



**PsiVe**  
Sezione Veneta della Società italiana di Psichiatria

## **Osservazioni della Sezione Veneta della Società Italiana di Psichiatria (PsiVe) sul processo di riorganizzazione della salute mentale nel contesto della riforma sanitaria regionale (LR n. 19 del 25 ottobre 2016)**

La legge di riforma delle aziende socio sanitarie nel Veneto, relativamente alla salute mentale, costituisce un momento importantissimo per la riorganizzazione della assistenza e rappresenta un momento di grandi opportunità che si coniugano a possibili difficoltà o rischi relativi all'efficacia del sistema. Per questo la Società Italiana di Psichiatria, Sezione del Veneto (PsiVe), ritiene importante contribuire con queste osservazioni e mettere a disposizione le proprie competenze ai fini di sostenere le migliori scelte organizzative a favore di una assistenza ai pazienti con disturbi mentali efficiente ed efficace.

Le evidenze della letteratura [Thomicroft G. & Tansella M. (2009)] portano a ritenere che un Dipartimento di Salute Mentale ispirato ai più moderni principi della psichiatria di comunità deve essere caratterizzato da una serie di requisiti fondamentali: 1) presa in carico dei pazienti, in particolare di quelli più gravi, da parte di un Servizio "forte" (dotato di risorse e competenze proporzionate al "carico" assistenziale, nella comunità e nell'ospedale) e continuità terapeutica; 2) direzione unica del Servizio (fuori e dentro l'ospedale); 3) delimitazione geografica "sostenibile" del territorio di competenza; 4) modello bilanciato di assistenza (territorio-ospedale) con fulcro del Servizio nella comunità; 5) stretta integrazione tra assistenza, formazione e ricerca clinica. Il modello veneto si è da sempre caratterizzato per una sua peculiare configurazione fortemente ispirata ai principi sopra elencati, ponendosi come riconosciuto battistrada e punto di riferimento per molte realtà regionali del nostro Paese. Tale modello è, infatti, alla base dell'attuale Progetto Obiettivo Tutela Salute Mentale Regionale (DGRV n.651/2010).

Il modello veneto, che coniuga buona assistenza e costi ridotti, va salvaguardato. Esso integra l'assistenza sanitaria (ospedaliera e territoriale) con quella socio-sanitaria coinvolgendo nel processo di cura gli Enti Locali e tutte le altre aree del Distretto: dagli anziani agli adolescenti, dai tossicodipendenti ai disabili, dai soggetti con disturbo del comportamento alimentare ai detenuti. E' così possibile trattare il paziente lungo tutto il percorso che va dall'urgenza in Pronto Soccorso

alla cura e alla riabilitazione, lavorando attivamente per la sua inclusione sociale con il coinvolgimento di tutti i soggetti della comunità interessati.

## **1. Dimensione area territoriale delle UOC all'interno dei nuovi DSM**

Il modello veneto di organizzazione dipartimentale prevede un'articolazione integrata dei Servizi in base alla quale il Direttore della UOC di Psichiatria gestisce direttamente, sia dal punto di vista clinico che organizzativo, sia il Centro di Salute Mentale (Territorio) che il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (Ospedale), unitamente alla gestione dei percorsi e al coordinamento delle attività delle strutture riabilitative. La direzione unica consente di coordinare i livelli di intervento e dare continuità ai programmi terapeutici da ospedale a territorio. Questo modello "transmurale" si è rivelato nel corso degli anni particolarmente adeguato alla integrazione dei diversi livelli assistenziali e riabilitativi.

