

Alcune note sul Piano Socio Sanitario Integrato della Regione Lombardia (PSL) 2019-2023 e una prima proposta di piattaforma di discussione e mobilitazione.

Il Piano Socio Sanitario Integrato della Regione Lombardia (PSL) 2019-2023 licenziato dalla Giunta Regionale, dichiara come priorità generali di sistema:

- investire sulle relazioni di cura dando centralità alla dimensione fiduciaria per la qualificazione del sistema istituzionale, sia nell'interazione tra professionista e azienda che negli scambi tra cittadino e offerta;
- sviluppare e potenziare soluzioni organizzative basate sui processi trasversali di cura. Il welfare regionale deve essere meno settoriale e i processi d'integrazione dovranno coinvolgere la rete d'offerta pubblica e quella private;
- potenziare e ricomporre la filiera dei servizi domiciliari e territoriali sanitari, sociosanitari e socioassistenziali, per garantire ai cittadini lombardi e alle loro famiglie la presa in cura integrata presso il proprio domicilio;
- supportare la famiglia e i suoi componenti in condizione di fragilità e vulnerabilità sociale al fine di garantire una presa in carico complessiva anche attraverso l'individuazione di un pacchetto di prestazioni flessibili e personalizzate.

Di qui la proposta di un nuovo assetto organizzativo per:

- la continuità dei percorsi di cura dal territorio all'ospedale e dall'ospedale al territorio;
- l'integrazione dei servizi sanitari e sociosanitari;
- la centralità delle cure territoriali al fine di assicurare l'assistenza nel proprio ambiente di vita;
- la presa in carico dei pazienti cronici, polipatologici, fragili e dei disabili al fine di ricomporre le risposte ai bisogni espressi, per ritardare le condizioni di non autosufficienza e la istituzionalizzazione;
- la differenziazione tra il ruolo di governance regionale, la funzione di attuazione della programmazione regionale da parte delle Agenzie Territoriali per la Salute e le funzioni erogative, ospedaliere e territoriali, delle ASST e dei soggetti privati e accreditati, in un'armonica cooperazione tra gli stessi;
- la centralità della persona, intesa come libertà di scelta e corresponsabilità nei percorsi di cura;
- il ruolo delle cure primarie, snodo centrale del sistema per la sua funzione di promozione della salute, di diagnosi precoce, di cura delle acuzie e di assistenza al paziente cronico;
- il ruolo della comunità, delle associazioni dei pazienti e del terzo settore.

Il documento sviluppa poi capitoli specifici dedicati a **Disabilità e non-autosufficienza; Cronicità, Salute mentale e Dipendenze** con capitoli dedicati a **Psichiatria, NeuroPsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza; Sanità penitenziaria**, con un paragrafo dedicato al problema **REMS**.

È sottolineata la necessità di integrare fra di loro non solo Ospedale e Territorio, ma anche Psichiatria adulti, Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Psicologia Clinica e Dipendenze, soprattutto ai fini della più possibile precoce presa in carico delle situazioni di sofferenza mentale e dipendenza patologica.

La principale criticità rilevata relativa all'ambito psichiatrico riguarda il fatto che oltre il 70% della spesa riguarda la residenzialità che si occupa di meno del 5% dei pazienti in carico ai DSMD: una situazione definita inaccettabile.

È ripresa la Delibera della Giunta regionale n° X/4716 del 13/01/2016 "La rete regionale dei servizi sanitari penitenziari. Definizione e linee di indirizzo operative", siglata da Regione Lombardia e dall'Amministrazione Penitenziaria. In particolare, per quanto riguarda la tutela della salute mentale e le dipendenze si propone di una diffusa assistenza psichiatrica e psicologica, specie per evitare il rischio suicidario, e la cura delle dipendenze. Particolare attenzione si raccomanda alla salute dei detenuti immigrati, "rafforzando la mediazione culturale, e ai servizi che tutelano il passaggio dalle cure carcerarie alle cure territoriali".

Non si fa accenno al numero delle diagnosi di disturbo N.A.S. "non altrimenti specificato" che riguardano persone detenute con grave sofferenza mentale, senza tuttavia che i loro sintomi rientrino in specifiche patologie psichiatriche: è un problema molto serio perché la diagnosi di NAS impedisce una "presa in carico" psichiatrica e consegna la persona sofferente alla gestione dei soli operatori penitenziari.

