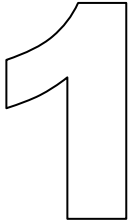


Comitato per la Salute Mentale
Giornata di studio sul “Piano regionale per la salute mentale”
Intervento del prof. Carlo Mario Mozzanica



Milano, 21 ottobre 2003

1. Sguardo analitico sul Piano Regionale Salute mentale

Dunque qualche accenno analitico sul progetto obiettivo. Citerò anche le pagine per comodità di chi volesse andare a riprendere o ad approfondire le prospettive evocate.

Innanzitutto mi ha molto colpito la tabella 7 e la figura 8 dove si allude ai nuovi utenti del DSM; il riferimento è il 2001. E' molto elevato il tasso femminile, il discorso dei giovani e il **discorso degli ultrasessantatrenni**.

Se questo è un dato che ha un qualche significato, mi piacerebbe poi vedere come, nel discorso del progetto obiettivo, questa prospettiva è implementata, laddove ad esempio sugli ultrasessantacinquenni si parifica un po' tutto. **La regione anche con i disabili ha fatto così**. Quando si arriva a quell'età, a sessantacinque anni, 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; ma in qualche modo anche per gli anziani: perché l'anziano in coma è pure sempre assistito in RSA, dunque con una quota di retta assistenziale?)**.

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. pago 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 programmi terapeutici a loro adatti; prima di escluderli dalla fascia psichiatrica quanto meno andrebbe prevista e documentata tale provvedimento.

20 aprile 2004

All'attenzione del Presidente URASAM Lombardia: problematica da discutere e assumere decisione in merito. Grazie per l'attenzione
Milano 28 maggio 2005

Alcuni punti critici del Piano Salute Mentale della Regione Lombardia¹

di Luigi Benevelli - Psichiatra



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".

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



3

RISOLUZIONE p. 3

Residenzialità Ultrasessantacinquenni

Le Associazioni aderenti alla CAMPAGNA PER LA SALUTE MENTALE si sono riunite il giorno venerdì, 5 novembre 2004, presso la sede della Camera del Lavoro in Milano, per un SEMINARIO DI APPROFONDIMENTO sul tema

“Applicazione del Piano Regionale Salute Mentale: nodi e contraddizioni”.

Il seminario, con le comunicazioni introduttive ed il dibattito, si è particolarmente soffermato sull'esame della circolare n.28 san., emessa dalla Giunta Regionale, Direzione Generale Sanità, quale prima norma attuativa del Piano Regionale, concernente il tema della RESIDENZIALITA' PSICHIATRICA.

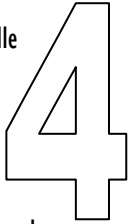
3 - Viene considerato privo di fondamento scientifico e lesivo dei diritti soggettivi il provvedimento di esclusione a priori dalle COMUNITA' dell'AREA RIABILITATIVA delle persone che abbiano superato il LIMITE DI ETA' di 50 ANNI, senza consentire la necessaria flessibilità a fronte di bisogni specifici.

Per la stessa ragione, non si condivide che le persone con sofferenza psichiatrica, dopo i 65 ANNI, VENGANO ESCLUSE dall'assetto dei servizi di tutela della salute mentale.

A nostro avviso, non è per nulla comprovato che esse, con i loro specifici problemi e bisogni di supporto assistenziale, si possano omologare per definizione alla generalità della popolazione anziana.

Commissione Caritas per la Salute Mentale

COMUNICATO STAMPA IN OCCASIONE DELLA GIORNATA NAZIONALE PER LA SALUTE MENTALE



Non sempre i nostri servizi risultano in grado di assicurare una sufficiente *presa in carico* e un adeguato accompagnamento delle persone nei percorsi terapeutici che dovrebbero portare alla restituzione sociale o comunque al massimo della possibile socializzazione. Già ora, invece, i malati ritenuti gravi o difficili o scarsamente collaborativi o semplicemente cronici, sono posti ai margini del sistema complessivo della cura.

Questa tendenza di abbandono di alcune fasce di pazienti - questa la nostra grande preoccupazione! - rischia di accentuarsi con l'applicazione di alcuni degli indirizzi contenuti nel nuovo Piano Regionale Salute Mentale in via di prima attuazione con la circolare n. 28 del luglio scorso dedicata alla Residenzialità Psichiatrica².

