

COMITATO per la SALUTE MENTALE in PIEMONTE

Richiesta di audizione alla IV Commissione del Consiglio Regionale

SEGNALAZIONE DI CRITICITA' E PROPOSTE DI MODIFICA della DGR 30-1517 del 3 giugno 2015 sulla residenzialità psichiatrica

1. SONO INAPPROPRIATI I CRITERI DI DISTINZIONE FRA STRUTTURE SANITARIE E STRUTTURE SOCIO-ASSISTENZIALI

L'accordo Stato- Regioni del 2013 (modello Agenas-Gism) prevede di distinguere fra strutture residenziali a carattere terapeutico-riabilitativo, a totale competenza sanitaria (SRP1 e SRP2) e strutture con funzioni di assistenza-lungodegenza, soggette a compartecipazione economica da parte di paziente e famiglia o servizi sociali (SRP3). **La Dgr 30 applica tale distinzione in modo non appropriato, limitandosi a utilizzare i criteri della vecchia DCR 357 del 1997:** (Comunità protetta di tipo A e B = SRP1 e SRP2. Gruppo appartamento e Comunità alloggio = SRP3;) La distinzione dovrebbe invece avvenire sulla base delle effettive caratteristiche funzionali attuali delle strutture. Fra settembre e novembre 2015 è stato svolto un censimento funzionale delle strutture residenziali, con rilevazione degli standard di personale e di copertura oraria e delle caratteristiche cliniche e di percorso delle persone inserite. Dovrebbero quindi essere disponibili in Assessorato i dati che consentano di attribuire, su base funzionale, la qualità di SRP1, SRP2 e SRP3.

Proponiamo che siano da considerare terapeutiche (SRP 1 e SRP2) le strutture che, indipendentemente dalla classificazione ai sensi della DCR 357 come comunità protette, gruppi appartamento o comunità alloggio, condividono queste caratteristiche:

- **Prevalenza fra il personale di professioni a carattere sanitario-terapeutico-riabilitativo:** non solo medici e infermieri ma anche educatori, psicologi, terapisti della riabilitazione psichiatrica;
- **Persone inserite con caratteristiche di elevata gravità clinica e instabilità**
- **tasso di turnover elevato;** permanenza fino a 24 mesi per le SRP1 e fino a 48 mesi per le SRP2
- **standard orari minimi di personale,** per ogni paziente inserito, uguali o superiori a quelli previsti per la categorie SRP1 e SRP2 (si veda il successivo punto 4)

Proponiamo che siano da considerare di tipo assistenziale e soggette a compartecipazione economica (SRP3) le strutture che, indipendentemente dalla classificazione ai sensi della DCR 357 come comunità protette, gruppi appartamento o comunità alloggio, condividono queste caratteristiche:

- personale con **prevalenza di professioni a carattere assistenziale** (oss)
- **persone inserite** con caratteristiche di stabilità e cronicizzazione, con prevalenti bisogni assistenziali
- **tasso di turnover scarso;** permanenza media dei pazienti superiore ai 48 mesi
- **standard orari minimi di personale,** per ogni persona inserita, uguali o inferiori e quelli previsti per le SRP3

2. GLI STANDARD FUNZIONALI PER ESERCIZIO E ACCREDITAMENTO SONO DEFINITI IN MODO INADEGUATO E TROPPO RIGIDO

- Sia per la SRP1 che per le SRP2 e SRP3 sono previste **troppe ore di figure assistenziali sul totale;** troppo poche le ore mediche e infermieristiche, specie nelle SRP1; **nelle SRP3 sono ridotte al**

minimo le ore di qualunque operatore, e sostanzialmente eliminate le figure terapeutiche. Con simili standard di personale si rischia di compromettere la funzione terapeutica di SRP 1 e SRP2 e rendere sostanzialmente inutilizzabili le SRP3, indipendentemente dal fatto che sia prevista una compartecipazione del 60% alla retta.

