



SALUTE MENTALE: CRITICITA' E PROPOSTE

TAVOLO DEL PARTITO DEMOCRATICO DI ROMA

“Il benessere mentale è una componente essenziale della definizione di salute data dall’OMS. Una buona salute mentale consente agli individui di realizzarsi, di superare le tensioni della vita di tutti i giorni, di lavorare in maniera produttiva e di contribuire alla vita della comunità. (...) Bisognerà invertire molte tendenze sconvenienti – i servizi e le cure nell’ambito della salute mentale troppo spesso dimenticati, le violazioni dei diritti umani o la discriminazione di cui sono vittime le persone con disturbo mentale o con disabilità psicosociali”. Così Margaret Chan – Direttore Generale dell’OMS – apre il Piano d’Azione per la Salute Mentale 2013-2020, il documento che definisce, a livello mondiale, gli obiettivi più importanti nell’ambito della salute mentale che gli Stati membri si impegnano di raggiungere (Piano d’Azione per la Salute Mentale 2013-2020, OMS 2013).

Il recente Rapporto Salute Mentale del Ministero della Salute conferma – anche a livello nazionale – il ruolo sempre più marginale oggi assegnato all’assistenza psichiatrica nelle Regioni italiane. La Società italiana di epidemiologia psichiatrica (SIEP), nell’appello per la Salute Mentale, sottoscritto da direttori dei DSM e da tutte le Società scientifiche ed Associazioni del settore, evidenzia come l’aumento delle condizioni di disagio psichico sia fortemente associato alla contrazione delle risorse economiche: la percentuale della spesa sanitaria dedicata dalle Regioni alla salute mentale è pari al 3,49%, ben lontano quindi dalla soglia minima del 5% cui si erano impegnate le stesse con un documento sottoscritto all’unanimità da tutti i Presidenti il 18 gennaio 2001. Si collocano al di sopra della soglia del 5% solo le PA di Trento e Bolzano, seguite dall’Emilia Romagna con il 4,93. L’Umbria (4,65%) è l’unica regione che si pone sopra il 4% mentre la maggior parte delle Regioni, compreso il Lazio (3,32%), assegna alla salute mentale una spesa sanitaria che oscilla tra il 3% e il 4%. Nella fascia alta Lombardia e (4,0%) e Sicilia (3,89%), nella fascia bassa Abruzzo, Puglia, Friuli Venezia Giulia, Toscana, Lazio, Liguria, Calabria e Piemonte. In zona critica, sotto il 3%, Veneto, Valle d’Aosta, Sardegna, Marche, per finire – in coda - Basilicata e Campania.

Nel Lazio sono circa 75.000 i pazienti psichiatrici presi in carico nei Dipartimenti di salute mentale delle dieci ASL della regione, di cui circa 30.000 residenti a Roma e presi in carico nelle tre ASL della Capitale (RM1, RM2, RM3). Tuttavia l’attuale offerta assistenziale psichiatrica, impoverita e disomogenea, è assolutamente inadeguata alle complesse necessità cliniche e ai bisogni emergenti: essa non rispetta i bisogni di salute dei cittadini e non garantisce a tutti gli stessi obiettivi di efficacia assistenziale, di appropriatezza delle cure e di accesso ai servizi. Tale situazione ha determinato una frattura tra il mondo della salute mentale (utenza, famiglie, operatori, volontariato, terzo settore) e le Istituzioni.

La Regione Lazio esce da un lungo e gravoso commissariamento sulla spesa sanitaria che ne ha condizionato le scelte. E’ giunto il momento di riconoscere il *“ruolo essenziale della salute*

mentale” (OMS) nel pieno rispetto dei livelli essenziali delle prestazioni, al fine di garantire l’accesso alle cure e la continuità assistenziale anche all’utenza più fragile ed economicamente più svantaggiata.

A tale proposito si evidenziano di seguito le criticità e le proposte emerse e condivise negli incontri del Tavolo sulla Salute Mentale promosso dal PD Roma avvenuti in data 22 giugno, il 3 luglio e il 16 luglio 2018:

1) Accesso alle cure e abbattimento delle liste di attesa

Le liste di attesa rappresentano un indicatore della carenza strutturale in cui versano i servizi territoriali: carenza che determina il ricorso improprio alle strutture ospedaliere (Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura). Abbattere le liste di attesa deve essere una priorità delle amministrazioni ad ogni livello istituzionale;

2) Lotta alle disegualianze alle sperequazioni nelle offerte assistenziali territoriali

Nonostante ogni territorio presenti specificità e problematiche che richiedono una differenziazione degli interventi in termini di adeguatezza, ciò non può mai determinare una ingiustificata disparità di trattamento tra utenti dei servizi di salute mentale che risiedono in territori diversi della stessa città. A tal proposito si segnalano le emergenze, per quanto riguarda Roma, dei distretti di Ostia (RM3 – Municipio X) e Tor Bella Monaca (RM2 – VI Municipio) con gravissime carenze strutturali (-79% degli operatori ad Ostia e - 78% degli operatori a Tor Bella Monaca; cfr. all. 3 tabella);

3) Lotta alla carenza del personale e al progressivo svuotamento dei Servizi territoriali

La carenza del personale (medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali, tecnici della riabilitazione) determina un abbassamento della qualità delle risposte, ricorso a nuovi ricoveri impropri e interruzione dei percorsi di restituzione sociale (vedere tabelle allegate) e comporta di fatto l’eliminazione della multiprofessionalità che rappresenta invece uno degli elementi cardine nel passaggio, voluto dalla riforma, dalla psichiatrizzazione all’inclusione sociale;

4) Recupero della centralità e valorizzazione di Centri Diurni

I Centri diurni devono tornare ad essere unità operative semplici delle UOC territoriali (Unità Operative Complesse del DSM) e non “linee di attività” dei Centri di Salute Mentale. Questi ultimi, infatti, sono strutture sanitarie vere e proprie, mentre il Centro Diurno è una struttura socio-sanitaria con vocazione prioritaria alla restituzione sociale, all’esercizio della cittadinanza e all’impresa sociale. Il Centro Diurno, inoltre, deve essere co-finanziato dalla Regione e dal Comune, mentre il Centro di Salute Mentale è finanziato solo con fondi regionali;

5) Piena attuazione del DCA n.188,14 maggio 2015 in materia di strutture residenziali e semiresidenziali riabilitative

Le attuali norme prevedono che il sistema privato accreditato sia governato dalla Regione, sottoposto a verifica e a valutazione costanti al fine di assicurare trasparenza e omogeneità terapeutica nella presa in carico della persona/utente. Tuttavia le attività di monitoraggio e

verifica in capo al Dipartimento di prevenzione (che in caso di violazione della legge prevedono anche la decadenza della struttura dall'accreditamento) presentano gravi carenze che determinano, di fatto, la disapplicazione di quanto previsto dal DCA n.188/2015 in materia di strutture residenziali e semiresidenziali riabilitative presenti sui territori;

6) SRSR - Proroga al 31.12.2018 del regime transitorio di compartecipazione alla spesa più favorevole agli utenti

E' urgente e necessario prolungare fino al 31 dicembre 2018 il regime transitorio, più favorevole agli utenti, di compartecipazione alla spesa per le strutture residenziali socio riabilitative (SRSR) nella regione Lazio, stabilendo che i costi delle prestazioni e degli interventi, fino a tale data, siano a carico del servizio sanitario regionale. Le disposizioni ad ora emanate, volte a regolare la quota di compartecipazione alla spesa a carico degli utenti dei servizi territoriali e delle loro famiglie, sono confuse ed ingiuste e rischiano di determinare non solo la chiusura delle piccole strutture residenziali (che non hanno la forza economica di attendere la definizione dei pagamenti), ma anche di interrompere il percorso di cura dei pazienti. La proroga, al 31 dicembre prossimo, del regime transitorio più favorevole agli utenti, favorirebbe anche il necessario lavoro di modifica della normativa regionale sulla compartecipazione alla spesa delle SRSR, al fine di rispondere in modo più equo ai bisogni dell'utenza. Approvare un provvedimento equilibrato, frutto di un intelligente ripensamento politico arricchito dalla partecipazione attiva del mondo della salute mentale, consentirebbe di gestire in modo appropriato le situazioni di esenzione, allineando le quote della regione Lazio a quelle previste per gli utenti delle altre regioni italiane. Ora che la regione Lazio è uscita dal commissariamento è possibile farlo, investendo subito su chi ha più bisogno;

7) Revoca del DCA n.468, 7 novembre 2017 - Riforma della residenzialità: Gruppi appartamento

Il DCA n.468/2017, pur annunciando l'intenzione di rinviare "ad un successivo provvedimento la regolamentazione di strutture residenziali a carattere comunitario" appare ambiguo e rischia di reintrodurre sostanzialmente l'elemento istituzionalizzante e della cronicizzazione configurando l'eventualità della chiusura di tutti i gruppi appartamento, perché non in possesso dei requisiti richiesti. Il lavoro terapeutico, infatti, è volto al sostegno per l'autonomia, si svolge all'interno degli appartamenti personalizzati, è orientato all'uscita dal circuito psichiatrico proprio perché svincolato da paletti istituzionali, che ne irrigidiscono i confini e definiscono una diversità. Il Ministero della Salute sin dal 2008, emanando le Linee di Indirizzo Nazionali per la Salute Mentale, ha raccomandato – come pure indicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità - l'implementazione di un abitare/residenzialità leggera volto all'uscita dal circuito psichiatrico e aperto alla restituzione sociale della persona nella sua specificità;

8) Indizione della Conferenza Sanitaria Cittadina (L.R.n.18,16 giugno 1994)

La prima Conferenza Sanitaria Cittadina dedicata esclusivamente al tema della salute mentale fu promossa dal Sindaco Veltroni il 13 maggio 2002, poi riaggiornata al 25 maggio 2004 e al successivo 4 aprile 2007. Sono 11 anni che il Campidoglio è assente su questo tema, che rappresenta invece una grave criticità per il tessuto cittadino. E' assolutamente

necessario fare il punto sull'assistenza psichiatrica a Roma convocando nel più breve tempo possibile la Conferenza Sanitaria Cittadina coinvolgendo nuovamente tutti i protagonisti del mondo della salute mentale nelle opportune sedi istituzionali.

Roma 19.7.2018

*Per il Tavolo della Salute Mentale
Carla Fermariello, delegata politiche sociali
del Partito Democratico di Roma*

Hanno partecipato al tavolo della salute mentale:

*Riccardo Corbucci, Daniela Pezzi, Josè Mannu, Anna Catalano, Antonella Cammarota,
Salvatore Biondo, Guido Capraro, Maria Muto, Mirella Ferlazzo.*



DIPARTIMENTI SALUTE MENTALE ASL Roma (dati al 1 marzo 2017)

ASL	Popolazione	Pazienti in carico	Operatori previsti territorio	Operatori esistenti territorio	Operatori mancanti territorio	Operatori mancanti Spdc
Roma 1 ex A+E	1.041.939	11.392	694	328(+60+84 operatori Coop)	366** 53%	25
Roma 2 ex B+C	1.299.016	10.264	866	317	549** 63%	15
Roma 3 ex D	605.298	6.367	404	126 (+2+33 operatori Coop)	278** 69%	18
TOTALE	2.946.253	28.023	1.964	771	1.193** 60,7%	58

** vanno aggiunti gli operatori per le nuove articolazioni DSM (SERD, TSMREE, DCA)

Secondo i parametri minimi previsti dal Progetto Obiettivo Nazionale e quello Regionale "Promozione e tutela salute mentale età adulta" il numero complessivo degli operatori dei servizi territoriali è fissato nella misura di 1 ogni 1.500 abitanti mentre quello dei posti letto in SPDC è individuato nella misura di 1 ogni 10.000 abitanti. Ciascun SPDC ha un numero di posti letto non superiore a 16 e non inferiore a 12.

A Roma:

i posti letto **previsti dovrebbero essere 295**,
quelli **attivi sono 150** di cui 15 di DH,
mancanti 145 (- 49%).



DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE ASL Roma 1 marzo 2017 (-53%)

Distretto	Popolazione	Pazienti in carico	Operatori previsti territorio	Operatori esistenti	Operatori mancanti territorio	Operatori mancanti Spdc
1 ex 1 e 17	186.802	1137+782 1.919	124	45+33 78	46	
2 ex 2 e 3	167.736	1312+665 1.977	112	42+22 64	48	
3	204.514	1.708	136	64	72	
13	133.813	1.361	89	38	51	
14	190.513	1.702	127	51	76	
15	158.561	1.401	106	33	73	
Giovani e DCA		398+593+333 1.324		7,5+16+24+13 60		
TOTALE	1.041.939	5220+6172 11.392	694	328+60 388 + 84 operatori Cooperativa	366 **	
SPDC S.Filippo			42	28		14
SPDC S.Spirito			42	31 +5 psicologia ospedaliera		11
TOTALE			84	59 + 5		25

** vanno aggiunti gli operatori per le nuove articolazioni DSM (SERD, TSMREE)

Vanno aggiunti gli operatori per "salute mentale in carcere" (1 carcere adulti + 1 minorile)



DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE ASL Roma 2 marzo 2017 (-63%)

Distretto	Popolazione	Pazienti in carico	Operatori previsti territorio	Operatori esistenti	Operatori mancanti territorio	Operatori mancanti Spdc
4	177.084	1.528	118	39	79	
5 ex 6 e 7	246.471	1165+1079 2.244	165	37+36 73	92	
6 !!	256.261	1.748	171	37	134	
7 ex 9 e 10	307.607	1346+1639 2.985	205	36+36 72	133	
8	131.082	625	87	45	42	
9	180.511	1.134	120	51	69	
TOTALE	1.299.016	5994+4270 10.264	866	148+169 317	549 **	
SPDC Pertini			42	34		8
SPDC S.Giovanni al CTO			42	43		+1
SPDC S.Eugenio			42	34		8
TOTALE			126	111		15

** vanno aggiunti gli operatori per le nuove articolazioni DSM (SERD, TSMREE)

Vanno aggiunti gli operatori per "salute mentale in carcere" (1 carcere adulti)

!! UOC 6°Municipio Tor Bella Monaca mancante 78% operatori;



DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE ASL Roma 3 marzo 2017 **(-69%)**

Distretto	Popolazione	Pazienti in carico	Operatori previsti territorio	Operatori esistenti	Operatori mancanti territorio	Operatori mancanti Spdc
10 !!	230.544	2.678	154	33	121	
11	154.871	1.735	103	40	63	
12	140.996	1.158	94	35	59	
FIUMICINO	78.887	714	53	18	35	
Giovani Interv.Precoci		41		2		
TOTALE	605.298	6326+41 6.367	404	126 (+2) + 33 operatori Cooperativa	278 **	
SPDC S.Camillo			42	37		5
SPDC Grassi			42	29		13
TOTALE			84	66		18

****** vanno aggiunti gli operatori per le nuove articolazioni DSM (SERD, TSMREE)

!! UOC 10°Municipio Ostia mancante 79% operatori;



DIPARTIMENTI SALUTE MENTALE ASL LAZIO (dati marzo 2017)

ASL	Popolazione	Pazienti in carico	Operatori previsti territorio	Operatori esistenti territorio	Operatori mancanti territorio	Operatori mancanti Spdc
Roma 1	1.041.939	11.392	694	328 (+60+84 operatori Coop)	366 ** 53%	25
Roma 2 !!	1.299.016	10.264	866	317	549 ** 63%	15
Roma 3 !!	605.298	6.367	404	126 (+2 + 33 operatori Coop)	278 ** 69%	18
Roma 4	327.354	7.160	218	84	134 61,5%	20
Roma 5	502.092	6.778	335	116	219 ** 65,5%	29 +42 Monterotondo?
Roma 6 !!	569.732	8.676	381	126	255 ** 67%	20
Frosinone	493.067	7.468	329	157	172 ** 52%	55
Latina	574.891	11.558	383	215	168 ** 44%	25 Formia + LT chiuso
Rieti	157.420	2.658	105	87	18 ** 17,5%	17
Viterbo	319.008	2.959	213	131	82 ** 38,5%	17
TOTALE	5.889.817	75.280	3.928	1.687	2.241 57%	241+42+42= 325

