

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 371 del 08 aprile 2022

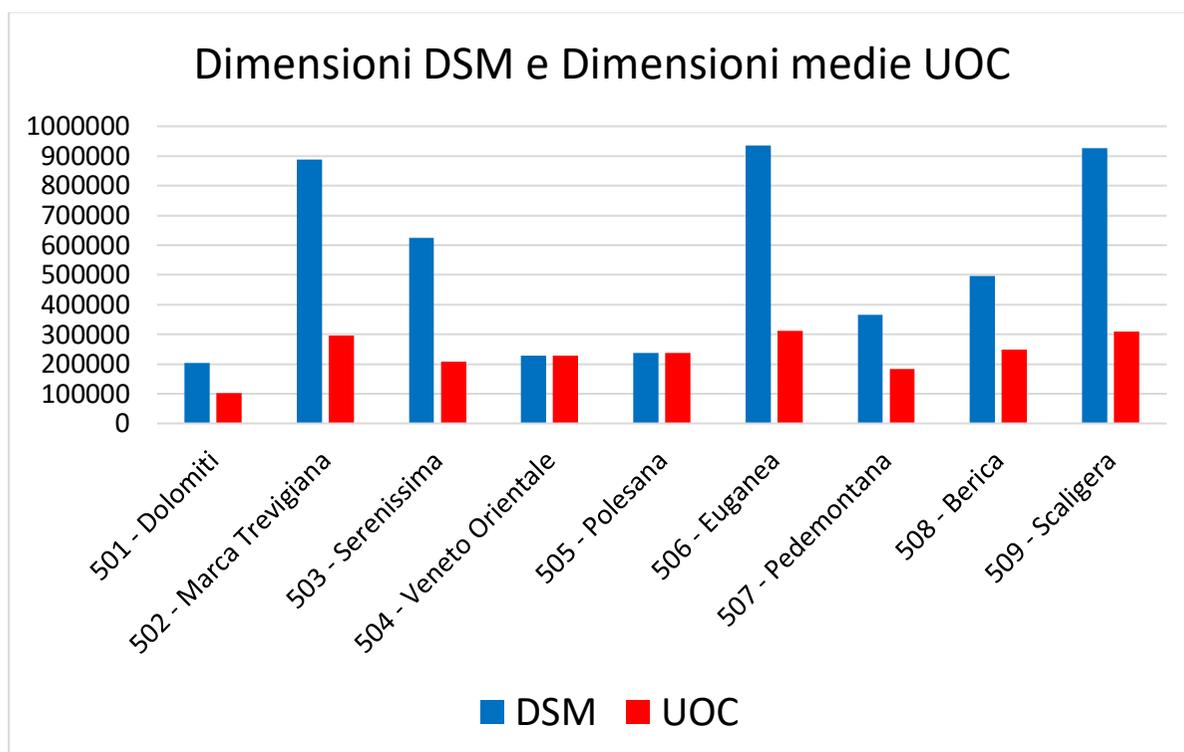
Osservazioni

1) PROVVEDIMENTI EFFETTIVI:

A) PERSONALE

a) Le aggiunte di personale sul territorio sono definite “per CSM di 100.000 ab”. Il fatto che non è scritto ogni 100.000 ab., ma per CSM ogni 100.000 ab, è un puro refuso o si intende che effettivamente le dotazioni non saranno proporzionali ma con un sistema a soglia?

Teniamo presente che attualmente queste sono dimensioni dei DSM e queste le dimensioni medie delle UOC presenti in Veneto



I nuovi standard sono:

- 3 psicologi per CSM di 100.000 ab
- 2 assistenti sociali per CSM di 100.000 ab
- 3 TerP/Educatore per CSM di 100.000 ab

b) Le aggiunte di personale per l’Ospedale sono “ogni SPDC di 16 PL”.

Questo significa che nel caso di SPDC con > 16 PL non si applica?

