



CONSIGLIO REGIONALE DEL VENETO

UNDICESIMA LEGISLATURA

MOZIONE N. 310

RIFLESSIONI E CONSIDERAZIONI CIRCA LA DEFINIZIONE DEL MODELLO ORGANIZZATIVO E GESTIONALE DELL'AREA SALUTE MENTALE DI CUI ALLA DELIBERAZIONE DI GIUNTA REGIONALE N. 371 DELL'8 APRILE 2022

presentata il 16 maggio 2022 dai Consiglieri Guarda, Giacomo Possamai, Bigon, Camani, Montanariello, Zanoni, Zottis, Baldin, Lorenzoni e Ostanel

Il Consiglio regionale del Veneto

PREMESSO che con deliberazione n. 371 dell'8 aprile 2022, pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Regione del Veneto n. 50 del 19 aprile 2022, la Giunta regionale ha inteso avviare *“un percorso di rafforzamento delle azioni già in essere in area salute mentale, potenziando l'assistenza territoriale e superando frammentazioni organizzative nell'ottica di valorizzare le competenze degli operatori avendo come punto di riferimento il benessere dei pazienti, delle loro famiglie e delle comunità di appartenenza”*;

RILEVATO che attraverso il sopra richiamato atto la Giunta regionale ha ritenuto di approvare il modello organizzativo e gestionale dell'area salute mentale, rimettendo a successivi adempimenti e provvedimenti la compiuta declinazione attuativa ed esecutiva del modello ivi delineato;

CONSIDERATO che dalla lettura della Dgr n. 371 del 8 aprile 2022 emergono alcune questioni che pare il caso di affrontare sin d'ora e qui si elencano, suddividendole con riferimento a parti della deliberazione con ricaduta effettiva e immediata e parti della deliberazione di carattere più programmatico in quanto oggetto di successivi provvedimenti attuativi:

a) con riferimento alle prime, si evidenzia quanto segue:

1) implementazione della dotazione di psicologi psicoterapeuti per la gestione dei pazienti con gravi disturbi psicopatologici, tecnici della riabilitazione psichiatrica e/o educatori socio-sanitario e di assistenti sociali: posto che l'incremento delle rispettive dotazioni di personale è disposto a termine fino al 31 dicembre 2023, in ragione del percorso di definizione di idonei standard, desta qualche perplessità, cui consegue la necessità di un

chiarimento, circa la misura di tale incremento in quanto collegato, a quanto è dato leggere, alla misura fissa (“per CSM di 100.000 abitanti” e non “ogni 100.000 abitanti”) individuata nella dimensione del Centro di Salute Mentale di riferimento: almeno tre psicologi per CSM di 100.000 abitanti di bacino di riferimento; almeno tre tecnici della riabilitazione psichiatrica e/o educatori per CSM di 100.000; almeno 2 assistenti sociali per CSM di 100.000 abitanti. Vi è dunque da chiedersi come si provvederà all’attivazione di questi standard provvisori per CSM il cui bacino di riferimento è eventualmente superiore o inferiore alla misura fissa stabilita dalla disposizione, e per le tante aree anche di importante estensione per le quali sono stati invece attivati ambulatori di salute mentale. Il fatto che si sia esplicitato “CSM/100.000” invece che semplicemente “100.000 abitanti” fa pensare che non si sia ipotizzato un adattamento proporzionale, rischiando di lasciare senza tale adeguamento una quantità importante della popolazione. Inoltre non è specificato se ci si riferisce alla popolazione nella sua totalità o a quella > 17 anni, con una differenza non modesta nelle dotazioni finali risultanti.

