

Brescia, 5 dicembre 2016

Conferenza Annuale Salute Mentale

«Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo nell'area della salute mentale: percorsi locali di attuazione»

a cura di Valeria Negrini
Presidente Federsolidarietà Lombardia

La Legge Regionale 15 del 29.06.2016 mantiene lo stesso titolo presente nella Legge 33/2009 "Norme in materia di salute mentale" **ma modifica lo scenario e l'orizzonte.**

Il passaggio da una funzione *"preventiva, curativa e riabilitativa"* che aveva come oggetto *"la tutela sociosanitaria delle persone con patologie psichiatrica"* alla ***"tutela della salute mentale e del benessere psicologico"*** e al contrasto de ***"gli effetti di esclusione sociale che i disturbi psichici e altre patologie o problematiche possono causare"*** dice di un **passaggio culturale significativo e di un orizzonte programmatico che apre scenari interessanti ancorchè complessi e sfidanti**

L'Area della Salute Mentale inoltre si amplia, comprendendo oltre alla psichiatria e neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, **anche le dipendenze, la psicologia e la disabilità psichica.**

Guardando quindi agli intenti, possiamo pensare alla salute mentale (psichiatria compresa) **al di fuori del solo spazio strettamente sanitario.**

Per questo motivo i servizi sono chiamati *"al raccordo con l'attività dei consultori e del servizio sociale professionale"*, all'integrazione fra ospedale e territorio, ai contributi delle famiglie e delle realtà sociali e *"all'adozione di modelli sociosanitari integrati, comunitari, multidisciplinari e proattivi ... assicurando l'esercizio dei diritti, la continuità dei percorsi di cura, la presa in carico e la valorizzazione del sapere esperienziale e delle competenze delle persone"*.

La nuova legge regionale prende atto che la promozione della salute mentale è una questione complessa **che deve comprendere diversi punti di vista, azioni, iniziative integrate fra loro.**

L'ampliarsi delle tipologia di interventi, prima ristretti all'ambito quasi esclusivamente sanitario, oggi prevalente, **verso una forte attenzione alle dinamiche sociali come quelle connesse all'inclusione sociale, scolastica, lavorativa**, pone obiettivi che possono essere raggiunti solo attraverso una sempre maggiore e marcata **personalizzazione degli interventi e dei percorsi (al di fuori quindi di standard precostituiti)** con un forte richiamo alla necessità di una presa in carico globale e costante e **all'integrazione fra gli interventi di natura sanitaria, sociosanitaria e sociale.**

Significativo quindi il richiamo esplicito all'utilizzo del budget di salute e al case management .

Mondi diversi e fino ad oggi "paralleli", sono chiamati a lavorare insieme o quantomeno a convivere all'interno della stessa "Area", salvaguardando le proprie specificità e competenze.

Come sarà governato e garantito questo processo all'interno di ciascuna ASST?

Il nostro auspicio è che **aumentino le occasioni di collaborazione, integrazione, scambio tra operatori della stessa area e che, soprattutto, spariscano quelle zone grigie in cui le persone finiscano per non essere veramente mai prese in carico perché non sono "abbastanza"** (psichiatriche? dipendenti? giovani? povere? italiane? straniere? ...), ovvero non corrispondono all'utente / paziente "tipo".

Non si tratta "solo" di operare "in un'ottica di coordinamento e integrazione" tra psichiatria, neuropsichiatria, dipendenze, servizio psicologico, ma anche e soprattutto **"con le realtà del terzo e quarto settore presenti sul territorio"**.

La legge richiama tutti a una considerevole operazione di decentramento.

Avremo la volontà e la capacità, insieme, di **fare spazio non solo a un altro servizio o a un altro professionista ma al "sapere" della persona fragile, dei suoi familiari, così come a quello delle associazioni e delle varie realtà più o meno organizzate di un territorio e di una comunità sociale e civile ?**

Il Terzo Settore parteciperà ai lavori del "Tavolo per la salute mentale" composto sia dai soggetti istituzionali, da rappresentanti delle associazioni di familiari e utenti, del Terzo e Quarto settore, che da quelli di rappresentanza e di ricerca.

Una buona scelta che si distanzia da quanto previsto dall'impianto generale della riforma che tende invece a separare la rappresentanza delle associazioni da quelle degli enti gestori di terzo settore.

Anche nelle 8 ATS verrà costituito uno (o più) Organismi di Coordinamento per la Salute Mentale con una composizione analoga.

Sarà possibile **che "si avvicinino"** maggiormente le sedi di programmazione al territorio, evitando il rischio di avere organismi molto affollati, con difficoltà di comunicazione, confronto e quindi, forse, con scarse reali possibilità di incidere sulle scelte strategiche di politica sociosanitaria ?

Apprezziamo che una Regione, quale la Lombardia, che si candida ad essere e a rappresentare un modello di sistema sanitario e socio-sanitario a livello nazionale e internazionale, inserisca nella Legge che vuole segnare “un'evoluzione” dello stesso alcuni principi e finalità quali:

-riduzione del ricovero in SPDC

- riduzione del ricorso ai TSO e riduzione delle pratiche di contenzione meccanica.

- soluzioni alternative alle strutture residenziali

Osserviamo tuttavia che non è la prima volta che riferendoci ai ricoveri in SPDC o al nodo delle contenzioni, o al riordino della residenzialità, questi vengono proposti come eventi critici da ridurre o sistema da migliorare.

Ad esempio **già nella delibera delle Regole di Sistema 2016 (DGR 4702 del 29.12.2015)**, al paragrafo 4.6 dedicato alla salute Mentale (dopo le prime dieci righe dedicate alla riforma della nomenclatura delle strutture residenziali psichiatriche per adeguarle alla denominazione nazionale) troviamo accanto alla necessità, in attesa dell'entrata a regime dei cambiamenti organizzativi imposti dalla Legge 23/2015, di garantire la continuità nella gestione dei servizi e nell'offerta di prestazioni ai cittadini, anche **un continuo rimando a azioni e interventi migliorativi che rimangono però piuttosto generiche e ascrivibili più alla buone intenzioni dei singoli che a un quadro sufficientemente chiaro dei contenuti di tali azioni e interventi e dei soggetti attuatori di tali miglioramenti.**

Rimanendo nell'area della psichiatria adulti e rimandando per la neuropsichiatria al contributo della dott. Alberto Festa, possiamo evidenziare come nel percorso che parte ancora dalla DGR 937/2010 (Regole di Sistema 2011- DGR che introduce un'importante novità riguardo al sistema degli accreditamenti, quali la separazione tra accreditamento -libero- e contratto e la remunerazione a budget) fino alla DGR 4702/2015 (Regole di Sistema 2016) attraversando quindi gli assessorati Bresciani-Boscagli; Melazzini-Pellegrini; Mantovani-Cantù; Maroni; **alcune questioni e temi tornano ripetutamente nei testi di questi documenti:**

- sviluppo di processi integrativi tra NPIA e Psichiatria (soprattutto riguardo al trattamento per la fascia 16-18 anni);
- revisione delle attività e dell'organizzazione dei CPS;
- verifica e revisione della residenzialità psichiatrica;
- riduzione del flusso attività 43/SAN;

La più volte citata necessità di riordino e contenimento dell'utilizzo delle strutture residenziali, deve passare, a nostro avviso necessariamente, anche da una revisione dei sistemi di accreditamento delle strutture residenziali, revisione che non parta solo dall'obiettivo di un contenimento della spesa, **ma piuttosto dall'individuazione delle caratteristiche di flessibilità e personalizzazione che tali servizi ed attività devono possedere per garantire efficacia degli esiti.**

L'indicazione data alle ATS *di «rendere sempre più appropriati, efficienti e sostenibili gli interventi rivolti ai pazienti, anche attraverso il ricorso a soluzioni alternative all'inserimento in strutture residenziali».* necessita quindi che vengano identificate le tipologie, ad oggi, di soluzioni alternative, e quali siano i processi e percorsi necessari a realizzare questi passaggi.

Noi auspichiamo una flessibilità e personalizzazione, mentre oggi vi è una standardizzazione ex-ante che costringe le persone ad adattarsi alle strutture piuttosto che essere le strutture che si adattano ai bisogni delle persone con disagio psichico.

Anche la riduzione dei ricoveri in SPDC e del ricorso al TSO passa necessariamente attraverso **una riorganizzazione dei servizi residenziali e un potenziamento di quelli domiciliari, ambulatoriali e territoriali, sia pubblici che del privato sociale accreditato e non.**

Riguardo alle contenzioni si dovrebbero **porre obiettivi e termini di tempo**, mettere a disposizione incentivi e premi, modificare i protocolli adottati negli SPDC regionali oltre ad avviare una **massiccia e permanente formazione dei medici e degli operatori che non può non coinvolgere anche quanti operano nelle strutture private accreditate o convenzionate.**

Rimane ancora troppo generico il riferimento alle azioni volte alla tutela della salute mentale **in carcere** o per le persone autrici di reato (ex OPG) **per evitare che la “provvisorietà” delle REMS diventi risposta stabile e unica a queste problematiche.**

Quali garanzie e quali spazi di protagonismo

L'innovazione e il cambiamento nelle politiche e nei servizi per la Salute Mentale non può essere lasciata solo alle disponibilità e capacità personali di medici e dirigenti.

Occorre operare affinché il peso e il ruolo delle comunità e degli Enti Locali, della cooperazione sociale, delle persone con problemi di salute mentale e delle loro famiglie non sia messo ai margini.

Vorrebbe dire infatti marginalizzare quella componente sociale che, con le sue competenze nelle politiche per la **casa, il lavoro, l'istruzione, lo sport, la cultura** è un tassello imprescindibile per la realizzazione, nell'area della Salute Mentale – e non solo - di una reale **integrazione tra sanitario, socio-sanitario, sociale e di una effettiva inclusione e promozione delle persone con disagio psichico**, alle quali sono più utili percorsi e progetti di vita quanto o forse più che posti letto.

Chiediamo e ci auguriamo che in ogni ATS e ASST si aprano spazi di partecipazione plurale e intersettoriale garantendo, in un'ottica di reale sussidiarietà, la presenza di tutti gli attori **nei luoghi deputati alla programmazione, implementazione e valutazione delle attività e dei servizi**; strada obbligata se si vuole davvero superare la frammentazione delle politiche, degli interventi, della spesa, tra sanità e sociale, anche in salute mentale.