



Ordine Regionale degli Psicologi della Basilicata

Prot. N° 2010-0000596

Potenza, **23 Luglio 2010**

Cat. **G** Rif. -

RACCOMANDATA

(anticipata mezzo fax ed email)



Dr. Attilio Martorano
Assessore Sanità, Sicurezza e
Solidarietà Sociale Regione Basilicata
Via Vincenzo Verrastro
85100 – POTENZA

Dr. Rocco Vita
Presidente IV Commissione "Politiche Sociali"
Consiglio Regionale di Basilicata
Via Vincenzo Verrastro
85100 – POTENZA

A tutti i Componenti della IV Commissione
"Politiche Sociali"
C/O Consiglio Regionale della Basilicata
Via Vincenzo Verrastro
85100 – POTENZA

Dr. Pietro Quinto
Direttore Generale
Dipartimento Sanità,
Sicurezza e Solidarietà Sociale
Via Vincenzo Verrastro
85100 – POTENZA

Dr.ssa Lucia Colicelli
Dirigente Ufficio Gestione Interventi
Assistenziali, Socio-Sanitari e di Solidarietà Sociale
Dipartimento Sanità, Sicurezza e
Solidarietà Sociale Regione Basilicata
Via Vincenzo Verrastro
85100 – POTENZA



Oggetto: Documento del Consiglio Direttivo dell'Ordine Regionale degli Psicologi della Basilicata redatto dal Consigliere delegato Dr. Giovanni Razza contenente una "**Proposta operativa per una collaborazione forte tra Sociale e Sanitario**"

.....Quando facciamo riferimento, nella nostra riflessione, alla salute mentale di comunità, non possiamo non tenere conto dell'aspetto etico del nostro lavoro. Ho scelto il termine "comunità" perché questo fa riferimento ad un bene comune che deve essere perseguito nella diversità o addirittura nel conflitto. Il concetto di comunità sintetizza, inoltre, l'idea, nell'ambito della salute mentale, che il paziente, la sua famiglia non sono portatori di problemi, ma anche di risorse da utilizzare e valorizzare; l'idea che è necessario potenziare la comunità affinché i più deboli possano trovare opportunità per loro; l'idea che il livello formale ed informale delle reti sociali siano integrati in un unico obiettivo; quello di prendersi cura di..... Questi complessi processi, spesso faticosi, a tratti frammentari, diventano formidabili fattori di mutamento di situazioni stagnanti, stimolo di volontà impigrite, pungolo d'intelligenze sonnacchiose. Insomma possono obbligarci a volare.....

Ancora oggi, sulla scia di una tendenza epistemologica mirata alla definizione di ambiti specifici d'intervento, si assiste a continue "**spartizioni**" di competenze tra area prettamente **sanitaria** ed un'altra, molto meno delineata, **sociale**. La medesima tendenza conduce anche a distinzioni tra momento diagnostico, terapeutico, ergoterapeutico, risocializzante e lavorativo, producendo spesso una gran confusione sia a livello programmatico che di figure professionali, lasciando scoperte delle "**terre di nessuno**" (vuoti istituzionali) che si collocano tra il versante sanitario e quello sociale. Tutta questa situazione aumenta notevolmente le difficoltà dell'intervento terapeutico, con il continuo pericolo d'incoerenze e di perdita di controllo delle variabili intervenienti rispetto al contesto, arrivando a produrre il fenomeno della cosiddetta "**disabilità secondaria**" (classificazione legata alle risposte istituzionali tracciata da Jablenski per l'O.M.S. nel 1980).

L'entrata in vigore della Legge 180 nel 1978 ha determinato sostanziali cambiamenti nel mondo dell'assistenza psichiatrica: gli Ospedali Psichiatrici sono stati progressivamente chiusi e si è passati a modalità di assistenza di tipo comunitario, residenziale, semiresidenziale e domiciliare. L'attività domiciliare non è stata realizzata perché essa richiede un impegno organizzativo maggiore e la creazione di una "**rete**" tra diversi servizi ed operatori.

Tutti gli atti legislativi nazionali e regionali, tutti i Piani Sanitari e gli Atti di Indirizzo degli ultimi dieci anni hanno sempre richiamato l'attenzione sull'importanza tra l'integrazione tra i servizi sanitari e socio-assistenziali. Lo stesso DPR 10 novembre 1999, *Progetto Obiettivo per la Tutela della Salute Mentale*, richiama più volte l'importanza sulla creazione di reti, collaborazioni, integrazioni, tra



dimensione sanitaria e dimensione sociale, tra servizi sanitari per la salute mentale e servizi socio-assistenziali.

