
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 di competenza della Regione Lombardia come ad es. il tema degli anziani e della disabilità, per le quali, come tavolo del Terzo Settore, è stato chiesto un discorso di inquadramento generale.

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 no-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 in termini autocritici le scelte della legge regionale 31/97. Cercare di riconnettere 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, responsabili di DSM e di UOP) non da corpo agli obiettivi del Piano. In caso contrario, il Piano non è vincolante per la stessa amministrazione regionale ed è 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 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 servizi per la salute mentale.** Viene fatta una disamina puntuale quando si evidenzia la scarsa progettualità dei D.S.M., l'insufficiente capacità di cogliere la differenziazione della domanda, l'inadeguatezza e 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 4% 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 no-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 il passaggio da una concezione legata al singolo servizio-tampone ad un'altra più coerente e globale, che garantisca continuità, coerenza, "economicità"/razionalità e monitoraggio costante degli interventi.

6. **La seria considerazione di nuovi bisogni** che non possono essere affrontati con l'attuale sistema dei servizi (il PRSM contiene un capitolo specifico per i "modelli di intervento per rispondere a bisogni con rilevanza sociale": interventi precoci nelle psicosi, 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. **L'apertura al privato** profit, nella gestione sempre più completa e titolata di servizi sanitari complessi, fino alla possibilità di istituire persino dei DSM a totale gestione privata. Anche per questo aspetto riteniamo necessario che il Piano esprima indicazioni più precise, dica se gli erogatori privati partecipino a un sistema misto fornendo offerte articolate di più servizi (piuttosto che singole strutture), coinvolgendosi pienamente nella rete dei servizi, oppure, se il sistema misto di fatto vada a rappresentare uno strumento con una connotazione di apertura ad interessi economici dell'imprenditoria privata.

3. **L'assenza di obiettivi globali e territoriali**. Il Piano non propone la verifica su quelli precedenti, a differenza di altri atti della Regione Lombardia, in questa occasione esso non fa il punto su quanto è avvenuto fino ad oggi. Nonostante i dati statistici riepilogati nella parte iniziale, in esso non esiste alcuna analisi della situazione attuale che, a nostro parere, è invece necessaria allo scopo di evidenziare gli aspetti relativi alle aree critiche dei singoli ambiti territoriali.

Un Piano deve dire *come, quando e chi fa che cosa*.

A questa carenza di analisi consegue pertanto la totale mancanza della definizione di obiettivi nel Piano; intendendo per obiettivi gli esiti da raggiungere entro il 2005, che siano 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? Quali parametri di rapporto utenti/ operatori per i servizi territoriali (CPS)? E si potrebbe continuare così per tutti i servizi psichiatrici....

Altresì l'assenza di una definizione di obiettivi comporta l'inevitabile conseguenza della 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)?

4. **Sarebbe necessario che la Regione specificasse dettagliatamente quali sono le prestazioni di LEA gratuite e quelle a compartecipazione 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 e uniformi su tutto il territorio). Occorrerebbe, infatti, l'indicazione di quali bisogni devono essere affrontati dai servizi psichiatrici a carico del servizio sanitario nazionale, senza la possibilità che esistano "aree d'ombra" e che restino 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.
5. Grande importanza è attribuita all'istituendo **Organismo di Coordinamento** per la Salute Mentale, guidato dall'ASL e composto da tutti gli attori dei processi terapeutici e 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. Inoltre 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 elefantino andrebbe rivisto nell'articolazione organizzativa e negli obiettivi, armonizzandolo con le altre funzioni stabilmente assegnate alle ASL, ai DSM e alle UOP.
Appare perciò rischioso, affidare la garanzia dell'integrazione fra pubblico e privato la costruzione di percorsi di rete a tale Organismo.
6. **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, 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 no 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; è da questi soggetti che passa ogni politica innovativa 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.
7. **L'introduzione del "case manager"** per ogni paziente, a nostro parere può rappresentare un aspetto importante e significativo solo se il Piano ne definisce la responsabilità in capo ad un servizio (DSM, UOP, struttura dell'UOP, microequipe del CPS) e non, come proposto, una responsabilità nominale in capo ad un soggetto fisico;
8. **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 riquotate (pag. 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 si prevede l'introduzione/sperimentazione delle comunità riabilitative a media assistenza (CRM) che 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. Crediamo anche che, prima di fissare limiti temporali alla riabilitazione in strutture, vadano realizzati i servizi di semiresidenzialità e intensificati gli interventi domiciliari.

9. **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 troppo 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.

10. **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...) e possibilmente programmate per zone e province, 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.

11. **La completa assenza dal piano degli ultrasessantacinquenni** pone gravi interrogativi circa l'effettiva tutela dei diritti di una parte considerevole di pazienti psichiatriche.

Innanzitutto vi sono diagnosi elettive con un rischio 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 rapporto col 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 e questo 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", né che siano assistiti con appositi programmi terapeutici a loro adatti**; prima di escluderli dalla fascia psichiatrica quanto meno andrebbe prevista, esplicitamente dichiarata e documentata tale scelta.

12. Osserviamo **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 tale tempo viene aumentato in proporzione alla diminuzione del tempo stabilito per la riabilitazione in strutture.

13. **Va assolutamente cassato l'inciso relativo ai farmaci per le patologie organiche 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 sanitario, 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 nel Piano stesso.

14. Nel piano non vi è nessun 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.
15. 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 o 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 perché* attua tale programmazione. Se ciò non viene chiaramente esplicitato, il Piano rischia di non essere tale.
16. 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 in merito a questo capitolo ci riserviamo di entrare nel merito sulla base di un testo definitivo e approvato.
17. Rimane aperto il problema del personale, della carenza degli organici e della necessità di 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, in modo quasi prevalente, nelle 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

Campagna per la Salute Mentale