Non si comprende, poi, a quale modello di riabilitazione si faccia riferimento nel momento in cui è sostanzialmente stabilita una equivalenza tra educatori e tecnici della riabilitazione psichiatrica, figure professionali invece a formazione e competenze decisamente diverse. Dal momento poi che in 6 Ulss su 9 lo standard complessivo indicato è già assicurato con gli educatori (e nelle altre lo scostamento è modesto) di fatto con questo progetto il Veneto continuerà ad avere una presenza molto modesta della importante figura professionale dei TerP, valorizzata invece nel resto d’Italia, come indicano i dati del Report SISM;

2) questione speculare, e analoga (accomunata in ragione della temporaneità della misura), a quella indicata sub 1) può inoltre essere rilevata per quel che concerne l’incremento del personale presso i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, atteso che qui l’aumento è determinato in ragione del parametro “ogni SPDC di 16 posti letto”: 1 psicologo ogni 16 posti letto; 1 infermiere/24h ogni 16 posti letto. Con riferimento a tale parametro ci si chiede, dunque, come esso vada applicato per i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura con posti letto inferiori, decisamente numerosi nel Veneto. Sul medesimo tema, desta poi preoccupata perplessità la previsione del parametro di 1 infermiere a copertura di un turno h 24, perplessità determinata dal passaggio della delibera in cui si dice che tale personale deve operare “ove necessario in stretta collaborazione con i presidi di emergenza-urgenza”, con ciò derivando la questione se la psichiatria debba occuparsi comunque della violenza e della contenzione negli altri reparti, come indicato dalla Dgr n. 1106 del 6 agosto 2020. La previsione, inoltre, lascia presagire un modello di intervento sulla contenzione psichiatrica operando solo sull’ospedale e tralasciando che la agitazione e la violenza sono il punto finale di un percorso che riguarda la cattiva gestione di tutto quanto precede. Nel caso della psichiatria non sorprende che ci sia un problema di dover contenere quando la gestione territoriale fa acqua, come segnalato (dati SISM 2020) dal peggioramento del numero degli accessi al PS, della percentuale di riammissioni in SPDC, dei tempi fra dimissione e visita al CSM e di interventi terapeutici nei CSM che sono in percentuale la metà rispetto alla media nazionale.

Manca poi qualunque riferimento ai medici: su quali basi si pensa che incrementare psicologi, AS e terp/educatori possa sopperire alla carenza dei

medici? È vero che c'è difficoltà nel reperire gli psichiatri, ma è anche vero che le altre Regioni riescono ad avere standard maggiori e che gli psichiatri per le cliniche private e per le comunità non mancano;

3) con riferimento alla determinazione degli standard: posto che si auspica vengano definiti in misura almeno corrispondente alla media nazionale, atteso che i valori per psicologi e assistenti sociali sono, anche per effetto della delibera in commento e operando i calcoli sulla possibilità di maggiore assunzione con riferimento a 100.000 abitanti > 17 anni, comunque inferiori rispetto alle medie nazionali quali emergono dai dati SISM, ci si chiede se si ipotizzano in futuro standard ancora inferiori; o se semplicemente la spesa per detto personale è quella finanziabile fino al 31.12.2023 per effetto dei recenti stanziamenti ministeriali; vi è da chiarire, inoltre, per la parte che riguarda la rideterminazione degli standard, che vanno individuati per le diverse figure operanti nelle strutture del Dipartimento di Salute Mentale o comunque con esso convenzionate, come da delibera in commento, a quali strutture convenzionate si fa riferimento, atteso che non può trattarsi di quelle della residenzialità e semi-residenzialità, già definite con apposite documenti;

4) salute mentale in ambito penitenziario: la Dgr n.371/2022 dà conto degli standard del personale afferente introdotti con Dgr n.1669/2021 da cui la previsione della introduzione presso tutti gli istituti penitenziari in territorio regionale della figura dello psichiatra e dello psicologo-psicoterapeuta, e tuttavia la Dgr n. 371/2022 non stabilisce se tali strutture vanno attivate con personale già esistente nei Dipartimenti di Salute Mentale, quindi con incremento degli oneri a carico di detto personale, o se vanno intese nel senso di acquisizione di personale anche medico che quindi si ritiene acquisibile per tale scopo;

b) con riferimento alle azioni che dovranno essere oggetto di attuazione, o comunque agli elementi innovativi rinvenibili nella deliberazione in discorso, si ritiene di dover osservare quanto segue:

1) case di comunità: il modello non è ancora definito con chiarezza, ma in astratto una allocazione di questo tipo presenta sia vantaggi che svantaggi; per i primi può certo annoverarsi la possibilità di contattare pazienti in ambienti poco stigmatizzanti, facilitando l'accesso ai servizi, tra gli svantaggi va invece segnalato che queste modalità necessitano di molto personale, esentano i MMG dall'occuparsi dei problemi psichici, finiscono per offrire un approccio ambulatoriale alla questione della salute mentale;

2) collaborazione con le case di cura private: stupisce questa valorizzazione delle case di cura per i ricoveri sia per adulti che per minori, in una Regione che ha 9 volte i posti letto privati rispetto alla media italiana e 5 volte i ricoveri, ciò anche in considerazione del fatto che l'area proposta che è quella della riabilitazione per la quale è difficile immaginare modelli che tengano conto di quanto indicato nella Dgr: spesso, in particolare in riferimento ad alcune patologie, i quadri di degenza acuta negli SPDC necessitano di un'ulteriore prosecuzione a finalità di carattere riabilitativo del trattamento ospedaliero, volta a ristabilire adeguata autonomia dell'utente in base al suo specifico funzionamento socio-relazionale. Quanto precede deve far porre seriamente la questione sul come l'ambiente socio relazionale di una struttura di ricovero possa favorire, e fino a che punto, il percorso richiesto;

3) telemedicina: nella Dgr in commento tale pratica viene scarsamente affrontata sotto il profilo della sua applicabilità all'ambito della psichiatria;

4) linee guida regionali per i farmaci e alla costituzione del gruppo di lavoro: le linee guida sono disciplinate all'interno della Legge Gelli e il successivo decreto in Conferenza Stato Regioni. La questione, in relazione a tale aspetto, è se la Regione del Veneto ha ottenuto la specifica registrazione all'interno dell'apposito sito del Ministero della Salute come struttura abilitata a formulare linee guida a carattere scientifico. In caso contrario non si tratta di "linee guida" e non hanno valore medico legale e tale aspetto andrebbe immediatamente chiarito;

5) istituzione sperimentale della struttura Neuropsichiatria dell'Adolescenza (NPA): si tratta di una ulteriore struttura di frammentazione della salute mentale, che segue la tendenza tutt'altro che innovativa di costruire ambulatori o UOS specialistiche. Da quelle per gli esordi psichiatrici, a quelle per la psicogeriatrica, a quelle per i disturbi bipolari, a quelle per i DCA, quelle per i disturbi di personalità e così via. Di fatto la frammentazione che si può portare in psichiatria è infinita ed ogni età, aspetto o patologia si può prestare a questo modello. Di tale frammentazione sono noti vantaggi e svantaggi. Gli svantaggi sono i confini evanescenti: nel caso delle patologie la difficoltà di trovare situazioni "pure" e la loro stabilità nel tempo, nel caso della età il passare degli anni. Di fatto queste strutture moltiplicano i passaggi che i pazienti devono fare da una struttura ad un'altra, trovando in genere realtà che hanno delegato e che quindi sono all'oscuro di quanto fatto in precedenza altrove e senza formazione alle metodologie specifiche utilizzate. Un altro svantaggio è la quantità di risorse che una tale frammentazione implica. Infine il rischio forte di una nuova istituzionalizzazione, messa in luce dalla letteratura, per cui i pazienti transitano di fatto da una struttura all'altra, senza potere uscire dal circuito. Il vantaggio è quello di offrire competenze specifiche, anche se non si comprende perché queste non possano essere assunte da tutte gli operatori. Di solito la psichiatria crea nuovi luoghi quando non sa veramente cosa fare, sostituendo il luogo alla attività e credendo che sia la stessa cosa. In tal senso, stupisce la previsione di tale scelta tecnica in assenza di letteratura scientifica di analisi sulla vantaggiosità o meno di tale operazione;