In questi atti la Regione definisce con estrema rigidità - a nostro modo di vedere - le tipologie della accoglienza psichiatrica. Per ogni tipologia è precisamente definita l'intensità dell'assistenza o della cura e, in particolare, la durata massima della permanenza del paziente. Ad esempio, le Comunità Riabilitative ad Alta assistenza (CRA), che sono collocate - possiamo dire - al livello intensivo della cura (dopo o accanto al ricovero ospedaliero), prevedono un tempo massimo di degenza di 18 mesi ("inderogabile per i nuovi accoglimenti": così è scritto nella circolare 28).

Così è pure per le altre tipologie: le Comunità Protette ad Alta Assistenza (CPA) e le Comunità Protette a Media Assistenza in cui il limite massimo di degenza è stabilito in 36 mesi.

In fondo alla scala delle tipologie previste si collocano le comunità a bassa protezione variamente denominate (Casa Alloggio, Casa Famiglia, Appartamento Autonomo). Per queste ultime "non vi è durata massima di degenza".

Ma mentre per le prime tipologie citate la copertura dei costi delle degenze risulta, come da *diritto*, a carico della sanità - la stessa circolare definisce le tariffe giornaliera secondo le intensità di cura - per queste ultime nulla risulta in fatto di copertura dei costi; il che lascia facilmente supporre che i costi siano destinati a ricadere sulla parte sociale della spesa assistenziale, ossia sui pazienti, le loro famiglie e quindi sui Comuni chiamati a sopperire ai limiti di reddito delle famiglie stesse (sempre che sussistano soggetti interessati a gestire strutture a queste condizioni e sempre che non siano strutture per pochi e per ricchi).

La Regione fissa inoltre dei limiti di età. Ad esempio, stabilisce il limite massimo di 50 anni per l'accesso alle strutture riabilitative ad alta intensità. Stabilisce il limite massimo di 65 anni per l'accesso alle comunità di alta e media assistenza, "omologando (i bisogni di questi pazienti) a quelli della popolazione anziana", senza perciò considerare la specificità della malattia, e dirottandoli - come è facile presumere - verso residenze per anziani, con conseguente trasferimento di costi dalla parte sanitaria alla parte sociale della spesa (cioè a famiglie e Comuni).

Non esprimiamo pregiudiziali rispetto alla ricerca di passaggi, valutati e ritenuti opportuni, tra una tipologia e l'altra di assistenza, al trascorrere del tempo e delle età, se ciò è funzionale al miglior bene della persona. Quel che ci sconcerta è la netta scansione dei termini e delle modalità. In fatto di salute e di salute mentale nulla può essere facilmente prestabilito!

Al di là dunque di questi tempi e di questi limiti di età, si profila il ritorno a casa ed il recupero di una buona salute - che è sempre ovviamente l'obiettivo da perseguire - oppure l'incorrere, al di fuori di ogni certezza di assistenza, in una situazione indefinita in cui può trovarsi il nulla (o quasi), se non il cuore, già provato, dei famigliari e di poche altre figure. Questa è la nostra grande preoccupazione, oggi, in questa particolare giornata.

Mantova, li 5 Dicembre 2004
(giornata nazionale per la salute mentale)

*La Commissione Caritas per la Salute Mentale: Caritas Diocesana di Mantova Associazione
"Oltre la Siepe" - Mantova Associazione "La Rondine" - Suzzara
Associazione "Orizzonti" - Ostiglia Cooperativa Sociale "Ippogrifo" -
Mantova Movimento per i Diritti del Malato - Mantova*

ISTITUTI RIUNITI AIROLDI E MUZZI ONLUS

² Piano Regionale Salute Mentale (d.g.r. n. 17513 del 17 maggio 2004) - Circolare 21 luglio 2004 n. 28 Residenzialità Psichiatrica: prime norme attuative del Piano Regionale Salute Mentale.

DIREZIONE SANITARIA

Tel. 0341 - 497172 (interni 112 - 114) Fax 0341 - 497425

Si registra una crescente domanda da parte del Centro Psico Sociale (CPS) territoriale volta all'inserimento in questi Istituti di soggetti afferenti a tale servizio; analoga osservazione viene effettuata dai responsabili sanitari di altre RSA.

