



PSI.VE  
Società Italiana di Psichiatria  
Sezione Veneta

### **Osservazioni della Sezione Veneta dalla Società Italiana di Psichiatria (PSI.VE) sul Progetto di Legge n. 357 – Disegno di Legge relativo a “Piano Socio Sanitario regionale 2019-2023”, Capitolo n.8 ‘La Salute Mentale’.**

Il modello Veneto per l’assistenza psichiatrica ha consolidato in questi anni le sue basi organizzative, anche attraverso la definizione di due Progetti Obiettivo per la Tutela della Salute Mentale. Alla base del “modello veneto” stanno alcuni principi organizzativi, che sono poi gli ispiratori dei documenti programmatori della Regione:

- la centralità della persona e dei suoi bisogni per una assistenza non fatta di luoghi e strutture ma di percorsi e progetti individualizzati;
- l’utilizzo di strumenti di evidenza scientifica, la loro diffusione e la condivisione delle esperienze nell’ambito regionale;
- la presenza di strutture e presidi nel tessuto stesso della comunità, prossimali alle persone assistite ai servizi e in generale alla rete sociale e sanitaria;
- il superamento dei pregiudizi nei confronti della malattia mentale, dello stigma che ne deriva e la messa in atto di azioni per l’empowerment che comprendono la partecipazione di utenti e familiari, attraverso le loro associazioni alla attività dei Dipartimenti di Salute Mentale (un esempio virtuoso a tal riguardo è rappresentato dalla Commissione regionale consultiva per la salute mentale);
- un approccio alla riabilitazione psico-sociale precoce e tempestivo nella logica di programmare obiettivi e uso consapevole dei supporti socio-sanitari.

Pur individuando una specificità e una unicità nella organizzazione dipartimentale nella salute mentale, si è dovuto prendere atto della emergenza di bisogni e necessità clinico-assistenziali diverse nel contesto di un ambito sociale e culturale in drammatica trasformazione. Le tradizionali divisioni di competenze fra servizi (salute mentale, età evolutiva, disabilità, dipendenze) oggi sono radicalmente disconfermate dai fatti, dall’emergere di bisogni trasversali, dallo stesso cambiamento di quadri clinici e modalità di richiesta di aiuto da parte di pazienti e famiglie.

Alcuni elementi poi hanno cambiato in modo radicale lo scenario della assistenza psichiatrica. Fra questi ricordiamo in particolare:

- **la riforma della sanità penitenziaria** e, soprattutto, **la Legge n.81/2014 che ha portato alla chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG)** e che ha definito nuovi percorsi per le persone con disturbi mentali autori di reato. Questa riforma ha comportato e sta comportando evidenti e importanti cambiamenti nella gestione delle problematiche collegate alla responsabilità dei servizi.
- **la recente riforma delle Aziende Sociosanitarie Venete**, che ha radicalmente modificato lo scenario assistenziale della regione incorporando realtà con storie e modelli socio sanitari diversi che rendono urgente e prioritaria la definizione di criteri comparabili per l’organizzazione dell’assistenza assieme ad un adeguato uso delle risorse.

In questo contesto una delle forme più preoccupanti che assume lo stigma ai giorni nostri è la tendenza a definire, nei confronti dei servizi per la salute mentale, una delega sociale relativa nella sostanza al controllo dei comportamenti, in particolar modo quelli aggressivi e violenti, senza nessuna distinzione fra malattia, cura e controllo sociale. Questa delega rischia di riproporre un approccio manicomiale legato a una valutazione di “pericolosità” della persona, indipendentemente dal fatto che soffra o meno di una patologia, piuttosto che alla cura di chi sta male e ha bisogno di assistenza.