Sono citate le **equipe forensi** che rappresentano sul territorio l'interfaccia socio sanitaria di prossimità con le autorità e le istituzioni coinvolte nella gestione del paziente autore di reato e sono costituite da personale con competenze clinico-terapeutiche, assistenziali, riabilitative e sociali, finalizzate a dare risposte per i cittadini destinatari di provvedimento dell'autorità giudiziaria. Si raccomanda di rafforzare il loro funzionamento, anche se non si dice quante siano quelle operanti sul territorio regionale.

Quanto alle **Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS)** se ne parla in termini generali senza soffermarsi sulla situazione lombarda caratterizzata, come noto, dalla scelta della Regione di concentrare tutte le REMS negli edifici dell'OPG di Castiglione delle Stiviere, rimasto basato su una organizzazione per reparti differenziati secondo il criterio (manicomiale) dell'intensità dell'assistenza e della custodia che ignorano i riferimenti e le relazioni territoriali. È una situazione inaccettabile che perdura in violazione della legge 81/2014 alla quale bisogna urgentemente rimediare.

Potrebbe essere utile per questo, all'immediato, la riorganizzazione dei reparti REMS di Castiglione delle Stiviere secondo criteri di territorialità in modo da facilitare le relazioni e la continuità delle relazioni degli operatori delle REMS castiglionesi con quelli delle équipes forensi e dei CPS di provenienza. Anche a tale fine è necessario e urgente che ogni ASST della Regione si doti della propria équipe psichiatrica forense.

Anche la successiva "delibera delle Regole" si occupa di salute mentale, dipendenze, sanità penitenziaria nelle pagine da 124 a 135 (paragrafi 6.7 e 6.8). Essa propone scambi e raccolta di dati clinici e non, fittissime interrelazioni fra i servizi via web, muovendosi però su un terreno che ignora le basi sociali e ambientali della sofferenza e delle malattie e non prende in considerazione la dimensione "locale" e il ruolo dei Comuni nel lavoro di integrazione e governo del servizio sanitario pubblico nei territori e nelle comunità. È ancora ignorato il problema di aver scelto di concentrare tutte le REMS della Regione nell'area dell'OPG di Castiglione delle Stiviere.

Note di commento

Non c'è salute senza salute mentale. La salute non è qualcosa che si vende e si compra, ma un progetto non delegabile cui contribuisce la cooperazione di una grande quantità di soggetti.

Le persone con disturbo mentale soffrono di disabilità e sono oggetto di pregiudizio, stigma e discriminazione in tutto il mondo. Pertanto sono più vulnerabili alla violazione dei diritti civili ed umani e alla non-equità negli accessi e nelle disponibilità di servizi di tutti i tipi rispetto alle persone che soffrono di malattie del corpo.

L'esperienza della de-istituzionalizzazione, in particolare della chiusura dei manicomi, ha mostrato la grande importanza delle interazioni fra le dimensioni biologica, psicologica, antropologica, storico-sociale nell'evoluzione dei disturbi mentali e come la qualità dell'offerta del servizio sanitario condizioni i modi e l'evoluzione del disturbo, ne sia parte integrante.

Il lavoro per la salute mentale persegue la guarigione come esperienza di vita. Per questo nel lavoro per la salute mentale la quantità di risposte terapeutiche disponibili è molto grande ed ha tempi di innovazione molto più veloci. La persona sofferente è risorsa terapeutica, persona esperta; il sapere suo e della sua famiglia non deve essere ignorato e disperso, ma entrare a pieno titolo nei servizi di salute mentale a disposizione degli altri.

Il servizio pubblico di salute mentale privilegia l'obiettivo che la persona con diagnosi psichiatrica conduca una vita quotidiana che sia la migliore possibile, degna di essere vissute e comunque si relaziona con gli utenti considerandoli come partner. Qui è fondamentale il *consenso informato*.

Accompagnamento è la “parole-chiave” per definire i modi delle relazioni fra curanti, utenti, famiglie nel lavoro per la salute mentale:

“È importante un gesto semplice per accompagnare nella quotidianità chi chiede e accetta di essere aiutato per riprendere in mano la propria vita. Accompagnare non è controllare, è mettersi a fianco, condividere la fatica; non è precedere e neanche seguire e neanche prendere in carico. È rimpiazzare il controllo con la presenza, la vigilanza con la cura, la sicurezza con la assicurazione. È sostenere l'altro a sentirsi sempre più capace a condurre la propria vita. La salute mentale è un bene della comunità. In cammino”. (Domenico Castronovo, 2018)

Il nodo del Territorio/Comunità locale

La Sanità pubblica adempie alle sue finalità se affonda le sue radici nella dimensione locale dove riesce ad esprimere la sua efficacia e a garantire una reale vicinanza alle esigenze della popolazione: ricordo al riguardo la prima grande riforma sanitaria del Regno d'Italia con l'istituzione delle condotte mediche, veterinarie, ostetriche.