In queste poche pagine si è scelto di dare corpo all'idea di convergenza tra "Salute mentale, assistenza psichiatrica e bisogni sociali", affrontando i rapporti di collaborazione in essere e da costruire tra i Servizi per la Salute Mentale ed i Servizi Sociali presenti sul territorio della Basilicata.

A partire dalle innovazioni legislative fine anni '90, il tema dell'integrazione è diventato centrale, anche a seguito delle continue sollecitazioni dei programmi comunitari che ne hanno fatto un criterio dirimente e distintivo.

Intuitivamente sappiamo che integrare significa più cose:

- fare sistema;
- evitare sprechi di risorse;
- evitare incoerenze, eccessi di duplicazione;
- riconoscere problemi emergenti ancora senza adeguata risposta istituzionale;
- prestare maggiore attenzione ad efficienza ed efficacia,
- monitorare l'appropriatezza delle prestazioni;
- focalizzare l'attenzione sul fruitore finale, nella cui esperienza alla fine si integrano, come stati di benessere, tutti gli apporti specifici dei servizi sociali e socio-sanitari.

Il compito consiste nel passaggio dalla frammentazione a una strategia di intrecci, miscele, ibridi convergenti verso i criteri guida dell'integrazione sociale, della coesione, del benessere o star bene individuale e collettivo.

Nel presentare queste sommarie considerazioni, con riferimento alle tematiche della salute mentale, alle problematiche connesse all'assistenza psichiatrica ed ai bisogni sociali, richiamo due azioni fondamentali. Su queste due azioni, opportunamente tarate sulla realtà della Basilicata, s'intende far convergere, tenendo in debita considerazione le rispettive competenze, le attività programmatiche ed operative tra i servizi sanitari e quelli territoriali socio-assistenziali, al fine di dare alla popolazione risposte convergenti e che siano ben visibili:

- in tema di promozione e protezione della salute mentale;
- in risposta al disagio soprattutto a quello grave che implica importanti difficoltà nei rapporti interpersonali e nello svolgimento dei ruoli sociali abituali.

In accordo con il piano sanitario nazionale, tutti i soggetti e le istituzioni che, a vario titolo, concorrono alla tutela della salute mentale devono, con azioni complementari e coordinate, perseguire i seguenti principali obiettivi di salute:



- a. promozione della salute mentale nell'intero ciclo di vita, anche all'interno di programmi di medicina preventiva e di educazione sanitaria svolti dalle Aziende Sanitarie e/o dalle Pubbliche Amministrazioni ponendo particolare attenzione alle situazioni riconosciute a rischio sia personale che sociale (fascia d'età, condizione lavorativa - mobbing, popolazione di recente immigrazione etc.);
- b. prevenzione e cura dei disturbi mentali con particolare attenzione ai pazienti gravi alle fasce sociali più deboli, alla popolazione di recente immigrazione, alla popolazione giovane attraverso l'individuazione precoce delle situazioni di disagio e di disturbo e l'attivazione di tempestivi ed idonei interventi diagnostici e terapeutico-preventivi;
- c. riduzione delle conseguenze disabilitanti da considerarsi come risultante del rapporto della persona sofferente con il suo contesto sociale (micro e macro) con interventi mirati alla ricostruzione del tessuto affettivo, relazionale e sociale e all'attivazione o riattivazione di reti sociali e di risorse della persona sofferente e del contesto di appartenenza;
- d. salvaguardia della salute e della qualità di vita del nucleo familiare del paziente da considerare come risorsa fondamentale nel processo di cura;
- e. riduzione dei suicidi e dei mancati suicidi nella popolazione a rischio per specifiche patologie psichiatriche e/o per appartenenza a fasce di età particolarmente esposte (adolescenti/anziani).

Nell'attuale fase di profonda riorganizzazione di tutta la Sanità Regionale nella quale svolgono un ruolo incisivo la necessità di confrontare le specifiche esigenze di salute mentale con le risorse finanziarie disponibili e di assicurare livelli essenziali ed uniformi di assistenza nel rispetto dei principi della dignità della persona, dell'equità nell'accesso all'assistenza, nella qualità delle cure e della loro appropriatezza è necessario ottimizzare l'organizzazione e il coordinamento dei servizi deputati alla tutela della salute mentale all'interno del DSM e tra questo e gli altri servizi sanitari dell'Azienda. Si tratta anche di definire, a livello regionale e aziendale, *"strategie innovative che abbiano le caratteristiche di patto per la salute mentale stipulato tra molteplici attori (sanitari e sociali, pubblici e privati, enti locali, associazioni, risorse del territorio, consulte dipartimentali) volto alla valorizzazione e moltiplicazione delle risorse umane, materiali, territoriali"*.

