

Luigi Benevelli, Osservazioni e appunti (dal versante dei servizi per la salute mentale) sul Libro Bianco *Sviluppo del sistema socio-sanitario in Lombardia*, Giunta regionale, Milano, giugno 2014.

Le proposte del Libro Bianco

La giunta Maroni ha discusso e reso pubblico un Libro Bianco per aprire una discussione e confrontare i propri assunti e le proprie tesi per una riforma dell'intero sistema socio-sanitario della Regione. Vi sono confermati il pluralismo dell'offerta pubblica e privata, la libertà di scelta, la separazione fra gestione e controllo; mentre sono denunciate l'inadeguatezza della remunerazione delle singole prestazioni a coprire i trattamenti di lunga durata di patologie che cronicizzano. In particolare è evidenziata la sfida ad affrontare in modo adeguato la questione/rivoluzione demografica: nel 2030 sono previsti 3 milioni di lombardi ultra65enni, di cui più di 1 milione ultra80enni, con un rapporto rispetto alle generazioni più giovani di 3 ultra 65enni ogni due infra20enni.

Il documento, che comprende anche due allegati, è molto complesso, si occupa di molte questioni, offre spunti di grande interesse. Per parte mia mi soffermo su alcune proposte delle linee generali e sul come è affrontata la questione dell'assistenza psichiatrica pubblica in Lombardia.

Il *Libro Bianco sullo sviluppo del sistema socio-sanitario in Lombardia- un impegno comune per la salute* propone per la revisione della organizzazione in vigore:

- **Il passaggio dalla “cura” della persona malata al “prendersi cura” della stessa**
- **La continuità assistenziale dall'Ospedale al Territorio e viceversa**
- **Una riclassificazione degli ospedali su due livelli, uno a più forte radicamento territoriale e l'altro ad alta intensità e complessità di cure**
- **Le attuali Asl diventano *Agenzie sanitarie locali* operanti su ambiti intorno a 1 milione di abitanti**
- **L'istituzione dell'*Azienda integrata per la salute (AIS)* con un polo ospedaliero e uno territoriale, quest'ultimo con l'apertura di Centri socio-sanitari territoriali (CSST) al posto dei Distretti socio-sanitari e dei Poliambulatori**
- **La centralizzazione degli acquisti.**

L' allegato I *Proposte di sviluppo del servizio sanitario e socio-sanitario lombardo* illustra il modello di servizi territoriali non-ospedalieri che dovrebbe nascere dalla revisione del sistema sulla base delle seguenti linee-guida:

- **Presenza in carico globale dell'individuo e della famiglia** (valutazione multidimensionale del bisogno; unitarietà dell'intervento e del percorso assistenziale; progetto personalizzato di salute); introduzione del **CreG** (*chronic related group*), vale a dire di una nuova modalità di classificazione e tariffazione delle cure delle principali malattie croniche (prestazioni ambulatoriali, farmaceutiche, protesiche ecc.)

- **Presa in carico attiva della fragilità e della cronicità** (organizzazione multidimensionale e di team dell'assistenza; pro attività degli interventi; supporto a *self management* e *empowerment* del paziente; adozione di linee guida, percorsi diagnostici terapeutici assistenziali e protocolli basati sull'EBM)
- **Prossimità e facilità di accesso ai servizi** (semplificazione dell'accesso, riconoscibilità dei servizi)
- **Misurabilità e valutazione** dell'efficacia terapeutico- assistenziale ed economica dei percorsi, delle prestazioni e degli operatori
- **Integrazione ospedale e territorio**

A implementare gli obiettivi sopra elencati il documento propone 5 azioni:

1. **Sviluppo di Centri sociosanitari territoriali ((CSST)** con tempi di apertura compatibili con i ritmi della vita lavorativa e aperti alle esigenze di una società multiculturale, luoghi di ascolto, accompagnamento e presa in carico, luoghi di salute. Dovrebbe ospitare i servizi per l'area della salute mentale, “coerentemente al disegno che si verrà a delineare in Regione Lombardia” (p.10);
2. **Innovazione del ruolo dei professionisti** (Medici di medicina generale, infermieri professionali, *case manager*, educatori professionali, psicologi, assistenti sociali, medici specialisti, associazioni di volontariato)- con incentivazioni;
3. **Sviluppo di modelli e strumenti di presa in carico integrata della fragilità** capaci in particolare di “intervenire in modo proattivo [...] introducendo accanto alla dimensione clinica la dimensione sociale, quando necessaria, integrando in modo multidisciplinare il *team*”; [...] “intervenire con azioni di promozione, prevenzione e di educazione sul paziente, sulla famiglia e sul *caregiver*, anche attraverso le figure infermieristiche e assistenziali; definire, monitorare e valutare obiettivi di risultati di efficacia terapeutica[...] e di costo” (p. 12);
4. **Investimenti in formazione e ricerca dedicati all'assistenza territoriale** con un programma pluriennale;
5. **Sviluppo e utilizzo di un sistema di monitoraggio, valutazione e incentivazione;** particolarmente importante sono la valutazione e il monitoraggio degli esiti.