- Gran parte della problematicità è legata al fatto che **le dotazioni di personale sono definite in modo troppo rigido**, con minutaggi fissi pro-capite, che non rappresentano di fatto requisiti minimi, ma lo standard unico possibile e immutabile. Prevedere requisiti organizzativi e di personale così rigidi ostacola la definizione di percorsi personalizzati, impoverisce i percorsi, di fatto annulla la libertà di scelta, per utenti, famiglie e operatori, entro una molteplicità di opzioni terapeutiche efficaci, ma non sovrapponibili. **La flessibilità organizzativa è un elemento imprescindibile** per garantire la qualità degli interventi terapeutico-riabilitativi in salute mentale. Bisognerebbe quindi prevedere ampi margini di flessibilità per ogni struttura nell'impiegare diverse professionalità, parimenti ammissibili, sulla base del proprio modello culturale e operativo. I minutaggi dovrebbero dunque riferirsi solo a standard minimi e non definire la dotazione fissa. **Di conseguenza, anche le tariffe non dovrebbero essere fisse, ma definite nell'ambito di una forbice**
- La Dgr 30 prevede **limiti di permanenza in modo rigido e astratto** (e cioè 18-24 mesi per le SRP1 e 36-48 mesi per le SRP2) senza considerare adeguatamente le motivazioni e le scelte del soggetto e di suoi famigliari. **La dimissione da un servizio, come la presa in carico, è un processo che richiede condivisione e dovrebbe essere l'esito di un progetto terapeutico concluso**: imporla unilateralmente e in tempi uguali per tutti può essere destabilizzante, provocare danni alla persona, vanificando lavoro e costi di anni, e finire per incidere con maggior spesa. Rischia anche di essere inefficace rispetto all'obiettivo di evitare permanenze "interminabili"; la DCR 357 prevedeva gli stessi limiti, che sono stati largamente disattesi. Al contrario il metodo più efficace per garantire permanenze a tempo definito è prevedere progetti integrati, alternativi o successivi alla residenzialità (si veda il successivo punto n° 3).
- **La DGR30 prescrive un rigido limite di permanenza anche per le SRP3** il che contraddice le indicazioni dell'Accordo Stato Regioni, che non prevede alcun limite temporale per le SRP3; ed è molto paradossale, visto che la stessa DGR30 definisce le SRP3, peraltro in modo discutibilissimo, come strutture rivolte a *"pazienti in condizioni cronicizzate, su cui interventi di tipo terapeutico riabilitativo non hanno effetto"* e specifica: *"non sono previste attività strutturate in campo riabilitativo"*. Non si capisce quale sia la logica nel prevedere limiti di permanenza così ristretti per persone di cui si teorizza l'assoluta mancanza di possibilità evolutive e per le quali, addirittura, si vieta il ricorso ad attività riabilitative!
- La DGR 30, a differenza di altre normative regionali italiane, e anche piemontesi, come la DGR 63/12251 del 2009 per l'area delle Dipendenze patologiche, **non prevede la pari ammissibilità del titolo di psicologo per svolgere la funzione di operatore di residenzialità**. In tal modo, non solo causa drammatiche conseguenze in termini di perdita di posti di lavoro, ma limita il carattere multidisciplinare delle équipes riabilitative, privandole di un apporto professionale specifico e insostituibile.
- Nella parte relativa alle SRP3 (4.2 Requisiti specifici per l'accreditamento. Pag 32) è contenuto il seguente paragrafo: " Pronta disponibilità notturna **presenza di un operatore** per i servizi di pronta

disponibilità in caso di urgenza durante le ore notturne, gestibile eventualmente in condivisione con altre strutture analoghe fino comunque a un massimo di 2 strutture". Tale dicitura "presenza di un operatore" è ambigua e si presta ad **un'interpretazione per cui la copertura notturna possa essere assicurata attraverso "turno di attesa passiva" (presenza fisica presso la struttura di un operatore non in turno attivo), il che lederebbe chiaramente il diritto al riposo degli operatori** non rientrando l'orario notturno nel monte ore complessivo. Potrebbero esserci anche ricadute negative sul lavoro diurno di aiuto alla persona.

