psicoeducazione evidence-based per giovani
di Berto E., Marchetti M., Manzone M.L.

18 La crisi della Salute Mentale con la crisi di tutto il SSN: quale destino?
di Ceglie R.

31 Utilizzo di Esketamina in CPS nel trattamento della Depressione Resistente: dati preliminari di efficacia
di De Martino C., Porcellana M., Concetto M. O., Zapparoli A., Giori C., Lawretta G., Marangelli D., Nibali L. T., Raimondo F., Bassetti R., Percudani M.

37 Tecniche di de-escalation nella prevenzione delle acuzie eteroaggressive: uno studio cross-sectional
di Galli M., Marcelli S., Gatti C., Traini T., D'Angelo G.

45 Prima di Basaglia: storia dell'organizzazione giuridica degli interventi psichiatrici di internamento
di Novaro C.

50 Sulle sfide di Franco Basaglia (e le nostre). Riflessioni a cent'anni dalla nascita
di Peloso P. F.

55 L'esperienza psichedelica. Fenomenologia e dinamica di uno stato di coscienza
di Toscano M.

CONTRIBUTI DI ALTRE SOCIETÀ SCIENTIFICHE

66 CONTRIBUTO S.I.S.I.S.M. SOCIETÀ ITALIANA DI SCIENZE INFERMIERISTICHE IN SALUTE MENTALE
Il Budget di Salute sostegno alla vita indipendente e all'inclusione sociale della persona con disagio mentale
di Moro Cesare G., De Paola T.

74 CONTRIBUTO AITERP ASSOCIAZIONE ITALIANA TECNICI DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA E PSICOSOCIALE
"Non voglio pesce tutti i giorni voglio imparare a pescare". Il modello Spinazzola per i pazienti psichiatrici autori di reato
di Decorato G., Scagliarini V., Fioletti B.

SEZIONE PSICHIATRIA NARRATIVA

81 Gli psichiatri non sanno più ascoltare le storie.
Storia di un banale turno del lunedì mattina
di Grasso F.

IN COPERTINA: Fauno danzante, ca. 49-1 AC, Casa del Fauno, Pompei,
Gary Todd from Xinzheng, China, Public domain, da Wikimedia Commons

Gli Operatori interessati a ricevere comunicazioni sulla pubblicazione del nuovo numero della rivista

PSICHIATRIA OGGI

possono iscriversi alla newsletter attraverso il sito:
www.psichiatriaoggi.it

La crisi della Salute Mentale con la crisi di tutto il SSN: quale destino?

Ceglie R.

INTRODUZIONE

Pare ormai indiscutibile che la Psichiatria / Salute Mentale stia vivendo una gravissima crisi e che questa sia coincidente con quella di tutta la Sanità pubblica italiana.

La crisi del SSN, istituito in Italia nel 1978 (legge 833), è iniziata diversi decenni orsono per cause non solo nazionali, ma universali.

Già dai primi anni '70 tutte le economie occidentali si trovarono a dover affrontare la forte espansione dell'assistenza sanitaria, in particolare di quella ospedaliera, in buona parte attribuibile all'aumento della popolazione anziana ed alla drammatica carenza di soluzioni alternative. Poiché nel mondo occidentale la medicina organizzata è, sin dall'inizio, medicina ospedaliera, i diversi paesi cominciarono a ricercare lì delle risposte. Una delle prime fu la definizione, negli USA, delle caratteristiche delle malattie croniche ("long-term patients"), ovvero di coloro che richiedono un prolungato periodo di cure, di almeno 30 gg in un O.G. e più di 3 mesi al proprio domicilio o in altre istituzioni. Era evidente, per impedire la saturazione del sistema da parte dei long-term patients, l'importanza delle strutture post-ospedaliere. Altrettanto evidente, secondo questa logica, affermare che la rete dei servizi assistenziali è unica e non può che far capo logicamente, concettualmente e funzionalmente che all'Ospedale inteso come riferimento al concetto culturale ed operativo della **Progressive Patient Care (PPC)**, definita come "una forma sia di organizzazione che di atteggiamento nel provvedere ai servizi che riguardano la salute dei pazienti, i quali sono seguiti in un ambiente adeguato alle loro necessità come: Intensive care, Acute care, Long-term care e Home care.

Circa i dipartimenti per l'ordinamento degli Ospedali, già previsti dalla 833 (insieme con l'articolazione in distretti delle UUSLL), questi si affermano in Italia dai primi anni '90, importati in Europa dagli USA allo scopo di superare il frazionamento delle unità cliniche in tante parti fra loro indipendenti per rendere più agevoli le relazioni tra discipline affini e complementari così da valutare assieme i criteri di ammissione dei pazienti, i percorsi assistenziali, le attività ambulatoriali ed il rapporto con le strutture extraospedaliere.

In realtà già precedentemente (L 595/1985), nello stabilire i nuovi principi di programmazione ed organizzazione sanitaria per gli ospedali, erano state individuate le aree funzionali omogenee e, come modalità pratica per l'avvio dei Dipartimenti, introdotto il concetto delle alte specialità, premessa del DM del 1992 sull'elenco delle alte specialità e sui requisiti necessari per ospitarle, da cui è derivato il riconoscimento delle aziende ospedaliere. La remunerazione dei ricoveri per DRG fu adottata in Italia nel 1995, dopo che negli USA (già dal 1983) aveva raggiunto gli obiettivi ricercati di una maggior attenzione sul singolo ricovero (diminuzione della degenza media, del numero dei p.l. per acuti) e della crescita dell'attività "outpatient" (aumento del DH, maggior utilizzo dei servizi territoriali, sia ambulatoriali che residenziali).

Nel 2006 Elio Guzzanti, ideatore e primo direttore di AGENAS, (creata nel 1993 quale supporto del ministero della sanità), già ministro, nonché promotore dell'applicazione del modello dipartimentale nelle strutture ospedaliere e di queste profondo conoscitore, così descriveva la situazione assistenziale in Italia:

"Ed è a questo punto che si evidenzia il modello dell'ospedale per acuti che, allora come oggi, ma anche nel prossimo futuro, non può vivere in un vuoto assistenziale circostante e non può farsi carico del crescente numero di persone con malattie croniche e/o non autosufficienti, se non quando queste presentino episodi di acuzie o di riacutizzazione, oppure necessitino di procedure diagnostico-terapeutiche o di brevi periodi di riabilitazione intensiva. Occorrono

perciò un nuovo approccio e nuove soluzioni: da un lato configurando gli ospedali strutturalmente, tecnologicamente e soprattutto organizzativamente e culturalmente per un uso appropriato dei posti letto per acuti, ma anche per una maggiore estensione e qualificazione dei servizi di emergenza, delle attività a ciclo diurno e degli ambulatori. Dall'altro lato, è necessario prevedere un'organizzazione territoriale ben articolata, ambulatoriale e residenziale che si faccia carico di risolvere, a livello della comunità, la grande maggioranza dei bisogni assistenziali dei cittadini: dalla prevenzione alla long-term care”.