Per questa ragione la Sanità pubblica non può essere vincolata da un potere decisionale lontano dalla conoscenza del territorio e incentrato sul controllo economico delle prestazioni.

Da tempo nel Servizio sanitario nazionale e regionale manca e continua a mancare la presenza dei Sindaci, cui competerebbe una forte azione di vigilanza e un nuovo protagonismo nella gestione dei servizi socio-sanitari.

Va evidenziato il grande ruolo nella cura, nella qualità della vita quotidiana e nei destini possibili delle persone con diagnosi psichiatrica che hanno *Comunità competenti* colte, resilienti, informate delle risorse a disposizione, raccolte intorno ai loro Municipi. Esse, infatti, conoscendo le risorse e i bisogni sociali, lavorativi e residenziali nel proprio territorio, sono capaci di costruire e contrattare con gli utenti percorsi personalizzati, finanziati dai budget di salute, di offrire una efficace presa in carico a persone che, come noto, sono fra le maggiormente esposte allo stigma sociale, fra le più discriminate nel mercato del lavoro, immobiliare e nei contesti sociali.

Vi è quindi urgenza di una severa riflessione sull'impianto della medicina di territorio. Uno sforzo è stato fatto nella legge n. 23/2015 della Regione Lombardia che ha previsto nelle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST, ex- Aziende Ospedaliere) la nuova articolazione di un “settore rete territoriale” titolare delle “prestazioni distrettuali”. A tale settore afferiscono i Presidi Ospedalieri Territoriali

(POT) per prestazioni “ a media e bassa intensità per acuti e cronici” e i Presidi sociosanitari territoriali (PreSST) ad alta integrazione sociale, socio-sanitaria per la gestione delle “fragilità”. Fuori però sono rimasti i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta. Ma soprattutto fuori sono rimasti i Comuni e i loro servizi sociali, titolari della attività assistenziali.

É interessante sapere comunque quanti POT e quanti PreSSt siano stati attivati in Regione dal 2015 ad oggi.

In Lombardia, significativamente, le prime esperienze di riforma della sanità pubblica, partirono dalla istituzione dei Comitati/ConSORZI sanitari di zona (CSZ)- legge regionale 37 dicembre 1972, cui seguirono le Unità Socio Sanitarie Locali (USSL). In Lombardia, successivamente, a causa delle scelte di sanità pubblica operate dalle Giunte Formigoni ad oggi,

- i rapporti fra servizi di salute a base locale e i governi democratici delle comunità sono andati sempre più indebolendosi anche per la scelta di organizzare le attività sanitarie in Aziende di dimensioni sempre maggiori e, in scala, di Distretti sempre più grandi;
- i servizi di salute mentale dei DSMD che dovrebbero essere ospitali e aperti almeno 12 ore al giorno per 6 giorni la settimana in modo da facilitare gli accessi, le relazioni e la continuità delle relazioni con le persone utenti, hanno visto sempre più ridursi gli orari di apertura, diventando di fatto ambulatori che lavorano su appuntamento;
- la riduzione del numero degli operatori e l'elevato turn-over degli stessi produce la sopra citata rottura della continuità delle relazioni fra operatori dei CPS e le persone, con la conseguenza che le relazioni si concentrano sempre più sulla prescrizione e il controllo dell'assunzione dei farmaci;
- ancora molto diffusa è la pratica di legare i pazienti negli ospedali.

In Lombardia, dopo la separazione fra Aziende ospedaliere e Territori, i Dipartimenti di salute mentale sono stati collocati nelle Aziende ospedaliere, pur avendo (o dovendo avere) la stragrande maggioranza del lavoro e degli operatori impiegati nei territori. Va tenuto presente ancora che il lavoro per la salute mentale non si avvale di particolari tecnologie: è principalmente un lavoro di relazioni interpersonali, domiciliari, sociali e comunitarie con un forte protagonismo degli utenti e delle loro famiglie.

