

Alla cortese attenzione

Dr. Gabriele Albertini

Dr. Umberto Ambrosoli

Dr.ssa Silvana Carcano

Dr. Roberto Maroni

LE RICHIESTE AI NUOVI CANDIDATI ALLA PRESIDENZA DELLA REGIONE LOMBARDIA PER UNA SALUTE MENTALE D'INCLUSIONE SOCIALE DEI SOFFERENTI PSICHICI E LORO FAMILIARI

La Campagna per la Salute Mentale è un'associazione alla quale aderiscono oltre cento realtà lombarde impegnate nel campo del disagio psichico tra cui associazioni di familiari, operatori sanitari ed enti di volontariato, del no profit e del sindacato della Lombardia.

Le associazioni aderenti ritengono importante, necessario e doveroso sollecitare un confronto con i candidati alla Presidenza della Regione Lombardia sui programmi e sulle azioni future per quanto riguarda la prevenzione e tutela della salute mentale di tutti i cittadini e la garanzia di cure e sostegni ai sofferenti psichici ed alle loro famiglie.

Alcuni nodi e richieste:

ELEMENTI STRUTTURALI DI CRITICITÀ

La separazione degli assessorati alla Sanità e Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale.

La separazione, con la L. 31/97, delle ASL, soggetti pubblici di Programmazione, Acquisto e Controllo (PAC) delle prestazioni, da chi produce le cure, le AA. OO., trasformate in soggetti di diritto privato in cui il profitto è elemento costitutivo, ha avuto come ricaduta la non ricezione della L. 328/2000 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato d'interventi e servizi sociali". La 328/2000 era finalizzata a promuovere interventi sociali, assistenziali e sociosanitari in aiuto alle persone, al proprio nucleo familiare e alle famiglie in difficoltà favorendo l'inclusione sociale delle persone fragili con il raccordo tra cura sanitaria e socio-assistenziale.

Tale separazione tra chi programma, ASL, e chi produce le cure, AA OO, ha portato le ASL a ridurre l'impegno per la prevenzione e ad affidare a soggetti esterni le attività socio-sanitarie. Il PRSM, Piano Regionale per la Salute Mentale, nella sua formulazione promuove la dimensione comunitaria dei servizi, la loro declinazione nella varietà delle situazioni locali, il raccordo con la medicina di base, i Distretti, i Piani di Zona, la collaborazione con le famiglie, gli utenti, la cooperazione sociale, il volontariato e agenzie varie. Se ciò va letto in chiave favorevole, non altrettanto si può dire della *governance*, ovvero del governo del sistema dei servizi che è delegato ai Direttori Generali delle Aziende Ospedaliere, in qualità di funzionari della Regione e però privi di rapporti con i Comuni.

Gli Organismi di coordinamento per la salute mentale (OCSM) promossi dalla Regione per supplire a tale separazione con un lavoro supplementare di integrazione delle due funzioni, hanno nei fatti pagato le conseguenze dello squilibrio di potere dei suoi interlocutori: la debolezza del sociale, famiglie, Terzo Settore, servizi sociali, sindaci, anche per lo svuotamento dei trasferimenti del Fondo Sociale ai Comuni, rispetto allo strapotere del sanitario incarnato dai primari in rappresentanza dell'Azienda Ospedaliera.

Ulteriore conseguenza è stata la mancanza di una istanza presso la Giunta regionale, che chiamiamo Ufficio per la salute mentale, che conosca quanto accade nei territori della Regione e sia in grado di guidare, orientare gli interventi e le attività per la salute mentale.

La cura è ridotta a prestazioni

La "cura", riabilitazione e inclusione sociale è ridotta così prevalentemente al ricovero ospedaliero, all'attività ambulatoriale, al trattamento farmacologico e ai ricoveri in strutture residenziali a vario grado di protezione.

Ne deriva uno squilibrio tra prestazioni sanitarie (Ospedale, Comunità, CRA, ecc) che assorbono la maggior parte delle risorse e la dimensione territoriale sociale e socio-assistenziale della "cura" ridotta ai minimi termini mentre dovrebbe invece essere prevalente: Centro psico sociale (CPS), ascolto, psicoterapie, assistenza domiciliare (AD), casa, tra cui la residenzialità leggera, lavoro, accompagnamento nella gestione del tempo libero, sostegno alla famiglia.

