

**OSSERVAZIONI E PROPOSTE  
DEI DIPARTIMENTI SANITA' E WELFARE DEL PD BRESCIANO  
IN MERITO AL TESTO IN DISCUSSIONE**

**PDL 228 - Evoluzione Del Sistema Socio-Sanitario Lombardo**

**Art. 49 - Titolo III - Capo I  
Salute Mentale, Dipendenze e Benessere Psicologico**

La proposta di testo in discussione "**PDL 228 bis art 49 Titolo III - Capo I Norme in ambito di Salute Mentale, Dipendenze e Benessere Psicologico**" presenta una grave contraddizione di fondo: da un lato l'obiettivo dichiarato è affrontare il tema della cronicità e della territorialità con una visione diversa; dall'altro, l'enfasi rimane sui trattamenti acuti e sulle strutture residenziali, non declinando in modo coerente adeguati strumenti per il lavoro nel territorio, al di fuori delle strutture, in grado di valorizzare, promuovere e sviluppare una rete tra componenti sanitarie e socio-assistenziali.

Si sottolinea inoltre l'opportunità di precisare meglio la denominazione dell'area e, di conseguenza, del Dipartimento; si propone pertanto: "*Salute mentale, contrasto alle dipendenze e Benessere Psicologico*".

Di seguito alcune riflessioni più specifiche.

**Organizzazione**

Si condivide la scelta di un Dipartimento unico, segnalando la diffusa preoccupazione che l'entrata della NPIA e del SERT in un Dipartimento, unico con perdita delle autonomie attuali, possa portare ad una "scatola" governata dagli psichiatri, tanto più se universitari senza particolare conoscenza o interesse per il territorio. Non si ritiene invece necessaria l'istituzione delle UO di psicologi. C'erano ai tempi dell'ospedale psichiatrico, (a Brescia del famigerato Servizio 5) e nessuno sente nostalgia di quell'esperienza organizzativa (psicologi per primi) che per anni ha interferito nella costituzione di equipe funzionanti all'interno delle quali gli psicologi erano presenti ma erano coordinati da un apicale che non aveva un rapporto diretto con i vari servizi. Che gli psicologi possano avere un riferimento organizzativo può essere logico ma che debba essere una UO sembra una scelta orientata solo a istituire nuovamente un primariato per qualche psicologo: la realtà dei servizi di psicologia territoriali è poi così articolata e diversificata fra strutture pubbliche e private che non si comprende come possa fare riferimento ad un unico apicale.

## Dimensioni

Nella nuova configurazione l'ASST ha dimensioni geografiche (per l'ASST di Brescia dalla Valtrompia a Remedello, da Carpenedolo a Gussago) che non consentono gestibilità, rapporti di prossimità e reale presa in carico.

Una "unità territoriale base" che consenta una programmazione effettiva, verificabile ed interventi costruiti realmente sui bisogni delle comunità locali dovrebbe avere le caratteristiche di seguito descritte.

Di norma i CPS seguono un bacino di popolazione attorno ai 100.000 abitanti che potrebbe essere indicativamente 1-2 degli ex distretti del contesto bresciano.

Un territorio geograficamente definito in questo modo ha una serie di soggetti erogatori di prestazioni dell'area salute mentale (CPS, Comunità residenziali, SerT, Servizi per l'adolescenza, etc.) che potrebbero ritrovarsi insieme nei "tavoli territoriali distrettuali" già previsti dall'ultimo Progetto Regionale Salute Mentale che di fatto sono stati pochissimo convocati perché "fagocitati" dall'Organismo di Coordinamento per la Salute Mentale" (OCSM) a gestione ASL e trasversale alle AO Brescia, Chiari e Desenzano.

Il giudizio sul lavoro svolto dall'OCSM (e dalle logiche che lo hanno animato) non può che essere critico. Gli OCSM hanno lavorato nei territori prevalentemente su mandato ed obiettivi decisi a livello regionale e quindi senza un ascolto reale dei bisogni delle comunità locali. Si è lavorato prevalentemente sulla residenzialità, dando pareri spesso favorevoli alle richieste del privato-sociale di apertura di comunità o ampliamento dei posti-letto senza mai esprimere una posizione a favore del lavoro territoriale in alternativa alla risposta ospedaliera o comunitaria.

Si è assistito -sostanzialmente nel silenzio di tutti coloro che potevano dire qualcosa in merito- ad un progressivo impoverimento di risorse (numero di operatori, risorse per la formazione, etc.) dei servizi territoriali che hanno assunto una prevalente funzione ambulatoriale abdicando -di necessità- al ruolo di "asse portante" delle attività dei DSM come previsto dalle normative sull'argomento nella progettazione di interventi e nella presa in carico dei casi gravi.