CONSIDERATO, INOLTRE di dover evidenziare ulteriori questioni rispetto al contenuto della Dgr n. 371/2022:

a) il modello generale della psichiatria (dove peraltro si parla di "dipartimento strutturale transmurale" (ospedaliero e territoriale), dotato di autonomia tecnico-organizzativa, formalmente istituito in tutte le Aziende ULSS per coordinare sotto un'unica direzione le attività territoriali ed ospedaliere, pubbliche e private convenzionate, dell'assistenza psichiatrica finalizzate a garantire i livelli di assistenza, dimenticando che a Padova e Verona tale modello non appare affatto applicato;

b) non è immediatamente percepibile la declinazione effettiva del concetto di centralità della persona;

c) sui reparti ospedalieri: - il concetto di "umanizzazione" che non viene meglio descritto ed affidato per la soluzione alla presenza di psicologi (?); - viene ribadita la contenzione (DGR n. 1106 del 6 agosto 2020) senza alcuna analisi della origine del problema (vedi i dati inquietanti relativi alla difficile tenuta del territorio con l'arrivo in PS di situazioni problematiche), affidando la soluzione ad un infermiere in più (da utilizzare anche in altri reparti) e corsi di formazione (nessuna tecnica di de-escalation ha mai avuto una evidenza di efficacia);

d) sulla residenzialità: viene ribadito il modello della DGR n. 1673/2018 con i manicomietti;

e) reparti per minori: non si può non notare quanto oggi si sostenga che l'importanza di "evitare ricoveri in reparti inappropriati", ma va rammentato che il decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 64 del 22 luglio 2020, di approvazione del Protocollo di collaborazione tra i Dipartimenti di Salute Mentale e la Neuropsichiatria Infantile, aveva legittimato il ricovero dei minori in SPSC forzando in modo discutibile le conclusioni di altri documenti di rilevanza nazionale. Peraltro la DGR attuale ricorda che la programmazione ospedaliera regionale vigente, approvata con DGR n. 614/2019 prevedeva un totale di 34 posti letto di cui a distanza di tre anni non c'è traccia. Non si comprende peraltro con quale personale tali strutture debbano essere aperte. Il documento, come sopra già rilevato, non fa riferimento ad assunzione di psichiatri e non ne fornisce motivazione, dunque non si comprende come si pensa di attivare queste strutture;

CONSIDERATO, INOLTRE CHE:

- non si comprende come il passaggio presso la competente commissione consiliare sia stato previsto solo per il provvedimento di programmazione dei centri diurni e per quello attuativo delle UOSD NPA, e si sia invece deciso di non sottoporre alla stessa - come sarebbe stato corretto nel rispetto del ruolo programmatico del Consiglio regionale - l'intero atto che, nella sua sostanza, come nella forma, ha attitudine programmatica;

- quanto appena sopra rilevato apre poi lo spazio a tutta una serie di questioni ulteriori: l'interversione tra finalità e strumenti che emerge dalla contraddizione che sta nel dichiarare che si è tracciata con la deliberazione in argomento una visione complessiva e rinnovata per poi finire con il dichiarare la iniziativa di un nuovo progetto obiettivo ed una Conferenza regionale che sarebbero le sedi deputate a tracciare questa visione; non si comprende bene, infine, quale e con chi sia stata effettuata l'ampia condivisione con i portatori d'interesse, se con le associazioni dei familiari, con quelle scientifiche, insomma non è noto, nel concreto, con quali soggettività sia stata svolta detta ampia condivisione, e se questa si sia limitata al cogliere i problemi o anche ad analizzare le soluzioni proposte;

RITENUTO di dover osservare quanto qui precede rispetto alla definizione del modello organizzativo e gestionale dell'area sanità e mentale della Regione del Veneto, come declinato con la Dgr n. 371 dell'8 aprile 2022, con lo scopo di sottoporre alla valutazione della Giunta regionale, nel divenire attuativo della predetta delibera, e anche in relazione agli adempimenti elencati nell'Allegato A alla stessa, l'opportunità di apportarvi elementi chiarificatori e/o modifiche di carattere correttivo;

impegna la Giunta regionale

a valutare di prendere in considerazione le osservazioni formulate e di cui in premessa nell'attuazione della deliberazione Dgr n. 371 dell'8 aprile 2022 avente ad oggetto "Definizione modello organizzativo e gestionale dell'area salute mentale".