Il documento raccomanda infine l'urgenza di portare “una riflessione specifica” all'assistenza psichiatrica (non parla più di salute mentale) perché siano garantite “continuità di cura e multidimensionalità dell'intervento (doppia diagnosi)” e sia assicurata “una presa in carico globale della persona e della famiglia.

Dal punto di vista dell'articolazione del governo del sistema, si propone di riordinare la rete delle attuali Asl e Aziende Ospedaliere attraverso:

la riclassificazione degli ospedali secondo l'intensità e la complessità dei trattamenti. Gli ospedali universitari, gli IRCCS e gli ospedali più importanti rimangono con una amministrazione autonoma;

la riduzione a 6 del numero delle attuali **ASL** (è esclusa la città di Milano) che dovrebbero operare su un territorio di almeno 1 milione di abitanti e diventare **Agenzie** per programmazione, negoziazione dei contratti, controllo dell'appropriatezza di ricoveri, specialistica ambulatoriale, sociosanitario, tutele, igiene. Le "nuove" Asl dovrebbero interloquire con i **Comuni**;

l'istituzione delle **Aziende integrate per la salute (Ais)**, con un **polo territoriale** (presa in carico globale, CSST, e un **polo ospedaliero** (presidi ospedalieri per l'acuzie e territoriali) per la gestione di tutto quello che rimane fuori dai grandi ospedali.

Alla *Salute mentale* è dedicato un breve capitolo (pagine da 49 a 51 sulle 110 del documento) nel quale si parla per la gran parte dei servizi della Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, evidentemente carenti. Per quanto riguarda la psichiatria adulti, si offrono alcuni dati relativi al 2010 e si segnala, con preoccupazione, l'incremento del 220% della spesa nella residenzialità psichiatrica maturato dal 1999 (anno di chiusura dei manicomi pubblici) al 2010, un aumento che sta "assorbendo la quota preponderante della spesa".

Note e osservazioni

Il *Libro Bianco* fa una scelta netta a favore della de-ospedalizzazione dei trattamenti, dello sviluppo dei servizi sociosanitari territoriali, di un'assistenza sanitaria "proattiva, predittiva, preventiva, personalizzata, partecipata" (Allegato *Sistema ospedaliero*, p. 5) che garantisca la continuità della presa in carico, la centralità della persona e dei suoi diritti (approccio etico).

Viene proposto un cambio importante e impegnativo nella cultura dei servizi alla persona, tuttavia tutt'altro che nuovo almeno per quella parte dei servizi sociali alla persona e dell'assistenza sanitaria pubblica italiana (l'assistenza psichiatrica) che cinquant'anni fa, sulla base della critica al modello paternalistico-autoritario della relazione medico-paziente, pose con decisione l'obiettivo della de-ospedalizzazione dei trattamenti attraverso il passaggio dalla cura al "prendersi cura", il riconoscimento della libertà di scelta del portatore del disturbo mentale (introduzione del ricovero volontario), la costruzione di servizi territoriali (i Centri di Igiene mentale), premessa per una possibile "psichiatria di comunità". Fu una legge della Repubblica, la 431/68, che legittimò tali obiettivi, ancora prima dell'entrata in funzione delle Regioni. Per dire che i criteri, i ragionamenti adottati per la sanità non-psichiatrica dagli estensori del documento uscito dalla Giunta Maroni appartengono storicamente e pienamente al movimento anti istituzionale italiano e che le culture di riferimento hanno ristrutturato da tempo la formazione professionale degli operatori sanitari e sociali che nella seconda metà del XX secolo hanno costruito la riforma dei servizi dell'assistenza psichiatrica. Al riguardo va aggiunto che con l'istituzione del Servizio sanitario nazionale (legge 833/78), quei principi, quelle culture, avrebbero dovuto diventare patrimonio dell'intera sanità pubblica italiana. Stupisce quindi il senso dell'affermazione a p. 16 seconda la quale, nel 2014, in Lombardia si starebbe proponendo "una piccola rivoluzione culturale dopo oltre cento anni di medicina fondata sul primato dell'acuto".

Fa comunque piacere che di questa “rivoluzione” ce ne si sia accorti anche in Lombardia, anche se con il rammarico che questo accada con alcuni decenni di ritardo e rimanendo rigidamente dentro il modello clinico del rapporto paziente/medico, invece di adottare il modello di relazioni fra un cittadino portatore di patologie e gli operatori di un servizio sanitario pubblico in un contesto di reti sociali comunitarie. In un modello ecologico di salute e secondo un approccio olistico alla malattia e alle disabilità, invece che di patologie e organizzazioni dei servizi socio-sanitari pubblici per diagnosi, si dovrebbe parlare di accoglienza, vite, qualità delle vite di persone che richiedono accompagnamento quotidiano, che vanno sostenute nell’esercizio dei diritti, non ultimo il consenso ai trattamenti.

Quale ruolo per i Comuni?