Si applica in modo proporzionale? Appare un po’ difficile aggiungere la “proporzione” rispetto ad un singolo operatore ...

- 1 psicologo per SPDC con 16 PL
- 1 infermiere 24/h per SPDC con 16 PL (per assicurare questo turno per 365 gg/ anno occorrono 4,9 infermieri per SPDC). Dal momento che tale personale deve operare “ove necessario in stretta collaborazione con i presidi di emergenza-urgenza.”, questo significa che rimane il mandato alla psichiatria di occuparsi comunque della violenza

e della contenzione come maldestramente indicato dalla DGR n. 1106 del 6 agosto 2020?

c) Viene stabilita una equivalenza fra Educatori e Terp che pone la domanda di quale modello di riabilitazione la Regione abbia in mente

d) il personale per arrivare a questi nuovi standard è da assumere con incarico temporaneo con scadenza al 31/12/2023, in attesa che un apposito gruppo di lavoro definisca i nuovi standard. Questo elemento è interessante anche perché sia per Psicologi e Assistenti Sociali i valori raggiunti sono comunque inferiori rispetto alla media nazionale e per Educatori + Terp i valori superiori sono quelli già esistenti attualmente nelle Ulss. È pensabile che vengano sviluppati standard ancora inferiori rispetto alla media nazionale?

O più semplicemente la spesa per questo personale è quello finanziabile fino al 31/12/2023 con l'apposito stanziamento UT delle linee di indirizzo del Ministero del marzo 2022?

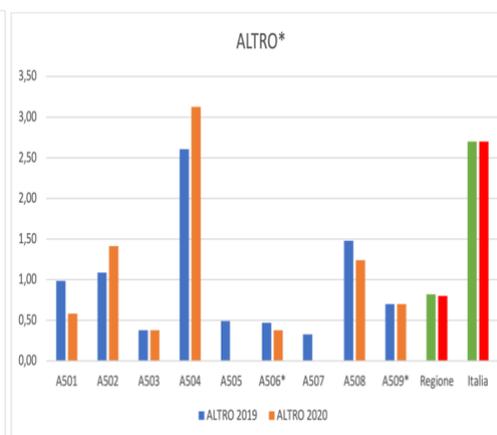
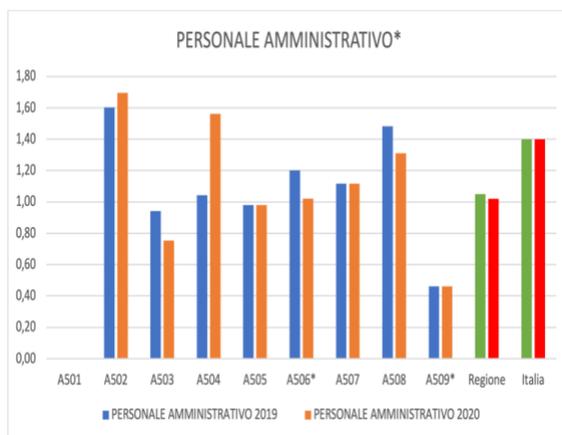
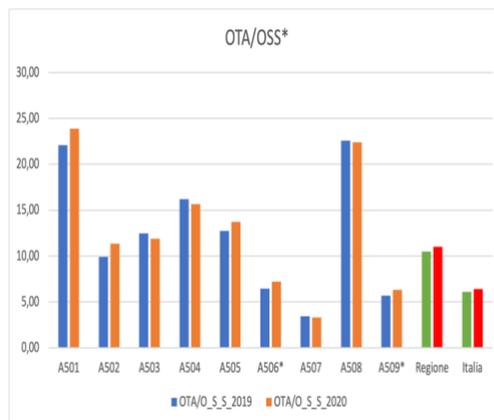
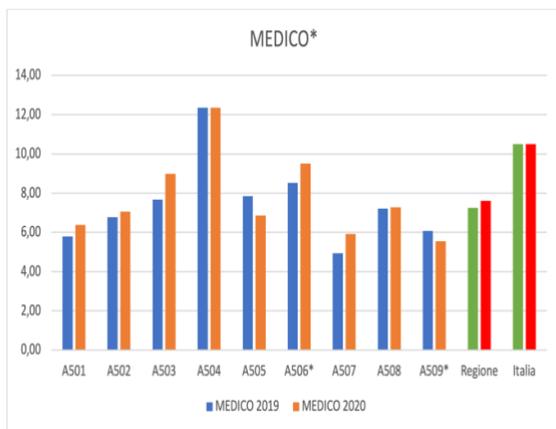
e) Viene fatto esplicito riferimento alla "necessità di definire idonei standard per le diverse figure operanti nelle strutture del DSM o comunque con esso convenzionate verrà soddisfatta dal Gruppo di lavoro appositamente costituito con decreto del Direttore della Direzione Programmazione Sanitaria n. 36 del 16 novembre 2021 entro il 31 dicembre 2022, in armonia con le indicazioni ministeriali relative alla riforma dell'assistenza territoriale in atto". A quali strutture convenzionate si fa riferimento, dato che non possono essere quelle delle residenzialità e semi residenzialità già definite con appositi documenti?