Con l'aziendalizzazione (1992-1993-1999) è venuta realizzandosi continuamente una politica di “deospedalizzazione” (dismissione di massa di posti letto, chiusura di molte strutture giudicate inadeguate etc...) basata sull'errata competizione ospedale/ territorio in cui l'ospedale come istituzione veniva via via politicamente delegittimato come bene e come servizio contrapponendo ad esso il territorio come strumento per contenerne la funzione, ma soprattutto il costo. Il riferimento di quelle politiche è il DM70, bocciato dai colleghi delle altre specialità, i quali ne richiedono la revisione in senso migliorativo e che gli psichiatri (almeno quelli che lo conoscono) non hanno neppure applicato al meglio delle possibilità che pure offre. Negli anni, intanto, sono avvenute velocissime modificazioni sociali planetarie, causa e strumento di una “rivoluzione” correlata con i travolgenti sviluppi della scienza e della tecnica che hanno spinto il mondo sanitario in un universo tecnologico dove tutto avviene in tempo reale (“compressione spazio-temporale”), poco o non compreso dal mondo istituzionale sanitario, ancorato spesso a concetti ritenuti ormai obsoleti.

Altri fattori inoltre, come pandemia Covid, guerre, crisi energetica, pesante debito pubblico con denaro del PNRR a debito con vincolo progettuale di spesa a scadenza hanno certamente aggravato la crisi.

La situazione è altrettanto ed anche più grave per la Psichiatria / Salute Mentale, nata a nuova vita con la

legge 180, incorporata nella 833, la quale condivide gli stessi fattori critici che riguardano tutto il SSN con in più quelli propri e imprescindibili dalla sua natura e dalla sua storia. Non v'è dubbio che, dopo l'approvazione della legge 833, considerata generalmente una buona legge, per gli psichiatri, dopo quella della 180, giudicata un successo storico straordinario, sono stati fatti degli errori per i quali oggi siamo nelle attuali pessime condizioni.

Per gli psichiatri della SIP è lecito parlare di una “policrisi” in atto, in cui tali fattori stanno facendo da detonatore al disagio mentale, dove pagano il prezzo più alto le categorie fragili: bambini e adolescenti, donne, anziani, fasce sociali svantaggiate.

Gli allarmi di smantellamento che stanno suonando per tutto il SSN per gli psichiatri sono ancora più forti, sia perché, a motivo di quegli errori, siamo in parte già fuori dal SSN, sia perché i nostri argini da tempo erano già stati travolti dall'enorme aumento delle richieste di assistenza soprattutto giovanile.

Alla crisi è correlato il problema prioritario della mancanza di risorse che, allo stato attuale, ad avvenuta approvazione del DEF, fa emergere con chiarezza come l'incidenza PIL (spesa sanitaria già bassa nel nostro paese) sia destinata a contrarsi per il prossimo triennio passando dal 6,6% per il 2023 al 6,2 % per il 2024 e per il 2025 e poi al 6,1 % nel 2026. Altro importante problema è la mancanza di un PSN, vale a dire un'aggiornata programmazione sanitaria integrata che, in modo sinergico, proietti in una visione nazionale il tema dell'organizzazione sanitaria in ambito ospedaliero, distrettuale e preventivo, definendo anche modalità operative, tecniche ed amministrative per assicurare la necessaria integrazione all'interno dei tre ambiti sanitari e poi tra gli stessi e poi ancora con i settori del sociale e della salvaguardia dell'ambiente.

La mancanza di tale programmazione valorizza sempre di più i ruoli dei Ministri del Lavoro e dell'Ambiente nella guida di questo settore indebolendo di contro sempre più quello del Ministero della Salute.

Gli esperti affermano che solo un PSN potrebbe dare

sistematicità, indicare priorità, incentivare sinergie tra i diversi piani settoriali (fra questi è da rilevare l'adozione del Piano Oncologico Nazionale nel gennaio 2023).

A dicembre 2022 il Ministero della Salute ha inviato alle Regioni una proposta di decreto, di concerto con il MEF, in cui viene adottata la metodologia (proposta da AGENAS nel luglio del 2022) per la definizione del fabbisogno del personale degli enti del SSN. La metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del SSN, è importante perché finalizzata alla concessione dell'aumento della spesa per questo di un ulteriore 5% del FSN (in aggiunta all'incremento annuale del 10%) dell'incremento del FSR rispetto all'anno precedente.

La stessa metodologia fa riferimento per il personale in ambito ospedaliero al DM 70 (aprile 2015) e per quello in ambito territoriale (l'assistenza domiciliare integrata - ADI -) al DM 77 (maggio 2022). Nel documento ministeriale (a parte una breve nota di AGENAS in cui si cita il documento sul tema ricevuto il 30 / 8 da un "Gruppo di lavoro Salute Mentale") si precisa che la metodologia è applicata in via sperimentale per gli anni 2022-2023-2024 ed è passibile di interventi correttivi, fermo restando il generale rispetto del principio di equilibrio economico del SSN.

Si sottolinea, inoltre che, a questo scopo, AGENAS provvede ad effettuare il monitoraggio annuale dei risultati raggiunti nel territorio nazionale relazionando al MS ed al MEF sugli esiti per il progressivo consolidamento della metodologia e dei successivi aggiornamenti.

Vale ricordare, a questo punto, che AGENAS (agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali) è l'organo tecnico-scientifico del SSN che svolge, tra l'altro, oltre all'attività di ricerca, proprio la valutazione ed il monitoraggio con l'obiettivo di mettere a disposizione di tutti gli stakeholder dei dati scientificamente validati ed utili ad orientare le proprie decisioni terapeutiche, programmatiche, organizzative e politiche.

I suoi principi di riferimento (efficacia, efficienza, appropriatezza, equità, sicurezza...) non prescindono

mai dalla misurabilità ormai irrinunciabile, come ben si dovrebbe sapere, nelle nostre aziende ospedaliere.

La proposta del decreto, dei tetti imposti al fabbisogno di personale, dunque, è importante e strategica, tant'è che tutti i sindacati, tutti gli ordini professionali e tutte le società scientifiche hanno espresso unanimemente la comune rivendicazione di superarli e riaprire alle assunzioni.

Per la Psichiatria / Salute Mentale il decreto apre scenari da analizzare con grande attenzione, data la sua storia e la sua posizione, particolare ed unica all'interno del SSN.