Servizi territoriali "deboli" hanno di fatto favorito il crescere smisurato della risposta residenziale ed ospedaliera per rispondere alla gestione clinica e riabilitativa dei casi gravi. Questo ha comportato una crescita della spesa "verso le strutture" e "lontano dai territori e dalle comunità locali".

In questo contesto, il meccanismo dell'accreditamento delle singole strutture con contratti annuali blocca e cristallizza le risorse per la salute mentale e mantiene le strutture territoriali (Centri Psico-Sociali e Centri Diurni) in uno stato di sofferenza ormai cronica.

Ad ulteriore conferma di una scarsa attenzione al cosiddetto territorio, si fa presente che a fronte di un'attenzione quasi ossessiva ai criteri di accreditamento per le strutture residenziali, i criteri di accreditamento per i CPS non sono mai stati definiti con chiarezza (quanti psichiatri e psicologi devono lavorare in un CPS che segue 100 mila abitanti? Non si sa di preciso...e come conseguenza in questi anni le AO non hanno più fatto concorsi per psicologi per i DSM e l'offerta di trattamenti psicologici -a fronte di dati di evidenze

scientifiche crescenti sulla loro efficacia- si è paurosamente impoverita, lasciando campo aperto di fatto alla gestione farmacologica per ogni tipo di disagio psichiatrico).

Sempre a livello di OCSM, I pochi tentativi di creare collaborazione fra gli attori locali hanno avuto effetti paradossalmente inutili: il protocollo di collaborazione fra DSM e MMG per la gestione dei disturbi emotivi comuni ne è un esempio abbastanza chiaro.

L'esperienza di un OCSM mastodontico, provinciale, che risponde a mandati regionali e del tutto avulso dalla realtà e dalla operatività dei servizi del territorio delle singole AO, è risultata una scelta perdente.

La proposta è di concentrarsi sulle dimensioni di un bacino di utenza di 100.000 abitanti o di un ambito distrettuale: questo potrebbe essere il campo d'azione in cui dare significato alla presa in carico, al prendersi cura, al valorizzare le risorse locali, al protagonismo degli utenti, alla coproduzione dei servizi.

### **Budget di Salute**

E' uno strumento previsto e che si condivide. Nell'applicazione potrebbe essere che le risorse vengano gestite a livello di ambito infra-distrettuale, partendo da una ripartizione di un budget per percorsi di cura alla cui determinazione concorrono una serie di soggetti accreditati del territorio in grado di offrire prestazioni, funzioni, risorse che i piani di trattamento individualizzati codificano con una progettazione coprodotta fra utenti, servizi e comunità locali.

In varie realtà territoriali italiane (Trieste, Biella, Bologna, etc.) sono in corso da tempo esperienze di progettazione attraverso i budget di salute e potrebbero offrire spunti interessanti per approfondimenti e sperimentazioni.

Se il rapporto di presa in carico si attua ad un livello territoriale "micro", comunque contenuto all'interno del perimetro delle UOP (che potrebbero quindi essere attori di uno o due ambiti distrettuali), il DSM potrebbe mantenere un ruolo per la formazione, per la definizione dei percorsi di cura e per la facilitazione della collaborazione fra le UO dei SerT, NPIA, etc.

In questa ipotesi i responsabili di UOP si troverebbero ad avere voce in capitolo maggiore di adesso nella gestione del budget non tanto e non solo nel rapporto con la DG della ASST ma anche con tutti gli altri soggetti del territorio che si ritrovano nel Tavolo distrettuale.

Il Direttore del Dipartimento sarebbe quindi una specie di "primus inter pares" con una funzione di facilitazione del lavoro delle singole UOP e questo forse potrebbe aiutare a superare i timori che una disciplina possa diventare egemone sulle altre e con una funzione di valutazione dei piani economici delle UOP rendendoli congruenti con le risorse/esigenze delle ASST.

## **Funzionamento**

Se si vogliono CPS aperti sulle 24 ore, che facciano in modo importante progettazione di interventi, rispondano alle urgenze territoriali, etc. sono richiesti adeguamenti di organico importanti di tutte le figure professionali (medici, psicologi, assistenti sociali, infermieri, educatori) ed in servizi coprodotti anche il ruolo di utenti e famigliari esperti può trovare una collocazione in linea con esperienze che a livello internazionale e nazionale sono già in essere.

E' però anche importante definire i contenuti del lavoro dei servizi che non può fermarsi a slogan poco chiari o mistificanti: ridurre i ricoveri, favorire l'inserimento sociale, servizi aperti, etc. sono tutte affermazioni che vanno declinati all'interno di modelli di intervento e di relazioni con gli utenti che vanno esplicitati bene.