Le attività, i servizi, le strutture dei DSM devono dare priorità alle attività di promozione, prevenzione, cura e riabilitazione nel campo della salute mentale nel territorio regionale con lo scopo di evitare fenomeni di abbandono, di interventi inappropriati, di nuove forme di emarginazione e di eccessivo carico familiare.

A questo fine occorre:



- a. sviluppo e potenziamento della capacità di accoglienza dei DSM sia per quanto riguarda le attività del CSM (da implementare) sia, in particolare, aumentando la disponibilità di posti letto nei SPDC e i posti di accoglienza nelle diverse tipologie delle strutture residenziali, favorendo l'inserimento nei Centri Diurni (da attivare) delle persone con disturbi mentali gravi (con l'obiettivo, tra l'altro, di ridurre il numero di recidive nella popolazione a rischio);
- b. attivazione e valutazione dei Centri Diurni per i disturbi dell'età evolutiva nella prospettiva di costruire una rete integrata di servizi per l'erogazione di prestazioni finalizzate all'età evolutiva;
- c. programma specifico che prevede iniziative di preformazione, formazione, tirocini di lavoro per favorire l'inserimento lavorativo in applicazione della legge 68/99, e per la creazione di nuove cooperative sociali di tipo B e il potenziamento imprenditoriale di quelle già esistenti, l'utilizzazione dei fondi comunitari destinati a tale scopo e l'istituzione di un'**Agenzia regionale per l'impresa sociale salute mentale** con funzioni di consultazione e supporto e promozione delle attività di formazione e d'inserimento lavorativo in coordinamento con altri servizi e agenzie del settore;
- d. programma di interventi rivolti a situazioni di non collaborazione che interessano soggetti con disturbi gravi attraverso:
 - la creazione e l'utilizzazione di linee guida regionali;
 - la definizione del protocollo operativo con il sistema di emergenza regionale (118);
 - disposizioni regionali per una corretta esecuzione dei TSO.L'obiettivo (specifico) è di evitare forme nuove e vecchie di emarginazione, abbandono, improprio carico familiare, processi d'invalidazione di cronicizzazione e di perdita di competenze;
- e. programma di aiuto e di sostegno alle famiglie con l'attivazione di specifici progetti, la costituzione ed il funzionamento delle consulte dipartimentali, la partecipazione delle Associazioni dei familiari a tutte le iniziative regionali e aziendali inerenti aspetti di programmazione e valutazione in ambito di salute mentale. È necessario mettere in atto in ogni DSM iniziative e strategie di "**empowerment**" che promuovono e sostengono gruppi di auto-mutuo-aiuto composti da utenti e/o familiari e associazioni di utenti come punto di confluenza e aggregazione dei gruppi. L'obiettivo generale è ridurre il carico familiare, evitare meccanismi di rifiuto e di espulsione dal nucleo familiare. Obiettivo specifico è migliorare la qualità della vita di tutto il nucleo familiare;
- f. programma promozione e d'informazione rivolto alla popolazione in generale, alla popolazione scolastica e alle categorie di cittadini che per la loro professione e ruolo possono svolgere funzioni di moltiplicatori (medici di base, insegnanti, vigili urbani, polizia di stato, operatori sociali etc.) per promuovere campagne di prevenzione, per diminuire i pregiudizi sulla malattia mentale, favorire

- atteggiamenti di accettazione, evitare fenomeni espulsivi, facilitare l'accesso mirato ai servizi del DSM, promuovere la costituzione di Associazioni di volontariato sui problemi della salute mentale;
- g. programma specifico per la tutela della salute mentale della popolazione in stato di detenzione per favorire il rientro nel proprio contesto sociale e l'affidamento al DSM territorialmente competente della popolazione internata negli OPG secondo piani d'intervento da concordare con la Direzione Generale competente del Ministero di Grazia e Giustizia;
- h. progetti concordati con i distretti sanitari di riferimento e con i servizi socio-assistenziali in collaborazione con le associazioni di volontariato e con i medici di medicina generale per sviluppare programmi di prevenzione, cura e riabilitazione, sia su singoli utenti sia su fasce di popolazione, nei quali il DSM gioca la funzione di moltiplicatore di risorse.

La protezione e la promozione, della salute mentale e l'offerta di servizi attenti a prendersi cura del disagio psichico, considerato nella sua giusta dimensione comunitaria, costituisce da sempre uno degli obiettivi ritenuti prioritari dall'OMS per dare corso a corrette e complessive politiche di salute.