Nel prosieguo di questo lavoro verrà analizzato in dettaglio il documento sia per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera (DM 70) che quella territoriale (DM 77) con il dovuto raffronto ovviamente, con quelli che lo hanno preceduto al riguardo della nostra disciplina e con la necessaria considerazione che, nel luglio 2023, è stato individuato dal Ministero della Salute un tavolo tecnico per la revisione del DM 70 e del DM 77 che dovrebbe concludere i lavori entro ottobre 2023.

OSPEDALE – (PERSONALE OSPEDALIERO)

Come sottolineato nell'introduzione, la diminuzione delle attività ospedaliere del SSN è un fenomeno consolidato da oltre vent'anni.

Nel 2019, alla vigilia della pandemia, le dimissioni erano scese da 12,9 milioni del 2001 ad 8.5 milioni (-34%). La riduzione di attività risulta ancora più evidente se si considera che nel 2001 la popolazione italiana era di poco più inferiore a quella odierna (57 versus 59 milioni), ma soprattutto contava circa 3 milioni di over 65 in meno che, come noto, sono i principali utenti dei servizi ospedalieri.

La diminuzione complessiva delle attività ospedaliere e la maggiore focalizzazione sulla media ed alta complessità sono venute realizzandosi già a partire dalla riduzione, a livello strutturale, dello standard dei posti letto in rapporto alla popolazione a 3,7/ 1000 ab., fissato con il DM 70 / 2015.

Lo stesso provvedimento, applicando i paradigmi del modello Hub e Spoke, ha fissato un'ampia gamma di

criteri di riferimento: i bacini di utenza delle specialità, il ruolo degli ospedali nella rete di offerte (con particolare riferimento alle reti tempo-dipendenti), la dimensione minima degli ospedali privati accreditati pluri-specialistici, gli indicatori di processo ed esito e alcuni strumenti di raccordo con il territorio (ospedali di comunità).

Con riferimento al DM 70 è stata condotta la riconversione (con contestuale riduzione) di un rilevante numero di piccoli ospedali.

È avvenuta, inoltre, con riguardo ad alcune prestazioni, una notevole concentrazione delle casistiche verso un numero minore di ospedali ed unità operative. La concentrazione delle casistiche è stata incentivata perché, per molte attività ospedaliere, è stata provata un'associazione tra alti volumi erogativi e qualità clinica, a sancire la rilevanza da attribuire al raggiungimento di una massa critica tale da consentire lo sviluppo di una *clinical competence* qualitativamente adeguata a rispondere efficacemente al fabbisogno di salute della popolazione.

Il percorso sembra ben avviato per quanto riguarda alcune prestazioni di alcune specialità, ma le sue velocità e maturità appaiono molto variabili proprio a seconda delle prestazioni e delle specialità analizzate.

Tutto questo interessa la politica, gli amministratori regionali e locali, i professionisti, gli esperti del settore ed alimenta dibattiti ai quali non dovremmo essere estranei perché il sistema non è un monolite e le dinamiche generali tendono a celare le tendenze ben più eterogenee delle singole discipline mediche o dei più rilevanti gruppi di prestazioni all'interno delle stesse.

Il dibattito di politica sanitaria tendeva, già in passato, a tralasciare le peculiarità delle singole discipline ospedaliere, offrendo soluzioni indifferenziate, mentre a livello di reti regionali e locali si sviluppavano soluzioni organizzative diverse a seconda dell'area clinica e del contesto geografico.

L'attenzione alle dinamiche evolutive delle singole specialità è ulteriormente diminuita durante la pandemia Covid 19, periodo particolarmente drammatico che ha

comportato pressioni e cambiamenti sui modelli organizzativi e gestionali delle specialità mediche e chirurgiche. Questi cambiamenti, tuttavia, destinati a permanere o meno, non sono stati quasi mai affrontati in modo sistematicamente utile alla reportistica istituzionale essendo l'attenzione polarizzata solo su aspetti utili nella fase emergenziale ed immediatamente post-emergenziale e gli ultimi dati esaurientemente elaborati per l'analisi del sistema ne permettono una fotografia datata 2018-2019.

Al 2019 la rete ospedaliera italiana è composta da 1277 stabilimenti ospedalieri (rispetto ai 1458 del 2010) ed i posti letto totali del SSN sono 209.157 (rispetto ai 244.310 del 2010), ovvero 14,4 % in meno.

All'interno degli ospedali i 209.157 posti letto sono suddivisi in 13.312 reparti (-1209 rispetto al 2010). Le prime sei specialità per numero di posti letto costituiscono il 55% dei posti letto a livello nazionale e sono Medicina Generale (15%), Recupero e Riabilitazione (11,1%), Chirurgia Generale (10,3%), Ortopedia e Traumatologia (8,5%), Ostetricia e Ginecologia (6,5%) e Cardiologia (4,1%).

Per quanto riguarda le prime venti discipline, queste rappresentano l'85,4% dei posti letto a livello nazionale, mentre le rimanenti 49 si dividono il restante 14,6%.

La Psichiatria figura tra le prime 20. Tra il 2010 ed il 2019 l'offerta complessiva di posti letto si è ridotta per la maggior parte delle discipline, ma in modo tutt'altro che omogeneo. Alcune hanno un aumento dei posti letto complessivi (es. Day Surgery e Day Hospital), altre una riduzione di gran lunga superiore alla media nazionale. Le riduzioni maggiori si osservano tipicamente in aree disciplinari a vocazione generalista (es. Chirurgia Generale) e/o da spinte di tipo epidemiologico (es. Pediatria e Ostetricia e Ginecologia, collegate al calo delle nascite).

Per quanto riguarda i reparti, questi aumentano solo per Recupero e Riabilitazione, Neuro-riabilitazione, Day Surgery e Day Hospital, mentre diminuiscono in modo rilevante per Medicina Generale, Ostetricia e Ginecologia, Pediatria, Psichiatria, Geriatria, Pneumo-

logia, Malattie Infettive e Tropicali, Oculistica. I posti letto medi per reparto presentano una certa variabilità interdisciplinare, a fronte di una media nazionale di 15,7 posti letti per reparto.

Tra le prime trenta discipline spiccano i 31,4 p.l. di Recupero e Riabilitazione, i 29,4 di Medicina Generale, i 20,4 di Ostetricia e Ginecologia ed i 23,7 di Geriatria.

La gestione della fase emergenziale e le modalità di risposta alla pressione esercitata nel difficile contesto hanno certamente rappresentato un punto di rottura, imponendo cambiamenti e modifiche ai tradizionali meccanismi di governo dei sistemi sanitari e di funzionamento delle aziende. Questi cambiamenti influiranno sui futuri nuovi assetti organizzativi soprattutto per la vantaggiosa flessibilità dimostrata anche attraverso il rafforzamento del modello Hub e Spoke con l'individuazione degli ospedali nodi delle reti tempo-dipendenti e dedicati al Covid. All'interno delle strutture, poi, le tendenze alla multidisciplinarietà, integrazione multiprofessionale ed alle logiche per intensità di cura pure si sono rafforzate. È da ricordare inoltre, l'intervento ausiliario del privato accreditato, con modalità e pesi diversi da regione a regione.