Ci sono temi che stanno attraversando il settore della salute mentale che sono ineludibili anche in termini di organizzazione dei servizi.

Consideriamo importanti offrire interventi basati sulle evidenze? Se sì, tutti o solo alcuni? Chi non è in grado di offrirli mantiene l'accreditamento oppure no?

Le terapie farmacologiche sono oggetto di una revisione critica che sta mettendo in discussione gran parte delle "certezze" che l'industria e l'accademia hanno contribuito a diffondere rendendole prassi operative di gran parte dei servizi: si decide di andare avanti così o si fa una riflessione seria su che cosa significa l'integrazione di interventi biologici e psicosociali? Oppure si lascia questo argomento molto delicato solo all'Università o a società scientifiche delle quali si sa poco in termini di conflitto di interessi?

Il tema della recovery e della coproduzione sono paradigmi emergenti a livello internazionale: come e quanto si vuole tenerne conto?

Inoltre: l'ATS proseguirà nella logica del controllo esercitata dall'ASL in questi anni oppure avrà una funzione di supporto a disegnare percorsi di cura reali e a monitorarli correttamente?

In Inghilterra dove sono già stati affrontati con qualche anno di anticipo i problemi che abbiamo all'ordine del giorno, si è deciso di semplificare l'apparato regolatorio costruito negli anni precedenti ("Liberating the NHS", è uno dei mandati ai nuovi servizi pubblici sanitari) e di andare verso un "commissioning" vicino alle comunità locali.

La "logica dei controlli", per quanto necessaria con finalità di accountability, ha tuttavia portato ad una erosione di contenuti professionali, creatività, progettualità nei servizi che si sono orientati alla "compliance" dei mandati degli enti controllori e di verifica: riuscire a trovare un modello che sappia valorizzare innovazione e adesione agli standard e riportare al centro del lavoro i contenuti del sapere professionale ed esperienziale.

## **Il “whole-life-approach”**

In una dimensione “whole-life-approach” il Dipartimento unico dovrebbe comprendere anche la psicogeriatría attualmente gestita sostanzialmente dai privati (con le urgenze lasciate al servizio pubblico) e l’area psicologico/consuloriale che adesso è “spalmata” fra servizi pubblici e privati.

Inoltre, tenuto conto dell’insieme di tutte le età e di tutte le possibili espressioni del disagio mentale, è importante anche la gestione delle urgenze e delle acuzie.

Non può essere che alla psichiatria vengano chiesti servizi 24 ore mentre per i SerT e gli altri servizi accessi specifici e separati dalle 8 alle 17 mentre per il resto della giornata ricorso agli psichiatri nei Pronto Soccorso. Sarebbe un principio importante per un sistema sanitario che dice di volere prendersi cura: nello stesso dipartimento condividere la gestione dell'urgenza.

## **UONPIA**

Per quanto concerne l’UONPIA, si condivide l’aspetto della promozione della salute mentale in tutte le età della vita e l’integrazione tra i servizi, ma si ritiene che vi siano alcune criticità rilevanti e non si ritiene opportuna l’annessione al “maxidipartimento”.

Le UONPIA garantiscono la prevenzione, la diagnosi, la cura, la presa in carico e la riabilitazione dei disturbi neurologici e neuropsicologici e psichiatrici dell’Infanzia e dell’Adolescenza, incluso l’ambito della disabilità e del supporto all’inclusione scolastica mentre la riforma invece è molto centrata sull’ambito psichiatrico e sull’età adulta, con il rischio di un pericoloso appiattimento su di esse. La maggior parte delle attività dell’UONPIA si svolge in stretto raccordo con l’ambito pediatrico, in un’ottica che vede il bambino e l’adolescente al centro di un sistema di cura attento alle specificità dello sviluppo e che coinvolge in pieno le famiglie e i contesti di vita. Per questo risultarebbe preferibile l’annessione al Dipartimento Materno Infantile.

## **Autismo**

Si ritiene non opportuno normare con legge in materia di “prevenzione, cura, riabilitazione delle persone affette da disturbi pervasivi dello sviluppo, in particolare dello spettro autistico e di sostegno e assistenza per le loro famiglie”. Non compete infatti ad una legge definire il metodo di trattamento (ABA, nel caso specifico), che potrebbe variare nel tempo ed essere anche superato. Tale metodo, prettamente educativo, richiede peraltro un’intensità di trattamento (pressoché quotidiana) non attuabile nei servizi pubblici con le risorse attuali. Se non vengono attribuite le risorse necessarie per la formazione degli operatori e per la sua implementazione viene da pensare che questo articolo di legge nasconda la volontà di consegnare ai privati accreditati la riabilitazione delle persone affette da disturbi dello spettro autistico.