** vanno aggiunti gli operatori per le nuove articolazioni DSM (SERD, TSMREE, REMS)

!! Roma 3, UOC 10°Municipio Ostia mancante 79% operatori;
Roma 2, UOC 6°Municipio TorBellaMonaca mancante 78% operatori;
Roma 6, UOC Pomezia e UOC Anzio mancante in ognuna 72% operatori

Vanno aggiunti gli operatori per "salute mentale in carcere" (14 carceri adulti + 1 minorile)



SERVIZI PSICHIATRICI DIAGNOSI E CURA (SPDC) **aggiornato 1 marzo 2017**

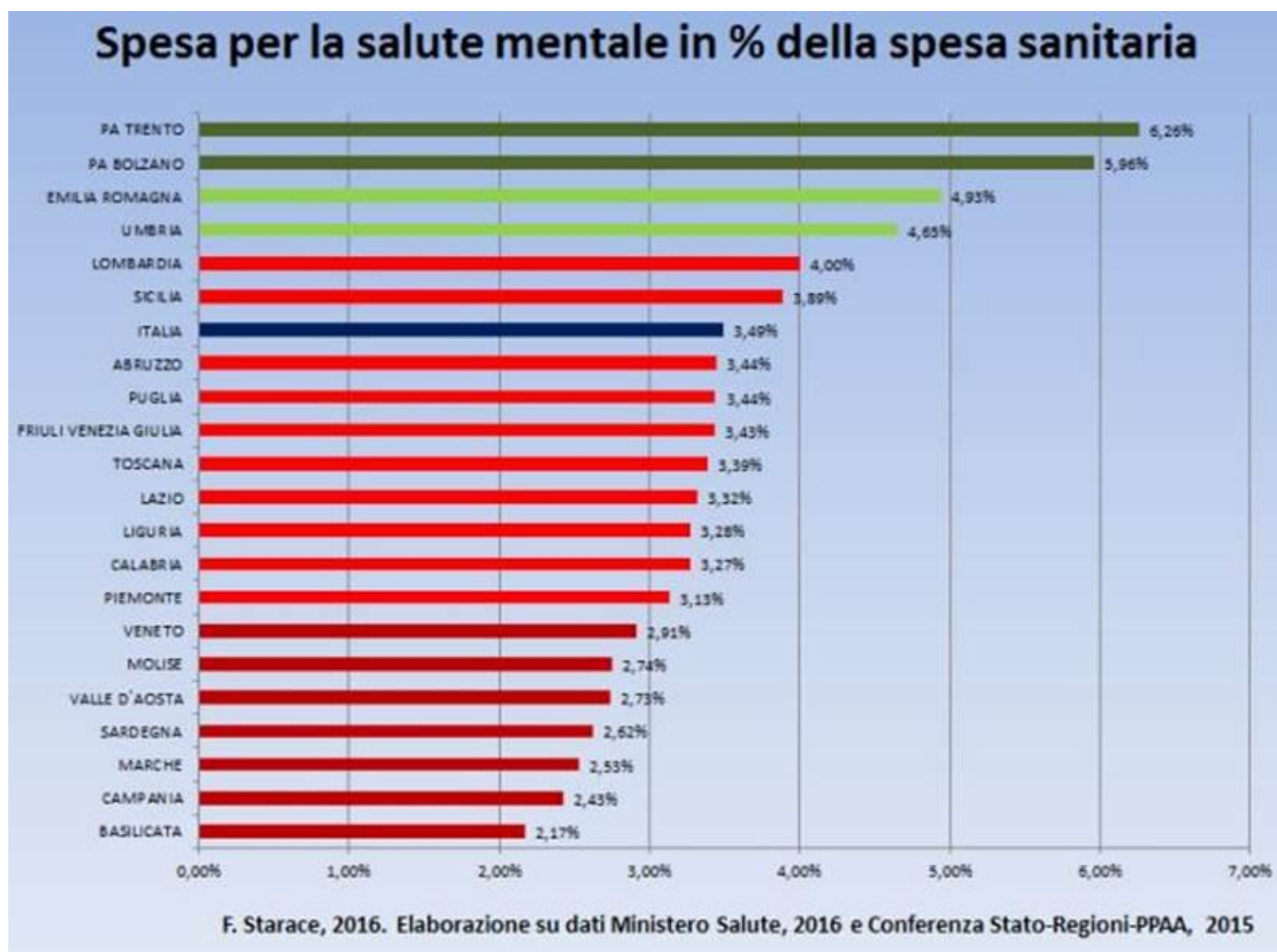
ASL	SPDC	PL + DH
Univ. Sapienza	Policlinico Umberto I	12
Univ. Sapienza	Az.Osp. S.Andrea	14
Univ. TorVergata	PTV	8 + 7
ASL RM 1	S.Spirito	12 + 2
	S.Filippo	12 + 2
ASL RM 2	Sandro Pertini	15
	S. Giovanni	15
	S. Eugenio	15
ASL RM 3	S. Camillo	16 + 2
	Grassi (Ostia)	16 + 2
		135 + 15
ASL RM 4	S.Paolo (Civitavecchia)	9
ASL RM 5	S.Giov. Evangelista (Tivoli)	12
	Osp. Colleferro	16
ASL RM 6	S.Giuseppe (Albano)	12 + 2
	S.Sebastiano (Frascati)	12
		61 + 2
ASL FROSINONE	Osp. Frosinone	10
	S. Scolastica (Cassino)	12 + 1
	SS.Trinità (Sora)	12 + 2
ASL LATINA	S.Maria Goretti (Latina)	chiuso
	Osp.Dono Svizzero (Formia)	8
ASL RIETI	S.Camillo de'Lellis	12 + 2
ASL VITERBO	Osp.Belcolle	8 + 2

TOTALE posti letto 282 (258 + 24 DH)

Secondo i parametri minimi previsti dal Progetto Obiettivo Regionale “Promozione e tutela salute mentale età adulta” il numero complessivo dei posti letto in SPDC è individuato nella misura di 1 ogni 10.000 abitanti. Ciascun SPDC ha un numero di posti letto non superiore a 16 e non inferiore a 12.

	Posti letto previsti	attivi + DH	mancanti
ROMA	295	150 (135 + 15)	145 (49%)
Provincia RM	140	63 (61 + 2)	77 (56%)
Totale	435	213 (196 + 17)	222 (51%)
FROSINONE	50	37 (34+3)	13 (26%)
LATINA	57	8	49 (86%)
RIETI	16	14 (12+2)	2 (13%)
VITERBO	31	10 (8+2)	21 (68%)
Totale	154	69 (62+7)	85 (55%)
LAZIO	589	282 (258+24)	307 (52%)

I dati Regione per Regione (Fonte: Siep.it)



Il quadro delle diverse Regioni mostra caratteristiche talvolta scontate, per altri versi inattese. Non sorprende la collocazione delle PPA di Trento e Bolzano o della regione Emilia Romagna nella parte alta, e nemmeno quella, purtroppo, della Campania e della Basilicata agli ultimi posti. Meno prevedibile la collocazione del Friuli Venezia Giulia, che con il suo 3,43% sfata il mito di un'assistenza psichiatrica non replicabile in altri contesti regionali per gli alti costi che comporterebbe, o di Marche e Veneto, pur considerate regioni di riferimento per la determinazione di costi e fabbisogni standard.

"Consapevoli che ulteriori analisi saranno necessarie per verificare la composizione della spesa e la relazione tra questa e i risultati di processo ed esito – conclude **Starace** – esprimiamo soddisfazione per questo primo, indispensabile elemento di chiarezza introdotto nel dibattito pubblico sulla Salute Mentale. Chiediamo al Presidente Bonaccini, che guida l'unica regione sostanzialmente aderente allo standard di spesa del 5%, di porre all'OdG della Conferenza Stato Regioni una riflessione su questi dati, sollecitando le Regioni inadempienti a recuperare il gap tra stato attuale e impegni assunti".

[1] Si tratta dei costi delle prestazioni/attività sanitarie e socio-sanitarie erogate in regime di residenzialità, semi-residenzialità, ambulatoriale e domiciliare, a favore delle persone adulte con disturbi mentali e/o delle loro famiglie

16 gennaio 2017

© Riproduzione riservata