Per questi limiti ideologici, culturali e scientifici il *Libro Bianco* fallisce l’occasione della rivisitazione dell’impianto e dei modi dei suoi servizi dedicati alla salute della popolazione per una riforma capace di mettere al centro le persone, le famiglie, le relazioni sociali, le comunità. Ne troviamo conferma nella indeterminatezza con cui si afferma l’esigenza di coinvolgere nella programmazione e nel governo dei servizi socio-sanitari i Comuni, cioè le rappresentanze “politiche” delle comunità locali: qualche citazione qua e là, ma nessun sforzo di verifica critica sulle ragioni del fallimento complessivo, ad esempio, dell’esperienza dei Piani di Zona. Formigoni ha configurato la sanità regionale come una potente macchina di potere iperaziendalizzata, ospedalizzata, centralizzata, gestita con enorme discrezionalità, senza tenere conto delle volontà dei Comuni, ridotti a ratificare una volta l’anno decisioni confezionate altrove. Siamo ancora lì.

L’enfasi sulla “nuova” centralità dei servizi non –ospedalieri non è credibile se non si aggredisce la condizione di separatezza e auto-referenzialità della sanità lombarda restituendo poteri di programmazione e controllo agli Enti Locali, ritornando alla legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale, la 833/78. A partire da proposte di aggregazione- ridefinizione degli ambiti, di dimensioni che non consentono il controllo democratico e partecipato sulle Aziende /Agenzie ipotizzate. La soluzione più semplice, meno traumatizzante resterebbe e resta l’unificazione di Asl e Aziende ospedaliere, ma si sa che ci sono veti “politici”, che Forza Italia non ne vuole sapere: di qui quello che alla fine appare un vero pasticcio istituzionale e organizzativo.

Quale assistenza psichiatrica?

Il *Libro Bianco* tocca molto marginalmente la questione dello stato e dei problemi dei servizi di salute mentale della Regione, rimandandone la trattazione ad altra occasione. L’impianto generale della proposta del *Libro Bianco* (presa in carico; prendersi cura; *budget* di salute; prossimità dei servizi; integrazione ospedale-territorio, ecc.) appartiene pienamente, come detto, alle culture dei servizi della riforma psichiatrica del ’78 e alle esperienze dei Dsm che fanno “salute mentale”, nel rispetto dei diritti e della dignità delle persone. Viene da chiedere se con la scelta di una elaborazione *ad hoc* si vuole intendere che per la Regione quei principi e criteri non valgono più. La scelta fa comunque pensare e inquieta per l’opacità di questi due decenni della gestione delle politiche per la salute mentale in Lombardia da parte di Giunte che hanno continuato e continuano a rifiutare di istituire un Ufficio per la salute mentale presso l’assessorato. Il rinvio ad altra elaborazione specifica da una parte conferma la difficoltà e l’impaccio con cui si guarda ai problemi del funzionamento dei Dipartimenti di salute mentale, e dall’altra sancisce il perdurare di una condizione di “separatezza”, non integrazione dell’assistenza psichiatrica pubblica lombarda rispetto al resto del servizio sanitario regionale, nonostante la legge 833/78.

Nel documento si dedica un paragrafo alle “reti di patologia” (tumori, malattie rare, insufficienza renale, *stroke*, infarto miocardico ecc.) definite “modello di organizzazione dell’assistenza fondato sull’integrazione multi professionale e improntato alla messa in rete dei servizi che erogano prestazioni nel campo di specifiche patologie”, “costituite dalle organizzazioni e dai professionisti che svolgono la loro attività a favore del paziente, [...] nell’ottica di fornire un’assistenza di qualità equa e condivisa” (p. 28). Che sia questa la strada che si sta scegliendo di percorrere in Regione per l’assistenza psichiatrica? Se fosse vero, significherebbe che si vuole dare l’addio al lavoro per la salute mentale e alla “psichiatria di comunità” nell’accezione piena del termine.

Due affermazioni del *Libro bianco* fanno nonostante tutto sperare, contando sul fatto che possano valere anche per gli utenti dei servizi di salute mentale:

“Non è la persona che si deve spostare, ma i servizi che si devono riorientare intorno alle sue esigenze (p.13)”;

“Passare al prendersi cura (del cronico) significa che il paziente non è un caso da risolvere, ma una persona speciale da accompagnare” (p.16).

Assenze

Nel *Libro bianco* manca un cenno al lavoro per la Prevenzione e ai servizi attualmente organizzati nell’ARPA, confermando la chiusura culturale e scientifica nell’esclusività dell’approccio, clinico per tutte le patologie.

Manca inoltre un cenno alla Sanità in carcere, un servizio della sanità regionale diventato di straordinaria, delicata importanza sia in funzione del diritto alla salute delle detenute e dei detenuti, delle internate e degli internati.

Un auspicio

C’è da fare in modo che la Lombardia resti in Italia e rispetti le leggi della Repubblica, a partire dalla Costituzione.

Luigi Benevelli

Forum salute mentale / Stopopg

Mantova 21 luglio 2014