Ne consegue inoltre una mancata continuità di cura con un elevato numero di recidive in Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC), residenze protette, in Carcere o Ospedale psichiatrico giudiziario (OPG) (porta girevole), un numero elevato di contenzioni e trattamento sanitario obbligatorio (TSO), derivate di cronicizzazione già in giovane età. I cosiddetti casi difficili, che spesso associano al disturbo psichico comportamenti a rischio, problematiche di dipendenze varie o di disabilità, trovano spesso soluzione in contenitori chiusi, le Comunità di vario tipo, compreso Carcere e OPG, invece che nella promozione di forme di accompagnamento e inclusione sociale, più consone alle possibilità di recupero delle persone e oltretutto meno costose per la Comunità. Il non assicurare continuità di cura ai "persi di vista", quelli che non ritornano ai servizi e ai cosiddetti casi difficili citati sopra, oltre ad avere conseguenze deleterie ai fini del loro recupero, origina, infatti, dei costi di gestione più elevati.

L'offerta è stata orientata essenzialmente a garantire il funzionamento dei Servizi sotto forma di "Prestazioni" accreditate dall'ASL in conformità alla logica remunerativa dei DRG (Diagnostic Related Group) che garantisce i profitti all'A.O. ma che poco hanno a che fare con l'appropriatezza della cura, la presa in carico, la continuità della stessa, l'inclusione e promozione sociale degli interessati e la relativa continuità assistenziale tra i diversi nodi della rete d'offerta. A fronte di un potenziale informativo delle banche dati a livello di ASL di tali prestazioni di salute mentale da cui si evince lo squilibrio tra le prestazioni sanitarie presenti e quelle socio sanitarie, sociali e assistenziali carenti, talune di queste ultime nemmeno rilevate, nessun movimento di risorse o progettualità innovative viene messo in opera per riparare tale sfasatura.

Impoverimento degli organici

A ciò si aggiunge l'impoverimento costante degli organici e delle risorse dei DSM. Nessun riferimento è più mantenuto ai parametri degli organici stabiliti dai Progetti Obiettivo nazionali, 1994-1996 e 1998-2000.

Le contenzioni negli SPDC e la difficoltà ad accogliere le persone dimissibili dagli OPG o di gestire nel territorio i casi difficili vanno fatti risalire alla mancanza di una cultura no restraint negli

operatori, alla mancanza di formazione degli stessi alle buone pratiche di contenimento/riduzione dell'aggressività, alla insufficienza di personale negli organici, alla chiusura dei CPS alle 16 del pomeriggio durante i giorni feriali, la chiusura degli stessi il sabato e la domenica e alla non promozione di progetti di inclusione sociale (casa, lavoro, accompagnamento, AD, ecc.) delle persone nel territorio da parte dei DSM.

Ricadute sulle famiglie

A pagare il prezzo più alto di questo stato di degrado oltre naturalmente ai soggetti interessati, privati dei diritti di cura, riabilitazione, recupero e integrazione sociale, sono le famiglie, lasciate sole a sopperire alle carenze dei servizi e sottoposte a un carico superiore alle loro capacità e possibilità. La famiglia già oberata da un carico pesante derivante dalla difficoltà e spesso dal peso delle situazioni relazionali è costretta a farsi carico tra le altre anche dei momenti di crisi del proprio congiunto surrogando i "Centri di crisi" dei Servizi mancanti con conseguenza a volte nefaste ai fini del mantenimento delle relazioni interpersonali familiari e della salute mentale e non della famiglia stessa.

