

PROPOSTE DEL PD SU RIORDINO DELLE RETE DEI SERVIZI RESIDENZIALI PSICHIATRICI

In Piemonte per troppo tempo non si è provveduto a normare la psichiatria, tant'è che l'ultimo atto era rappresentato dalla DCR 357 del 1997. Nel corso di questi anni si è inoltre osservato uno sfilacciamento di quell'impianto significativo che aveva rappresentato una conquista importante nella storia della psichiatria italiana, **la legge Basaglia**. La legge **non aveva sancito solo la chiusura dell'istituzione ma aveva messo al centro dei percorsi terapeutici la libertà, il recupero della soggettività e il consenso del malato**.

Riguardo alla DGR 30 del 3 giugno 2015 sul "Riordino della rete dei servizi residenziali della Psichiatria", il Partito Democratico piemontese ritiene importante dare un proprio contributo affinché chi amministra non trascuri questi cardini importanti, senza i quali tutta una struttura perderebbe di significato. E dunque la collocazione - al centro dei processi terapeutici - del paziente e non della malattia; l'enfasi sulla costruzione di una rete di servizi sul territorio che prendano in carico i malati valorizzando il capitale umano che le persone sempre posseggono, le risorse della rete, i rapporti sociali; la valorizzazione della domiciliarità come step necessario e non solo finale per un efficace percorso terapeutico-riabilitativo.

Per questo abbiamo ritenuto necessario un confronto con le tante realtà che operano nel settore della salute mentale e dalle quali erano state sollevate varie criticità sulla delibera; a seguito di questi incontri abbiamo elaborato alcune sintetiche valutazioni che rappresentano l'indirizzo del PD piemontese sul tema, fiduciosi che il lavoro svolto costituisca un concreto aiuto per l'amministrazione regionale.

Premettiamo che si attendeva da tempo un atto di programmazione della Regione che affrontasse l'importante tematica della residenzialità psichiatrica, sia per ottemperare agli obblighi imposti dal Piano di rientro, sia per rivalutare pazienti e contesti di inserimento per verificarne appropriatezza ed esiti. Era inoltre doveroso definire le modalità autorizzative, di accreditamento, di vigilanza sulle strutture residenziali, la revisione dei posti letto e la determinazione delle tariffe nell'ambito della salute mentale.

La DGR 30 è concepita con l'intento di superare la vigente normativa regionale sulla residenzialità psichiatrica (DCR 357 del 1997), applicando il modello AGENAS-GISM (approvato dalla Conferenza Unificata Stato Regioni e recepito dalla Regione Piemonte con D.C.R. del 23 dicembre 2013), nonché con l'intento di adeguarsi alla normativa nazionale sui LEA.

Sulla base di tali premesse, la DGR 30 considera tutte le strutture accreditate come comunità protetta di tipo A e comunità protette di tipo B - ai sensi della DCR 357 - come strutture terapeutiche e quindi di totale competenza sanitaria (le cd. SRP1 E SRP2 del modello AGENAS-GISM). Al contempo la DGR 30 assegna tutte le strutture esistenti sul territorio piemontese, denominate gruppi appartamento e comunità alloggio ai sensi della DCR 357 del 1997, alla tipologia socio-assistenziale a bassa assistenza (le cd. SRP 3 del modello AGENAS-GISM) e pertanto non ne assicura più la totale copertura dei costi da parte del fondo sanitario nazionale, secondo la disciplina dei LEA.

Riteniamo che questa scelta sia di difficile applicazione.

Infatti il documento AGENAS GISM s'impenna su concetti precisi e puntuali: **residenzialità funzionale ai percorsi individualizzati, percorsi di cura, progetti di intervento specifici e differenziati, bisogni delle persone.** È proprio su questi concetti-chiave che deve dunque impennarsi l'intero impianto di una delibera sulla residenzialità psichiatrica.

La distinzione fra le tre tipologie di strutture residenziali psichiatriche (SRP) non deve quindi essere di natura strutturale, bensì di tipo funzionale; deve cioè concernere le caratteristiche cliniche, la qualità dei programmi riabilitativi, l'intensità degli interventi erogati, le diverse tipologie di interventi e anche l'intensità degli interventi di rete sociale.

Per quanto concerne i LEA, la DGR 30 non tiene conto che, per **molte delle strutture classificate come gruppi appartamento e per le comunità alloggio**, la definizione di struttura a bassa intensità assistenziale (SRP3) è inappropriata e quindi inapplicabile; esse infatti **sono inequivocabilmente a carattere terapeutico-riabilitativo** per quanto riguarda la tipologia di pazienti, la tipologia dei programmi di trattamento, la prevalenza del personale sanitario, la definizione standardizzata di una definita durata del programma. Poiché il DPCM del 29 novembre 2001, "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", esclude dai LEA solamente i gruppi appartamento "a bassa intensità assistenziale", potrebbero eventualmente considerarsi EXTRA LEA (per il 60% del costo) unicamente le SRP3 con copertura a "fascia oraria".