f) non viene fatto alcun riferimento al personale medico. Questo non può essere perché si ritiene non disponibile dal momento che

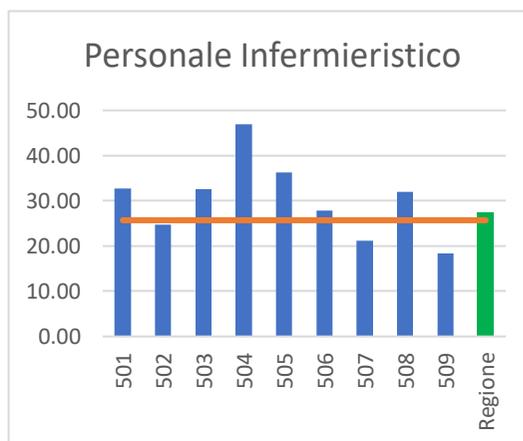
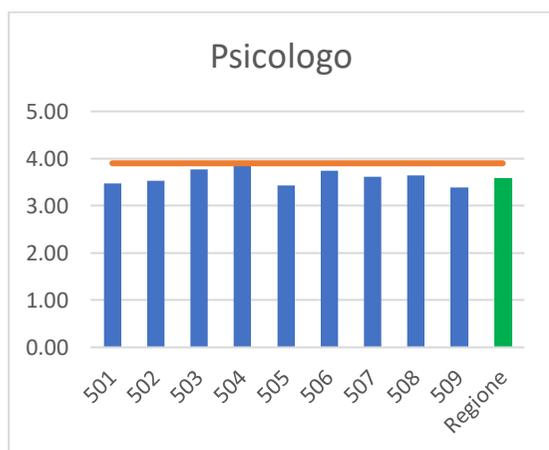
- Si propone di istituire un gruppo di lavoro per la definizione degli standard di composizione dell'equipe di NPA e dei criteri di inclusione. Il gruppo di lavoro suddetto dovrà essere rappresentativo delle diverse professionalità oltre che delle principali società scientifiche di settore.
- prevede, tra l'altro, l'unità operativa per l'assistenza psichiatrica ospedaliera in età evolutiva per il ricovero delle urgenze psichiatriche in età evolutiva (minori/adolescenti) che rappresenta la componente ospedaliera del percorso di cura, dedicato specificamente ai soggetti in età evolutiva (minori/adolescenti) con disturbo psichiatrico in fase acuta accertato o in via di definizione
- La tutela della Salute mentale in ambito penitenziario è stata recentemente implementata con l'introduzione degli standard del personale operante all'interno delle UU.OO. T.S.P. introdotti con "DGR n. 1669 del 29 novembre 2021 - Approvazione del documento "Linee di indirizzo regionali di organizzazione e degli standard per le attività assistenziali all'interno degli Istituti penitenziari. Deliberazioni n. 117/CR del 25 ottobre 2021" che prevedono, presso tutti gli Istituti penitenziari della Regione del Veneto, la figura dello psichiatra e dello psicologo psicoterapeuta, in modo da migliorare la valutazione, la presa in carico e l'integrazione con il territorio delle persone detenute con problematiche psichiatriche

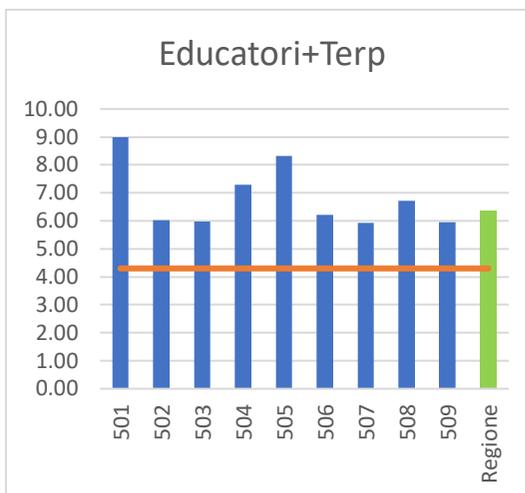
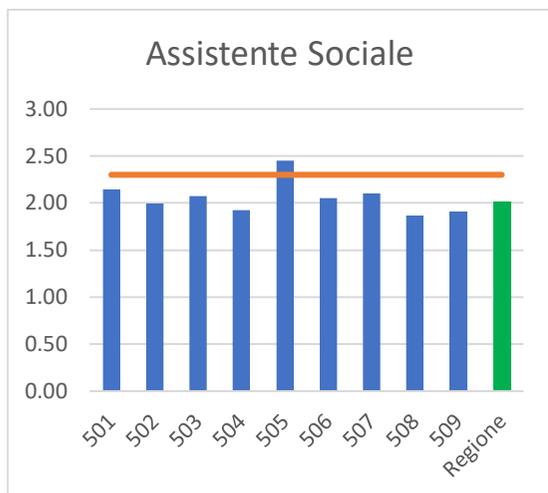
Tali strutture vanno intese con personale già esistente nei DSM, aggiungendo oneri al personale già carente? O vanno intese come acquisizione di personale anche medico? Ed allora perché non è previsto nella attuale delibera il fatto di integrare le carenze dei servizi?

Con le variazioni indicate, elaborate tenendo la valutazione ogni 100.000 ab e senza tenere conto dei PL degli SPDC alla fine risulta



Cambiarebbero invece (per la 506 e la 509 non è calcolato il personale Ospedaliero/universitario)





E soprattutto: come si rapportano ora questi standard con l’Intesa in Conferenza Stato-Regioni sancita il 21 dicembre scorso sulla “nuova metodologia per il calcolo dei fabbisogni di personale del SSN”?

2) AZIONI FUTURE (riportiamo quanto indicato nel documento)

a) *Implementare la psichiatria di base nelle Case di Comunità per favorire una più stretta collaborazione con MMG mediante equipe multiprofessionali di primo livello con afferenza al Centro Salute Mentale - CSM, per garantire i seguenti interventi:*

“Intervento in loco delle patologie di minor gravità

Prime visite per appropriatezza di invio al secondo livello (CSM) che si occupa specificatamente di

assunzione in cura e presa in carico”

“Intercettazione precoce del disagio vista la capillarità territoriale di presenza”

Nulla è detto circa tempi, modi e personale

b) *Con decreto del Direttore della Direzione Programmazione Sanitaria n. 2 del 3 febbraio 2022 sono state approvate le linee di indirizzo regionali per protocolli di collaborazione tra servizi per la disabilità età adulta e non autosufficienza e i dipartimenti salute mentale, in attuazione a quanto previsto dal PANSM. L’atto succitato prevede che le Aziende ULSS dovranno dotarsi di protocolli aziendali entro il 31 maggio 2022; è prevista una fase di sperimentazione, valutazione e aggiornamento, congiuntamente alle risultanze della sperimentale scheda di analisi dei bisogni assistenziali, entro il 31 maggio 2023.*

Le modalità sono quindi rinviate a questi protocolli. Non sembra previsto alcun adeguamento del personale

c) **CONTENZIONE:**

È opportuno che le risorse di operatori presenti permettano una relazione personalizzata laddove ci siano i presupposti per un’escalation emotivo-comportamentale al fine di consentire la giusta decantazione emotiva. Ciò è reso possibile non solo dalla quantità di personale presente ma anche dalla formazione dello stesso in termini di prevenzione dell’aggressività e utilizzo di tecniche di de-escalation.

Ci siamo già occupati della questione in numerose Lettere al Direttore su Quotidiano Sanità

d) SEMIRESIDENZIALITA':

*Per questa valenza strategica si è reso opportuno costituire un **gruppo di lavoro** con il mandato di definire criteri di funzionamento e standard organizzativi, di riqualificare i servizi per dare risposte appropriate agli utenti e differenziare gli interventi secondo 3 assi principali ad alta intensità: giovani, lavoro, casa. Con successivo provvedimento da sottoporre alla competente Commissione Consiliare sarà data attuazione alla programmazione in tale ambito.*

Il documento è la DGR 1512/2022 che riportiamo e commentiamo nel Blog

e) TELEMEDICINA

In linea con tali necessità la Regione del Veneto ha individuato quale obiettivo per la valutazione dei Direttori Generali per l'anno 2021 la promozione della telemedicina per televisite e teleconsulti, in particolare per prestazioni urgenti, in stretta collaborazione con le Direzioni Mediche ed i Pronto Soccorso, prevedendo un modello di integrazione dipartimentale aziendale ed interaziendale.

f) COLLABORAZIONE CASE DI CURA PRIVATE

*Pertanto, compatibilmente con l'attivazione a regime di quanto sopra descritto, è opportuno prevedere la definizione di un protocollo con le strutture ospedaliere private accreditate sopra richiamate per stabilire adeguate modalità di raccordo operativo con gli SPDC. A tal fine si procederà alla costituzione di **un apposito gruppo di lavoro**.*

g) PROMOZIONE RAPPORTO VOLONTARIATO

*Costituzione di **un gruppo di lavoro** per la definizione di linee di indirizzo regionali per specifici interventi in co-programmazione e co-progettazione da attuarsi in sede locale.*

h) UTILIZZO FARMACI

*Si ritiene opportuno la costituzione di un **gruppo tecnico di lavoro** per la redazione di linee guida dedicate.*

Pazienti psichiatrici autori di reato.

i) PAZIENTI AUTORI DI REATO

*Per conseguire questi obiettivi è stato costituito il **Tavolo Tecnico Interistituzionale** per la gestione del paziente sottoposto a misure di sicurezza con Decreto del Direttore dell'Area Sanità e Sociale n. 103 del 5 settembre 2018 e per garantire percorsi alternativi ai ricoveri in REMS in adempimento alla normativa nazionale.*

È previsto un aggiornamento della attuale composizione in considerazione di alcuni avvicendamenti, da definire con decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale.

j) DCA

È stato inoltre previsto di dare attuazione ad un percorso di definizione del fabbisogno, degli standard organizzativi e strutturali per le unità di offerta della rete di trattamento per i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione. Per quanto riguarda la verifica e la valutazione

del PDTA si rinvia tale azione a conclusione dell'anno in corso per avere un quadro di informazioni articolate e specifiche allo scopo. Per quanto riguarda la seconda azione si prevede di **convocare il gruppo tecnico** e di fissare come scadenza del mandato il 01 luglio 2023.

k) INFANZIA ADOLESCENZA (NPA)

Si propone di **istituire un gruppo di lavoro** per la definizione degli standard di composizione dell'equipe di NPA e dei criteri di inclusione. Il gruppo di lavoro suddetto dovrà essere rappresentativo delle diverse professionalità oltre che delle principali società scientifiche di settore.

Con successivo provvedimento, da sottoporre alla competente Commissione Consiliare, saranno definiti tempi e modalità per la revisione degli atti aziendali.

l) RICOVERO MINORI

La rete sopra descritta deve seguire la logica del modello HUB e Spoke motivo per cui dovranno essere definiti protocolli interaziendali per l'utilizzo di posti letto di cui sopra. Va inoltre prevista, ove necessario, una stretta collaborazione con la rete delle strutture ospedaliere private accreditate per l'uso finalizzato di quota parte dei posti di riabilitazione ospedaliera.

A tal proposito si evidenzia che sono già stati avviati, dalle strutture regionali competenti, una serie di **incontri con le Aziende Ulss** sopra descritte evidenziando l'urgenza di attivare quanto prima i posti letti previsti per dare adeguate risposte alle urgenze psichiatriche ed evitare ricoveri in reparti inappropriati.

m) INTEGRAZIONE SERD

Pertanto, si prevede di **ampliare la composizione del Tavolo Tecnico** permanente sulle Dipendenze, istituito con DGR n. 51 del 25 gennaio 2022 e successivo decreto del Direttore della Direzione Servizi Sociali n. 2 del 3 marzo 2022, con i referenti della U.O. Salute mentale e sanità penitenziaria e professionisti dei Dipartimenti di Salute Mentale al fine di perseguire l'armonizzazione dei modelli operativi in relazione agli obiettivi sopra citati

n) CARCERE

La tutela della Salute mentale in ambito penitenziario è stata recentemente implementata con l'introduzione degli standard del personale operante all'interno delle UU.OO. T.S.P. introdotti con "DGR n. 1669 del 29 novembre 2021 - Approvazione del documento "Linee di indirizzo regionali di organizzazione e degli standard per le attività assistenziali all'interno degli Istituti penitenziari. Deliberazioni n. 117/CR del 25 ottobre 2021" che prevedono, presso tutti gli Istituti penitenziari della Regione del Veneto, la figura dello psichiatra e dello psicologo psicoterapeuta, in modo da migliorare la valutazione, la presa in carico e l'integrazione con il territorio delle persone detenute con problematiche psichiatriche.

Tali obiettivi saranno promossi e monitorati mediante azioni specifiche della competente UO regionale Salute mentale e sanità penitenziaria.

3) ELEMENTI "INNOVATIVI"

- Case della Comunità

- Collaborazione con le Case di Cura private
- Telemedicina
- Linee guida regionali per i farmaci
- NPA

4) OSSERVAZIONI SUGLI ELEMENTI INNOVATIVI

- Case della Comunità

Il modello non è ancora definito con chiarezza. Di fatto una allocazione di questo tipo presenta vantaggi e svantaggi. O vantaggi sono quelli di contattare pazienti in ambienti poco stigmatizzanti, facilitando l'accesso ai servizi. Si tratta di un vantaggio per il quale sono pensabili molte altre soluzioni alternative. Gli svantaggi è che queste modalità costano molto personale, esentano i MMG dall'occuparsi dei problemi psichici, finiscono per offrire un approccio ambulatoriale alla questione della salute mentale

- Collaborazione con le Case di Cura private

Stupisce questa valorizzazione delle Casi di Cura in una Regione che ha 9 volte i posti letto privati rispetto alla media italiana e 5 volte i ricoveri.

