



Via Copernico, 1 – 20125 – Milano
tel. 02-66.71.91.70 – fax. 02-67.38.55.21
e-mail: salutementale.ambrosiana@caritas.it

COMMENTO SINTETICO AL PIANO REGIONALE PER LA SALUTE MENTALE

Desideriamo sottolineare, in premessa, che il Piano Regionale Salute Mentale 2003-2004 (P.R.S.M.) è un testo molto articolato, nel quale le competenze di coloro che hanno contribuito alla sua definizione, hanno delineato prospettive ben differenziate e profili articolati. Aspetto, questo, sicuramente positivo a fronte di altre aree della Regione Lombardia come ad es. per il tema degli anziani e della disabilità, per le quali, come tavolo del Terzo Settore, è stato chiesto un discorso quadro.

Nel Piano, viene diffusamente sottolineata la dimensione comunitaria dei servizi, la loro declinazione nella varietà delle situazioni locali, con forte spinta al raccordo con la medicina di base, i piani di distretto socio-sanitario, i piani di zona, la partnership di utenti, famiglie, volontariato, cooperazione sociale, risorse locali del privato profit e non-profit. Esso entra nel merito dei vari ambiti delle attività di salute mentale destinate alla popolazione adulta e contiene linee-guida e indicazioni molto interessanti.

Crediamo sia altrettanto interessante notare come un documento di programmazione della Regione Lombardia, partendo dalla valutazione attenta dei problemi, finisca con l'indicare che, a partire dalle esigenze del lavoro per la salute mentale, varrebbe la pena di rimettere insieme le funzioni delle A.O. e delle ASL, ri-considerando le scelte della legge regionale 31/97. Cercare di rimettere insieme ciò che è stato diviso, per evitare confusione (di tavoli, trattative, protocolli ecc.) non può prescindere da una chiara assegnazione e definizione di responsabilità e dall'indicazione di sanzioni per chi (Direttori Generali delle A.O. e ASL) non da corpo agli obiettivi del Piano. In caso contrario, il Piano non sarebbe vincolante per la stessa amministrazione regionale e quindi inefficace come norma di indirizzo e programmazione.

Data la complessità del Piano, sinteticamente desideriamo esprimere alcune considerazioni:

PUNTI DI FORZA

1. **L'affermazione della preminenza data al modello riabilitativo e di intervento della PSICHIATRIA DI COMUNITA' e all'approccio riabilitativo per i disturbi mentali gravi.**
2. **La lucidità con cui si evidenziano alcuni aspetti critici dell'organizzazione dei S.S. per la salute mentale.** Viene fatta una disamina puntuale quando si evidenzia la scarsa progettualità del D.S.M., l'insufficiente lucidità con cui si evidenziano alcuni aspetti critici dell'organizzazione dei S.S. per la salute differenziazione della domanda, l'utilizzo non appropriato delle risorse.
3. **La messa a disposizione di alcune risorse finanziarie aggiuntive** alla dotazione ordinaria peraltro non sfruttata appieno, attestandosi al 14% nel 2002 e al 4,2% tendenziale per il 2003)
4. L'enfasi posta a più riprese **sull'integrazione a rete** di tutti gli attori formali ed informali del territorio per la definizione del percorso di cura. Anche per quanto riguarda **l'inserimento lavorativo** ambito in cui è possibile e necessario sperimentare l'integrazione fra pubblico, privato profit e non profit, riteniamo estremamente positivo il forte richiamo all'applicazione della legge 68/99 contenuta nello stesso.
5. **La definizione del percorso di cura e della presa in carico** (solo per i casi più gravi però) che presuppone un passaggio concettuale da una concezione legata al singolo servizio -tampone ad un'altra più coerente, globale che garantisca continuità, coerenza, "economicità" e monitoraggio costante degli interventi.
6. **La seria considerazione di nuovi bisogni** che non possono essere affrontati con l'attuale sistema dei servizi (interventi precoci nelle psicosi e prevenzione, inserimento lavorativo, doppie diagnosi, ansia e

depressione, disturbi del comportamento alimentare, prevenzione dei comportamenti patologici che generano allarme sociale, inserimento lavorativo, assistenza agli utenti di origine straniera) e gli apprezzabili intenti proposti dal Piano nel quale innumerevoli sono i riferimenti a competenze specifiche dei DSM per il completamento del percorso di **superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari** e per la salute mentale negli Istituti Penitenziari (in controtendenza con l'ottica coercitiva contenuta nelle nuove proposte di legge).