Diritti negati, legature, contenzioni, TSO e OPG

Le contenzioni in Lombardia, mediamente il 12 per cento dei ricoverati in Ospedale Psichiatrico SPDC, con gli estremi che vanno dallo zero per cento di Mantova al 25 per cento di Monza e Brianza, con una concentrazione elevata nelle ore notturne, evidenziano una pratica che viene applicata non solo ai casi previsti e regolamentati dalla legge, lo stato di necessità per la pericolosità auto o etero diretta del soggetto, bensì per sopperire a carenze formative del personale, alla mancanza del numero adeguato di operatori, a cattive pratiche sedimentatesi nel tempo.

Ugualmente avviene per l'eccessivo utilizzo del TSO. I dati di Milano mostrano come i TSO siano concentrati di sabato e domenica. Significa che lo strumento TSO ha un utilizzo improprio, diverso da quello previsto dalla legge, ovvero per i casi rari di emergenza in cui il rifiuto della cura mette a repentaglio la salute del soggetto o dei familiari o ambiente attorno. Il TSO viene invece spesso utilizzato per tacitare persone che protestano, sedare conflitti familiari, come risposta a casi sociali che dovrebbero trovare soluzioni di tipo diverso. L'utilizzo improprio della contenzione e del TSO, oltre che configurarsi come dei reati istituzionali, sono cattive pratiche che oltre a ledere diritti e dignità quando sono reiterate compromettono le possibilità stesse di recupero delle persone.

Ugualmente avviene per molti invii negli OPG o nelle carceri. Il più delle volte i reati commessi sono conseguenza di mancanza di continuità di cura, di conflitti che sorgono a causa di stati di abbandono, oppure casi di disagio sociale che si somma al disturbo psichico, che non hanno trovato le adeguate risposte.

COSA CHIEDIAMO?

1- Riunificazione semplificazione e integrazione assessorati Sanità e Famiglia

In un'ottica di semplificazione e di integrazione dei processi e delle funzioni vanno riorganizzati i soggetti istituzionali attraverso l'unificazione dei due assessorati sopra accennati, Sanità e Famiglia, riportando al centro il soggetto e il territorio in cui lo stesso vive, salvaguardando la priorità delle ASL e i Piani di Zona per la massima integrazione tra sociale, assistenziale, socio-sanitario e sanitario.

Questo comporta che nei Dsm confluiscono i servizi per le dipendenze patologiche, le disabilità cognitive, la neuropsichiatria infantile e dell'età evolutiva.

Riportare al centro la persona significa che i servizi devono essere strutturati non per dare risposte uguali per tutti, ma per rispondere alla molteplicità delle esigenze singolari attraverso i progetti individualizzati integrati, volti a promuovere le singolarità e le potenzialità di ciascuno nonché la continuità assistenziale necessaria.

2- Un nuovo Piano regionale per la salute mentale che si proponga la prevenzione e la presa in carico delle varie forme del disagio mentale e sia costruito con la partecipazione dei

professionisti, dei Comuni e di tutti i portatori di interesse (persone con diagnosi psichiatrica, famiglie, Terzo settore).

3- Prevenire

Per evitare la cronicizzazione già in giovane età ampia attenzione deve essere data alla Prevenzione e alla presa in carico precoce garantendo luoghi confortevoli, punti di accesso a bassa soglia non connotati da stigma e segretariato sociale, reti di prossimità e una maggiore integrazione tra cure primarie, servizi psichiatrici ospedalieri, SPDC, e territoriali, CPS, servizi sociali, Terzo Settore, familiari e utenti, società civile (cura, lavoro, casa, assistenza domiciliare, gestione del tempo di vita, ecc.). Va garantito un maggiore sostegno e coinvolgimento della famiglia anche con AD e accompagnamento, in particolare in fase iniziali di esplosione della malattia, che favorisca la partecipazione della famiglia al progetto individuale del congiunto e la conciliazione con la vita.

Occorre, come citato sopra, un maggiore accompagnamento nel territorio che promuova e sostenga l'acquisizione del massimo di autonomie possibili, una reale integrazione sociale delle persone, anche quelle in passaggio in comunità, alleggerendo il carico alle famiglie.

Buone pratiche, anche in Lombardia, mostrano che con un'offerta di valide risposte non ospedaliere 24 ore su 24 e orari più ampi di apertura dei servizi, è possibile assicurare una migliore continuità di cura e maggiori possibilità di miglioramento e guarigione.