Il Progetto Obiettivo Tutela Salute Mentale del Veneto enfatizza il ruolo della psichiatria di comunità e definisce alcuni parametri di riferimento necessari al funzionamento ottimale del sistema: 1 PL in SPDC ogni 10.000 ab., una U.O.C. di Psichiatria ogni 100-150.000 ab., coerentemente a una letteratura dove numerosi studi internazionali definiscono come dimensione massima un bacino di riferimento di 100-250.000 abitanti, per evitare un accentramento delle strutture e dell'organizzazione che comporta inevitabilmente una perdita della accessibilità, della rispondenza al territorio e della possibilità apicale di gestire la complessità clinica ed organizzativa. Le evidenze scientifiche ci dimostrano che il governo di strutture più ampie e complesse si ottiene in ogni caso articolando in maniera attenta l'organizzazione in modo tale da permettere di conservare i principi di competenza professionale, specificità degli interventi, accessibilità equità oltre che di efficacia ed efficienza. Questo ha una importante ricaduta oltre che sulle dimensioni organizzative che permettono il governo clinico delle UOC anche sulla eventuale integrazione nel DSM di altre aree va definita conservando la specificità dei percorsi terapeutico-riabilitativi nel contesto di una evoluzione organizzativa che abbia tempi e modi adeguati.

## **2. Sostenibilità del sistema**

L'eventuale sovradimensionamento del bacino di utenza di una UOC avrebbe, verosimilmente, come conseguenza nel breve-medio termine quella di aumentare i costi indiretti, soprattutto a causa dell'impossibilità nel garantire un unitario governo clinico e organizzativo.

Il sovradimensionamento delle UOC, infatti, rischierebbe di comportare un sicuro indebolimento del lavoro di prossimità e del monitoraggio sia in ambito territoriale che ospedaliero. Tutto ciò farebbe porre il nostro sistema in

controtendenza rispetto a quanto evidenziato dalle più innovative esperienze a livello nazionale ed internazionale (e di quanto raccomandato delle moderne linee guida), cioè di potenziare i Centri di Salute Mentale e i Centri Diurni per ridurre il ricorso al ricovero ospedaliero e alle residenze psichiatriche.

Affinché questo processo virtuoso possa avere luogo e mantenersi nel tempo come cultura clinica e organizzativa è necessario che il sistema sia fondato su un servizio forte, non frammentario, in un territorio ben 'presidiato' dal punto di vista clinico e altrettanto ben governato su quello organizzativo. L'eventuale sovradimensionamento delle UOC comporterebbe quindi il rischio che le direzioni dipartimentali diventino organismi burocratici e non invece luoghi clinico-operativi di gestione della complessità della patologia psichiatrica e dei programmi terapeutici individuali. E ciò è particolarmente vero in un Dipartimento che voglia essere onnicomprensivo di tutti i servizi che effettuano la presa in carico dei problemi di salute mentale presenti nel territorio provinciale.

### **3. Risorse umane e strutturali**

Un vero punto dolente riguarda la destinazione delle risorse per la salute mentale. L'attuale fase di riorganizzazione dell'assistenza dipartimentale nella nostra regione sta avendo luogo in un contesto (come ampiamente illustrato dal recente *Rapporto Salute Mentale 2015*, analisi dei dati SISMI Ministero della Salute), che vede un costo regionale veneto per la salute mentale non solo collocato fra i più bassi su scala nazionale (2,9%, mentre la maggior parte delle Regioni assegna alla salute mentale una percentuale della spesa sanitaria compresa tra il 3% ed il 4%), ma anche in diminuzione e in controtendenza rispetto alla risalita di altre regioni (ad es. la confinante Emilia Romagna, che da tempo ha adottato il sistema delle aziende sanitarie su base provinciale, ha fatto registrare nel 2015 il 4,9%) (Starace F., 2016; elaborazione sui dati Ministero Salute 2016 e Conferenza Stato-Regioni-PPAA). Paradossalmente tutto ciò avviene in una situazione in cui la DGR 2165/2016 ribadisce che il valore di riferimento del finanziamento per la salute mentale deve essere almeno del 5% rispetto alla spesa sanitaria complessiva.