NODI CRITICI

1. Riconosciamo la positività di un **Piano** che fa sintesi, ma al contempo ravvisiamo che si tratta di un piano esortativo, descrittivo, propositivo e **non cogente**. Infatti da un Piano regionale, che assume tutte le caratteristiche di un progetto-obiettivo, ci si aspetta questo.

- 2.
3. **L'assenza di obiettivi globali e territoriali.** Non propone la verifica sui piani precedenti: a differenza di altri atti della Regione Lombardia, in questa occasione essa non fa il punto su quanto è avvenuto fino ad oggi e ciò è importante al fine di evidenziare, in termini soprattutto territoriali, gli aspetti relativi alle aree critiche.
Un piano deve dire **come, quando e chi fa che cosa**.
Nonostante i dati statistici riepilogati all'inizio del Piano, in esso non esiste alcuna analisi della situazione attuale, l'unica guida che potrebbe definire realmente ciò che già esiste sono le situazioni di reale carenza. La carenza di analisi comporta la totale mancanza di definizione di obiettivi nel Piano; intendendo per obiettivi gli esiti da raggiungere entro il 2005 misurabili quantitativamente.
In altre parole, oltre alla verifica dell'esistente ci sembra mancare la quantificazione dei servizi tuttora necessari: quanti posti di residenzialità servono? Residenze di che tipo? Quanti servizi diurni? Quali servizi domiciliari? E si potrebbe continuare così per tutti i servizi psichiatrici
L'assenza di una definizione di obiettivi comporta l'inevitabile conseguenza di una completa mancanza della programmazione zonale, in cui siano chiari per ogni ambito ASL (o per ogni DSM) gli obiettivi da raggiungere. Affidare, infatti, questa incombenza alle ASL è teoricamente possibile, ma chi giudicherà e governerà l'esito finale complessivo (anche in termini di spesa pubblica)?

3. **Sarebbe necessario che la Regione specificasse dettagliatamente quali sono le prestazioni di LEA gratuite e quelle con coopartecipazione della spesa da parte degli utenti dei servizi psichiatrici.** Fin dalle prime battute si afferma la logica della organizzazione dipartimentale e delle modalità anche nuove dei percorsi di cura basate sul pilastro di risorse limitate (le Asl stimano i fabbisogni, le A.O. sono responsabili, attraverso i dipartimenti, di assicurare e garantire l'emergenza, l'urgenza, la presa in carico delle situazioni gravi, compatibilmente con le risorse limitate assegnate dall'A.O.).
Da tempo solleviamo l'esigibilità del diritto soggettivo a ricevere prestazioni sanitarie e socio sanitarie, definiti nel DCM del 2001 con la specifica dei LEA, tra i quali, sono indicati quelli relativi alla psichiatria.
La Regione dovrebbe fondare su questi diritti soggettivi il pilastro del nuovo Piano regionale, viceversa oltre a non avere assicurazione su cosa è garantito e cosa è facoltativo si perde l'uniformità delle prestazioni a livello lombardo e nazionale visto che i LEA assicurano prestazioni garantite su tutto il territorio. Occorre infatti, l'indicazione di quali bisogni devono essere affrontati dai servizi psichiatrici e sono a carico del servizio sanitario nazionale, senza la possibilità che esistano "aree d'ombra" che restano a carico delle famiglie, o di cui sia indeterminata la competenza, o che, peggio ancora, non vengano affrontate e prese in carico per mancanza di fondi.

4. Grande importanza è attribuita all'istituendo **Organismo di Coordinamento** per la Salute Mentale, guidato dall' ASL e composto da tutti gli attori dei processi riabilitativi in psichiatria.
Due i problemi derivanti dalla costituzione di questo organismo: la complessità dei compiti e la sovrapposizione con il ruolo del DSM: ci chiediamo se l'ampiezza dei compiti dell'Organismo e la sua folta composizione non comporti, di fatto, la costituzione di un gruppo per nulla operativo ed agile nell'espletamento delle sue funzioni, e, intravediamo il rischio di una sovrapposizione di competenze con gli organi del D.S.M. che si troverebbero curiosamente in posizione esecutiva pur presidiando l'intera offerta territoriale in ambito psichiatrico.
Riteniamo che tale organismo elefantico andrebbe rivisto nell'articolazione organizzativa e negli obiettivi, armonizzandolo con le altre funzioni stabilmente assegnate alle ASL, al DSM e alle UOP.
Appare perciò rischioso affidare la garanzia dell'integrazione fra pubblico e privato, e della costruzione di

percorsi di rete, al sopra descritto Organismo, a nostro avviso già quest'unico compito sarebbe, oltre che centrale per il miglioramento complessivo dell'intero sistema di servizi psichiatrici, sufficiente ad impegnare l'attività dell'Organismo stesso per il prossimo quinquennio, posto che si trovino modalità organizzative che armonizzino da un lato la presenza di tutti gli attori e dall'altro efficienza ed efficacia del funzionamento.

