

## Alcuni punti critici del Piano Salute Mentale della Regione Lombardia<sup>1</sup>

Per svuotare la psichiatria di comunità delle sue attribuzioni non è necessario aspettare l'approvazione di norme di modifica della 180: basta che nella società si riduca o cada l'attenzione al tema dei diritti degli utenti e dei doveri dei servizi di salute mentale, che le Aziende Sanitarie non siano impegnate dai governi regionali a garantire organici e risorse per il lavoro del DSM, che i servizi territoriali impoveriscano e gli operatori rinuncino a pretendere quanto serve per lavorare e a rendere conto del loro lavoro. Colpi all'esercizio universale del diritto alla salute sono portati dal costituirsi di servizi sanitari regionali che non assumano più il metodo, le indicazioni e gli obiettivi della programmazione nazionale. L'esperienza della chiusura dei manicomi pubblici ha dimostrato che, senza la continua messa in tensione da parte della programmazione nazionale e regionale, la capacità operativa dei servizi pubblici, ristretti nella dimensione locale, diventa frutto solo del potere contrattuale e della qualità delle relazioni fra utenti e DSM e fra DSM e Direzione generale della singola Azienda sanitaria. Quindi, una cattiva regionalizzazione dei servizi sanitari produce il riconoscimento e la legittimazione di tutte le pratiche e gli stili di lavoro, assai difforni fra di loro, dei singoli dirigenti dei servizi di salute mentale. Questo è lo scenario delineato dal piano socio-sanitario regionale lombardo.

Il Piano Socio-sanitario regionale lombardo 2002-2004, entro cui si inserisce il Piano Salute Mentale, limita il ruolo di governo della Regione alla indicazione degli incentivi, dei criteri di verifica e alla valutazione dei comportamenti degli attori. Il Piano si propone il progressivo ridimensionamento della Regione nelle sue funzioni di proprietario e gestore della rete pubblica dei servizi. Il piano critica la legge 328/2000 perché imporrebbe modelli che non possono essere validi sul territorio nazionale violando in tal modo l'autonomia della Regione, salvo poi nel Piano Salute Mentale esaltare la 328 e il ruolo dei Piani di Zona e dei comuni per scaricare costi su di loro. In particolare il piano affida le funzioni di programmazione alle sole ASL, quelle dell'integrazione socio-sanitaria ai Dipartimenti ASSI delle ASL, e non i Distretti socio-sanitari, riconosce alle ASL e non ai Comuni le funzioni di autorizzazione e accreditamento dei servizi socio-assistenziali, riconosce un ruolo del tutto marginale alle province.

La Giunta lombarda conferma i principi ispiratori della sua legge regionale 31/97: libertà di scelta, piena parità di diritti e doveri tra strutture di diritto pubblico e strutture di diritto privato, separazione fra chi acquista e chi produce, Aziende Ospedaliere trasformate in soggetti di diritto privato, libertà di scelta del cittadino, ASL soggetti pubblici di programmazione, controllo e acquirenti delle prestazioni, garanti dei cittadini.

---

<sup>1</sup> **Deliberazione Giunta Regionale 17 maggio 2004- n. 7/17513 B.U.R.L. 10 giugno 2004 2° suppl.**

Le ASL sono impegnate ad uscire dalle gestioni delle attività socio-sanitarie (riducendo al minimo l'impegno anche nella prevenzione) affidandole a soggetti esterni.

L'approccio alle fragilità hanno come riferimento non solo il singolo, ma soprattutto la sua famiglia. La famiglia diventa soggetto della politica dei servizi. Altro soggetto valorizzato sono le imprese sociali.

Nel Piano Salute Mentale anche la psichiatria pubblica deve far propri i criteri ispiratori della legge 31/97 (= libertà di scelta, più privato, più non-profit). Da qui discende la scelta di accreditare anche UOP private, dotate di strutture ospedaliere, residenziali, semiresidenziali e ambulatoriali.

Si propone di sperimentare "progetti personalizzati" articolati fra pubblico e privato e con finanziamento sull'esito e non sulla prestazione: creazione di un "circolo virtuoso" tra operatori, pazienti, famiglie, imprese sociali che premi l'innovazione e il dinamismo evolutivo sperimentando finanziamenti che coprano l'intera durata e articolazione del trattamento e non i singoli segmenti.

Il territorio di competenza della ASL, di norma corrispondente all'ambito della Provincia- (e non più quello su cui opera l'Azienda Ospedaliera) **costituisce una macroarea entro cui è possibile facilitare la libertà di scelta**<sup>2</sup>. Questo significa che un utente può scegliere di rivolgersi ad una Unità Operativa o ad un DSM diversi da quelli competenti per territorio.

Lo stato delle attività di riabilitazione in regime di residenzialità è giudicato particolarmente critico: si propone una remunerazione differenziata rispetto all'intensità degli interventi, che i ricoveri siano a termine, che i progetti prevedano il reinserimento sociale e lavorativo. Colpiscono i limiti per l'accesso e la permanenza nelle strutture (v. BURL pag. 28). Non si capisce perché a 65 anni una persona con disturbi mentali gravi ( perché le persone che entrano nel circuito residenziale psichiatrico vivono condizioni gravi) debba diventare tout-court un anziano non autosufficiente. Va osservato, oltretutto, che il p.s.s.r. 2002-2004 lombardo ha assunto come riferimento dei bisogni della popolazione i 75 anni di età.

Ne consegue che le persone con problemi gravi di salute mentale invecchiando rischiano di trovarsi **dai 65 ai 75 anni**, a non poter più fruire di opportunità residenziali. Già oggi, la norma sta creando grandi angosce e problemi a pazienti e famiglie purché operatori particolarmente solerti, sollecitati dai loro Direttori Generali, provvedono a farli uscire dal circuito della sanità per farli scorrere nel circuito dell'assistenza, scaricando costi sulle famiglie e i comuni. Alla situazione ingiustificabile bisogna ovviare alzando comunque il limite di uscita oltre ai 65 anni e prevedendo sempre che il destino delle persone in carico sia gestito con il consenso dell'utente e della famiglia e, sempre, sulla base di progetti individuali. Va tenuto inoltre conto del fatto che le RSA devono essere organizzate in modo da poter accogliere in modo ospitale pazienti psichiatrici, ed evitare fenomeni di espulsione e maltrattamenti. Pertanto la regione dovrà attentamente monitorare l'andamento delle dimissioni/espulsioni dal circuito delle residenze psichiatriche, così come deve essere garantita la responsabilità del DSM nel garantire la cosiddetta "continuità terapeutica".

<sup>2</sup> Le attività di assistenza psichiatrica strutturate in Unità Operative e Dipartimenti di Salute Mentale, fanno capo alle singole Aziende Ospedaliere che operano su scale territoriali più ridotte di quelle della Provincia; pertanto ciascuna ASL, di norma provinciale, acquista prestazioni e servizi da più di un'Azienda Ospedaliera.

Singolare infine appare la raccomandazione ai DSM (pag. 32) di prendere parte al lavoro dell'Unità di Valutazione Geriatria (UVG), un organismo dell'ASL per la valutazione delle domande di chi vuole accedere alle RSA, che il p.s.s.r. 2002-2004 ha voluto sciaguratamente sopprimere per favorire la concorrenza fra i gestori. Si tratta di un errore nel lavoro di coordinamento dei testi cui bisognerà rimediare da parte della Giunta.

Si chiedono più sinergie e integrazione con i MMG, ASL, Comuni, privato profit e non-profit.

Il Piano Salute Mentale documento di piano, invece, accenna di sfuggita al tema della salute mentale in carcere e alla questione OPG pur operando nella Regione le sezioni OPG di Castiglione d/S, la più grande struttura italiana. La cosa appare priva di giustificazioni perché molto alti sono i rischi per la salute mentale delle persone detenute o internate. Il Piano lombardo da una parte pare registrare la gravità del problema, ma dall'altra lo scarica inopinatamente sui difficili rapporti fra Amministrazione Penitenziaria e, addirittura, Assessorato alla Famiglia (!!!), escludendo quindi l'affidamento di compiti e responsabilità all'Assessorato alla Sanità. Pertanto, anche l'affermazione che riconosce la "titolarità del DSM di riferimento rispetto al trattamento e al progetto personalizzato" (pag. 32), resta vuota di contenuti e significato. **E' necessario, invece, prevedere un consistente lavoro dei DSM, tutti i DSM, perché garantiscano per la loro parte il diritto alla salute mentale delle persone detenute nelle carceri e internate negli OPG. Si tratta di un impegno prioritario rispetto anche alla costituzione di ambulatori per la depressione e i disturbi del comportamento alimentare.**

La regione Lombardia, sulla base delle scelte di riforma della propria sanità del 1997, ha smantellato l'Ufficio Psichiatria che fino a quell'anno aveva costituito un importante centro di osservazione e di intervento, aveva discusso e redatto e gestito le norme di programmazione regionale, vale dire i "progetti-obiettivo regionali". Come istanza unica di conoscenza sullo specifico dell'assistenza psichiatrica (al posto dell'Ufficio Psichiatria?), la giunta regionale ha attivato un organismo di consulenza, il "Coordinamento dei Primari psichiatri della Lombardia" che però ha una veste poco chiara e compiti poco definiti. Va aggiunto, al riguardo, che è grave che sia ignorato il parere di tutti gli altri professionisti non-medici sulle questioni che riguardano le attività di salute mentale. Oggi gli unici dati su cui la giunta regionale è in possesso sono quelli ricavabili da un sistema informativo che documenta singole prestazioni e loro remunerazione. **E' urgente quindi ricostituire l'Ufficio Psichiatria presso l'Assessorato alla sanità.**

Il Piano dà indicazioni, spesso confuse circa le intenzioni della giunta, ma non esplicita quali siano i soggetti che dovranno gestire l'assistenza psichiatrica. Si conferma così la scelta dell'abbandono del metodo della programmazione, di ignorare le indicazioni del p.o. nazionale "Tutela della salute mentale 1998-2000, di eliminare vincoli di rispetto degli standard servizi/popolazione. Pare di capire che siano le Aziende Sanitarie Locali a fare le politiche locali, mentre le Aziende Ospedaliere dovrebbero organizzare al meglio le attività a gestione diretta ed i DSM dovrebbero darsi da fare con il privato profit e non-profit, Comuni, associazioni per mettere in pratica la filosofia della legge 31/97. Con quali strumenti e autorevolezza non è dato sapere se si pensa che

tutti i soggetti sono messi in concorrenza fra di loro, il socio-sanitario dipende direttamente dalla Regione mentre il sociale dipende dai Comuni., il luogo ipotizzato per l'integrazione è il Distretto, un'agenzia di una ASL che però può solo comperare e controllare evitando di "sporcarsi le mani" con la gestione di qualsiasi tipo di attività. Già oggi, i DSM lombardi, collocati dentro le Aziende Ospedaliere, non hanno certezza di risorse che devono negoziare ( quando accade) con i Direttori Generali e la loro capacità di fare salute dipende dallo stato di salute del bilancio dell'Azienda. Così, da un sistema dove il servizio territoriale di salute mentale dell'Azienda Sanitaria (in Lombardia l'Azienda Ospedaliera) poteva contare su risorse, organici e strutture assegnate ed esigibili, si passa ad un sistema in cui per il servizio non vi è più alcuna garanzia né a livello locale né a livello regionale visto che non vi sono più vincoli per i bilanci della Regione, e quelli dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere. Non si capisce quale livello di governo il Piano ponga a garanzia del diritto alla salute delle persone con disabilità derivate da gravi disturbi mentali. Scarse garanzie può dare una ASL che ha compiti di controllo e che non gestisce nessun servizio: che cose può e sa controllare chi non conosce i problemi della gestione di situazioni dove la tutela e l'esercizio dei diritti è sempre difficile? Da quando gli Stati hanno assunto fra i propri compiti l'assistenza psichiatrica prima e la salute mentale poi, è sempre stato particolarmente acuto il problema di persone e famiglie che non sanno o non possono scegliere, che vanno aiutate a scegliere o sono costrette a subire scelte per mancanza di potere contrattuale. Particolarmente grave appare quindi l'effetto che la frammentazione delle responsabilità, fra tavoli e coordinamenti, produrrà sul livello qualitativo dei servizi e dell'assistenza.

In conclusione, in Lombardia, i servizi di salute mentale adulti rischiano di perdere il carattere di servizi di sanità pubblica di facile accesso, aperti 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno, impegnati a garantire a tutti quelli che soffrono di disturbi mentali, soprattutto se "gravi", quello che è il "cuore" dell'esperienza italiana di riforma: il riconoscimento della pienezza dei diritti della persona attraverso la psichiatria di comunità.

Mantova, 6 luglio 2004

### Documento distribuito:

- **lunedì 6 settembre** alla riunione organizzata dal DSM dell'Azienda Sant'Anna di Como avente per oggetto: progetto assistenza domiciliare psichiatrica alla luce delle indicazioni del Piano di Salute Mentale Regionale e delle sue implicazioni;
- **sabato 11 settembre:** assemblea soci ASVAP con all'O. d. G.
  1. "Punti critici del Piano Salute Mentale della Regione Lombardia";
  2. presa visione della procedura per l'Amministratore di Sostegno inerente alla tutela legale e patrimoniale. (Legge n. 6 del 9 gennaio 2004, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 14 del 19 gennaio 2004).