Per il DM 70, con l'individuazione delle strutture di degenza in rapporto al bacino di utenza (in milioni di abitanti) delle singole discipline, per la Psichiatria il bacino massimo è 0,3 e quello minimo 0,15 (come Cardiologia, Ostetricia e Ginecologia, Terapia Intensiva, Urologia, Pediatria, Neurologia...).

Per quanto riguarda il numero dei SPDC, questi sono previsti a partire dai presidi ospedalieri di I livello, ovvero con bacino di utenza compreso tra 150.000 – 300.000 ab. considerando, tuttavia, che il bacino di utenza delle singole discipline è stato calcolato sulla base delle patologie normalmente trattate dalla disciplina, dalla frequenza della patologia nella popolazione e dalla numerosità minima di casi per motivare un reparto ospedaliero con un Direttore di struttura complessa.

Si può affermare, in base a questo, che la crescente frequenza della nostra disciplina (e della confinante

neuropsichiatria infantile), ampiamente confermata da tutti gli organismi internazionali, in primis l'ONU, e, in Italia, dall'ultimo rapporto sulla Salute Mentale 2022 del Ministero della Salute, ben giustificherebbe un conseguente aumento della futura consistenza di reparti e posti letto.

Appare, tuttavia opportuno sottolineare, a questo proposito, che la disomogeneità dei nostri dipartimenti, in quanto a numero e tipologia di strutture che li compongono, non aiuta certo nei calcoli necessari a stimare i fabbisogni, quando si pensi soprattutto che non tutti comprendono il reparto e non tutti i reparti hanno uno staff medico fisso.

Per quanto riguarda il fabbisogno di reparti, infatti, il calcolo delle strutture eccedenti o carenti dovrebbe innanzitutto cominciare dalla precisa identificazione del numero di reparti totali del SSN (nell'annualità 2020 del Ministero della Salute c'è l'elenco di quelli di tutte le discipline tranne la Psichiatria) e poi dalla valutazione dello scostamento, riguardo alla situazione rilevata, rispetto al valore massimo del bacino minimo (per l'eccedenza) e rispetto al valore minimo del bacino massimo (per la carenza).

Con queste premesse è ragionevolmente ipotizzabile una carenza di SPDC matematicamente determinabile.

In relazione al fabbisogno del personale, nel documento ministeriale, la prima e non sorprendente osservazione da parte di AGENAS è la posizione infelice della Psichiatria che risulta essere la specialità, rispetto a tutte le altre, con il numero massimo di UO sotto il minimo di personale.

Fra le cause riportate dall'agenzia c'è anche quella che le UO psichiatriche, in alcuni contesti analizzati, non erano strutture complesse e certamente non per tutte (quante?) è rispettato il "metabolismo minimo" ovvero il fabbisogno minimo di personale necessario per il funzionamento di un reparto "completo" in cui si svolgono tutte le attività comuni a tutti gli altri e quelle specifiche per noi che consentono (con la misurazione sempre richiesta) di calcolare il personale necessario.

Non è questa la sede per entrare nel dettaglio dei calcoli fatti ed ancora fattibili, ma la dotazione minima di un SPDC, cioè il numero complessivo di **FTE** (lavoratori a tempo pieno) medici può essere ragionevolmente ottenuta sommando il valore minimo di 4 o più (numero fissato, ad es., per la Neurologia, ma determinabile dalla programmazione regionale ospedaliera declinata poi a livello locale, come previsto dal DM 70) + 1 direttore + 3 FTE per la guardia divisionale.

Per i valori massimi del personale, la sua determinazione, per specialità, è data dalle variazioni di produzione erogata ed il fabbisogno provocato da esigenze di produzione è valutato positivamente qualora si attesti all'interno di un range.

È stato, quindi, necessario identificare, per ciascuna disciplina, dei pesi medici che permettono di individuare due valori FTÈ e FTE “, che costituiscono il cd. “margine di tolleranza”. Esso, rappresentato dal limite inf. e sup. della forchetta, raffigura i valori entro i quali il numero di FTE presenti nella specialità non genera né fabbisogno né surplus di personale. Considerando poi le complessità organizzative e gestionali, è stato ritenuto opportuno confermare la necessità di individuare un “range di pesi medici “rappresentati nell’intervallo fra FTÈ e FTE”.

Per la determinazione del range di personale medico “giustificato dalla produzione” sono stati usati Pesi Medico differenziati per ogni specialità, sulla base dei DRG prodotti da ogni singolo stabilimento. Sempre nel documento ministeriale (pag.39) viene riportato che il criterio del peso appare limitato per 3 discipline: Psichiatria (sic!), Lungodegenza e riabilitazione e recupero funzionale, Terapia intensiva Neonatale per motivi diversi.

- Psichiatria: i dirigenti medici psichiatri, per la peculiarità della disciplina, non sono presenti nella loro totalità in ambito ospedaliero esplicando una parte sostanziale della loro attività direttamente sul territorio. A tal proposito il gruppo di lavoro ha ritenuto di determinare il loro fabbisogno non con il criterio dei pesi bensì con un criterio organizzativo minimo che prevede la presenza di

un SPDC ogni 300.000 ab. e con almeno 5 FTE psichiatri in ciascuno di essi.

La proposta (curiosa) è fatta a fronte dei dati del rapporto SISM 2022 che evidenzia l’aumento degli accessi in PS (con un 72,3% di pazienti rimandati a casa), l’aumento dei ricoveri in ospedale, la diminuzione dei posti letto ospedalieri (9.3 / 100.000 ab. - ultimi nell’Unione Europea!), la diminuzione dei servizi territoriali (dove i medici effettuano l’82,4 % degli interventi in sede), l’aumento delle strutture residenziali.

Ciò significa che gli psichiatri sono costretti a dimettere dal PS, in modo eticamente reprobabile e legalmente rischioso, un certo numero di pazienti acuti anche gravi (quanti ? e, fra questi, quanti adolescenti ?), perdendo una quota di sofferenza che favorisce la cronicità ed il ricorso alla residenzialità (per lo più privata).

Perché non riconoscere la necessità di ulteriori posti letto, ma in reparti che siano decorosamente accoglienti (in Italia si stanno ristrutturando e/o costruendo nuovi ospedali un po' ovunque) e differenziati per età, sesso, patologia, comprendendo, fra questi, anche quelli inviati in urgenza dalla Magistratura?

Non dovrebbe essere troppo difficile attrezzare i reparti per il ricovero dei diversi pazienti che già ora sta avvenendo con modalità quantitativamente e qualitativamente scadenti nella maggior parte dei casi.