Negli anni successivi all’emanazione del Progetto Obiettivo Regionale per la Tutela della Salute Mentale - triennio 2010-2012 (DGR n. 651 del 09 marzo 2010) sono intervenuti altri documenti programmatori di

rilevanza nazionale e internazionale cui è importante fare riferimento, dato che sembrano confermare i principi ispiratori fino ad oggi adottati dalla Regione Veneto:

A. "European Mental Health Action Plan", prodotto dal Regional Committee for Europe della OMS nel 2013 (tradotto in italiano dal DSM di Trieste *Piano d'Azione Europeo per la Salute Mentale*) o al "Mental Health Action Plan 2013-2020", pubblicato dall'OMS sempre nel 2013 e tradotto ancora dal DSM di Trieste (*Piano d'azione per la salute mentale 2013-2020*). Quest'ultimo documento si poggia su sei principi trasversali ai quali - crediamo - che anche i nostri servizi debbano/possano ispirarsi:

1. **Accesso e copertura sanitaria universale:** indipendentemente da età, sesso, situazione socio-economica, razza, etnia di appartenenza oppure orientamento sessuale, e secondo il principio di uguaglianza, le persone con disturbo mentale dovrebbero poter accedere, senza correre il rischio di impoverirsi, ai servizi sanitari e sociali essenziali che consentano loro di ottenere la recovery e raggiungere la migliore condizione di salute possibile.
2. **Diritti umani:** le strategie, le azioni e gli interventi riguardanti il trattamento, la prevenzione e la promozione in salute mentale devono essere aderenti alla Convenzione sui Diritti delle Persone con Disabilità e agli altri strumenti internazionali e regionali in materia di diritti umani.
3. **Interventi basati su evidenze scientifiche:** le strategie, le azioni e gli interventi riguardanti il trattamento, la prevenzione e la promozione in salute mentale devono basarsi sulle evidenze scientifiche e/o sulle pratiche migliori, tenendo conto delle considerazioni culturali.
4. **Approccio orientato a tutte le fasi della vita:** le politiche, la pianificazione ed i servizi di salute mentale devono tener conto dei bisogni sanitari e sociali relativi a tutte le fasi della vita - prima e seconda infanzia, adolescenza, età adulta e vecchiaia.
5. **Approccio multisettoriale:** un approccio globale e coordinato in materia di salute mentale presuppone il coinvolgimento di vari settori pubblici quali quello della sanità, dell'istruzione, del lavoro, della giustizia, dell'abitazione, dell'assistenza sociale e di altri settori rilevanti, nonché del settore privato, secondo modalità appropriate alla situazione del paese.
6. **Empowerment delle persone con disturbo mentale e disabilità psicosociali:** le persone con disturbo mentale e disabilità psicosociale dovrebbero essere rafforzate (empowered) e coinvolte nell'advocacy, nelle politiche, nella pianificazione, nella legislazione, nella prestazione di servizi, nel monitoraggio, nella ricerca e nella valutazione in materia di salute mentale.

B. "Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale (PANSM)", approvato in Conferenza unificata il 24 gennaio 2013 e recepito dalla Regione Veneto con DGR n. 1558 del 3 settembre 2013, in particolare laddove propone tre modelli clinico-organizzativi atti a governare il processo assistenziale:

1. **collaborazione/consulenza** - una modalità di lavoro strutturata tra DSM e medicina generale per gli utenti che non necessitano di cure specialistiche continuative;
2. **assunzione in cura** - percorso di trattamento per gli utenti che necessitano di trattamento specialistico ma non necessitano di interventi complessi e multiprofessionali;
3. **presa in carico** - percorso di trattamento integrato per gli utenti che presentano bisogni complessi e necessitano di una valutazione multidimensionale e intervento di diversi profili professionali. Il percorso clinico di "presa in carico" prevede la definizione di un Piano di Trattamento Individuale per il singolo utente e - a seconda dei bisogni individuati - richiede l'identificazione del "case manager".

Nella bozza di PSSR si fa riferimento esclusivamente alla 'presa in carico' che è solo una delle tre modalità clinico-organizzative possibili e che riguarda principalmente quella fascia di utenza con bisogni clinici e sociali complessi cui appartengono i pazienti gravi e con importanti necessità assistenziali. Tuttavia, esiste una fascia altrettanto ampia di utenti per i quali non si rende necessaria una presa in carico con relativa stesura del Piano di trattamento individuale o 'Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato' (secondo la dizione del PSSR, pagina 98, secondo paragrafo). Questa fascia di utenti può essere gestita (e di fatto viene gestita) attraverso la logica dell'assunzione in cura (secondo l'accezione del PANSM, o comunque la si voglia denominare). E' necessario quindi **rendere esplicito il criterio della intensità di cura** anche per le implicazioni che questo ha nella rete socio-sanitaria.

