

Sulla Deliberazione della Giunta Regionale Lombarda n. VIII/4221 del 28 febbraio 2007 “*Riordino della residenzialità psichiatrica*”

La recente deliberazione della Giunta regionale Lombarda si muove entro i limiti a suo tempo definiti dal piano socio-sanitario 2002-2004 e dai piani salute mentale che ne sono conseguiti. Il provvedimento, a lungo atteso, è nato per rispondere all'esigenza di mettere sotto controllo e possibile ridurre e magari qualificare una spesa psichiatrica fortemente sbilanciata verso la residenzialità protetta.

Chi non guarisce o non recupera in fretta esce dalla sanità e paga!

Perseguendo tale sforzo, e adottando ancora una volta nuove denominazioni e nuove sigle, la giunta regionale ha riclassificato le strutture secondo una graduatoria basata sull'intensità delle attività assistenziali e di riabilitazione psico sociale, intese queste ultime come un mero insieme di tecniche e cicli di trattamento senza tener conto dei percorsi personali, dei numerosi fattori di *recovery* che, come noto, modificano profondamente non solo la nostra ma anche la vita delle persone che soffrendo di disturbi mentali gravi sono ad alto rischio di disabilità ed emarginazione. Con questa delibera, la residenzialità protetta finisce con lo sganciarsi da Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) sempre più poveri e frammentati e col costituirsi come un circuito a sé in cui è possibile il passaggio a cascata da un livello all'altro fino, (in caso di fallimento, si badi bene, per colpa della malattia e del paziente, non dell'assistenza psichiatrica!) alla fuoriuscita dal circuito psichiatrico e l'abbandono/rilascio in quelli assistenziali al compimento del 65° anno.

Le barriere di età e di tempo poste per l'accesso alle strutture residenziali e la permanenza nelle stesse violano il criterio della "*continuità terapeutica*" e sono incompatibili con [*progetti terapeutici ed ipiani di trattamento*] degli utenti che possono svolgersi su tempi che variano da situazione a situazione, da persona a persona, anche secondo i casi della vita. Con una tale "razionalizzazione" si possono fare dei bei risparmi scaricando i costi dei fallimenti dei servizi psichiatrici addosso alle persone e alle famiglie che hanno minore potere contrattuale e non ce la fanno , o ai Comuni se le prime due non hanno da pagare.

E questo qui dove lo mettiamo?

Un altro elemento di gravità sta nel fatto che più che al diritto alla salute e alla qualità della "presa in carico" la delibera del febbraio scorso risponde alla domanda "E questo qui adesso dove lo mettiamo?", un assillo ricorrente nei DSM che lavorano male.

Alla luce di questo scenario, anche la tanto attesa novità della "residenzialità leggera" finisce coll'essere non la sperimentazione di possibili percorsi di "diritto alla casa", il perno di una nuova visione della residenzialità, ma semplicemente l'aggiunta di una tappa nel percorso dell'abbandono.

La domanda "E questo qui dove lo mettiamo?" nasce in Lombardia dal poco tempo di apertura e dalla povertà degli organici dei CPS, con la conseguenza che il grosso dell'impegno degli operatori e (e della spesa) si concentra sugli SPDC e sulla residenzialità. Di qui l'urgenza che:

- Tutti i CPS siano nelle condizioni di rispondere alle domande degli utenti almeno 12 ore al giorno per sei giorni la settimana;
- Il DSM è il luogo e il soggetto "registra" del progetto di trattamento individuale
- Siano rivisti i criteri di finanziamento (oggi sono i DRG per i ricoveri ospedalieri, i giorni di accoglienza per le residenze, le prestazioni per i CPS) che producono una distorsione dell'asse del lavoro professionale, abbandono dei pazienti e delle famiglie in percorsi neo-manicomiali.
- Sia vincolato il 5% della spesa sanitaria regionale per la salute mentale e che ai DSM siano devolute le risorse derivate dal riuso delle aree ex-OP, producendo una forte distorsione dell'asse del lavoro professionale, abbandono dei pazienti e delle famiglie in percorsi che spesso sono neo-manicomiali.
- I DSM della Lombardia, in analogia con quanto accade in altre regioni italiane, siano i titolari responsabili dei percorsi e dei trattamenti dei pazienti autori di reato in loro carico, siano essi detenuti nelle carceri o internati negli OPG.

Dr. Luigi Benevelli



Mantova, 10 marzo 2007