E' bene poi sottolineare come non esista nessuna normativa nazionale che obblighi le Regioni a stabilire requisiti strutturali di tipo para-ospedaliero per le strutture residenziali psichiatriche, nemmeno per quelle ad alta intensità ed intermedia intensità riabilitativa e a totale carico della sanità. Il cosiddetto decreto Bindi (DPR del 14 gennaio 1997) consente a livello nazionale il funzionamento di qualunque struttura residenziale psichiatrica fino a dieci posti letto, in contesto di civile abitazione senza alcun requisito strutturale aggiuntivo a parte la generica indicazione: "*organizzazione interna che consenta sia gli spazi e i normali ritmi della vita quotidiana sia le specifiche attività sanitarie con spazi dedicati per il personale, per i colloqui, e per le riunioni*". Molte regioni italiane (Toscana,

Lombardia, Emilia Romagna, Veneto) attuano tale indirizzo alla lettera e addirittura alcune prevedono l'esercizio di strutture residenziali psichiatriche in contesti di civile abitazione anche oltre il numero di dieci posti. Dunque nessuna normativa prevede, neanche per strutture di ampie dimensioni con mandato terapeutico e a totale carico della sanità, **pesanti requisiti strutturali para-ospedalieri**.

Risulta perciò non necessario sulla base della legislazione vigente e non utile dal punto di vista dei principi della riabilitazione psichiatrica, che la DGR 30 preveda non solo l'esclusiva degli interventi terapeutici alle strutture con requisiti para-ospedalieri, ma anche requisiti strutturali aggiuntivi assai onerosi per le strutture di civile abitazione. Si tratta di requisiti utili in un ospedale o in un ambulatorio, ma non appropriati in un contesto che deriva la sua specificità terapeutica dall'essere una normale abitazione, inserita nel normale contesto sociale; questi requisiti possono essere indispensabili per pazienti con disabilità motorie o anziani, ma inutili e anzi controproducenti per i pazienti psichiatrici.

Si ritiene importante prevedere **progetti di domiciliarità** alternativi o successivi alla residenzialità. Sono interventi territoriali che esulano dalla classificazione delle SRP, con carattere però prettamente terapeutico-riabilitativo a valenza sanitaria, in quanto rientrano nell'ambito dei "percorsi di presa in carico e di cura esigibili" previsto dal Piano nazionale di azione per la salute mentale (PANSM del 2013) e quindi compresi nei LEA. Questi progetti, sia in quanto alternativi sia in quanto successivi e finalizzati alla dimissione dalle strutture, rappresentano strategie di comprovata efficacia nel contenimento della spesa residenziale.

Previo passaggio attraverso le commissioni distrettuali Unità multidisciplinare di valutazione disabilità (UMVD) e le Unità di valutazione geriatrica (UVG), i Dipartimenti di salute mentale devono poter attivare progetti individuali che prevedano l'inserimento in residenze sanitarie assistenziali (RSA) e in strutture per pazienti autosufficienti e parzialmente autosufficienti in **nuclei dedicati**. In ogni comune sono infatti presenti strutture sociosanitarie che permettono interventi diversificati sia in termini di intensità assistenziale, sia in termini di professionalità presenti (oss, infermieri). Si fa notare come tali inserimenti permettono anche un avvicinamento del paziente al luogo di residenza con presa in carico da parte del centro di salute mentale del territorio di riferimento. Infine, sotto il profilo dell'equilibrio economico finanziario, le rette di tali strutture sono indubbiamente inferiori a quelle delle SRP2 e SRP3, pur garantendo una migliore appropriatezza.

L'inserimento in una struttura residenziale deve avvenire a cura del centro di salute mentale e il piano di trattamento individuale deve contenere la sottoscrizione - come recita il documento AGENAS-GISM - di un "**accordo/impegno di cura**" tra il dipartimento di salute mentale e l'utente,



con la **partecipazione delle famiglie** al fine di consentire la **volontarietà e l'adesione del paziente** al trattamento. Questo è un punto fondamentale, perché denota un'attenzione importante alle esigenze del paziente e della famiglia da parte del dipartimento.

È inoltre urgente individuare una soluzione per quanto riguarda le diverse figure professionali che operano nella residenzialità psichiatrica.

In particolare, per quanto concerne educatori senza titolo e psicologi. Per gli psicologi, sulla falsariga di quanto stabilito da una recente Delibera della Giunta Regionale dell'Emilia Romagna, va quindi precisato che le funzioni educative possono essere esercitate dagli educatori professionali, ovvero dai laureati in psicologia.

Riteniamo altresì utile la costituzione, accanto ad un efficiente Ufficio Salute Mentale, di un **tavolo di monitoraggio regionale**, partecipato da associazioni dei familiari, rappresentanti degli erogatori di servizi, rappresentanti dei dipartimenti, con funzioni di monitoraggio dell'applicazione delle disposizioni della nuova DGR di riordino, nonché di valutazione della congruità delle prestazioni acquistate dal sistema sanitario rispetto alle risorse disponibili ed agli obiettivi riabilitativi e organizzativi di programmazione.

Una simile riorganizzazione dell'assistenza psichiatrica residenziale e domiciliare avrà una ricaduta sia in termini di efficacia clinico/riabilitativa sul paziente, sia in termini di appropriatezza dei percorsi di cura. Inoltre i programmi terapeutici di durata definita garantiranno importanti risparmi, poiché non si verificheranno più inserimenti residenziali inappropriati per lunghissimi anni in strutture ad alto costo.

Torino, 14 dicembre 2015