Parallelamente vanno messe a disposizione risorse per un Piano di prevenzione alla salute nelle scuole dove le associazioni di familiari, anche per l'esperienza consolidata da parte di molte, ed anche le persone con disagio psichico stesse, possono svolgere un ruolo di testimonianza, di contributo al superamento dello stigma, di proposizione di un sapere esperienziale che più facilmente può catturare l'interesse e il coinvolgimento di studenti e insegnanti, rispetto a quello prettamente tecnico dei professionisti.

Va ricordato inoltre che la libertà di scelta contempla anche la ricerca del consenso che non può limitarsi al "consenso informato", ma oltre ad accedere a tutte le informazioni che permettano all'assistito di partecipare alle decisioni riguardanti la sua salute, deve coinvolgere anche la famiglia e i partner coinvolti nel progetto di trattamento, che può contemplare farmaci, trattamenti psicoeducativi, comunitari, riabilitativi, psicoterapie, ecc. 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. Rispettare la sua libertà significa in questi casi sostenere la persona e la famiglia aiutandola a diventare maggiormente autonoma, ad acquisire spazi anche piccoli di maggiore libertà.

- Rispetto degli organici (progetti obiettivo 1998-2000), controllo del Turn Over e contratti del personale e potenziamento delle risorse economiche.

- NPI e primo accesso alle cure.

COME?

- Istituire presso la Giunta regionale l'Ufficio di salute Mentale Regionale che sia punto di riferimento, sostegno e indirizzo delle attività dei Dipartimenti di Salute Mentale nel rispetto delle finalità del Piano regionale per la salute mentale.

- Dare avvio a un cambiamento di gestione dei servizi che preveda con il tempo uno spostamento di risorse dal Sanitario/ospedaliero, il modello lombardo (SPDC, strutture residenziali), al sociale con il relativo potenziamento delle attività territoriali. Ciò deve contemplare una strutturazione diversa della funzione dell'SPDC, un contenitore più leggero con a lato luoghi territoriali (CPS) di

gestione delle situazioni sociali, l'apertura delle porte dell'SPDC con l'eliminazione della contenzione e servizi territoriali 24H.

- Presa in carico e gestione da parte dei DSM delle persone che hanno commesso reato in modo da impedire le derive neomanicomiali attuali o altre sotto forme più mascherate.
- Dare parola a chi ha esperienza di disagio psichico con la partecipazione di utenti e familiari all'interno dei servizi, anche nel controllo della qualità.
- Inserire il contributo dei familiari nella formazione degli operatori anche nelle scuole di specializzazione di psichiatria.
- Investire nell'aggiornamento e nella formazione continua di tutti gli operatori perseguendo le finalità e i contenuti del nuovo Piano regionale per la salute mentale.
- Il lavoro può rappresentare per molti sofferenti psichici uno strumento fondamentale di recovery, di acquisizione di dignità, autonomia, libertà e "guarigione". La politica regionale deve assumersi la questione affinché l'applicazione delle leggi in materia non rimanga lettera morta. Occorre creare le condizioni per favorire le assunzioni nelle aziende private garantendo la necessaria assistenza alle stesse e l'accompagnamento al lavoratore, e anche nella PA anch'essa inadempiente all'obbligo applicativo della legge 68/99 ", norme per diritto al lavoro dei disabili", compresi quelli psichici. Poche sono le assunzioni in particolare nei sofferenti psichici e per contro facilmente vengono licenziati (per mancanza di accompagnamento e sostegno) quando trovano un impiego.
- Garantire il necessario accompagnamento nella fruizione di voucher.

Milano, 10 gennaio 2013

Le **Associazioni** aderenti a
CAMPAGNA SALUTE MENTALE
URASAM Lombardia

Principi e riferimenti giuridici

- Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità,
- Costituzione Italiana (agli artt. 3 e 38, in particolare) quali principi ispiratori dell'azione a favore delle persone con disabilità
- L. 328/2000 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"
- L. 104/1992 "Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate"
- L. 68 del 1999 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili".