



PSI.VE
Società Italiana di Psichiatria
Sezione Veneta

15 aprile 2019

Oggetto: Osservazioni della Sezione Veneta della Società Italiana di Psichiatria (PsiVe) in ordine alle Schede di dotazione ospedaliera - DGR n.22/CR del 13.3.2019.

La Sezione Veneta della Società Italiana di Psichiatria (PsiVe) desidera sottoporre all'attenzione della V Commissione Consiliare alcune riflessioni sulle possibili conseguenze sull'assistenza psichiatrica regionale della proposta di revisione delle schede di dotazione ospedaliera prodotta dalla Giunta Regionale con la DGR n.22/CR del 13.3.2019.

Il primo aspetto che suscita preoccupazione riguarda l'introduzione del c.d. "Pronto Soccorso Psichiatrico ad accesso diretto". Dalla lettura del testo delle schede ospedaliere non è chiaro cosa questa formulazione voglia significare. Andrebbe a nostro avviso chiarito se con questa proposta si intende ipotizzare che dal Pronto Soccorso possa esservi un diretto invio del paziente presso il reparto ospedaliero psichiatrico (o area ospedaliera ad essa attigua) e/o un arrivo del paziente di propria iniziativa alla struttura psichiatrica di emergenza senza transitare dal Pronto Soccorso. In entrambi i casi questa proposta porterebbe alla istituzione presso gli SPDC di un vero e proprio Pronto Soccorso psichiatrico H24; la qual cosa comporterebbe un radicale cambiamento di quanto fino ad oggi in vigore: nel sistema attuale, infatti, lo specialista psichiatra in turno presso il reparto risulta semplicemente un consulente del medico dell'emergenza, che ha formalmente in carico il paziente fino alla decisione finale (se cioè dimetterlo o ricoverarlo). Se tale provvedimento dovesse essere inteso come prefigurato sopra: a) comporterebbe diversi problemi operativi; b) introdurrebbe potenziali rischi sul piano clinico, andando a minare le garanzie di tutela della salute del paziente; c) rappresenterebbe un passo indietro rispetto alle buone pratiche cliniche, contribuendo ad aumentare (la già eccessivamente elevata) stigmatizzazione delle persone con disturbi mentali. Proviamo di seguito ad argomentare quanto dichiarato sopra.

a- Il primo problema riguarda l'organizzazione presso gli SPDC di punti per l'emergenza. Innanzitutto, tale provvedimento renderebbe di fatto inevitabile l'istituzione di turni di guardia attiva per la copertura delle emergenze nelle 24 ore. Tuttavia, alla luce della grave e ben nota carenza di medici presente in molti (se non tutti) dipartimenti di salute mentale veneti, questa opzione risulterebbe allo stato difficilmente praticabile. Inoltre, non è chiaro se l'accesso potrà essere diretto "saltando" il Pronto Soccorso generale (ad esempio, per pazienti in stato di agitazione accompagnati dalle forze dell'ordine), o se dovrà comunque essere preceduto - dopo triage - da una valutazione preliminare del medico del PS generale.

b- I disturbi del comportamento non sono determinati esclusivamente da problemi di natura psichiatrica e, d'altro canto, le persone assistite dai servizi psichiatrici non necessariamente presentano emergenze che li conducono al Pronto Soccorso per questo tipo di problema. Numerosi studi (sia italiani che internazionali) evidenziano che la salute fisica e la mortalità dei pazienti con disturbi mentali sono superiori a quelli della popolazione generale. Molte emergenze di tipo internistico (disturbi cardiovascolari, embolie, scompensi metabolici, infezioni del SNC, intossicazioni da sostanze esogene, etc.) presentano quadri di agitazione psicomotoria o di confusione che si prestano ad essere facilmente (ed erroneamente) confusi con un disturbo "psichiatrico". Riteniamo impensabile, dunque, che nei casi di "agitazione" / "aggressività" non

venga preliminarmente effettuata una valutazione delle condizioni generali di salute del paziente e un attento inquadramento diagnostico volto ad escludere tutte le possibili cause internistiche o sistemiche sottostanti. Va poi sottolineato il fatto che molte persone con problemi di salute mentale si rivolgono al Pronto Soccorso per disturbi di natura somatica; tali disturbi molte volte vengono sbrigativamente ed erroneamente ricondotti al problema psichiatrico di fondo, con il rischio di trascurare gravi problemi organici che, se misconosciuti, possono mettere a repentaglio la salute e la vita stessa del paziente. Questo fenomeno, conosciuto in letteratura come "oscuramento diagnostico", è tanto frequente nei Pronto Soccorso quanto estremamente pericoloso, e per questo necessita l'attenta e sinergica collaborazione di tutte le figure specialistiche all'interno del Pronto Soccorso generale.

c- L'accesso al Pronto Soccorso rappresenta un diritto di ogni cittadino, indipendentemente dal problema per il quale riceve assistenza. A partire dalla istituzione del SSN questo diritto è detenuto a pieno titolo anche dalle persone con problemi di salute mentale. Identificarle e definire a priori le loro necessità sanitarie con una etichetta che riduca i loro bisogni primariamente ad una questione di controllo del comportamento sembra perlomeno discriminatorio. L'istituzione di un percorso separato per le persone con problemi di salute mentale rappresenterebbe notevole passo indietro rispetto alla salvaguardia dei diritti di inclusione ed integrazione dovuto a tutti i cittadini (che rappresenta il caposaldo della legge di riforma psichiatrica che proprio lo scorso anno ha celebrato il suo quarantennale).

Infine, non risulta che modalità di gestione delle emergenze psichiatriche "ad accesso diretto" siano state adottate da altre regioni italiane, mentre sappiamo che laddove sono stati proposti provvedimenti di tal genere questi non hanno mai trovato applicazione per ferma e motivata opposizione dei tecnici, sulla base del presupposto che per la psichiatria lavorare in stretta integrazione con il Pronto Soccorso e le altre discipline sanitarie che su questo convergono, rappresenta un prerequisito essenziale per poter operare su un'urgenza operativamente complessa e con molte sfaccettature.

Per tutti i motivi sopra riportati, auspichiamo che l'ipotizzata fattispecie del "Pronto Soccorso Psichiatrico ad accesso diretto" venga eliminata nella nuova stesura del testo.

Il secondo aspetto che desta perplessità riguarda l'ipotizzato accorpamento dei posti letto in relativamente pochi SPDC regionali e la loro complessiva riduzione. Non comprendiamo su quale valutazione ed evidenze si sia ritenuto di ridimensionare il numero di posti letto degli SPDC, strutture spesso utilizzate a pieno regime per i posti letto attualmente disponibili. Inoltre, l'accorpamento delle sedi di ricovero porterebbe a contraddire il modello di organizzazione del Progetto Obiettivo per la salute mentale regionale che si richiama in maniera forte al principio della continuità fra ospedale e territorio all'interno delle unità operative di psichiatria e, in particolare, al collegamento con i CSM. Il modello che si prefigura dalla proposta delle nuove schede sembra invece determinare una separazione fra la fase di cura ospedaliera e quella territoriale, istituendo poli di degenza con netta distinzione fra l'assistenza ospedaliera e quella territoriale. E questo, a maggior ragione, con l'ipotizzato spostamento della attività di emergenza ad "accesso diretto" sull'SPDC. Particolarmente indicativa al riguardo appare la programmazione su Padova e Verona, dove insistono - oltre alle relative aziende territoriali - anche le due aziende ospedaliero-universitarie regionali, alle quali sembrerebbe essere demandata l'erogazione delle prestazioni psichiatriche in regime di ricovero, lasciando alle aziende socio sanitarie locali l'esclusiva gestione della fase territoriale. Riteniamo invece opportuno che le UOC di Psichiatria di entrambe le aziende debbano essere impegnate, in una logica di continuità terapeutica, sull'intera filiera delle attività, e questo anche al fine di utilizzare al meglio in quelle sedi le potenzialità di interfaccia fra clinica, formazione e ricerca, anche - oltre allo svolgimento delle attività routinarie - con specifici obiettivi regionali che potrebbero essere legati a sperimentazioni di elementi di monitoraggio delle pratiche interventi innovativi e formativi che potrebbero avere ricadute positive sull'intero territorio del Veneto.

In ultimo, ci sembra opportuno sottolineare che la programmazione che discende dalle nuove schede ospedaliere appare in contrasto con un Decreto nazionale, ovviamente vincolante anche per il Veneto, relativamente alla riorganizzazione degli ospedali, dove è esplicitamente indicata la collocazione degli SPDC. In base, infatti, al Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", che è poi quello che governa la classificazione degli ospedali, la psichiatria non può essere ubicata negli "ospedali di base" ove invece risulta collocata la maggior parte dei SPDC regionali. Questi possono essere ubicati solo in strutture che siano almeno di 1° livello (cioè ospedali "spoke").

Auspichiamo che le considerazioni svolte sopra possano essere di aiuto ad una programmazione dell'assistenza psichiatrica della nostra Regione che sia basata sulle migliori pratiche ed evidenze della letteratura scientifica e rispettosa dei diritti di tutti i cittadini, ivi inclusi quelli con problemi di salute mentale. E ci auguriamo che il testo della DGR relativo alla schede di dotazione ospedaliera proposto dalla Giunta possa essere opportunamente emendato alla luce di quanto sopra.

Il Direttivo della
Sezione Veneta della Società Italiana di Psichiatria
(PsiVe)