5. **La scelta di affidare la presentazione dei progetti innovativi alle sole AO e agli IRCCS di diritto pubblico** relega il privato sociale e l'associazionismo, in altre parti del Piano riconosciuti come soggetti di grande qualità e innovazione, a partner di scelte fatte da altri e sottrae risorse importanti a chi possiede titolo ed esperienza per renderle occasioni di cambiamento di sistema e non episodico momento di astratte sperimentazioni. Riteniamo infatti che ai soggetti non profit di qualità, sia nella funzione di soggetti erogatori di prestazioni accreditate, sia nella veste di associazioni di rappresentanza e tutela di diritti, vada affidato un ruolo di rilievo e una preferenza rispetto al privato profit nella articolazione dei servizi e nell'affidamento di servizi e finanziamenti, più di quanto previsto dal Piano, perché da questi soggetti passa ogni politica seria di attivazione della comunità verso quelle forme di sussidiarietà concreta che sono, in ultima analisi, la sola reale forma di prevenzione diffusa del disagio psichico.

6. **La riorganizzazione della residenzialità** propone alcuni obiettivi condivisibili, ampiamente enunciati dal Piano. Si chiede però che la riclassificazione sia effettuata sulla base di un'analisi del fabbisogno residenziale regionale e provinciale, su una misurazione il più attendibile possibile dell'intensità riabilitativa delle attuali residenze e su una programmazione complessiva coerente. Riteniamo che l'applicazione di quanto previsto dal Piano per la residenzialità sia di lunga e difficile attuazione, in considerazione anche della assoluta necessità di rivedere i criteri di accreditamento delle strutture residenziali. Per quanto riguarda i criteri operativi il Piano dice che dopo sei mesi dall'approvazione le SR saranno riqualificate (pago 64) e indica le trasformazioni delle Comunità (Il CRT diventa CRA con la durata massima di degenza di 18 mesi; le CP ad alta protezione diventano CPA con un massimo di 36 mesi; le CP a media protezione diventano CPM e l'introduzione/sperimentazione delle comunità riabilitative a media assistenza (CRM) hanno un tempo max. di degenza di 24 mesi.)
Alla luce di ciò ci chiediamo se un limite temporaneo per la residenza in Comunità Riabilitativa Media assistenza non sia in contraddizione con il Piano di Trattamento Individuale e il Piano Terapeutico Riabilitativo predisposti dagli psichiatri. Non solo ma crediamo che prima di fissare limiti temporali alla riabilitazione le strutture vadano realizzati i servizi di semiresidenzialità e intensificati gli interventi domiciliari.

7. Accreditamento delle strutture residenziali. (pag. 65) Queste strutture, avranno accreditamenti strutturali differenziati o accreditamenti gestionali funzionali differenziati? Questo è un problema che si presenta anche per i centri diurni per la disabilità. Per la psichiatria differenziare troppi gli standard strutturali può privilegiare molto l'unità di offerta ma può comportare anche un problema relativo al passaggio eccessivo degli utenti. La differenziazione è certamente interessante ma è altrettanto importante capire se queste strutture avranno standard strutturali differenziati.

8. **I progetti per i nuovi bisogni**
Si valuta positivamente la considerazione che il Piano fa di nuovi bisogni emergenti. Tuttavia, anche in questo caso non si esce da indicazioni generiche: interventi precoci, doppie diagnosi, depressioni, devono essere affrontati secondo modalità che devono essere stabilite chiaramente (magari anche in forma sperimentale...), possibilmente programmate per zone e province e con personale e finanziamenti dedicati.
Occorre stabilire se gli interventi debbano essere territoriali, semiresidenziali, residenziali; è necessario assegnare delle priorità nel caso i fondi non siano sufficienti per tutti; individuare progetti pilota... Il rischio della genericità, senza indicazioni precise, può portare ad interventi caratterizzati dalla casualità.

9. **La completa assenza dal piano degli ultrasessantacinquenni** pone gravi interrogativi circa l'effettiva tutela dei diritti di una parte considerevole di pazienti psichiatrici.
Innanzitutto vi sono diagnosi elettive con un discorso di esclusione: demenza primaria e disabilità grave. I soggetti portatori di queste patologie dove trovano spazio di risposta? Nelle delibere relative alla disabilità? Il cittadino non può andare avanti a leggere i documenti a seconda di quale assessorato li emana. Sarebbe necessario avere un riferimento d'azione e di riferimento al sistema. **Nella CRA il limite è il 50esimo anno di età mentre per le persone ultrasessantacinquenni, tutto si blocca, è come se le differenze fossero annullate da un mero dato cronologico, il che appare certamente privo di ogni riferimento scientifico (sia per la malattia mentale che per la disabilità).**

Nel Piano si prefigura la costituzione di una grande categoria di pazienti indistinta costituita da tutti coloro che hanno superato la soglia dei 65 anni. Nessuna di queste persone potrebbe, con l'attuale testo del Piano, varcare la soglia di una struttura psichiatrica.

