



U.R.A.Sa.M. *Lombardia* - Unione Regionale Associazioni per la Salute Mentale  
Corso Garibaldi, 127- 20121 Milano  
Tel.: 02-39265792 - Fax: 02-33006364 –e-mail: [urasamlombardia@gmail.com](mailto:urasamlombardia@gmail.com)  
CF 97263540151  
V.Canzian Tel. 347 7035105

## **Oggetto: Osservazioni di U.R.A.Sa.M. Lombardia al Libro Bianco sullo sviluppo del sistema socio-sanitario in Lombardia**

URASAM è una associazione di volontariato di secondo livello, fondata nel 2002 raggruppa una cinquantina di Associazioni di familiari per la Salute Mentale distribuite su tutte le province della Lombardia. Aderisce a livello regionale a CSM, Campagna per la Salute Mentale, associazione che comprende enti di Familiari, III settore e Organizzazioni Sindacali, e collabora con UNASAM, il livello nazionale, a cui diverse Associazioni di URASAM aderiscono direttamente.

Abbiamo letto con attenzione e interesse la sollecitazione di Regione Lombardia pervenuta attraverso il Libro Bianco (d'ora in poi LB) il quale sia pure sotto forma di prima ipotesi sembra accogliere l'esigenza ormai improrogabile di offrire risposte a bisogni di salute e d'inclusione sociale dei cittadini più prossime al territorio.

Il nostro contributo è circoscritto all'ambito verso cui abbiamo maggiore interesse e competenza, quello della Salute Mentale nel quale siamo impegnati da anni. Non mancano tuttavia nella Prima Parte considerazioni attinenti il sistema socio-sanitario della Lombardia più generale. Di seguito i principali punti di interesse su cui esprimiamo una valutazione positiva e per altri criticità, interrogativi e preoccupazioni:

### **PRIMA PARTE - COMMENTO ALLE PROPOSTE DEL LB**

#### **1-Sistema di finanziamento**

Positivo il passaggio nel percorso di cura del paziente, dalla tariffazione della patologia e quindi della prestazione al "budget di cura", orientato al prendersi cura complessivo del paziente che integra tutti i LEA, Livelli Essenziali di Assistenza, compresa la prevenzione e la promozione della salute. In ambito Salute Mentale è inappropriato definire tale budget sulla base dei consumi storici per tipologia di patologia e cronicità, bensì va costruito sulla base dei bisogni reali espressi della persona e dalla famiglia contemplati nel Piano di Trattamento Individuale.

#### **2-Passaggio da una cultura centrata sulla patologia alla centralità della persona, quindi passaggio dalla "cura" al "prendersi cura".**

Passaggio non facile ma auspicabile che contempla attenzione verso l'integrazione della prevenzione e la promozione della salute, degli interventi socio-sanitari e sociali, l'accompagnamento anche con assistenza domiciliare, al fine di dare risposta ai bisogni sanitari e socio-sanitari correlati ai diversi livelli di gravità, espressi dagli interessati e dalle loro famiglie. Bene il richiamo che il paziente "non è un caso (come gli altri) da risolvere ma una persona (speciale) da accompagnare". Bene anche la sottolineatura "oggi varcare la soglia dell'ospedale è l'inizio e non la fine di un percorso". E' necessario infatti un cambiamento affinché il territorio possa diventare la porta d'accesso della presa in carico.

Per quanto riguarda l'accesso alla cura in Salute Mentale rimandiamo alla riflessione a seguire nella Seconda Parte sui Servizi di Salute Mentale CPS, Centri Psico Sociali e SPDC, Servizi Psichiatrici Diagnosi e Cura.

### 3-Ipotesi di riordino: ASL, Agenzia Sanitaria Locale e AIS, Azienda Integrata per la Salute

I nostri documenti inviati alla Regione Lombardia in questi ultimi anni includevano la richiesta di unificare gli Assessorati Sanità e Famiglia, in un unico Assessorato con un'unica Direzione Generale, per l'integrazione delle politiche sanitarie, sociosanitarie e sociali e l'assegnazione delle relative risorse. Ciò allo scopo di introdurre elementi di semplificazione unendo l'acuzie, l'ospedale, e la continuità di cura nel territorio, la cui separazione attuale comporta non poche difficoltà: di gestione per unificare ciò che è diviso, di appropriatezza e di continuità di cura oltre che di gestione degli aspetti finanziari. Da ciò che si evince dal LB questa unificazione dei due Assessorati non viene attuata, mentre si crea un rimodellamento delle funzioni delle ASL e la creazione di una nuova Azienda, l'AIS.

Le ASL, da Aziende vengono trasformate in ASL, Agenzie Sanitarie Locali, con bacini territoriali e di popolazione più ampia di quelli attuali, con un' Area Sanitaria e un' Area Welfare. In sintesi, le nuove Agenzie presentano i vecchi compiti delle ASL di programmazione sanitaria, sociosanitaria e sociale in collaborazione con i Comuni, di acquisto, di accreditamento, negoziazione e contrattualizzazione dei soggetti erogatori, di controllo dell'appropriatezza delle attività sanitarie, sociosanitarie e assistenziali e della tutela della salute. Svolgono la consueta attività consultiva e propositiva nei confronti della Regione in relazione alla programmazione locale della nuova rete di unità d'offerta. In aggiunta svolgono alcune funzioni tecniche e amministrative oggi in capo alle AA OO. **Qualche preoccupazione va espressa sull'accorpamento in una unica ASL, Agenzia Sanitaria Locale, di territori che oggi afferiscono ad ASL differenti.**

L'altro rimodellamento riguarda la creazione ex novo delle AIS, Aziende Integrate per la Salute. Le AIS aggregano l'intera filiera produttiva dei servizi sanitari, sociosanitari comprese le cure primarie (MMG-PLS) e la continuità assistenziale, in competizione con gli erogatori privati accreditati. Vale a dire la prevenzione individuale e di comunità, le cure primarie, la specialistica ambulatoriale, ricovero e riabilitazione, **compresa la salute mentale**, l'ADI, Assistenza Domiciliare Integrata, **Servizi Dipendenze**, medicina legale, consultori. (pag. 102). La AIS prevede un Polo Ospedaliero (con pagamento a prestazioni, le attuali DRG) e uno Territoriale (con tariffa forfettaria dei percorsi di cura. Infatti più oltre si legge *“remunerazione a “budget di cura” riferite a quelle “attività garantite per la presa in cura dei pazienti affetti da patologie croniche che sono caratterizzate da un elevato livello di prevedibilità e standardizzabilità”*). (pag.105-106)

Si afferma inoltre nel LB che questo modello *“è particolarmente adatto ad affrontare il tema attuale delle cronicità e della fragilità che richiede continuità di assistenza tra servizi territoriali e servizi specialistici ospedalieri, percorsi di cura o di accesso ai servizi sanitari e sociosanitari.”* (pag.102) Più oltre leggiamo: *“Tale area non trova volutamente corrispondenza in un assetto organizzativo unico e predefinito, ma potrà svilupparsi con profili organizzativi diversi, accomunati dal principale obiettivo di prendersi cura in modo proattivo dei bisogni del paziente cronico, secondo modelli di **medicina di iniziativa**”*. (pag.104)

Da <https://www.ars.toscana.it> troviamo:

*“ Che cosa si intende per sanità d'iniziativa ?*

*Per **sanità d'iniziativa** si intende un modello assistenziale di **gestione delle malattie croniche** che non aspetta il cittadino in ospedale (sanità di attesa), ma gli “va incontro” prima che le patologie insorgano o si aggravino, garantendo quindi al paziente interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio, puntando anche sulla **prevenzione** e sull'**educazione**. La sanità d'iniziativa costituisce uno dei nuovi modelli assistenziali della sanità toscana: il riferimento è il **Chronic Care Model**, che si basa sull'interazione proficua tra il paziente (reso più informato con opportuni interventi di formazione e addestramento) ed i medici, infermieri e operatori sociosanitari.*

*Quali sono gli obiettivi della sanità d'iniziativa ?*

*La **sanità d'iniziativa** mira sia alla **prevenzione** che al miglioramento della **gestione delle malattie croniche** in ogni loro stadio e riguarda dunque tutti i livelli del sistema sanitario, con effetti positivi attesi sia per la **salute** dei cittadini che per la **sostenibilità** stessa del sistema. Nel Piano sanitario regionale 2008-2010 (punto 4.3 "Dalla medicina d'attesa alla sanità d'iniziativa") questo modello è stato individuato per rispondere efficacemente alla tendenza all'invecchiamento della popolazione toscana (evidenziata dagli studi epidemiologici e demografici), che porta con sé un aumento della rilevanza delle patologie croniche e la modifica della domanda di assistenza. "*

A questo punto è necessaria una riflessione in relazione al concetto e al modello di Cronicità, nell'accezione presa in considerazione sopra nel testo della Toscana e nel LB. In senso generale siamo convinti che il "*non aspetta il cittadino in ospedale (sanità di attesa), ma gli "va incontro" prima che le patologie insorgano o si aggravino ...*" valga in generale per tutte le situazioni e, quindi, tanto più deve valer in Salute Mentale, che secondo il PRSM, Piano Regionale salute Mentale 2004, dovrebbe già essere contemplato, ma tuttavia realizzato solo parzialmente. (Questo tema sarà ripreso più avanti).

Qualche preoccupazione, infatti, ci sorge nell'equiparare la cronicità di cui si parla riferita all'invecchiamento della popolazione, alla cronicità riferita alla salute mentale, insediatasi per mancanza di "iniziativa". Se nel caso della cronicità da invecchiamento le "*patologie croniche sono caratterizzate da un elevato livello di prevedibilità e standardizzabilità*" (pag. 105), non altrettanto si può dire in ambito salute mentale di fronte a persone di tutte le età che hanno necessità di acquisire competenze psicosociali (socializzazione, autonomia, avviamento al lavoro) per la piena integrazione sociale. Va sottolineato perciò che in Salute Mentale, al di là, appunto, degli aspetti cronici di invecchiamento, sia pure in aumento, o di mancanza d'intervento proattivo, il modello di riferimento non può essere il "**Cronic care Model**". Per quanto la prospettiva debba essere per tutti incentrata sui bisogni della persona, in Salute Mentale questi sono bisogni particolari. Riguardano **la promozione delle singolarità del soggetto, lo sviluppo delle sue potenzialità secondo la prospettiva della "guarigione" e dell'inclusione sociale. In questa ottica siamo molto preoccupati che la Salute Mentale venga inserita all'interno delle AIS, inglobata nel calderone delle cronicità.**

Crediamo sia più appropriato inserire l'esercizio della Salute Mentale all'interno dell'ASL con un'azione di governo e di regia della stessa di concerto con i Comuni. La terzietà necessaria per l'azione di controllo e di valutazione dei servizi, normalmente svolta dalle ASL, può essere ottenuta attraverso agenzie esterne come pure attraverso la predisposizione di una Consulta regionale per la Salute Mentale, che veda la partecipazione di tutti i soggetti istituzionali e portatori di interessi. Le ASL avendo per esperienza già rapporti con il territorio, sono più adatte a svolgere questo ruolo attraverso le strutture del DSM, Dipartimento di salute Mentale. Ugualmente vale per le dipendenze (SERT), per i NOA, Nucleo Operativo Alcolologia, e per la NPIA, Neuro Psichiatria Infanzia e Adolescenza, e la Salute Mentale in carcere. **La ragione principale è che l'ambito Salute Mentale non può essere equiparato al paradigma della Medicina. La c.d. malattia mentale è una "malattia" diversa della altre.** L'unificazione tra sanitario sociosanitario e sociale, e quindi l'inclusione sociale della persona con problematiche psichiatriche è già contemplato nel PRSM del 2004, benché non compiutamente applicato. Sarebbe utile comprenderne il motivo. Il tema è ripreso e approfondito più avanti nella Seconda Parte in quanto non è possibile parlare di cambiamenti da introdurre all'attuale situazione senza prima un'analisi su ciò che ora viene e non viene attuato.

#### **4- Unificazione degli assessorati alla Sanità e alla Famiglia.**

Non possiamo perciò non segnalare il nostro rammarico per la **mancata unificazione dei due assessorati. Non vale unificare in basso attraverso la creazione di una struttura aggiuntiva se non si unifica prima la governance in alto.** Lo vediamo bene negli OCSM, Organismi di

Coordinamento di Salute Mentale, Circolare n. 19/SAN del 16.5.2005, sorti per definire gli indirizzi operativi per l'attuazione del Piano regionale triennale per la salute mentale, i quali mostrano il paradosso della separazione ASL e AO, creata con la Legge Regionale 31/1997 di riordino del Servizio Sanitario Regionale e sua integrazione con le attività dei Servizi Sociali. Tale Legge 31 che riguarda i fondi, gli assessorati e il mondo istituzionale ed economico, con la separazione tra sociale e sanitario ha originato difficoltà dei servizi a identificare la loro missione. L'attività principale degli OCSM è, infatti, di riparare le disfunzioni operate dalla separazione, ovvero ricomporre i rapporti tra sanitario e sociale, tra Regione, A.O., Territorio e Comuni per l'integrazione delle attività. Emerge evidente la difficoltà dell'appartenenza a due Assessorati con rimandi di responsabilità dall'uno all'altro, con competizioni che non hanno ragione d'essere, dove il territorio è in difficoltà a svolgere la sua parte. I tagli operati al fondo sociale hanno messo in sofferenza i Comuni e tutta la dimensione sociale e socio-assistenziale di loro competenza.

Da una parte abbiamo gli operatori dei CPS, Centri Psico Sociali, che lamentano la tendenza alla delega alla psichiatria di tutti gli aspetti sociali con il palleggiamento tra sociale e sanitario delle "patologie" di confine, con tendenza alle delega al sanitario. Dall'altro in quanto utilizzatori riscontriamo l'eccessiva divaricazione della forbice tra il sanitario, caratterizzato prevalentemente in senso medicalizzante e residenziale, e il sociale in sofferenza (casa, lavoro, relazione).

Non ci sembra che né all'interno delle nuove ASL, né all'interno delle AIS vi siano elementi per superare questa frattura. Peggio, invece di semplificare unendo i due Assessorati si crea una tipologia di Azienda in più, creando diseconomie, senza risolvere il problema.

#### **5-Valutazione e controllo: migliorare il controllo su come la domanda è soddisfatta.**

La gestione della "riabilitazione" extra-ospedaliera di cui all'art. 26 della legge 833/78 in ambito Salute Mentale viene effettuata in strutture a varia gradazione di riabilitazione e assistenza (CRA, CRM, CPA, CPM, CPB), gestite dal pubblico o dal privato e non di rado sono appaltate a Cooperative che, talvolta, per ragioni di competitività applicano **contratti di lavoro ai propri dipendenti di tipo precario con la conseguenza di un elevato turnover degli operatori che va a compromettere la continuità relazionale degli assistiti.** È questo un elemento che merita attenzione, insieme a verifiche sulla corrispondenza dei parametri strutturali, degli indicatori e standard organizzativi e funzionali che debbono essere posseduti dai professionisti e dalle strutture pubbliche e private soggette ad accreditamento. Altra verifica deve essere effettuata sugli esiti dei PRI, Progetti Riabilitativi Individuali, degli ospiti. **Succede che tali Comunità, invece di essere dei luoghi di riabilitazione diventano mere aree di parcheggio o d'intrattenimento. Nell'area Servizi alla persona il costo del servizio è determinato principalmente dal costo delle prestazioni professionali e quindi dal costo del personale che non può essere commisurato solo al contenimento della spesa.**

Occorre predisporre elementi di governo e controllo analoghi a quelli esistenti per le strutture sanitarie, ed effettuarli in maniera cogente in una dinamica di verifiche annuali.

#### **6-Sistema di finanziamento**

C'è una domanda di assistenza e di presa in cura territoriale in aumento, la questione non è solo di "garantire che a ogni euro investito nel potenziamento dei servizi territoriali corrisponda almeno un euro di risparmio nell'ospedalizzazione del paziente", **bensì di ricercare la maggiore appropriatezza del "prendersi cura"** che, in ragione del costo minore delle prestazioni territoriali di prossimità, molto probabilmente potrà dare origine anche a delle economie. Occorre mettere in guardia anche dal luccichio che prospetta il passaggio dalla prestazione sanitaria, totalmente a carico della Regione, alla prestazione sociosanitaria o socio assistenziale che contempla la partecipazione alle spese da parte del soggetto o del Comune. Non sia quindi la sostenibilità del sistema a orientare la "presa in cura" ma **l'appropriatezza della risposta ai bisogni.** Ulteriore approfondimento per l'ambito Salute Mentale è previsto nella Seconda Parte a seguire.

## 7- Più formazione

Bene il riconoscimento di un **bisogno di formazione dei professionisti** orientato a una migliore appropriatezza ed efficacia della presa in carico delle persone e ad una migliore assistenza sanitaria territoriale fino all'assistenza domiciliare e all'accompagnamento.

In una prospettiva di necessità di cambiamento che il LB prospetta e che soprattutto in quanto familiari ci attendiamo, occorre che la formazione sia calibrata secondo l'orizzonte della "guarigione" e dell'inclusione sociale, che integri il passaggio dal lavoro chiuso in istituzione al lavoro di rete. Deve prevedere la presenza di formatori che abbiano esperienza diretta in questa direzione, basata sulla co-progettazione e la co-docenza di tutti i soggetti portatori di sapere esperienziale delle diverse categorie: i vari soggetti istituzionali, i portatori di interesse, familiari e utenti, volontari, fin dalle prime fasi di costruzione e programmazione degli eventi. Sarà necessario il raccordo con l'università in particolare per quanto concerne la formazione degli specializzandi in psichiatria.

## 8-Libera scelta: pluralità di erogatori. Indirizzo e controllo a garanzia dei destinatari.

La crisi economica porta all'eccesso le spinte competitive le quali, quando non sono sufficientemente governate, **espongono i soggetti erogatori a derive di abbassamento dei costi, a scapito della qualità del servizio.**

In questo senso i voucher non possono ascrivere a prerogativa di libera scelta. L'estensione odierna di buoni e voucher, per chi usufruisce del servizio, e gli accreditamenti degli erogatori di servizi, sottoposti alla competizione spinta del mercato, va nei fatti a compromettere il mantenimento e lo sviluppo di un tale sistema di Servizi di qualità. Per prestazioni semplici (vacanze, momenti di gestione del tempo libero, ecc.) i voucher possono avere una loro giustificazione. Non altrettanto si può dire nei casi di prestazioni complesse e continuative che rilevano dell'appropriatezza della cura e della reale presa in carico dell'assistito, per la quale deve essere l'ente pubblico, ovvero l'ASL, ad effettuare la remunerazione del servizio reso, invece del soggetto utilizzatore. Promuovere l'autonomia e la responsabilizzazione del cittadino non può comportare la perdita del ruolo di governo della P.A. (art.32 Cost.) **Nell'ambito particolare della Salute Mentale, infatti, è nota la difficoltà da parte dei singoli soggetti di dare una lettura efficace delle proprie necessità di cura e, dunque, di scegliere in libertà l'intervento sanitario idoneo. Non si deve dimenticare che ci troviamo di fronte a un soggetto fragile la cui autonomia e libertà di scelta sono fondamentali per la tutela soggettiva, ma non necessariamente è esente da condizionamenti affettivi o cognitivi provenienti dalla sua patologia. Occorre una governance di regole, relazioni e persone deputate che sostengano il soggetto e la sua famiglia a costruire la domanda.** Diversamente finirebbe per danneggiare proprio le persone con più basso potere contrattuale.

Il funzionamento del servizio sanitario regionale, che si ispira ai principi amministrativi generali di legalità e trasparenza, ha purtroppo evidenziato in passato criticità relative all'uso corretto del denaro pubblico, alla scelta dei soggetti –specie privati – erogatori del servizio, all'effettiva priorità dell'interesse comune e del diritto alla salute. Il servizio sanitario, in particolare quello relativo alla salute mentale, si deve collocare sul territorio con la capacità di intercettare le esigenze degli utenti, malati e famigliari.

Un discorso particolare va fatto più in generale sulle lunghe liste d'attesa per esami, visite specialistiche, operazioni chirurgiche, RSA. Si va per un intervento chirurgico in casi d'urgenza (carcinomi e simili) e il primario offre come possibilità per saltare la coda il regime di Solvenza. Altrimenti si va in lista d'attesa e si può restare per mesi e anche anni. Ugualmente succede per l'inserimento in Comunità in ambito Salute Mentale, anche qui il regime di solvenza proposto dalla Comunità fa saltare le code quando la famiglia è nelle condizione di farvi fronte. Per non parlare dello psichiatra che nega il sostegno psicologico alla persona, offrendo nello stesso tempo l'indirizzo di psicoterapeuti privati. Discorso a parte meriterebbe la NPIA, Neuro Psichiatria Infanzia e Adolescenza, sprovvista persino di posti letto ospedaliero concentrati, pochi, solo in

poche province: Monza, Brescia, Pavia, Milano. Tutto ciò fa intravedere nei fatti che il sistema com'è ora è concepito in modo che privilegia gli operatori e le strutture private. È vero che, a riconoscimento della volontà della Regione di superare il problema, alcuni progetti sperimentali per diminuire le attese con il prolungamento degli orari di sera e nei giorni festivi sono in atto e che nel LB è richiamata la necessità di potenziare le aree in cui si registra la maggiore carenza d'offerta, inserendo nei contratti degli erogatori la quantità delle prestazioni attese, al fine che non vi siano differenze nei tempi d'attesa tra regime di libera professione e SSR. Occorre aggiungere, infine, che la libera scelta dovrebbe concernere non solo la scelta tra pubblico e privato, ma anche all'interno del Servizio pubblico stesso. **Rari e dopo non poche difficoltà e insistenze sono i casi in cui su richiesta del paziente viene concesso il cambio di psichiatra.**

## **SECONDA PARTE - La nostra percezione dei Servizi di Salute Mentale in Lombardia**

Desideriamo articolare di seguito la nostra percezione sui Servizi di Salute Mentale perché riteniamo che a dispetto della sempre evocata eccellenza del Sistema Sanitario Lombardo in generale, **i Servizi di Salute Mentale presentano invece delle manchevolezze non più differibili che mettono a repentaglio non solo la salute degli interessati ma anche quella dei loro familiari e talvolta quella dei cittadini a causa di una non appropriata e puntuale presa in cura.**

Come prima osservazione al riguardo sottolineiamo che in tutto il Libro Bianco per la Salute Mentale sono riservate solamente due pagine che forniscono solo pochi elementi, benché interessanti, per articolare un'ampia riflessione, che tuttavia cerchiamo ugualmente di sviluppare qui. Tra questi elementi annotiamo: l'incremento del 56% dell'utenza in carico ai servizi nel periodo 1999-2010; la prevalenza del 23% di disturbi schizofrenici, del 26% di sindromi affettive, del 9% di disturbi di personalità e circa il 25% di disturbi emotivi comuni; la diminuzione dei pazienti in carico da meno di 4 anni (dal 60% al 50%) e l'incremento dei pazienti in carico da più di 10 anni (dal 40% al 50%) con la prospettiva quindi di esporre i servizi a un ridotto turnover; inoltre l'incremento del 220% nel decennio 1999-2010 della rete d'offerta pubblica, ma soprattutto privata che assorbe la quota preponderante di risorse.

Per quanto riguarda l'analisi che di seguito sviluppiamo essa presenta elementi di comunanza, per quanto qui più articolati, con le riflessioni inviate in altre occasioni a questi Assessorati e al Presidente della Regione all'interno di elaborazioni fatte insieme a CSM, Campagna per la Salute Mentale, nonché con i contenuti del dibattito sviluppato in Regione Lombardia, Sala Pirelli, il 25-6-2014 avente per titolo "Salute mentale in Lombardia. E' ora di cambiare".

Ci preoccupa che nel dibattito, dopo la presentazione del Libro Bianco il 16 luglio scorso, uno psichiatra sia intervenuto affermando che " il prendersi cura " e lo sviluppo della cura nel territorio sono attività che fanno parte dell'attuale prassi dei DSM, Dipartimenti di Salute Mentale, e che sarebbe opportuno che Regione Lombardia assumesse il "modello" utilizzato dai DSM come paradigma da trasportare negli altri ambiti. Non solo, metteva inoltre in guardia dal non spostare troppo il peso delle attività nel territorio per non penalizzare l'attività clinica. **Come se a caratterizzare l'attività clinica sia il luogo, ospedale, ambulatorio, studio privato, piuttosto invece che la qualità dell'ascolto dei bisogni del soggetto e la qualità della risposta che non necessariamente deve avvenire in ospedale o nelle residenze, ma in qualsiasi luogo essa sia più appropriata, anche in famiglia, anche per strada all'occorrenza.** Affermazioni dal nostro punto di vista discutibili in quanto fanno presagire che a suo parere i Servizi di Salute Mentale della Lombardia siano già ottimi, e quindi mette in guardia dall'introdurre eccessivi cambiamenti. Ciò non toglie che il suo intervento contenesse anche delle preoccupazioni reali in riferimento a questi cambiamenti. Ci saremmo aspettati però che come prima osservazione avesse posto l'allarme sulle risorse nei CPS, Centri Psico Sociali, sul fatto che se in teoria l'integrazione territoriale è contemplata nel PRSM 2004, nella realtà per svariate ragioni il processo di accompagnamento dei

familiari e d'inclusione sociale delle persone è ben lungi dall'essere soddisfacente. E tra le ragioni insieme al **depauperamento degli organici** che non permette di portare le attività anche nel territorio, vi è anche la scarsa predisposizione dei nostri DSM, più specificatamente dei nostri primari, in ragione della loro predilezione dell'attività "clinica", a collocare la persona in qualche luogo, soprattutto se si tratta di un caso complesso, piuttosto che impegnarsi in attività di accompagnamento e di integrazione sociale che richiedono l'attivazione di lavoro e di competenze plurime.

## **Cronicità**

Ciò che infatti incontriamo è un processo di **medicalizzazione spinta e di cronicizzazione già in giovane età**. Lo confermano l'incremento a dismisura delle Residenze, le Comunità c.d. riabilitative e assistenziali a varia gradazione, che assorbono la maggior parte delle risorse lasciando alle attività territoriali una parte esigua di risorse. I posti in tali Residenze come dall'analisi nel LB sono aumentate enormemente e nello stesso tempo sono sempre insufficienti. Le AA.OO. cui i DSM afferiscono, privilegiano infatti la parte sanitaria, e poco sforzo di raccordo viene profuso con la parte sociale e socio-assistenziale che nel campo della Salute Mentale è prevalente. L'impoverimento degli organici e la mancanza di risorse umane per le attività territoriali risale però a un tempo ancora precedente la crisi economica attuale, è un fatto endemico. Gli organici sono ormai del tutto slegati dal riferimento ai parametri stabiliti dai Progetti Obiettivo nazionali, 1994-1996 e 1998-2000. La stessa SPI, Società Italiana di Psichiatria, ha denunciato il dimezzamento di risorse rispetto ai dati contemplati dai Progetti Obiettivo. Nessuna garanzia di continuità nemmeno delle attività minime, ormai assoggettate annualmente alla conferma o meno del rinnovo dei PIR, "Progetti Innovativi Regionali", quasi tutti orientati in attività di carattere sanitario. Le contenzioni negli SPDC, Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, il cui valore medio in Regione è intorno al 11 per cento dei ricoverati, con minimi di 1% e massimi di 18 %, sono i dati che ci sono stati comunicati, **sono effetto non tanto della pericolosità delle persone, quanto di cattive pratiche e di scarsità di personale**. Vero è che la percentuale è più elevata nelle ore notturne quando il personale è minore. È altrettanto vero anche che se i dati mostrano un andamento dall'1% al 18%, non sono solo le risorse a determinare le contenzioni ma anche e soprattutto il contesto. Quando gli operatori sono opportunamente formati e motivati a lavorare sulla diminuzione dell'aggressività e fanno lavoro d'équipe riescono ad azzerarla. A caratterizzare gli SPDC non sono solo le contenzioni ma anche le porte chiuse a chiave nella quasi totalità delle AA OO della Lombardia, esposti così al rischio d'involuzione verso l'istituzione totale, come quella dei manicomi di una tempo. **Non possiamo sottacere nemmeno l'utilizzo massiccio di psicofarmaci, tanto maggiore quanto minore è l'accompagnamento e la presa in cura, i cui effetti collaterali e l'accorciamento delle aspettative di vita dai 15 ai 20 anni è noto.**

## **"Prendersi cura"**

Cosa ne è del "prendersi cura", nel senso della dimensione territoriale della cura che il LB invoca e che in ambito Salute Mentale è già contemplato, appunto, nel PRSM della Lombardia, in attuazione della Legge 833 e i successivi Progetti Obiettivo nazionali ?

E' appunto contemplato sulla carta. In realtà, come affermato sopra ci troviamo di fronte a un sistema che assorbe il 70% delle risorse sulle Residenze lasciando scoperta l'offerta di attività territoriali che in ambito Salute Mentale per un effettivo recupero delle potenzialità delle persone e per la loro inclusione sociale dovrebbero essere prevalenti. **La territorializzazione della cura deve contemplare una molteplicità di opportunità e di offerte da declinare nel Piano di Trattamento Individuale: la continuità di cura con accompagnamento, assistenza e visite domiciliari per i soggetti e per i loro familiari, una casa, l'inserimento lavorativo che incontri le possibilità del soggetto, il sostegno psicologico, la continuità relazionale con i servizi e con il**

tessuto sociale, la partecipazione di familiari e utenti nei percorsi di cura e di controllo della qualità dei Servizi, le attività di prevenzione e di superamento dello stigma nelle scuole e con la cittadinanza, la collaborazione con le associazioni dei familiari e di volontariato, con i MMG e con gli altri servizi sociosanitari e sociali.

**La dimensione relazionale in cui al cuore sta la capacità d'ascolto è centrale in un qualsiasi rapporto di vita e lo è maggiormente nel campo della Salute Mentale. L'ascolto, non solo qualifica il valore della "prestazione" ma è prerequisito affinché la prestazione abbia efficacia riabilitativa per la persona. Senza l'elemento relazionale tra curante e soggetto, o molteplicità di curanti che intervengono nella "assunzione in cura" o nella "presa in carico" e senza il necessario sostegno alla famiglia, non vi può essere il passaggio al "prendersi cura".**

### **L'abbandono : "Non posso fare niente per lei/lui"**

Che ne è di quella parte di utenza che non risponde all'ipotesi di lavoro dei Servizi, ovvero quando l'utente non va ai servizi?

" Se non viene qui, noi non possiamo fare niente per lui". È questo il ritornello riportato a ripetizione dai familiari disperati nei punti di ascolto delle nostre associazioni. "Sono stato diverse volte al CPS a segnalare allo psichiatra la situazione di mio figlio, rinchiuso in casa, che minaccia violenze, che non vuol vedere nessuno, che non si lascia aiutare .... e la risposta è sempre la stessa". Altre volte si tratta di situazioni in cui ci sono già stati 5-6-7 TSO a 23 anni e non c'è nessun progetto ... in attesa di un agito che giustifichi una misura di sicurezza? Un tentato suicidio? Un omicidio? Nessuna azione di sostegno, di accompagnamento a quei genitori viene fatta dopo la risposta "non possiamo fare niente". **Le associazioni, nei casi in cui i familiari vengono a conoscenza della loro esistenza, sono chiamate a surrogare ciò che i Servizi dovrebbero fare: dare loro parola, spiegare cosa sta succedendo al loro caro, cosa ci sta dietro a quei comportamenti del figlio.** "È delinquente? Ci vuole male? Come dobbiamo trattarlo? Dobbiamo buttarlo fuori di casa? Dobbiamo denunciarlo come qualcuno ci ha suggerito? Cosa potete fare voi? Ci dica cosa dobbiamo fare!" Sono queste le insistenti domande dei genitori. E fortunatamente trovano in noi qualche parola di rasserenazione, se non altro di comprensione del problema che nessuno aveva prima fornito loro.

Oltretutto ci sono anche gli strumenti legislativi, ASO ed eventualmente TSO, a supporto di queste situazioni, ma prima di tutto va attivato un percorso mettendo in atto quelle strategie fatte di tentativi fino ad arrivare a un incontro, a costruire una minima relazione che possa dare avvio a un percorso di "presa in cura". Ciò che tanti psichiatri sanno ben fare, ma che le condizioni del contesto in cui operano, o mancanza di formazione, o di pratica non lo permettono. Non sono pochi i "persi di vista" e le situazioni di abbandono, spesso a rischio di agiti violenti, contro sé o contro gli altri, di atti inconsulti, destinate a percorsi di cronicità. Tra la visita in CPS, per chi ci va, o la Residenza, o l'SPDC sembra non esserci soluzioni intermedie in Lombardia. L'accompagnamento con attività di inclusione sociale nel territorio, il "prendersi cura" non sono realizzati dai Servizi di Salute Mentale della Lombardia, se non in pochi casi sperimentali di buone pratiche in cui il Servizio ha già fatto del "prendersi cura" il paradigma del suo modo di operare. Servizi del resto conosciuti da Regione Lombardia.

Queste pratiche mostrano che con un'offerta variegata di opportunità, tra cui equipe mobili nel territorio, inserimento lavorativo, è possibile migliorare l'appropriatezza e l'integrazione sociale delle persone, realizzando la c.d. "guarigione personale" riducendo i ricoveri (la revolving door) e i costi di gestione, evitando di lasciare senza soluzione di continuità il carico totalmente alle famiglie impossibilitate ad assolvere un tale impegno.

### **Nuova istituzionalizzazione all'interno delle strutture residenziali**

Purtroppo oggi assistiamo alla restaurazione in forma aggiornata della psichiatria intramuraria



con sovrabbondanza di Residenze accreditate caratterizzate dal prevalere della funzione di controllo e di intrattenimento e di scarso turnover. Si vedano i grandi contenitori come San Colombano al Lambro, Cremona, Brescia, Castiglione delle Stiviere, agglomerati di 3, 4, 5 Comunità di 20 posti letto ciascuna, nonché gli SPDC dove si lega e si tengono le porte chiuse a chiave. Anche le CRA, Comunità Riabilitative ad Alta assistenza, caratterizzate più dalla custodia che dalla cura, sono destituite della loro prerogativa riabilitativa, a causa del poco turnover degli ospiti, della **scarsità di personale, dell'alto turnover dello stesso, delle poche attività riabilitative proposte, della scarsità di collegamento con il territorio e di sostegno alle famiglie**. E' dimostrato che le manifestazioni psicopatologiche di lungodegenti non sono effetto diretto della malattia, bensì degli effetti nocivi dell'isolamento sociale conseguente alla condizione di ricoverato cronico, oltre che a un abuso di psicofarmaci con tutti gli effetti collaterali che ciò comporta. **Ciò che fa la differenza e che rende riabilitativa una prestazione o un luogo di cura, un Servizio, è l'agire degli operatori: il tipo di relazioni che intercorrono all'interno dell'equipe con gli ospiti, il tipo di relazioni con il contesto umano e sociale nel quale agiscono**, il modo in cui declinano le loro pratiche, la concezione che ispira ognuno di essi, l'interesse per la crescita e lo sviluppo delle potenzialità delle persone di cui si prendono cura, la disponibilità a introdurre elementi di negoziazione con l'interessato sul processo di cura e d'inclusione, tesi a restituire responsabilità, autonomia, cittadinanza.

### **La malattia al centro e non la persona**

Oggi, come affermato, siamo lontani dalla "prendersi cura", sia a causa di scarsità di personale, di carenze formative dello stesso ma soprattutto dal fatto che il Servizio clinico definisce come oggetto delle proprie pratiche **non la persona** che ha di fronte con i suoi desideri, angosce, paure, fragilità nello stare al mondo, **bensì la malattia mentale**, intesa come essenza naturale a cui si attribuisce verità assoluta, che si manifesta attraverso sintomi da classificare : schizofrenico, disturbo di personalità, tossicodipendente, doppia diagnosi ... Sono categorie diagnostiche che producono l'etichetta da appiccicare al soggetto che opacizza ad uno sguardo inavveduto, se non al soggetto stesso, le sue singolarità. E' difficile schiodare gli psichiatri dalla loro presunzione di scientificità che prende il sopravvento nel loro sguardo sulla persona e la sua sofferenza.

In questa prospettiva l'équipe del servizio diventa un'équipe piramidale, con la gerarchizzazione, la definizione e delimitazione dei ruoli e funzioni, per il mantenimento dell'equilibrio del sistema. Il medico è la figura apicale della piramide, egli è colui che è supposto sapere, anzi che sa, e le sue interpretazioni sono assunte dall'équipe come certezze. Vengono stabiliti protocolli per uniformare le pratiche su persone differenti diagnosticate secondo gruppi di "patologie", i c. d. cluster. E' questa un'équipe che applica le stesse operazioni su persone differenti neglignendo le singolarità e il divenire, in quanto le operazioni di tipo diagnostico e prognostico corrispondono a previsioni basate sul passato che continua a essere proiettato nel futuro. È così che ha origine e si propaga lo stigma come marchio indelebile che accompagna la persona e i familiari tutta la vita. Fu così che persone rimasero più di 20 anni in OPG per la reiterazione della perizia iniziale da parte dello psichiatra. **La relazione medico paziente è una relazione oggettivante perché, come accennato sopra, si occupa dell'oggetto malattia e non della persona sofferente**. Ogni manifestazione di sofferenza, ogni eccesso o imprevedibilità comportamentale (letti come pericolosità), difformità emotiva o di pensiero viene decontestualizzata, privata di qualsiasi senso che non sia quello del suo sintomo, del disturbo di "natura".

L'esperienza psicotica viene ricondotto ad una disfunzione psichica, sancendo così una frattura incolmabile tra la "malattia mentale" intesa come patologia, come anormalità che caratterizza la persona e il disagio/sofferenza/fragilità/malattia psichica/follia, intese come condizione esistenziale dell'essere della persona, come dimensione umana e di senso di fronte alle difficoltà che la persona si trova a far fronte nel suo percorso di vita. Georges Canguilhem (*Il normale e il patologico*,

Einaudi 1998) si chiede: " *lo stato patologico è soltanto una modificazione quantitativa dello stato normale?*" la sua risposta è che lo stato normale non è dato naturalmente, ma definito da una convenzione. Aggiunge che " *ciò che è normale in quanto normativo in condizioni date, può diventare patologico in un'altra situazione, se si mantiene identico a se stesso*". Quindi è sempre il soggetto a fissare la frontiera tra normale e patologico.

Nella prima di queste due accezioni l'équipe, avendo come oggetto della cura la patologia, ritiene che la cura debba avere come fine l'eliminazione dei sintomi e della malattia, la normalizzazione dei comportamenti e che si debbano estirpare allucinazioni e deliri. **La gerarchia è funzione di una presunta detenzione di verità e mira a convincere il soggetto che la propria esperienza di dolore è da ricondurre alla malattia di cui deve prendere consapevolezza, non tanto per consentirgli di partecipare al processo di guarigione ma come accettazione passiva delle pratiche di somministrazione necessarie per affrontarla** : farmaci, ricoveri prolungati in ospedale o in residenze, attività di cura di sé, i c.d. progetti riabilitativi che esitano, per lo più, nel mantenere la persona nel circuito di relazioni psichiatricamente connotate e che restituiscono alla stessa e al mondo il messaggio della sua insanabile diversità e della sua minorità, fino alla cronicità istituzionalizzata, segregata, condivisa dal paziente e talvolta dai familiari, dal contesto sociale e dagli operatori del Servizio.

Nella seconda accezione, l'équipe pone al centro la persona, dove non tutto è da ricondurre agli aspetti medicali, bensì alla sua condizione umana "normale". Le parole di Basaglia "mettiamo tra parentesi la malattia" hanno qui la loro appropriatezza. L'équipe, pur contemplando all'occorrenza anche aspetti somministrativi, accoglie la persona nella sua condizione di particolare difficoltà del momento, senza schematizzarla in categorie disfunzionali, o di deficit o di patologia (fatte salve le necessità nosografiche per le esigenze amministrative ed epidemiologiche) che oggettivandola la porrebbe in una condizione di "fine cura mai", di malata, sfortunata, anormale. L'oggetto del suo agire è l'angoscia nelle forme in cui si presenta nel caso singolare, nella ricerca di pratiche atte ad attenuarla; nonché le coazioni comportamentali e le difficoltà relazionali che sempre sottendono l'esperienza della follia nella relazione tra "folli" e "normali". In questi frangenti l'operatore favorisce l'introduzione di elementi dialettici e di inclusione. Qui la gerarchia è improntata alla distribuzione delle responsabilità, relativizzando i ruoli, le identità e le professionalità, conscia che il soggetto che soffre è il principale esperto dei vissuti personali.

All'accoglienza segue l'accompagnamento per il tempo necessario al soggetto a recuperare il suo mondo, con l'ascolto anche nella fase delirante, consapevoli che il delirio è una forma di pensiero normale all'interno di un'esperienza particolare. Vengono condivise le sofferenze della persona e la sua solitudine, fornendo l'aiuto necessario ad attraversare e governare l'angoscia che la attanaglia, con il sostegno a far fronte alle difficoltà della vita che la sua condizione di fragilità pone. Con il coinvolgimento dell'interessato stesso, che più di altri conosce ciò che lo angustia, nonché della famiglia e la rete attorno. Nel tentativo di restituire la cittadinanza o di aiutarlo a costruire via via il suo modo di diventare cittadino nel e del mondo.

Se la classificazione patologica ha sempre dei risvolti di imbrigliamento del soggetto, non esclude, tuttavia, che l'etichetta possa diventare un'insegna in cui molte persone possono riconoscersi nella loro sofferenza, aggregarsi sulla base di un tratto identificativo comune e organizzarsi in gruppi di aiuto reciproco, (gruppi monosintomatici come alcolisti anonimi, uditori di voci, bipolari ...). **Da una parte ciò può rappresentare un mezzo e una opportunità per un'elaborazione personale e la costruzione di un discorso intorno alla propria sofferenza e alla propria storia; una via per arginare qualcosa di inesprimibile che si manifesta sotto forma di angoscia, che fa irruzione nell'incontro con l'Altro, in cui il soggetto si percepisce alla mercé della domanda e del desiderio dell'Altro, in balia delle proprie mancanze, dei propri eccessi, del proprio vuoto.**

Dall'altra occorrono però operatori e altre figure avvedute, in grado di accompagnare la persona ad attraversare le asperità che si presentano, mostrando con il proprio desiderio, con la propria sensibilità, con il proprio saper fare e saper essere che una via è possibile e che, per quanto insidioso sia il percorso, loro sono lì per questo al suo fianco, per accompagnarla a tener vivo il suo desiderio: di vivere, di esprimere la propria singolarità, di acquisire spazi di autonomia, di appartenere a una comunità, a qualcuno che ha un interesse per lei. Senza questo sentirsi parte, di appartenere a, si muore. I tentati suicidi e i suicidi, hanno come retroterra questa disperata richiesta.

## Due paradigmi

Come si evince **i due paradigmi, malattia e persona, rappresentano due modi diversi di operare** e, nei nostri Servizi di Salute Mentale oggi, è certamente il primo a prevalere, la malattia. Benché la distinzione non è mai così netta, se non altro perché all'interno delle équipes gli operatori si inseriscono con la loro singolarità. Questo per evidenziare la prospettiva che ci attende nel passaggio dalla "cura" al "prendersi cura". Conoscendo la situazione, il pregiudizio pseudoscientifico dei nostri psichiatri, e non solo, al riguardo, ci prospettiamo la necessità di una "rivoluzione copernicana", da parte appunto degli operatori, ma anche da parte di noi stessi, dei cittadini e della politica. Vi è una cultura da cambiare che vede nel folle un pericoloso, benché le statistiche lo smentiscano, ma questo è nell'immaginario collettivo, per primo gli operatori, i cittadini e la politica che corre dietro agli umori dei cittadini. Abbiamo ancora ben viva la richiesta del Comune di Milano nel 2010 ai primari di compilare la lista dei presunti pericolosi, accolta da un buon numero di loro, ma per fortuna disinnescata dalle tante sollevazioni. Così come la reazione, da parte di numerosi psichiatri, nella recente Legge 81, 31 maggio 2014, per il superamento degli OPG, Ospedali Psichiatrici Giudiziari, alla eliminazione da parte del legislatore del comma 4, della seconda parte dell'articolo 133 del Codice Penale, per la quale il giudice teneva conto nella valutazione della pericolosità della persona anche delle "condizioni di vita individuale, familiare e sociale del reo".

Si tratta, quindi, di realizzare il cambiamento contemplato dalla legge 180, non avvenuto in questi quasi 40 anni di disapplicazione. È un passaggio che richiede non pochi cambiamenti da attuare: organico sufficiente, appropriatamente formato, motivazioni e sensibilità personali, la sensibilizzazione del contesto, il coinvolgimento degli attori coinvolti disponibili a lavorare all'unisono: sanitari, sociali, Comuni, cittadini, scuole. Non ci manca l'ottimismo della volontà, ma vorremmo che appoggiasse su basi solide in cui alla politica per prima, Regione Lombardia, si richiede di fare la propria parte. Siamo consapevoli delle difficoltà, delle resistenze, delle impossibilità da affrontare. Non mancherà il nostro incalzare, il nostro mettervi a dura prova con segnalazioni, richieste d'incontri, riflessioni, contributi, richieste. Si tratta di costruire servizi più appropriati, è una battaglia di civiltà. Non è la sola da dover combattere di questi tempi, ce ne sono altre in Italia e nel mondo molto gravi, ma ciascuno è chiamato a fare bene la propria del momento. **Di follia da sempre si muore: di paura, di vergogna, di solitudine, di abbandono, di dimenticanza, di contenzione, di abuso di farmaci, di sfinimento, di disperazione.** Nel 1978 la legge 180 ha chiuso i manicomi o se si vuole ha aperto le porte al mondo, restituendo cittadinanza ai reclusi. Rischiamo di riprodurli, e per sempre, in trasformate spoglie che però tingono di colore la nostra coscienza mettendola a tacere.

## Le forme del sintomo

L'attualità presenta le proprie particolarità, come ogni epoca. L'inconscio è sempre storico, trova nella varietà espressiva dei sintomi il modo di interrogare gli stili di vita, le forme pensiero e le cristallizzazioni di sapere della propria epoca. I sintomi hanno sempre due versanti: uno variabile, influenzato dai fattori storico-sociali entro i quali si producono e riguarda le forme di espressione dell'animo e dello spirito umano; l'altro è costante, è la base reale dell'angoscia che immutata

attraversa le mutevoli espressioni umane. Questo ci dice che il sintomo, come soluzione che il soggetto adotta per tamponare le sue impossibilità del momento, tenta di ingabbiare l'angoscia mettendola in involucri formali sempre diversi; è questo il punto che una corrente della scienza contemporanea, tra cui la maggioranza dei nostri operatori, perde di vista quando cerca nella biologia la realtà ultima delle manifestazioni sintomatiche. **La clinica dell'ascolto ci mostra che l'angoscia è sempre un incontro con un impossibile, con il panico che fa irruzione di fronte a un eccesso che il soggetto non sa governare, che crea uno sbaragliamento delle difese e lo sfaldamento di ogni legame. Ecco perché nelle forme gravi di psicosi il soggetto si chiude all'altro che sente invasivo e si protegge nel proprio fortino, reale e virtuale, senza volere contatti con nessuno.** E finché si cerca nella biologia possiamo trovare e anche misurare i risvolti della realtà corporea, ma il reale dell'esistenza soggettiva segnalato dall'angoscia non lo troviamo. La predisposizione della scienza a mettere in primo piano la malattia, a cercare l'enzima che guarisce, le sinapsi fuori posto, il gene legato alla schizofrenia, a portare lo sguardo sul neurotrasmettitori, sulla serotonina, sulla imaging, sulla genetica, avrà come risultato di trovare gli effetti sul corpo, anche misurabili, ma non le cause della "malattia" e dell'angoscia correlata, o di scoprire le vie per "prendersene cura".

## TERZA PARTE - PROPOSTE

Ci siamo dilungati in questa disanima per identificare e restituire alcuni punti critici e concetti che ci ispirano e che fanno da sfondo alla parte propositiva che segue.

Vi è una sofferenza ed una domanda di cura nei Servizi in continuo aumento, che si manifesta anche in nuove forme sintomatiche e in nuovi soggetti tra i quali immigrati, italiani toccati dalla crisi, persone che fanno uso di sostanze e varie forme della dipendenza, i c.d. disturbi alimentari. Sta crescendo lo stigma e fa ritorno il tema della pericolosità sociale e, per contro, vi è una riduzione della risposta. Ciò che a causa della scarsità di risorse non viene accolto al manifestarsi del bisogno o quando si intravedono i segnali, obbliga successivamente i servizi a lavorare sulle emergenze, pregiudicando in questo modo le possibilità di recupero delle persone e andando a ingolfare il circuito della cronicità, che poi trova soluzioni all'interno delle residenze. Il lavoro sulla continua emergenza e la paura innescata anche dai casi di cronaca non fanno che riprodurre le pratiche di una salute mentale difensiva. **Riteniamo che occorra abbandonare la deriva attuale di lavoro sull'emergenza che privilegia la residenzialità e la custodia a causa del sistema che non offre alternative di accompagnamento, di sostegno alla famiglia, d'inclusione sociale in termini di casa, lavoro e relazione.** Vi è la necessità di restituire cittadinanza e di promuovere le capacità delle persone, di passare dalla "compliance", intesa come aderenza della persona alle cure, farmacologiche e non, alla "concordance", ovvero al coinvolgimento della persona nelle decisioni, che contempli spazi di negoziazione, autonomia, co-decisione nella costruzione del Piano di Trattamento Individuale. Va integrato il sapere e il sapere fare degli utenti e dei familiari, anche all'interno dei servizi, in ruoli di supporto tra pari, di controllo della qualità, di messa a disposizione del sapere esperienziale.

È urgente un'azione di "benchmarking", ovvero di confronto tra le pratiche, regionali e interregionali e oltre confine, al fine di conoscere ciò che fanno da altre parti, per importare quelle che possono essere adatte al nostro territorio e che hanno dato risultati di efficacia e di appropriatezza, evitando così di fare sperimentazioni dispendiose a fronte di risultati già acquisiti. Nel nostro piccolo lo abbiamo fatto giungendo ad alcune considerazioni che riguardano sia l'accoglienza e l'accesso ai servizi, sia l'integrazione sociale nel territorio.

Più nello specifico di seguito per punti elenchiamo le principali proposte

## ELEMENTI STRUTTURALI

**1- Assessorati:** unificazione dei due Assessorati, Salute e famiglia (vedi Parte Prima)

**2- DSM-ASL:** passaggio del governo dei DSM dalle Aziende Ospedaliere alle ASL (vedi Parte Prima).

**3- Budget di cura:** passaggio dal sistema di remunerazione per prestazioni (degli operatori) al “budget di cura” del Progetto Terapeutico Individuale (PTI) condiviso dalla persona e dalla famiglia.

**4- Integrazione:** integrazione e collaborazione CPS, SERT, Servizi Disabili, NPIA e Comuni

**5- Riconversione spesa:** riconversione della spesa dalla Residenzialità verso modelli innovativi di integrazione socio sanitaria. Si ritiene necessario che le attività di ricovero ospedaliero e le attività residenziali ad alta protezione non possono in nessun caso superare in totale il 50% del bilancio del Dipartimento.

**6- NPIA:** estendere la dotazione di posti letto per acuzie per minori in tutte le ASL, nonché luoghi residenziali di cure intermedie di prossimità in accordo con i Comuni e riduzione delle liste d’attesa.

**7- CPS, Centro Psico Sociale :** trasformare il CPS da ambulatorio per visite in Centro di Crisi, inteso come luogo sul territorio di **primo accesso ai servizi a bassa soglia, anche per le urgenze, aperto 24h su 7gg. con possibilità di accoglienza con alcuni posti letto per il tempo necessario del superamento della crisi**, ad uso pre ed eventualmente post acuzie.

Vanno potenziati gli organici per risposte tempestive così da eliminare le liste d’attesa, avere visite più ravvicinate, maggiore possibilità di ascolto, ridurre il ricorso ai Trattamenti Sanitari Obbligatoriosi (TSO), accogliere le persone dimissibili dagli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e dal Carcere. (rimodulando ulteriormente il progetto regionale di superamento degli OPG si possono recuperare fondi in Conti Capitale dello Stato da travasare nei CPS).

È fondamentale che vi sia la possibilità di un’accoglienza precoce in un luogo meno connotato dell’Ospedale, così da poter anticipare la presa in carico che spesso avviene dopo due o più anni dagli esordi. Naturalmente occorre un’équipe che si muove nel territorio per l’accompagnamento, così da evitare i persi di vista e il “se non viene non posso fare niente per lui”.

**Il CPS deve poter assicurare servizi di prevenzione, diagnosi e cura in ambulatorio e a domicilio, anche nelle urgenze**, in collaborazione con i MMG, con i servizi del territorio, il volontariato e le associazioni degli utenti e familiari. La composizione dell’équipe dovrà essere modulata in funzione dell’attività di accompagnamento nel territorio e dovrà contemplare un cospicuo quantitativo di figure infermieristiche maggiori di quelle attuali.

**8- Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura :** in ragione dei posti letto previsti nel CPS i posti letto nell’SPDC possono essere diminuiti facilitando così l’apertura delle porte ed eliminando la pratica della contenzione. Va dato avvio ad una formazione per gli operatori alla pratica del “no restraint”. La presenza degli ESP, Esperti in Supporto tra Pari, è in questo senso preziosa.

**9- Ufficio per la Salute Mentale:** costituire presso la Giunta regionale un Ufficio o Consulta per la Salute Mentale.

## ELEMENTI FUNZIONALI

**1-Prevenzione :** promuovere attività di prevenzione primaria e potenziare la neuropsichiatria infantile con l’accompagnamento di percorsi formativi e di sensibilizzazione: nelle scuole, nel territorio in collaborazione con i Servizi di SM, con gli EE LL e i soggetti del Terzo Settore .

**2- Casi complessi tra sanitario e socio assistenziali:** (tra psichico e ritardo mentale, tra psichico e dipendenza) : la presa in carico multidisciplinare deve consentire, anche in deroga alla normale gestione, l'avvio di sperimentazioni con progetti individuali "ad hoc", non coperti dalla recente DGR 740, che tengano conto dei bisogni complessi della persona.

**3- Progetti Innovativi Regionali (PIR):** estendere a livello regionale buone pratiche di accompagnamento e inclusione sociale attuando "modelli innovativi a forte integrazione socio sanitaria" (psichiatria di comunità) in collaborazione con le Associazioni e la rete sociale, allo scopo di diminuire le recidive e i gravosi invii in Residenze protette. Le Associazioni dei familiari già svolgono attività d'inclusione sociale, **è necessario che tali attività siano integrate in percorsi condivisi con i Servizi e che siano elevate alla dignità di Progetti di integrazione psicosociale usufruendo all'occorrenza dei finanziamenti dei PIR.**

**4- Utenti e Familiari:** dare loro sostegno e integrare il loro contributo esperienziale in attuazione del principio di sussidiarietà, anche all'interno dei altri Servizi psichiatrici.

**5- Riabilitazione:**

\* *Centri Diurni:* promuovere il loro utilizzo quali luoghi non solo assistenziali ma anche di attività e iniziative di ri-abilitazione e re-inclusione sociale, in assonanza ai desideri e attitudini degli interessati e alle opportunità offerte dal territorio, anche in ambito lavoro.

\* *Housing sociale:* promuovere Residenzialità Leggere ad altre forme di abitare condiviso; sostegno ai progetti orientati all'inclusione sociale, attraverso forme di partnership/ collaborazione con le Associazioni.

\* *Inserimento Lavorativo:* le persone con disagio psichico rappresentano l'anello debole nell'inserimento lavorativo, anche a causa del ricorso esclusivo all'assunzione nominativa che penalizza i portatori di disabilità psichica. La questione riveste particolare importanza anche alla luce della sentenza di condanna dell'Italia da parte della Corte di Giustizia Europea, che, stabilisce che il nostro Paese non ha applicato in modo completo i principi europei in materia di diritto al lavoro per le persone con disabilità. Occorre, inoltre, creare sinergie tra i Centri Psico-Sociali, le Unità Operative Inserimento Lavorativo (SIL/NIL ... ) e il mondo del lavoro per facilitare l'incontro tra l'offerta di lavoro e il futuro lavoratore, favorendone l'integrazione professionale e il necessario accompagnamento. Introdurre momenti formativi e di confronto e scambio, atti a favorire l'inserimento lavorativo di persone con disabilità psichica, tra Comuni, SIL/NIL, Cooperative, Industria, Commercio, Artigiani, Sindacati, ecc.

**6- Anziani:** va rivista la decisione assunta dalla Regione Lombardia di far uscire dal circuito dei Servizi di Salute Mentale le persone al di sopra dei 65 anni. Il loro inserimento nelle RSA comporta il passaggio dal sistema sanitario a quello sociale con pesanti ripercussioni sulle loro condizioni di salute e gravi ricadute economiche sulle famiglie.

**7- Sussidiarietà verticale, sostegno alle Associazioni :** richiamo a Regione Lombardia a svolgere la sua funzione di sussidiarietà verticale, oltre che favorendo le Associazioni alla partecipazione ai PIR, come richiamato sopra, con sostegni economici, eventualmente anche attraverso bandi a facile accesso per le Associazioni, per **garantire loro di continuare a portare avanti quelle attività che si sono dimostrate essere delle buone pratiche di prevenzione, di riabilitazione, d'incontro e relazione, di inclusione sociale.**

Milano, 8 agosto 2014

URASAM LOMBARDIA