C. "Definizione dei percorsi di cura da attivare nei DSM per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità", approvato dalla Conferenza Unificata il 13 novembre 2014 (recepito al livello regionale con la DGR n. 1170 del 8 settembre 2015). In relazione a questo documento è necessario

**sviluppare anche in collaborazione con i soggetti coinvolti e le associazioni scientifiche specifici percorsi per la Regione.**

Alla luce di tutto quanto sopra, la PSIVE ritiene che sia giunto oramai il momento di prevedere, nell'arco di vigenza del prossimo PSSR, la realizzazione di un **nuovo Progetto Obiettivo Regionale per la Tutela della Salute Mentale**. Questo dovrebbe rappresentare un Obiettivo Strategico per la psichiatria pubblica della nostra Regione.

Un'altro dei problemi generali che abbiamo rilevato nella bozza di PSSR è che non sembra esserci coerenza tra quanto indicato nel riquadro di apertura in relazione agli "Obiettivi Strategici" [numerati da 1 a 10 (i primi 7 per la salute mentale adulti e gli ultimi 3 per la salute mentale minori)] e i punti riportati alle pagine 99 e 100: non è chiaro, cioè, se tra le venti enunciazioni presenti in queste due pagine esista una forma di gerarchia o un qualche ordine di priorità (o sono da intendersi come equivalenti ?) ed in che modo questi siano a loro volta collegati ai 10 "Obiettivi Strategici" indicati in apertura di capitolo.

Allora, di seguito alcuni punti che riteniamo debbano essere considerati prioritari e definiti quali "Obiettivi Strategici" da perseguire nel prossimo quinquennio.

In primo luogo, vanno esplicitamente previste azioni e interventi a favore di un concreto intervento di perseguimento dell'**inclusione sociale delle persone con problemi di salute mentale, attraverso politiche di servizio orientate alla recovery e all'empowerment e che renda tutto ciò possibile mediante azioni di contrasto nei confronti di ogni tipo di stigma e discriminazione e attraverso l'uso in modo innovativo di programmi e risorse.**

Oltre alla importanza fondamentale dei Piani di Zona anche nella salute mentale per la programmazione socio sanitaria va introdotto il concetto intensità nel bisogno assistenziale, anche dal punto di vista socio sanitario, al fine di poter fare valutazioni sui progetti terapeutico-riabilitativi anche in relazione alla disponibilità e all'uso di risorse dedicate al percorso individuale di riabilitazione. Si propone la definizione di uno strumento regionale di valutazione sui bisogni sociali, riabilitativi e assistenziale (sul modello della SVAM-A e SVAM-DI), che possa essere costruito con scale e indicatori di evidenza scientifica e permetta una valutazione anche quantitativa di bisogni e risorse assegnate alla persona nella logica di un **"budget individuale di salute"**, che già altre Regioni (ad es. la Regione Emilia-Romagna) stanno sperimentando con successo e in maniera estensiva. Tale approccio potrebbe permettere risposte diverse, specie nel caso di persone con bisogni assistenziali di lunga durata, e di elevata intensità con una flessibilità di risposte senza riproporre modelli istituzionalizzanti o peggio neo manicomiali.

Riteniamo poi che il prossimo PSSR debba rendere prioritarie (in maniera più chiara e non generica come riportato nel testo) azioni e strategie di integrazione tra i Servizi dell'età adulta e dell'età infantile, prevedendo **progetti specifici dedicati alla fasce giovanili della popolazione, in particolare agli adolescenti**. Secondo l'OMS nel mondo dal 10 al 20% di bambini e adolescenti soffre di disturbi mentali. Le patologie neuropsichiatriche sono diventate la causa principale di disabilità nei giovani e il suicidio è diventata la seconda causa di morte tra i 15 e 29 anni. Circa il 75% di tutti i disturbi mentali insorge prima dei 24 anni. Tuttavia, solo una minima percentuale dei disturbi mentali dell'adolescenza arriva all'osservazione professionale, soprattutto nel caso delle psicosi. Ciò potrebbe essere attribuito almeno in parte a fattori quali il mancato riconoscimento o l'interpretazione errata dei sintomi, la stigmatizzazione e una generica sfiducia negli interventi forniti dai servizi. Riteniamo fondamentale che le politiche sanitarie comincino ad investire sulle fasce giovanili della popolazione. I disturbi mentali più gravi come le psicosi - che esordiscono come la maggior parte dei disturbi mentali proprio in adolescenza - non producono necessariamente e direttamente disabilità: la cronicità è in parte il frutto di interventi aspecifici e tardivi, spesso conseguenza di mancati investimenti iniziali. Per le ragioni di cui sopra, a nostro parere il potenziamento delle azioni rivolte agli adolescenti dovrebbe rappresentare un Obiettivo Strategico da perseguire nel prossimo quinquennio.