Sebbene sia chiara la differenza di diagnosi e trattamento tra pazienti giovani e meno giovani, dovrebbe essere garantita la possibilità, per un 65enne, di accedere a specifiche cure psichiatriche; dal Piano invece, si evince (v. pag. 65) che sarebbero tutti omologati a "persone anziane", con il grave rischio di sommare nella stessa "categoria" bisogni molto diversi.

Inoltre **non esiste alcuna garanzia dell'effettiva possibilità di accoglienza nelle RSA di pazienti psichiatrici "anziani", ne' che siano assistiti con appositi regolamenti terapeutici a loro adatti**; prima di escluderli dalla fascia psichiatrica quanto meno andrebbe prevista e documentata tale provvedimento.

10. **L'assenza dal Piano di ogni accenno ai servizi semiresidenziali**, fatta eccezione per un preoccupante inciso che ricorda la possibilità di erogare tali prestazioni in comunità protetta. Riteniamo importante avere rassicurazioni sull'importanza attribuita dalla Regione a questi elementi centrali della rete dei servizi in salute mentale. Infatti, il tempo in cui le persone con disagio sono in carico alla famiglia è dovuto essenzialmente alla mancanza di semiresidenzialità e viene aumentato in proporzione alla diminuzione del tempo stabilito per la riabilitazione in strutture.
11. **Va assolutamente cassato l'inciso relativo ai farmaci che obbligatoriamente devono essere acquistati al di fuori del SSN dagli enti gestori delle residenze**, in quanto segno culturale preoccupante della deriva delle politiche socio sanitarie verso una nuova istituzionalizzazione del malato psichiatrico. Gli utenti accolti in comunità hanno il diritto di essere considerati utenti del SSR ai quali va riconosciuta la possibilità di mantenere il proprio medico di base, di accedere a tutte le prestazioni previste dal SSR... Nel momento in cui la comunità assolve anche al fabbisogno salutaristico, di fatto interrompe l'utile raccordo con l'insieme dei soggetti che storicamente hanno in carico l'utente. Infine l'eccessiva caratterizzazione della valenza sanitaria delle strutture e degli interventi riabilitativi è in contrasto con il modello riabilitativo e di intervento della psichiatria di comunità più volte ribadito anche nel Piano stesso.
12. Nel Piano non vi è nessuno riferimento alla certezza ed effettivo **uso dei proventi e delle risorse derivanti dal riutilizzo delle aree e delle strutture dei 12 ex OO.PP.**, non solo ciò è in contrasto con le leggi finanziarie ma con la stessa delibera del Consiglio Regionale del 5.6.2001.
- 1.3. **Rapporto migliore tra UOP e UONPIA**. Un Piano deve dire come ciò deve avvenire. Non può essere lasciato soltanto alla buona volontà, magari di un Direttore di Dipartimento, di un Primario di quant'altro. Qual è l'ottica di un Piano? E' di essere uno strumento che è riferimento e garanzia per la tutela del cittadino. Definito che il cittadino ha una serie di bisogni, di desideri e taluno di questi vengono codificati in un diritto, il Piano deve dire *come... quando ... chi e perchè* attua tale programmazione. Se ciò non viene chiaramente esplicitato, il Piano rischia di non essere tale.
14. **Risorse e finanziamenti**. Quest'ultimo è forse il capitolo cruciale di tutto il Piano, in quanto, se non vi saranno nuovi investimenti, ogni apprezzabile sforzo sarà stato vano ed il merito a questo capitolo ci riserviamo di entrarne nel merito sulla base di un testo definitivo e approvato.
15. **Rimane aperto il problema** del personale e della carenza degli organici, un riferimento ai Piani di Zona legati alla L.328. Nel merito dell'inserimento lavorativo facciamo presente che la bozza di regolamento presentato dall' Assessorato al lavoro privilegia l'inserimento lavorativo dei soggetti con disagio psichico, il modo quasi prevalente, alle cooperative di tipo B. Va ribadita anche la richiesta, già fatta dalle realtà associative, di un tavolo per monitorare l'applicazione del Piano a cui possa partecipare in modo permanente l'associazionismo.

20 aprile 2004