Stupisce ancora di più considerata l'area proposta che è quella della riabilitazione per la quale è difficile immaginare modelli che tengano conto di quanto indicato nella DRG: *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.*

Ci domandiamo in che maniera l'ambiente socio relazionale di una struttura di ricovero possa favorire e fino a che punto il percorso richiesto

- Telemedicina

Nulla è detto sulla applicabilità di questi strumenti all'ambito della psichiatria

- Linee guida regionali per i farmaci

Le linee guida sono normate all'interno della Legge Gelli e il successivo decreto applicativo in Conferenza Stato Regioni. Ci domandiamo se la Regione 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

- Neuropsichiatria 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 questo caso poi non si comprende il rationale del passaggio della fascia di età superiore ai 12 anni alla psichiatria dell'adulto.

5) ELEMENTI NON INNOVATIVI

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 non è applicato

b) **IL CONCETTO DI CENTRALITA' DELLA PERSONA** (che non si capisce come venga declinato)

c) **ORGANIZZAZIONE TERRITORIALE**: nulla di nuovo

d) **DISABILITA'**: protocollo integrativo

e) **REPARTI OSPEDALIERI**: nulla di nuovo

- concetto di “umanizzazione” che non viene meglio descritto ed affidato per la soluzione alla presenza di psicologi (?)

- contenzione: ribadita la DGR n. 1106 del 6 agosto 2020 senza alcuna analisi della origine del problema (vedi i dati preoccupanti 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)

f) **SEMIRESIDENZIALITA'**: viene affidata ad una CR già elaborata che sta completando l'iter e che segue con modeste modifiche il modello già in atto

g) **RESIDENZIALITA'**: viene ribadito il modello della DGR 1673/2028 con i manicomietti

h) **PAZIENTI AUTORI DI REATO**: viene descritto e ribadito quanto fatto

i) **DCA**: viene descritto e ribadito quanto fatto, segnalando un aggiornamento da fare del PDTA

j) **REPARTI PER MINORI**: notiamo che ora è importante “evitare ricoveri in reparti inappropriati”, in contrasto con il decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 64 del 22 luglio 2020 il Protocollo di collaborazione tra i Dipartimenti di Salute Mentale e la Neuropsichiatria Infantile, che aveva legittimato il ricovero dei minori in SPSC forzando 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 abbiamo già notato – non fa riferimento ad assunzione di psichiatri e non ne fornisce motivazione. Se questa è perché di ritiene che tale figura professionale non sia reperibile (in contrasto con i dati nazionali). Come si pensa di attivare queste strutture?

k) INTEGRAZIONE CON I SERD: vengono ricordati i documenti approvati in passato

l) SALUTE MENTALE IN CARCERE: vengono ricordati i documenti approvati in passato.

COMPLESSIVAMENTE

È un documento che mantiene inalterato il modello esistente e le contraddizioni ed i problemi presenti nei vari documenti che si sono succeduti.

Invece di una riflessione sulla adeguatezza del modello rispetto alle nuove realtà, aggiunge alla attuale organizzazione luoghi dove collocare i problemi.

Integra alcune figure professionali (senza portarle al livello nazionale), lascia totalmente inalterate altre gravi carenze senza farne menzione, implementa con livelli incomprensibili slegati da qualunque reale progetto la figura dei Terp.

Le apparenti novità introdotte sono in realtà molto problematiche e non si comprende da quali elementi scientifici siano supportate.

Elenca cose fatte e per le azioni future rimanda a decisioni da prendere in gruppi di lavoro

Non compare alcun dato di analisi della attuale situazione, nessuna letteratura a supporto delle decisioni.

Viene proposto uno stile di lavoro che temiamo sia di solo apparente partecipazione: la apparenza risiede soprattutto nel fatto che alcune scelte vengono decise dalla Regione (senza dati, senza visione complessiva e senza base scientifica), dando poi il compito a gruppi scelti dalla Regione di darne attuazione.

La partecipazione nelle scelte e nella programmazione viene indicata in comunicazioni date dalla Regione in sede di Commissione Salute Mentale e istanze relative a bisogni espressi da stakeholder in incontri avvenuti un anno or sono.