Nel Suo documento fondamentale *"La strategia della salute per tutti entro l'anno 2000"* l'obiettivo 12 è riferito alla "Riduzione dei disturbi mentali e dei suicidi".

Secondo l'OMS tale obiettivo può essere raggiunto attraverso:

- il miglioramento dei fattori sociali che causano tensioni, come la disoccupazione e l'emarginazione sociale;
- il miglioramento dell'accesso ad interventi di sostegno che mettano in grado la popolazione di affrontare gli eventi e le situazioni che provocano angoscia e stress;
- il miglioramento degli interventi a favore dei soggetti affetti da turbe mentali e di coloro che, in modo formale o informale, si prendono cura di essi, in particolare di coloro che sono affetti da demenza;
- l'organizzazione di servizi integrati di salute mentale basati sulle comunità locali e con il coinvolgimento dei servizi sanitari di base;
- la realizzazione di iniziative specifiche finalizzate alla prevenzione dei comportamenti dannosi per la salute come l'abuso di sostanze pericolose;
- programmi volti alla prevenzione del suicidio.

Da questa relazione risultano due azioni strategiche su cui investire con l'obiettivo di ridurre incidenza e prevalenza dei disturbi mentali e dei suicidi.



1. La prima azione è volta alla popolazione generale ed è finalizzata ad alleviare e/o a risolvere le situazioni che sono fonte di tensione sociale, interpersonale e personale.
2. La seconda azione è volta a qualificare l'offerta di prestazioni ai soggetti affetti da turbe mentali, ai loro familiari e a quanti se ne prendono cura, attraverso Servizi di Salute Mentale radicati a livello territoriale, espressione di sinergie diffuse con le risorse che la comunità esprime, a partire dai servizi sanitari di base e dalle municipalità.

E' evidente che le due azioni sono pensate e indicate come tra loro strettamente correlate e interdipendenti e in tal senso vanno proposte e realizzate.

I principali ambiti di collaborazione tra servizi sanitari e socio-assistenziali vanno ricondotti alle due azioni fondamentali dell'OMS con i seguenti obiettivi

Obiettivo generale.

Miglioramento della qualità complessiva delle relazioni sociali, interpersonali e personali, in quanto determinanti di salute mentale, concernenti la popolazione generale.

Obiettivi specifici.

- mettere in rete le disponibilità e le risorse di persone fisiche e di gruppi variamente organizzati e rappresentativi dei mondi istituzionali, del privato sociale (no profit), economici, culturali e del volontariato;
- promuovere, per il tramite di questa rete, iniziative volte a informare tutta la popolazione sull'esistenza dell'azione e a sensibilizzarla circa la tematica del disturbo mentale;
- promuovere, per il tramite di questa rete, iniziative concrete volte a coinvolgere ogni anno direttamente tutte le persone che presentano un bisogno di salute mentale, rappresentanti una quota parte significativa della popolazione;
- finalizzare tutte le iniziative al miglioramento della qualità complessiva delle relazioni sociali, interpersonali e personali concernenti la popolazione generale, in quanto determinanti di salute mentale.

L'azione persegue obiettivi di prevenzione primaria in termini di miglioramento della qualità di vita dei cittadini e delle loro famiglie, e di riduzione del disagio psico-sociale, attraverso l'assistenza a domicilio. Attraverso quest'attività di prevenzione primaria si attua un processo di razionalizzazione delle risorse pubbliche in quanto, a fronte di un investimento iniziale, col tempo con quest'azione si



prevencono e riducono le acuzie, i ricoveri, le lungodegenze residenziali e/o semiresidenziali ed i suicidi.

L'azione si dovrà avvalere di un sostegno forte da parte del privato sociale, in termini di promozione nel momento dell'avvio, e di una partnership chiara con il Comune (tramite gli Uffici Socio Assistenziali), quindi del territorio. Successivamente l'attività deve diventare proprietà fortemente condivisa da parte delle rappresentanze variamente organizzate della popolazione generale del territorio.

In relazione a questa azione è interessante anche il documento dell'OMS sulla "Salute per tutti nel XXI secolo", che si occupa di miglioramento della salute mentale.

In particolare appare significativo riprendere questi passaggi:

"Migliorare la salute mentale ed in particolare ridurre i suicidi, richiede attenzione alla promozione e alla protezione della salute per tutta la vita, particolarmente nei gruppi socialmente ed economicamente svantaggiati.

Definire bene programmi di salute da realizzarsi negli ambienti di vita e di lavoro può aiutare la popolazione a migliorare il senso della propria identità, a costruire e mantenere relazioni sociali di reciproco aiuto, a superare le situazioni e gli eventi stressanti".

Per rendere operativa tale azione sarà individuata un'unità di lavoro Sanitaria/Sociale all'interno degli Uffici di Piano al fine di approfondire e definire gli strumenti di lavoro, la metodologia di riferimento, gli indicatori di processo e i reciproci ambiti di competenza.

Obiettivo generale.

Qualificazione/ottimizzazione delle prestazioni dei servizi nei confronti delle persone portatrici di disagio psichico grave in presenza di difficoltà significative nei rapporti interpersonali e sociali e dei loro familiari.

Obiettivi specifici.

- Presa in carico congiunta (sanitaria/socio-assistenziale) delle situazioni di utenti in cui sono compresenti problematiche psichiatriche e bisogni socio-assistenziali significativi;
- Definizione e gestione di un circuito di "residenzialità protetta", al domicilio dell'utente, per situazioni a prevalente bisogno assistenziale in cui sono presenti problematiche psichiatriche tali da non richiedere l'inserimento in specifiche strutture sanitarie.
- Collaborazione strutturata nelle aree di utenza a particolare debolezza psico-sociale (senza dimora, senza famiglie, etc.) e nelle situazioni multiproblematiche (disagio psichico + disagio sociale + uso

di sostanze -doppia diagnosi-, etc).

- Implementazione del progetto di reinserimento sociale, finalizzato al coinvolgimento sulle tematiche del disagio psichico delle rappresentanze significative del territorio e dei suoi opinion leader e ad una maggiore accettazione della persona problematica e della sua famiglia da parte delle reti informali della comunità.
- Definizione di un progetto organico finalizzato a offrire occasioni occupazionali e lavorative stabili nel tempo a utenti che incontrano difficoltà significative di inserimento nel mondo del lavoro in relazione a problematiche di ordine psichiatrico e sociale, comunque d'intesa con i competenti Centri per l'impiego e con le rappresentanze del mondo del lavoro, quindi guidare ed inserirli nel mondo del lavoro costituendo Cooperative di tipo B.

La strategia d'intervento proposta nel "Progetto Obiettivo – Tutela della Salute Mentale" ha fornito un quadro di riferimento determinante, per dare finalmente avvio ad una riorganizzazione sistematica dei servizi deputati all'assistenza psichiatrica.

Gli aspetti più significativi possono riassumersi nei seguenti:

....Viene ritenuto adeguato un impegno di risorse finanziarie a favore delle attività complessive del Dipartimento di Salute Mentale non inferiore al 5% del Fondo Sanitario Regionale. In sede locale tale parametro dovrà essere commisurato alle risorse esistenti ed agli obiettivi di piano delle singole AUSL. Dovranno da altre fonti trovare finanziamento le spese in conto capitale relative ai piani di sviluppo di strutture così come individuati dal PON e dagli obiettivi regionali, anche in relazione al definitivo superamento degli ex-OP.

.....Il DSM è Centro di Responsabilità (CdR) e di Costo (CdC) con all'interno altri Centri di Costo. Al DSM sono assegnate specifiche risorse economiche, strutturali, di personale. L'utilizzo delle risorse è programmato in maniera omogenea per le finalità proprie della tutela della salute mentale. La gestione e il controllo di gestione delle risorse è unitario tramite la Direzione del DSM. Il budget del DSM viene negoziato, sulla base di quanto stabilito in proposito dalla normativa regionale, dal Direttore del DSM con la Direzione Generale dell'AUSL, in funzione degli obiettivi prefissati, previa valutazione dei risultati raggiunti.

È opportuno che, al fine di incentivare un completo e corretto uso delle risorse disponibili in termini di recupero insieme di efficienza e di appropriatezza, in sede di contrattazione di budget vengano tenuti in debito conto quegli elementi atti ad attribuire un valore al prodotto-prestazione e ad introdurre un rapporto tra il valore del prodotto e quello delle risorse impiegate per produrlo.

...Il DSM ha tendenzialmente un organico di almeno un operatore ogni 1500 abitanti. In tale rapporto sono compresi medici psichiatri, psicologi, infermieri, caposala, DAI, assistenti sociali, terapisti occupazionali, terapisti della riabilitazione psichiatrica e psicosociale, sociologi, educatori, ausiliari o OTA.

Il DSM ha un'unica pianta organica al fine di salvaguardare la continuità terapeutica e l'unitarietà dell'intervento, di contrastare gli episodi di drop-out dell'utenza, di programmare una formazione finalizzata agli obiettivi individuati dall'AUSL nel campo della salute mentale, di favorire l'integrazione delle professionalità, di attuare l'istituto della mobilità interna al DSM come arricchimento professionale.

.....La direzione del dipartimento provvede alla stesura e relativa diffusione della parte riguardante i servizi di salute mentale della **carta dei servizi** dell'azienda di appartenenza. La carta dei servizi comprende come minimo:

- la descrizione delle strutture presenti, con modalità di accesso e orari;
- la descrizione delle priorità del DSM e delle principali attività svolte;
- l'indicazione dei responsabili;
- le modalità di segnalazione dei reclami e l'impegno a dare loro risposta;
- l'indicazione dei tempi di attesa prevedibili;
- i costi per gli utenti;
- l'impegno del DSM a stabilire rapporti di collaborazione con le associazioni dei familiari, degli utenti e del volontariato.

I dati conoscitivi disponibili consentono di affermare che, pur con differenti gradi di realizzazione, in BASILICATA il processo di riorganizzazione dell'assistenza psichiatrica in età adulta, secondo il modello dipartimentale è indiscutibilmente avviato. Il processo di superamento dell'Ex-Ospedale Psichiatrico Privato "Casa della Divina Provvidenza – Don Uva" di Potenza, è stato concluso nell'estate del 1999.

A fronte di tali positivi cambiamenti, occorre tuttavia segnalare alcuni aspetti, tuttora problematici, che devono essere affrontati;

Come previsto nei Progetti Obiettivi - Tutela della Salute Mentale 1994/96 e 1998/2000, e nella D.G.R. n. 3298 del 23/05/97 "Linee Guida per l'organizzazione del DSM", il modello organizzativo

dipartimentale si conferma come il più idoneo a garantire l'unitarietà degli interventi e la continuità terapeutica, come indicato anche dal Piano Sanitario Nazionale.

Esiste l'esigenza forte di avviare il Progetto partendo da una riorganizzazione strutturale dei DSM presenti in Regione, che possa offrire la possibilità di trasformare l'ottica di intervento dei servizi della salute mentale; ovvero passare da un'ottica essenzialmente ambulatoriale ed ospedalocentrica ad un'ottica invece di forte presenza e responsabilizzazione rispetto a un dato territorio.

L'organizzazione che sarà importante dare ai DSM regionali sarà quello di una nuova cultura che dovrà contribuire al passaggio da un lavoro "**sul territorio**" a quello "**nel territorio**", così da rendere possibile per le persone l'utilizzo non solo delle risorse formali (i servizi), ma sempre più delle risorse informali (la comunità).

Alcuni degli aspetti problematici, che coinvolgono i Dipartimenti di Salute Mentale delle ex Aziende UU.SS.LL. della BASILICATA , sono:

- ✚ incompleta attivazione di tutte le strutture costitutive dei DSM previste dal Progetto Nazionale ; mancata assegnazione del budget, pari almeno al 5% del F.S.N. (Standard previsto a livello Nazionale) per le attività dei DSM;
- ✚ notevoli carenze di risorse umane e materiali, con totale assenza di alcune figure professionali specifiche per la salute mentale
- ✚ presenza di situazioni di eccessivo turnover del personale, con conseguenze negative per la continuità terapeutica;
- ✚ disomogenea distribuzione dei Servizi sul territorio, legata anche alla vastità dello stesso, con prevalenza di piccoli comuni, dispersi e mal collegati e, conseguentemente, l'assenza di una rete completa ed integrata di servizi;
- ✚ scarsa attenzione alla presenza di disturbi mentali nelle carceri e la mancanza di alternative al ricovero in O.P.G.;
- ✚ dotazione di posti-letto residenziali superiore agli standard nazionali, per assistenza impropria ad utenti disabili e geriatrici, ereditati dal cosiddetto "residuo manicomiale" a causa della ridotta attivazione di R.S.A.
- ✚ scarse alternative alla residenzialità protratta, dovute alla carenza di strutture semiresidenziali o residenziali a bassa intensità riabilitativa;

- ✚ carenza di Sistemi Informativi informatizzati locali e mancanza di quello regionale per il monitoraggio quali – quantitativo delle prestazioni erogate e dei bisogni di salute mentale della popolazione;
- ✚ carenza di parametri per l’accreditamento delle strutture assistenziali pubbliche e private;
 - ✚ carenza di politiche incentivanti la partecipazione degli utenti ai diritti di cittadinanza;
 - ✚ carente gestione delle condizioni di comorbidità tra disturbi psichiatrici e disturbi da abuso di sostanze, tra disturbi psichiatrici e patologie organiche.

Obiettivi specifici e azioni da programmare

Obiettivo 1: *Presa in carico congiunta (sanitaria/socio-assistenziale) delle situazioni di utenti in cui sono compresenti problematiche psichiatriche e bisogni socio-assistenziali significativi.*

L’esperienza di lavoro di questi anni ha evidenziato che problematiche psichiatriche importanti e bisogni sociali significativi potrebbero in gran parte essere risolti dalla presa in carico ai servizi dei due aree.

Attualmente non esistono organici programmi di collaborazione tra operatori del Servizio psichiatrico e operatori del servizio sociale. Per problemi di risorse non sufficienti, e per scarsa collaborazione tra Istituzioni, in molte situazioni manca ancora il coinvolgimento di uno dei due Servizi.

Per addivenire ad organici programmi di collaborazione ed arrivare a “**prese in carico congiunte**” occorre definire meglio il metodo operativo di riferimento e il modello organizzativo:

a) il metodo operativo comune dovrà

- ispirarsi ai principi dell’integrazione, della complementarità, dell’interdisciplinarietà degli “interventi sanitari e socio-assistenziali territoriali”;
- dovrà operare nell’ottica della globalità dell’intervento in risposta a bisogni complessi, attivando il lavoro per progetti individualizzati e per fasi (accertamento dei presupposti, analisi del bisogno, progettazione, attuazione, verifica, implementazione);
- dovrà valorizzare le risorse formali e informali disponibili incluso il volontario sul territorio;
- coinvolgere attivamente la persona interessata all’intervento e la sua famiglia per fornire le necessarie informazioni sull’intervento e per acquisirne il maggior consenso possibile anche attraverso tecniche psicoeducazionali.

b) nel modello organizzativo proposto

- la presa in carico congiunta di un caso avviene, previa segnalazione di uno dei due Servizi, ad opera di una équipe di coordinamento composta dal D.S.M. (psichiatra, psicologo o, tecnico della riabilitazione psichiatrica), dal Comune di riferimento (assistente sociale e psicologo) e dal privato sociale coinvolto (educatore professionale). Solo la presenza di un coordinamento congiunto può assicurare una risposta organizzativa congiunta;
- gli operatori territoriali di riferimento costituiscono il gruppo di lavoro a cui compete la programmazione, l'attivazione, la verifica periodica di uno specifico Progetto individualizzato e si incontrano con frequenza quanto meno bimestrale;
- la responsabilità del Progetto è di tutti gli operatori facenti parte del gruppo di lavoro;
- il coordinamento funzionale (non verticale) può essere attribuito ad una specifica figura professionale – definita così “**case manager**” - e viene definito in sede di Progetto;
- la responsabilità medica, infermieristica, educativa e socio-assistenziale è propria delle figure coinvolte nel processo che è, quindi, così definito “alla pari”
- il gruppo di lavoro contatta di norma il medico di medicina generale che ha in carico l'utente per acquisirne tutte le possibili informazioni e lo coinvolge nella partecipazione attiva al gruppo medesimo;

Obiettivo 3: Collaborazione strutturata nelle aree d'utenza a particolare debolezza psico-sociale (extracomunitari, nomadi, senza fissa dimora) e nelle situazioni multiproblematiche (disagio psichico + disagio sociale + uso di sostanze etc).

In base all'esperienza maturata in questi anni si è visto che anche nel nostro territorio vi sono aree d'utenza debole (extracomunitari, nomadi, senza fissa dimora), situazioni multiproblematiche dove coesistono molto spesso disturbi d'interesse psichiatrico e disagi sociali importanti.

I familiari in particolare sempre più spesso si trovano ad essere interlocutori privilegiati ed ad assumere un protagonismo ed un carico di responsabilità completamente nuovo anche nei processi di “cura”.

La nascita e lo sviluppo di forme di aggregazione tra familiari, di forme di auto-aiuto, di Associazioni, sembra essere il segno più evidente del cambiamento, ma anche una possibilità concreta di uscire dall'isolamento, dalla solitudine, dalla fatica decisamente intollerabile se non condivisa.

È una frontiera di importanza evidentemente strategica e che si colloca con forza nello spirito di quel



welfare di comunità che costituisce un riferimento obbligato nei ragionamenti sulle politiche sociali di questi anni, ma che ancora troppo spesso è poco visibile a livello operativo.

La famiglia ha oggi una struttura ed un'organizzazione assai variegata con una funzione protettiva complessivamente ridotta e il tessuto sociale è abbastanza frammentato. Per molte persone quindi e a vari livelli si pone il problema dell'integrazione sociale.