Il criterio che presiede a questa domanda risulta essere l'età anagrafica dei soggetti per i quali viene posta domanda di ingresso; si ritiene da parte degli **specialisti psichiatri che in generale col passaggio del soggetto dall'età adulta a quella anziana* (ultrasessantacinquenni) cessino le competenze squisitamente psichiatriche**, prevalentemente in quanto insorgono fenomeni di decadimento cognitivo che si sovrappongono e si intrecciano con il quadro psichiatrico di base ed in ragione del fatto che quest'ultimo tende a spegnersi e a divenire residuale.

5

Non è questa la sede per un approfondimento sul tema: a mio parere l'età anagrafica è fattore assai discutibile e assolutamente improbabile di discriminare; inoltre la crescente disponibilità di una iconografia probatoria di lesioni di tipo ischemico o di un quadro di tipo atrofico non può di per se stessa autorizzare, in soggetti con una storia psichiatrica talvolta assai lunga, a diagnosi tipo "demenza vascolare con aspetti deliranti", "demenza atrofica con aspetti depressivi".

L'ingresso dei soggetti di cui stiamo trattando pone a questi Istituti ed alle RSA in generale numerosi problemi che mi sforzo di individuare brevemente per avviare una discussione in argomento.

- La presa in carico: il dialogo tra CPS e RSA non può essere limitato alla produzione di certificazioni attestanti la possibilità del soggetto "di vivere in comunità" ed al contestuale soddisfacimento (reciproco) di un bisogno di tranquillità medico legale; la "storia" del soggetto non può rimanere in un angolo, deve divenire l'oggetto di un dialogo volto a far sì che i nuovi interlocutori del paziente siano realmente tali, con il massimo coinvolgimento dei familiari laddove possibile (spesso rimangono invece a margine)
- L'offerta residenziale: non è immaginabile una convivenza tra questi soggetti e quelli che più spesso popolano le RSA (grandi anziani con gravi problemi sul piano motorio, psico intellettuale, sensoriale, funzionale, talvolta in condizioni di terminalità); personalmente ho rigettato l'ipotesi qua e là prospettata di un inserimento nel Nucleo Alzheimer, ritenendo che altre siano le finalità dello stesso; ed allora si apre il problema di quale "comunità" in termini di tipologia residenziale anche nell'ambito di una RSA
- Il servizio sanitario sociale: le competenze proprie delle équipes professionali delle RSA sono in grado di assicurare al paziente di cui stiamo parlando un servizio adeguato? basta la ciliegina di una consulenza psichiatrica? e perché, se, come si diceva, il problema non parrebbe più di competenza di tale disciplina? quali percorsi formativi devono essere avviati e portati a termine? ed infine quale reale servizio potrà essere assicurato a questi pazienti se verrà fornito "sic et simpliciter" lo standard di personale individuato dalla normativa, 900 minuti, se la loro classificazione nell'ambito del SOSIA li ricondurrà quasi sempre nelle fasce più alte con conseguente remunerazione per le RSA assai bassa? Una riflessione in proposito pare dovuta, specie tra tutti coloro che rifiutano la logica di una assistenza meramente custodialistica.

Il Direttore Sanitario

Dottor Ivan Villa

email ivan.villa@airoldiemuzzi.it

06 / 05 / 05

Copia conforme all'originale



maggio 2005.

“ESPERIENZE A CONFRONTO IN PSICHIATRIA NELLA CURA E ASSISTENZA ALLA PERSONA ANZIANA: IL *Vitaresidence 2*”

ANZIANI E MALATTIA MENTALE: RIFLESSIONI ED ESPERIENZE IN UNA TERRA
DI CONFINE.
4 FEBBRAIO 2005 VILLA OLMO - COMO

6

Dott. A. Oliva Psichiatra, Psicoterapeuta. Presidente Coop. “Vitaresidence”.