Inoltre, il PSSR dovrebbe definire in maniera chiara, anche alla luce della specifica storia dei servizi psichiatrici universitari della nostra regione che hanno reso il Veneto un vero e proprio battistrada nel nostro Paese, le modalità di **cooperazione/integrazione tra DSM, Aziende Ospedaliere e Università**. In questo contesto, sarebbe anche utile che il documento di programmazione regionale indicasse anche alcune linee di indagine /ricerca sanitaria finalizzata in tema di sanità pubblica di interesse regionale da portare avanti, grazie alla specifica *expertise* delle due Cliniche Psichiatriche Universitarie della nostra regione, i cui

risultati potrebbero avere ricadute operative sui servizi e potrebbero essere utilizzati per la futura programmazione.

E ancora, è necessario implementare il **sistema informativo-informatico** al fine di omogeneizzare meglio la raccolta dati dei flussi APT, informatizzare la cartella clinica territoriale (ambulatoriale e riabilitativa) in modo da poter condividere fra tutti gli operatori, anche a distanza, le informazioni necessarie a garantire una miglior continuità di presa in carico, la programmazione e la registrare dei dati necessari per il monitoraggio dei risultati attesi e degli indicatori.

In ultimo, ma questa rappresenta in realtà la questione centrale sulla quale poggiano tutte le osservazioni e proposte sopra riportate, va posto il **problema delle risorse**. La bozza di PSSR in discussione indica che le “Aziende ULSS, nell’arco di vigenza del presente PSSR, assegnino fino al 5% del proprio budget, così come definito nel documento approvato dalla conferenza dei presidenti delle Regioni nel 2001, al conseguimento dei predetti obiettivi di salute mentale...” (pagina 98). Si ritiene che la frase di cui sopra debba essere riformulata prevedendo che Aziende ULSS, nell’arco di vigenza del PSSR, assegnino **almeno il 5% del proprio budget** al conseguimento dei predetti obiettivi di salute mentale, come d’altro canto era già stato previsto dal già citato PO Tutela Salute Mentale Regionale il quale aveva posto come obiettivo economico di budget per le Aziende Socio Sanitari regionali “almeno 5% del bilancio aziendale” (pagina 7, Allegato A alla DGR n. 651 del 09 marzo 2010). Va sottolineato, per altro, che ad oggi l’investimento destinato alla salute mentale nella nostra Regione è inferiore alla media nazionale, che attestandosi attorno al 4% del Fondo Sanitario risulta già bassa a confronto con altre nazioni europee: rispetto alla complessiva spesa sanitaria regionale, all’assistenza psichiatrica veneta è assegnato solo il 2.9% delle risorse, per un costo pro capite per cittadino inferiore del 16,5% rispetto al corrispondente dato nazionale; una quota, la prima percentuale, peraltro diminuita nel corso degli anni, e sensibilmente più bassa rispetto ad altre regioni italiane confinanti (ad es. Provincia Autonoma di Trento, Emilia Romagna, Lombardia e Friuli Venezia Giulia, dove risulta rispettivamente pari a 6.3%, 5%, 4.9% e 4.8%). Inferiore alla media nazionale è pure la dotazione di personale medico e di altre figure professionali per i Dipartimenti di Salute Mentale veneti (dati Report Nazionale sulla Salute Mentale 2016).

Firmato,

Il Direttivo della Sezione Veneta  
della Società Italiana di Psichiatria  
(PSI.VE)