Il presupposto delle attività d'integrazione sociale che si possono svolgere territorialmente è che tutti gli individui per principio hanno delle capacità, e che il compito principale delle attività riabilitative è creare le condizioni per consentire a tali capacità di emergere, di essere oggettivate in un'opera con la conseguenza che tale opera possa essere scambiata in un rapporto reale fondato su un possibile principio di reciprocità.

Se tale presupposto può essere scontato a chi si occupa di riabilitazione psicosociale, va disconosciuto il preconcetto, molto radicato, secondo il quale chi soffre di disturbi psichici non può svolgere attività formative, educative e lavorative vere e proprie.

Le attività richiedono la progettazione di percorsi che necessariamente non sono uguali per tutti, che non prevedono né gli stessi passaggi né naturalmente gli stessi traguardi. Le attività riabilitative si svolgeranno sia all'interno della famiglia/casa che all'esterno. Momenti importanti per la riabilitazione devono essere considerati anche quelli legati all'espletamento delle funzioni più semplici: consumazione dei pasti, pulizia personale, abbigliamento, cura della persona, personalizzazione degli spazi privati e pulizia, induzione a crearsi una propria economia per la spese personali ed imparare a valutarla.

Saranno utilizzate tecniche psicoeducazionali, strutturate su lunghi periodi e già sperimentate in altri contesti. Questa attività deve essere affidata necessariamente ad un'équipe multiprofessionale (costituita da uno psichiatra, uno psicologo, un tecnico della riabilitazione psichiatrica, un operatore socio-assistenziale, un infermiere professionale) che, seguendo un piano riabilitativo personalizzato, realizzeranno attività di riabilitazione e reinserimento sociale.

La tutela della salute mentale richiede che siano compiuti interventi di completamento sull'intero territorio del modello organizzativo con l'obiettivo di incrementare le prestazioni erogate dai servizi territoriali, passando così dal controllo sociale dei malati di mente alla promozione della salute ed alla prevenzione dei disturbi mentali.

L'attività di "**Assistenza Domiciliare Integrata Psichiatrica**", è a carico dell'équipe territoriale del C.S.M. dovrà necessariamente essere integrata con i servizi sociali dei Comuni e con il privato sociale.

E dovrà comprendere:

- interventi centrati sull'individuo e sul suo spazio abitativo (aiuto e promozione dell'autonomia nella cura di sé e nel governo della casa);
- interventi volti a favorire la socializzazione e l'integrazione;
- interventi di aiuto e sostegno alla famiglia;
- interventi di sostegno per l'addestramento e l'inserimento lavorativo.

Le eventuali attività di formazione e inserimento lavorativi sono attuate rispettando le diverse esigenze e caratteristiche dei singoli utenti, limitando alle sole situazioni con patologie più gravi gli inserimenti in laboratori protetti o le terapie occupazionali.

A tale scopo tutti i tipi di programmi riabilitativi territoriali e di inserimento lavorativo sono elaborati da un Gruppo tecnico misto formato da operatori delle ASL e dei Comuni di competenza e del Terzo Settore usufruendo anche di una banca dati sulle opportunità lavorative.

Ogni progetto di vita integrata, per rispondere realmente alle esigenze di una persona con patologia psichica e del suo contesto familiare, dovrà prevedere una rete di sottoprogetti articolati in:

- attività socio-riabilitativa;
- attività risocializzanti;
- attività di animazione;
- assistenza educativa;
- inserimenti lavorativi;
- promozione di gruppi di auto-aiuto;
- supporto psicologico e infermieristico.

Assume particolare rilievo l'uso combinato di strumenti tra loro differenti, come quello socio-riabilitativo, psicoterapeutico, farmacologico e, non meno importante, quello lavorativo, che compongono un trattamento integrato. Viene così attuata una strategia che comporta il progressivo sganciamento dell'ospite, in rapporto alla crescita della sua volontà di emancipazione e della sua capacità di indipendenza. In conclusione, anche se la disamina sopra illustrata non ha certamente la



pretesa d'essere esaustiva, credo che possa essere sufficiente per comprendere come il processo riabilitativo rappresenti un continuum unitario e coerente attraverso il quale il pz abbia la possibilità di entrare in un circuito "sanitario" per essere progressivamente accompagnato fino al momento in cui sarà in grado di reinserirsi socialmente a livelli soddisfacenti e che, comunque, non implicano un tornare indietro continuo..

Cordiali saluti

Il Consigliere delegato
Coordinatore Commissione Socio-Assistenziale
(Dr. Giovanni Rizza)

Il Presidente
(Dr. Antonio Telesca)