L'assistenza e la cura del malato mentale anziano impongono una ridefinizione precisa degli obiettivi terapeutici ai quali tendere e un approfondimento della necessità specifiche del paziente. Bisogna infatti difendersi da troppo ardite tendenze riabilitative, che non tengano conto dell'età e della storia clinica del paziente, ma anche dall'altrettanto rischiosa paralisi, correlata all'assenza di progettualità e alla rassegnazione, come se anni e patologia avessero eliminato ogni speranza di poter *intervenire* sul paziente. L'équipe curante ha il compito primario di *riconoscere* il paziente, cioè di saper cogliere le caratteristiche fondamentali della sua personalità e i tratti salienti della sua condizione umana di base, psichica e somatica, attingendo sia alla storia clinica, che a quella personale. E' proprio grazie a questo riconoscimento che si può avviare quel rapporto di fiducia che rende possibile una relazione terapeutica positiva; il malato infatti potrà percepire che esiste una realtà umana vitale e rispettosa e a lui interessata, sulla quale è possibile appoggiarsi.

In psicogeriatrica la finalità del progetto terapeutico è caratterizzata in massima parte dal *prendersi cura del paziente*, piuttosto che dal tentativo di *guarire la malattia*; conseguentemente gli obiettivi che ci si pone dovranno ragionevolmente volgersi all'incremento delle aree di autosufficienza e alla riduzione dell'intensità di alcuni sintomi o comportamenti disadattivi, più che alla radicale scomparsa degli stessi. Per quanto possibile, tuttavia, nell'assistenza dei malati psicogeriatrici dovrà essere soprattutto l'ambiente esterno ad adattarsi ai pazienti, onde diminuirne i disagi e garantir loro una adeguata qualità di vita. Anni di manicomio, ad esempio, avranno probabilmente sclerotizzato alcuni comportamenti bizzarri, che il paziente tenderà gelosamente a conservare e che sarebbe non solo inutile, ma anche rischiosamente paternalistico voler impedire o modificare. Tuttavia, la stessa tragica esperienza, può aver lasciato parzialmente intatte, o forse anche inesplorate, alcune capacità relazionali, che laddove scovate e percorse potranno ancora emozionare e vitalizzare, tanto la persona malata, che l'operatore.

Il reparto psicogeriatrico esistente presso la RSA *Vitaresidence 2* di Guanzate prende spunto proprio da questa filosofia assistenziale e terapeutica. Si è voluto cioè costituire una sorta di comunità per anziani psicotici, che garantisca da un lato soddisfacenti supporti assistenziali nei confronti delle disabilità correlate all'età e alla complessità dei quadri clinici, sia in ambito internistico, che psichiatrico; dall'altro che divenisse un ambiente di vita terapeutico, enfatizzando il ruolo del gruppo, della relazione, dello stare e del fare insieme, accanto all'accettazione e alla tolleranza di quei comportamenti patologici che sono rimasti immuni al cambiamento, nonostante anni di terapie farmacologiche o di altro tipo.

La comunità psicogeriatrica del Vitaresidence 2 attualmente accoglie pazienti psicotici dimessi con la recente chiusura degli Ospedali Psichiatrici e pazienti affetti da diverse malattie mentali provenienti dal territorio (comunità terapeutiche, per raggiunti limiti d'età o dal proprio domicilio, per impossibilità di prolungare la convivenza con i famigliari o il proprio vivere in solitudine).

Pur essendo inserito in una *classica* RSA, il reparto psicogeriatrico garantisce la presenza quotidiana del medico psichiatra e di due educatori, che organizzano attività ricreativo-terapeutiche, sia all'interno, che all'esterno della struttura, anche con il supporto di un musicoterapeuta e di una drammaterapeuta specializzati. Inoltre è previsto un incontro settimanale della durata di due ore, allargato a tutta l'équipe curante (medico psichiatra, responsabile di struttura, infermieri, educatori e ASA), durante il quale si discutono casi clinici, si supervisionano le modalità relazionali e si definiscono i progetti assistenziali. Riteniamo, infatti, di fondamentale importanza operare in gruppo, al fine di contrastare la fisiologica tendenza al ristagno motivazionale e al *burn-out*, che rischierebbe di sfociare in un atteggiamento *senza speranze* e privo di calore e colore relazionale. Nell'anziano, infatti, c'è un bisogno di lentezza, di fissità, di ritualità che va rispettato e accompagnato, ma che non deve rischiare di trasformarsi in morte precoce dei desideri, già così minacciati dal processo psicotico.

**Ricerca e assemblaggio di Lanfranchi Andrea
Suollo 28 maggio 2005**