Perché autoescludersi dalla valutazione di un nostro peso medico che ci darebbe la possibilità di richiedere ulteriore personale?

Dobbiamo, forse, ammettere che, contrariamente alle altre discipline, noi non contempliamo

“complessità organizzative e gestionali” che giustificano tale valutazione?

I ricoveri degli adolescenti in fase acuta (anche oltre i 18 aa), già invocati nelle linee di indirizzo sui disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell’infanzia e dell’adolescenza nel 2019 e disperatamente richiesti dai familiari rappresentano sicuramente, fra le “complessità organizzative e gestionali” quella ora predominante.

D'altronde anche già lo stesso DM70 prevede che alcune specialità cliniche e, fra queste, la Neuropsichiatria infantile e la Psichiatria possano essere gestite in un'unica struttura organizzativa e che le Regioni possano rimodulare il numero di posti letto sulle basi della domanda di salute, fermo restando il loro numero complessivo.

Certo dobbiamo studiare ed aumentare le nostre capacità di capire la realtà e le nuove domande che da questa emergono per poi cercare le soluzioni migliori senza condizionamento e senza le paure pure comprensibili di fronte alla novità.

Con l'aumento dell'attività degenziale, bisognerebbe poi pensare e realizzare, sempre come da indicazioni del DM 70 e nel numero più alto possibile: **DH terapeutici, DH riabilitativi, OBI, DSA, prestazioni intermedie, attività ambulatoriali.**

- il DH terapeutico rappresenta una sicurezza per i pazienti che devono essere monitorati anche dal punto di vista fisico (per mezzo e grazie al DSA) e per quelli in trattamento con moderne terapie particolari (come esketamina e TRM possibili solo in ambito ospedaliero).
- il DH riabilitativo, come quello per i DNA, consente con il passaggio dal reparto, ove necessario, prima o dopo, di trattare i pazienti non lontano dalle loro case, opzione sempre preferita sia dai pazienti che dai familiari rispetto a quella dei centri sovrazonali.
- l'OBI è un utile ausilio rispetto a occupazione dei posti letto e durata della degenza.
- sull'utilità delle consulenze psichiatriche (fatte bene) per noi e soprattutto per i colleghi degli altri reparti c'è poco da aggiungere.
- gli ambulatori, dentro o fuori dal reparto aprono ad un ventaglio psicopatologico vastissimo anche in fase di emergenza /urgenza, per quanto l'attività ambulatoriale andrebbe organizzata, come per tutte le altre specialità, secondo il metodo RAO (Raggruppamento di Attesa Omogenea per priorità clinica) curato da AGENAS con il coinvolgimento di 85 società scientifiche, MS, ISS, rappresentanti di Regioni e Cittadinanza

attiva **applicato sia in ospedale che sul territorio.**

Tale metodo ha l'obiettivo di differenziare i tempi di attesa per coloro che accedono alle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate direttamente dal SSN e per conto del SSN, in base a criteri espliciti. Le indicazioni cliniche, anche se riferite a condizioni che non riguardano l'emergenza, prevedono comunque situazioni non differibili che presuppongono un sospetto di patologia che necessita di una più rapida presa in carico del paziente, rispetto alla categoria "U" (3 giorni di attesa).

Sempre nel documento ministeriale vengono analizzati i metodi per la determinazione del fabbisogno del personale del comparto, distinguendo, come per i medici, le attività di degenza da quelle ambulatoriali. Un dato interessante è la considerazione positiva per le aree della Medicina e della Salute Mentale di poter migliorare il rapporto di 1 infermiere ogni 6 pazienti rispetto a quello di 1 a 8 precedentemente indicato, ma qui si potrebbe richiedere un'ulteriore valorizzazione di 1 ogni 5 pazienti.

Anche il numero dei coordinatori (oggi indicato con 1 ogni 30 p.l.) dovrebbe essere modificato in 1 ogni 20 p.l. quando si considerino, oltre alla degenza, tutte le attività, ambulatoriali e di DH afferenti al reparto.

TERRITORIO – (PERSONALE OPERANTE IN ADI)

La normativa preposta alla regolamentazione dell'assistenza domiciliare integrata (ADI) si riflette, a livello regionale, con modelli organizzativi talvolta diversissimi tra di loro.

Le prestazioni specialistiche domiciliari erano già previste dalla L. 833/'78 e nel D.L. 502/'92 l'ADI è indicata tra le funzioni garantite dai distretti sociosanitari. I successivi DPCM del 2001 definiscono le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria e le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria ed inseriscono l'ADI nell'ambito dell'assistenza distrettuale, all'interno dell'assistenza territoriale programmata a domicilio.

I Piani Sanitari Nazionali, a partire dal 2001, confermano al distretto il ruolo di coordinamento di tutte le attività extra-ospedaliere (di assistenza di base e specialistiche, di assistenza sanitaria a rilevanza sociale e ad elevata integrazione sociosanitaria), esplicitando che “l’uso appropriato delle risorse disponibili rende imprescindibile privilegiare forme di cura domiciliare” in quanto “la casa è il miglior luogo di prevenzione, cura e riabilitazione”.

Nel 2008 viene istituito il sistema informativo per l’assistenza domiciliare (SIAD) e nel decreto istitutivo si descrivono anche le modalità di trasmissione dei dati dalle Regioni al Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS). Il Patto per la Salute 2014/2016 prevede il rafforzamento dell’ADI in vari contesti ed i nuovi modelli multiprofessionali ed interdisciplinari (Unità Complessa di Cure Primarie- **UCCP** e Aggregazioni Funzionali Territoriali – **AFT**) per l’assistenza territoriale.

Richiede, inoltre, alle Regioni di provvedere ad adottare / aggiornare progetti di attuazione del “punto unico di accesso” (**PUA**) della valutazione multidimensionale e del piano delle prestazioni personalizzato (**PP**). È previsto che sia il MMG o il PLS ad assumersi la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia (DPCM, 2017).

Nel DPCM del 2017 si parla del **PAI** (Progetto di assistenza individuale) redatto dall’Unità di Valutazione Multidisciplinare (**UVM**) con il coinvolgimento di tutte le componenti dell’offerta assistenziale e con il coordinamento dell’attività clinica affidato al MMG e al PLS, **fatti salvi i casi in cui il soggetto responsabile del rapporto di cura sia stato diversamente identificato.**

In una serie di documenti di politica sanitaria precedenti il PNRR, vengono definiti i modelli di “strutture intermedie” tra ospedali e reti di cure primarie anticipando quanto poi ribadito e sistematizzato in parte nel PNRR stesso. Le novità del PNRR sono relative al loro inserimento in una logica di reti territoriali integrate in base al modello “Hub e Spoke”, in precedenza applicato prevalentemente nel mondo della ospedalità e nelle reti

tempo dipendenti, oltre, ovviamente, alla quantità e capillarità della loro diffusione nei territori.

Per quanto riguarda il fabbisogno teorico di prestazioni domiciliari, alcune regioni hanno effettuato una stima considerando lo standard previsto dagli adempimenti LEA, individuando il target da raggiungere in termini di numero di anziani ultra 65enni assistiti in ADI.

Tocca ora alle Regioni, (la Liguria lo ha fatto nel dic. 2022), programmare la propria rete territoriale recependo le indicazioni del PNRR e del DM 77/2022, considerando che il nuovo modello del SSN mira ad una sanità più vicina alle persone ed al superamento delle disuguaglianze e che gli standard assistenziali dovranno essere rispettati in ogni regione.

In questa (**ottima**) prospettiva il Distretto Sociosanitario costituisce il perno del sistema nel quale i punti cardine sono:

- La Casa della Comunità (CdC), aperta fino a 24h su 24 per 7/7 gg che dovrebbe essere il luogo privilegiato dell’integrazione sociosanitaria, per la presa in carico (**PIC**) delle persone a maggiore intensità assistenziale. È sede del **lavoro multiprofessionale ed interdisciplinare delle equipe integrate sociosanitarie a carattere strutturale e permanente** che realizzano il PP ed il PAI cui concorrono operatori, servizi sanitari (territorio-ospedale), sanitari e sociali supportati da una forte infrastruttura informatica ed enti istituzionali diversi. Il PP dovrebbe pianificare ed organizzare, in chiave dinamica, l’insieme dei sostegni, formali e non formali, di assistenza, anche ad alta o altissima intensità utili a garantire al beneficiario la migliore condizione di salute, l’accesso e la permanenza al lavoro, la piena partecipazione sociale, l’indipendenza economica ed abitativa. Garantisce, inoltre, la piena esigibilità e, come tale, è un livello essenziale di prestazione (**LEP**), indipendentemente dall’età, dalla gravità della menomazione e dall’intensità o complessità dei sostegni necessari alla persona. L’attività all’interno della CdC prevede un lavoro **interprofessionale e multidisciplinare ed**

interventi coordinati tra MMG, PLS, Specialisti ambulatoriali – anche nelle loro forme organizzative-, Infermieri di Famiglia e Comunità (**IFoC**), assistenti sociali (sia dei Comuni sia delle ASL) ed altri eventuali professionisti sanitari e sociali afferenti anche ad altre Agenzie / Enti pubblici o privati del territorio. L'attività delle CdC è improntata ad un servizio organizzativo orientato in prevalenza verso un lavoro di equipe interprofessionale secondo il modello organizzativo delle cronicità.

L'obiettivo è quello di garantire:

- l'accesso all'assistenza
 - la prevenzione e promozione della salute anche con il coordinamento con il Dipartimento di Prevenzione per gli aspetti di competenza
 - la presa in carico delle cronicità e fragilità secondo un approccio di medicina di iniziativa
 - la valutazione multidimensionale del bisogno della persona
 - la continuità dell'assistenza attraverso il coordinamento con i servizi sanitari territoriali (**salute mentale, consultorio...**)
 - l'attivazione di percorsi di cure multidisciplinari che prevedono l'integrazione tra diversi servizi; il coinvolgimento nelle iniziative delle associazioni di cittadini, dei parenti, dei caregivers.
- l'Infermiere di Famiglia e Comunità (**IFoC**): è la figura professionale che assicura l'assistenza infermieristica in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella CdC. In questa svolge attività di:
- collaborazione con i MMG/ PLS per reclutamento e gestione dei pazienti affetti da patologie croniche e per la definizione e implementazione del progetto di salute, attività di case management ed assistenza ed iniziative non solo individuali ma rivolte anche a gruppi di persone.
- la centrale operativa territoriale (**COT**). È il servizio di back-office che facilita l'attivazione e garantisce la continuità della presa in carico attraverso

una piattaforma comune ed integrata con i principali applicativi di gestione aziendale e di interconnessione con tutti gli enti/ strutture presenti sul territorio, garantendo il coordinamento e raccordo tra i nodi delle diverse reti e i professionisti.

- Centrali operative **116117**. Il numero è indicato nel DM77 come uno dei canali chiamato a diventare progressivamente una delle modalità ordinarie per accedere al SSN in modo non urgente, sia per ottenere informazioni, sia per avere un primo orientamento nei servizi, sia per esigenza di continuità assistenziale, sia per orientarsi ed accedere ai servizi socio- sanitari. I vari protocolli regionali ne dovranno definire specificatamente il funzionamento.
- Unità di continuità assistenziale (**UCA**) questa può essere attivata attraverso la condivisione con MMG per situazioni di particolare complessità clinica assistenziale. È un'equipe mobile distrettuale composta da 1 medico e 1 infermiere eventualmente integrata anche con altre figure sociosanitarie, dotata di un sistema integrato comprendente un'infrastruttura di telemedicina collegata alla COT ed accessibile via internet per garantire teleconsulto attraverso l'interoperabilità della rete degli specialisti collegati. L'UCA è dotata altresì di strumentazione avanzata e dispositivi medici, anche diagnostici, portatili al fine di monitorare le condizioni cliniche dei pazienti. La sede operativa è nella CdC HUB.
- Assistenza domiciliare e Rete Cure Palliative. Per raggiungere gli obiettivi previsti dal PNRR ("casa come principale luogo di cura") si dovrà incrementare il numero dei pazienti in carico alle cure domiciliari, comprese quelle palliative. Tale risultato potrà essere raggiunto con l'inserimento del Servizio di Cure domiciliari e delle Unità di Cure Palliative domiciliari (UCPD) all'interno delle Case di Comunità, valorizzando altresì tutte le altre prestazioni domiciliari svolte dai servizi sociosanitari, quali, ad es., **la salute mentale ed il servizio per i disabili e promuovendo**

l'impiego di strumenti di telemedicina multi – e inter-disciplinare in grado di porre in essere meccanismi di integrazione alle prestazioni sanitarie e sociali territoriali ed ospedaliere e con la messa in campo di nuovi strumenti come la televisita, il teleconsulto e il monitoraggio a distanza utilizzato con la fattiva collaborazione di tutti i servizi presenti nella CdC, dei MMG / PLS, IFoC e medici specialisti territoriali ed ospedalieri. Le cure domiciliari potranno essere esternalizzate e svolte da erogatori autorizzati e accreditati secondo quanto previsto dalla normativa vigente (con richiesta del MMG ed autorizzazione del Distretto che supervisionerà e monitorerà il percorso di PIC).

– **Ospedali di Comunità (Odc)**. Si tratta di strutture sanitarie afferenti all'area territoriale che svolgono una funzione intermedia tra il domicilio /residenzialità sociosanitaria e il ricovero ospedaliero, per ricoveri brevi a bassa e media intensità di cura, rivolti a pazienti con deficit funzionali e /o cronici stabili dal punto di vista clinico provenienti dall'Ospedale, dalle strutture residenziali, sociosanitarie o dal domicilio. Sono i pazienti dimissibili dall'ospedale, ma che non possono rientrare a domicilio per la necessità di cure infermieristiche continue, per mancanza temporanea o non strutturale di una rete di sostegno familiare.

Nel documento ministeriale sul fabbisogno di personale territoriale necessario per la presa in carico del 10% della popolazione over-65 (come previsto dagli obiettivi del PNRR) si premette che l'algoritmo presentato è stato sviluppato a partire dalla stima delle risorse impiegate per le prestazioni erogate nel corso del 2019, a fronte della dotazione di personale presente in quell'anno (vedi indicatori SIAD), senza la quantificazione della suddivisione tra personale dipendente dell'SSN e personale convenzionato. Con questa metodologia è stato possibile individuare, per ora, degli indicatori che rappresentino lo standard minimo per la figura dell'infermiere e del fisioterapista. Nel documento si precisano le fonti e le

figure analizzate sempre utilizzando gli indicatori SIAD del 2019 riguardo agli accessi effettuati da ciascun operatore, il numero degli assistiti presenti nelle diverse regioni italiane (nel corso del 2019), suddivisi sulla base del livello di complessività assistenziale sintetizzato dal Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA). Viene stimato, poi, il numero di abitanti over-65 presenti in ciascuna regione italiana nell'anno 2026 (come previsto dal PNRR) e l'incidenza delle fasce CIA, suddividendo la popolazione in ADI nelle cinque fasce CIA (CIA base, I, II, III e IV livello) sempre come previsto dal PNRR. Si fa riferimento quindi, al tempo (in minuti medi) previsto per ciascuna tipologia di operatore per l'accesso domiciliare sulla base del livello di CIA dell'assistito ed al metodo per la determinazione del personale ospedaliero, richiamando i relativi documenti ufficiali.

L'algoritmo attuale ha permesso di analizzare la dotazione attuale ed obiettivo di personale per le figure professionali maggiormente presenti all'interno dell'indicatore 8 del SIAD:

- MMG (**sostituibile**)
- Infermiere
- Fisioterapista (**sostituibile**)
- OSS

Non è questa la sede per riportare gli ulteriori calcoli fatti per la stima della dotazione attuale, della dotazione obiettivo, dei tempi di spostamento ecc..., ma è opportuno sottolineare che nel corso dei lavori, è emerso che la maggior parte degli accessi domiciliari è concentrata nelle 4 figure professionali sopra riportate, ad eccezione dell'OSS, figura per la quale il gruppo di lavoro ha deciso di non fissare uno standard minimo per la quantificazione del fabbisogno lasciando alle regioni autonomia sul come eventualmente avvalersene.

Standard minimi (x1000 ab. over 65) sono stati, invece, identificati per la figura dell'infermiere (0,9 FTE) e del fisioterapista (0,2 FTE). Il documento conclude con l'affermazione che la metodologia presenta spazi

di miglioramento, in un'ottica di future revisioni, per quanto riguarda:

- tempo medio di accesso, dove gli accessi hanno una diversa valorizzazione oraria
- unicamente sulla base della tipologia di professionista coinvolto e del livello di CIA dell'assistito
- tasso di accesso
- tempo di presa in carico / rivalutazione
- tempo di spostamento, dove si considerano le diverse tipologie di territorio

CONCLUSIONE

L'analisi di tutto quello fin qui esaminato al riguardo dell'assistenza domiciliare, così come è stata considerata a partire dalla 833 fino alle indicazioni del PNRR e del DM 77 credo induca alcune non sorprendenti e ragionevoli riflessioni.

La prima è che la Psichiatria / Salute Mentale non è stata, non è e non può essere autosufficiente.

Stando così le cose nell'organizzazione del SSN, l'assistenza psichiatrica territoriale non può che essere distrettualizzata. Se la Psichiatria è nel Distretto ed il perno dell'assistenza territoriale è il Distretto, la Psichiatria / Salute Mentale, una volta distrettualizzata può e deve aderire al sistema distrettuale anche per quanto concerne l'ADI e la fruizione delle strutture a questa preposte (CdC, COT, IFoC, UCA ecc...), in particolare per i pazienti over 65 anni.

(La loro % è del 28,7% del totale della popolazione in Liguria ed è in crescendo. Quella più bassa nel resto dell'Italia è destinata ad allinearsi entro una quindicina d'anni).

Nella descrizione delle strutture si vedono chiaramente gli spazi di manovra già pronti per gli psichiatri e nel documento ministeriale sono previsti margini di miglioramento e future revisioni. **(Quante volte in passato ci siamo concretamente posti il problema (mai risolto) della valutazione dell'assistenza territoriale nei termini ora allo studio per l'ADI ?).**

Si può fare attenendoci alle regole che le governeranno e spingendo per l'uguaglianza dei nostri pazienti rispetto

agli altri, per quelli soprattutto che possono continuare a stare nella propria casa, ma anche per quelli che sono nelle strutture residenziali.

La programmazione regionale (in Liguria, ci sono ad es., 19 distretti con previsione per ciascuno di un numero di CdC da 1 a 3; ci sono 5 ASL con previsione per ognuna di un numero di COT da 2 a 6 e di OdC da 1 a 4) ed il rispetto dei programmi sono le condizioni fondamentali per la piena auspicabile (!) realizzazione del DM 77.

È questa una grande sfida non solo per noi, ma per tutto il SSN.

L'attivazione degli OdC era già stata messa in dubbio dall'ufficio parlamentare del Bilancio ad aprile 2023, ma sappiamo bene che ci sono altre criticità come le rilevanti differenze regionali di tipo strutturale, tecnologico e organizzativo (che si riflettono nelle disuguaglianze sull'erogazione dei LEA), per le quali le regioni non si trovano sulla stessa linea di partenza.

C'è poi la grave carenza di personale sanitario, sia medico che infermieristico e, mentre si registra un fabbisogno minimo di 20.000 infermieri di famiglia, si rileva il progressivo calo delle domande per il corso di laurea in Scienze Infermieristiche, laddove queste figure professionali, accanto ai MMG, rappresentano la colonna portante della riorganizzazione dell'assistenza territoriale prevista dal DM 77.

Altro ostacolo da superare è quello presente nell'attivazione della telemedicina a causa dell'analfabetismo digitale di professionisti sanitari, pazienti, familiari e caregivers quando c'è la necessità di digitalizzare le infrastrutture del Paese. Il carico amministrativo per Regioni ed Aziende Sanitarie, rappresentato dall'elaborazione dei documenti e dal monitoraggio delle scadenze, con le continue rilevazioni e trasmissione di dati da Aziende a Regioni e da queste al Ministero è un'altra criticità. In più, l'economia di guerra con l'aumento di costi energetici, materie prime e difficoltà di approvvigionamento, hanno motivato il piano di rimodulazione del PNRR proposto dal Governo alla Commissione Europea nel luglio 2023.

La richiesta è quella di ridurre il numero di opere edilizie (CdC, COT, OdC), oltre che di interventi di antisismica. Complessivamente si propone di espungere 414 CdC, 76 COT, 96 OdC e 22 interventi di anti-sismica.

Vengono anche richiesti tre differimenti temporali delle scadenze: 6 mesi per le COT, 12 mesi per il target delle persone assistite in ADI con strumenti di telemedicina e per l'ammodernamento parco tecnologico e digitale ospedaliero.

Gli Psichiatri hanno davanti molti ostacoli, non solo e soprattutto quello economico, come tutti gli altri medici, ma anche quello culturale (è difficile abbandonare i sogni...) come il dover ragionare assoggettandosi alle regole valide per tutti gli altri colleghi ed il doverci lavorare sopra, minuziosamente, per adattare al meglio al proprio ambito. Proprio ora che il SSN pare giunto al capolinea e che dovremmo unirci agli altri anche per intraprendere azioni per tentare di salvarlo, la nostra barca sta affondando. In questo particolare momento storico dovrebbero essere fissati tutti i tentativi per noi più convenienti e procedere con una partecipazione critica quanto si vuole, ma compatta e scevra da pregiudizi ideologici per non aggravare la nostra delegittimazione sociale, causa ed effetto della nostra debolissima possibilità di interlocuzione con il sistema sanitario ed istituzionale, ma soprattutto, per sopravvivere.

CORRISPONDENZA

rosanna.ceglie@asl5.liguria.it

BIBLIOGRAFIA

1. Ministero della Salute – Decreto 2 aprile 2015, n.70.
Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera
2. Ministero della Salute – Decreto 23 maggio 2022, n. 77. *Regolamento recante la definizione di modelli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN*
3. Guzzanti E. *L'Ospedale del futuro: origini, evoluzioni, prospettive*. Vol.97. Roma: Recenti Progressi in Medicina, 2006
4. *Configurazione dell'offerta ospedaliera nazionale*. Rapporto OASI 2021
5. *Fabbisogni e modelli di servizio in trasformazione: il ruolo dei Dipartimenti di Salute Mentale*. Rapporto OASI 2022
6. Manuale RAO -AGENAS 2020
7. Cavicci I. *Sanità pubblica addio, il cinismo delle incapacità* Castelvechi ed. 2023
8. *L'Ospedale flessibile: quale organizzazione e quali modelli per il futuro*. As.I. Qu. A.S. (Associazione Italiana per la Qualità della Assistenza Sanitaria e Sociale) Quotidiano Sanità ed. Roma, 2023
9. 6° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale, Roma 2023
10. Proposta di Accordo Politico Complessivo sul riparto FSN 2023 (Commissione Salute e Commissione Affari finanziari)
11. Approvazione della “ *Programmazione Regionale Rete Territoriale ai sensi del DM 77*” Regione Liguria, 2022
12. Piano Socio- Sanitario Regionale 2023-2025. Consiglio regionale assemblea legislativa della Liguria
13. Rapporto Salute Mentale – SISM , Anno 2022, Ministero Salute, 2023

COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

Tutti i Soci e i Colleghi interessati possono collaborare alla redazione del periodico, nelle diverse sezioni in cui esso si articola.

Per dare alla rivista la massima ricchezza di contenuti, è opportuno, per chi lo desidera, concordare con la Redazione i contenuti di lavori di particolare rilevanza inviando comunicazione al Direttore o la segreteria di redazione, specificando nome cognome e numero di telefono, all'indirizzo redazione@psichiatriaoggi.it

NORME EDITORIALI

Lunghezza articoli: da 5 a 15 cartelle compresa bibliografia e figure.

Cartella: Interlinea singola carattere 12, spaziatura 2 cm sopra e sotto 2,5 cm sin/dx.

Ogni articolo deve contenere nell'ordine:

- Titolo
- Cognome e Nome di tutti gli autori (c.vo, preceduto da di e seguito da asterischi)
- Testo della ricerca
- Affiliazione di tutti gli autori
- Indirizzo email per corrispondenza da riportare nella rivista
- Eventuali figure tabelle e grafici devono trovare specifico riferimento nel testo
- Ringraziamenti ed eventuali finanziamenti ricevuti per la realizzazione della ricerca
- Bibliografia: inserire solo i riferimenti bibliografici essenziali: massimo 25 titoli, numerati, disposti secondo ordine di citazione nel testo, se citati secondo le norme dell'INDEX medico, esempio:
 1. Cummings J.L., Benson D.F., *Dementia of the Alzheimer type. An inventory of diagnostic clinical features.* J Am Geriatr Soc., 1986; 34: 12-19.

Nel testo l'indicazione bibliografica dovrà essere riportata indicando tra parentesi il cognome del primo autore e l'anno di pubblicazione, ad esempio (Cummings, 1986).

I lavori vanno inviati all'indirizzo e-mail redazione@psichiatriaoggi.it in formato .doc o .odt. Nella mail dovrà essere indicato nome e cognome dell'autore che effettuerà la corrispondenza ed un suo recapito telefonico. Nella stesura del testo si chiede di evitare: rientri prima riga paragrafo, tabulazioni per allineamenti, più di uno spazio tra una parola e l'altra, a capo manuale salvo inizio nuovo paragrafo e qualunque operazione che trascenda la pura battitura del testo.



SIP-Lo

Sezione Regionale Lombardia
della Società Italiana di Psichiatria

Presidenti:

Mauro Percudani e Massimo Clerici

Segretario:

Carlo Fraticelli

Vice-Segretario:

Giovanni Migliarese

Tesoriere:

Gianluigi Tomaselli

Consiglieri eletti:

Mario Ballantini
Franco Spinogatti
Gianmarco Giobbio
Luisa Aroasio
Carla Morganti
Federico Durbano
Alessandro Grecchi
Camilla Callegari
Antonio Magnani
Laura Novel
Pasquale Campajola
Giancarlo Belloni
Marco Toscano
Antonio Amatulli
Caterina Viganò

RAPPRESENTANTI

Sezione "Giovani Psichiatri":

Francesco Bartoli
Giacomo D'Este
Filippo Dragona
Claudia Palumbo
Lorenzo Mosca
Matteo Rocchetti

Membri di diritto:

Claudio Mencacci
Giancarlo Cerveri
Emi Bondi
Pierluigi Politi
Emilio Sacchetti

Consiglieri Permanenti:

Alberto Giannelli
Simone Vender
Antonio Vita
Giuseppe Biffi
Massimo Rabboni