Anche la dotazione di personale, medici e psicologi, assistenti sociali ed educatori, terapisti della riabilitazione appare, già da molti anni, fra le più basse nel panorama nazionale e questo è un elemento importante di rischio per inadeguatezza di percorsi assistenziali o dei percorsi riabilitativi che conducono alla socialità, al lavoro, all'abitare autonomo [Lasalvia A. et al (2007). Eterogeneità dei DSM veneti a dieci anni dal Progetto Obiettivo "Tutela Salute Mentale 1994-96". Quali implicazioni per la pratica clinica? *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 16, 59-70]. Giova, infine, ricordare che la dotazione di personale dei DSM veneti è di

fatto ulteriormente depauperata da fenomeni di disaffezione lavorativa e burnout che incidono su almeno un terzo dei professionisti della salute mentale e che vede psichiatri e assistenti sociali tra le figure professionali maggiormente penalizzate [Lasalvia A. et al (2009). Influence of perceived organizational factors on job burnout: survey of community mental health staff. *British Journal of Psychiatry* 195, 537-544].

#### **4. Rapporto tra Cliniche Psichiatriche Universitarie/UOC di Psichiatria delle Aziende Ospedaliere e DSM**

All'interno dei due Policlinici Universitari di Padova e Verona operano due UOC di Psichiatria a direzione universitaria, entrambe sede delle rispettive Scuole di Specializzazione in Psichiatria. I Dipartimenti di Salute Mentale di Padova e Verona, proprio per la peculiare presenza al loro interno delle UOC di Psichiatria a direzione universitaria, hanno avuto tradizionalmente una configurazione di tipo interaziendale, avvalendosi della partecipazione dell'Università. Questa loro specifica caratteristica ha messo in primo piano e ha valorizzato le attività di ricerca e di formazione nel campo della salute mentale, non separabili da quelle assistenziali [Tansella M. & Burti L.(2003) Integrating evaluative research and community-based mental health care in Verona, Italy. *British Journal of Psychiatry* 183, 67-69]. Sin dalla fine degli anni '70 Verona e Padova hanno rappresentato un esempio paradigmatico – per molti anni unico nell'intero panorama nazionale – di perfetta integrazione tra Ospedale, Università e territorio, avendo avuto l'allora Clinica Psichiatrica di Verona (diretta prima da Antonio Balestrieri e poi da Michele Tansella) e di Padova (diretta da Luigi Pavan prima e Paolo Santonastaso poi) l'attribuzione della responsabilità assistenziale di vaste aree territoriali ricomprese all'interno delle locali aziende sanitarie.

Come ha ripetutamente sostenuto Michele Tansella [Tansella M. (1999). Dalla ricerca scientifica all'assistenza psichiatrica: un flusso irregolare e discontinuo. *Rivista Sperimentale di Freniatria* 123, 159-164], non può esistere assistenza di qualità senza formazione di qualità (e viceversa): il modello veneto si è da sempre ispirato a questo principio, che oggi come in passato è necessario salvaguardare, garantendo forme di integrazione strutturata tra Università/Aziende ospedaliere e territorio.

Infine, al di là dello specifico modello organizzativo dipartimentale che si vorrà adottare, appare sempre più importante, data la contiguità clinica e di processi, favorire una maggiore integrazione organizzativa e omogeneizzazione fra UOC di psichiatria, UO infanzia e adolescenza e Servizi delle Dipendenze al fine di costruire una cultura clinica e organizzativa integrata e strutturale di presa in

carico che in un'ottica transmurale accolga i bisogni della popolazione in fase di prevenzione, esordio della patologia, cura, riabilitazione e inclusione sociale.

La società Italiana di Psichiatria, sezione del Veneto, nel ribadire questi punti come elementi di base per cogliere l'opportunità di miglioramento della assistenza psichiatrica, mette a disposizione le proprie competenze per favorire l'approfondimenti dei diversi temi e le loro evoluzioni e per sostenere le migliori scelte organizzative.

Il Coordinatore Psive  
Dr. Lodovico Cappellari



Il Segretario Psive  
Dr. Antonio Lasalvia