Di qui una serie di penalizzazioni:

- per l'appartenenza ad una organizzazione come quella ospedaliera caratterizzata da un forte “paternalismo medico” (io sanitario so quali sono le buone cure per il tuo bene), per di più fortemente condizionata dalle logiche aziendalistiche

- la debolezza/fragilità di punti di riferimento a forte integrazione sanitaria e sociale, strutturati e funzionanti 24 h su 24 nei luoghi di vita quotidiana delle persone con diagnosi psichiatrica.

Il lavoro per la salute mentale di un territorio, per sua natura un lavoro di prossimità, domiciliarità, necessita di un riferimento locale forte con cui confrontarsi per sostenere, favorire, accompagnare percorsi di integrazione, guarigione, liberazione. I Dipartimenti di Salute Mentale non si salvano da soli. Da tempo hanno bisogno di interloquire con le Regioni, ma soprattutto con i Sindaci per un nuovo protagonismo delle comunità e dei territori dentro nuove politiche istituzionali.

Bruno Benigni (1932-2015), aretino, uno dei protagonisti della costruzione del Servizio sanitario nazionale, si è battuto negli ultimi anni della sua vita per una radicale riorganizzazione del welfare locale e la creazione delle *Case della Salute*, presidi sanitari e sociali “elementari” di base, da istituirsi da parte delle Regioni d’intesa con i Comuni¹.

Egli lamentava il fatto che dal suo avvio, il Ssn, Regione per Regione, avesse concentrato, pressoché esclusivamente, attenzione, intelligenza e investimenti

¹Secondo Benigni, la Casa della salute, una ogni 5-15.000 abitanti, centro dinamico della comunità locale, doveva essere **un presidio socio-sanitario** collocato in uno spazio pubblico. La sua proposta prevede che la Casa della Salute ospiti:

- un’area amministrativa (segreteria studi medici, raccolta dati)
- un’area sportelli integrati (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizio sociale professionale, CUP)
- un’area prestazioni urgenti e donazioni (Pronto soccorso mobile h 24, attività prelievo, donazione sangue)
- un’area delle cure primarie (studi medici; telemedicina, servizi informatici, Guardia medica, Consultori)
- area degenze territoriali (Ospedale di Comunità per brevi degenze con infermieri h 24, medici medicina generale e pediatri, operatori socio-sanitari)
- area attività specialistiche (medici specialisti convenzionati e ospedalieri, medici medicina generale e pediatri)
- area tecnologie diagnostiche
- area attività riabilitative (piscine, palestra ecc.)
- area servizi sociali con una specifica unità operativa e forte raccordo con le associazioni del Terzo settore
- area attività sociosanitarie ad elevate integrazione sanitaria – Centro Diurno; ADI con propria dotazione di mezzi e proprio organico (medico di famiglia, infermiere, ass. Sociale, OTA, specialisti).

Bruno Benigni, *La casa della salute*, www.sossanita.it, agosto 2015

negli Ospedali, apportando importanti innovazioni, quali i Dipartimenti, organizzazioni interdisciplinari, che hanno sostituito la precedente organizzazione per Reparti monospecialistici.

Ma, anche dopo l'approvazione della legge 229/99 istitutiva del Distretto (per aree non inferiori a 60.000 abitanti) e della legge 328/2000, i servizi sociali e socio-sanitari di prossimità, in particolare quelli della medicina di famiglia, hanno continuato a vivere una condizione di frammentazione, isolamento, abbandono. Col risultato che nei territori manca un sistema integrato di risposte ai bisogni di salute e di cura in grado di vedere, riconoscere, accompagnare la persona nei suoi contesti di vita quotidiana.

Sono convinto che il lavoro per la salute mentale non ce la fa in Lombardia (ma non solo) se si limita a denunciare le povertà materiali, finanziarie, culturali che lo affliggono e se non pretende un forte, ricco, complesso riferimento socio-sanitario-assistenziale territoriale. Bisogna fare di tutto perché, come ci ha detto Bruno Benigni, Regioni e Comuni riprendano a confrontarsi sul diritto alla salute e mettere in discussione radicalmente un gigantismo sanitario aziendalista, opaco, senza partecipazione democratica, che non vede che la quasi totalità dei bisogni di cura della popolazione passa da un'area delle cure primarie in cui si è smesso di investire da decenni.

Mantova, 23 gennaio 2020