3. MANCA UNA REGOLAMENTAZIONE DEGLI INTERVENTI ALTERNATIVI O SUCCESSIVI ALLA RESIDENZIALITÀ (domiciliarità, lesa: budget di salute)

Il principale problema clinico ed economico della residenzialità psichiatrica è che il tasso di dimissione dalle strutture è troppo basso; ancor più rare le dimissioni progettuali verso situazioni di maggiore autonomia. Di conseguenza gli inserimenti residenziali comportano troppo spesso l'espulsione dei pazienti verso un "mondo a parte" istituzionale e il sequestro di ingenti risorse economiche, sottratte ad altri scopi riabilitativi. Il Piano d'Azioni nazionale per la salute mentale del 2013 indica chiaramente come metodo per contrastare questa criticità la definizione di **percorsi terapeutico riabilitativi; il che significa prevedere fasi diverse di intervento, fra di loro integrate e coordinate, organizzabili in modo personalizzato e flessibile, nell'ottica della evoluzione nella continuità**. Secondo il Piano d'Azioni Nazionale la responsabilità di programmare e garantire la continuità e finalizzazione dei percorsi spetta al Centro di salute mentale pubblico.

- **La DGR 30 si limita a normare le strutture residenziali al loro interno e trascura completamente il concetto di percorso di cura alternativo o successivo;** non dota i Centri di salute mentale degli strumenti (che la DCR 357 consentiva) per realizzare percorsi individualizzati: assegni terapeutici, borse lavoro, progetti di domiciliarità individuali o per piccolo gruppo, inserimenti etero-familiari. Di conseguenza non prevede che l'inserimento in struttura residenziale si collochi all'interno di un percorso programmato, di cui fanno parte anche interventi integrati, successivi o alternativi, ma tende a considerarlo un intervento a se stante. In tale contesto i limiti massimi di permanenza stabiliti dalla norma rischiano di rimanere sulla carta o determinare i ben noti e distruttivi meccanismi di "porta girevole".
- **Riteniamo che il meccanismo amministrativo più efficiente per realizzare i percorsi territoriali a carattere riabilitativo alternativi alla residenzialità sia quello del budget di salute,** già sperimentato in diverse Regioni, fra cui Friuli Venezia Giulia e Emilia Romagna e anche da alcune Asl piemontesi (ad esempio Biella). Secondo questa impostazione, ogni Dipartimento di salute mentale dovrebbe disporre di un budget per definire progetti fortemente personalizzati, con la possibilità di avvalersi di qualunque strumento considerato utile nell'ambito del progetto individuale, **compreso il sostegno domiciliare a utenti che vivono da soli o nella famiglia di origine, anche attraverso eventuali interventi economici finalizzati alla cura** (assegni terapeutici secondo la DCR 357) o tirocini lavorativi a valenza riabilitativa (borse lavoro secondo la DCR 357). **I progetti secondo il budget di salute sono di natura sanitaria;** il che significa che, anche se è prevista e ritenuta fondamentale una compartecipazione di servizi sociali e utenti, quando è indicato, essa viene decisa caso per caso e soprattutto l'Asl può decidere di investire le risorse che reputa necessarie, per ogni singola voce del progetto, nei limiti del budget complessivo che le è assegnato.

- Un numero notevole di progetti con tali caratteristiche sono già attivi da anni nella Regione Piemonte; è necessario tenerne conto anche per quanto riguarda il computo dei cosiddetti posti letto residenziali: anche **una quota parte dei progetti di convivenza censiti dalla Regione come “gruppi appartamento” ha in realtà una natura non residenziale**: si tratta di piccoli nuclei di convivenza (non superiori a tre persone) con copertura oraria molto limitata e flessibile, meglio concettualizzabili come progetti di domiciliarità, individuali o per piccolo gruppo, sostenuti attraverso l’impiego di assegni terapeutici e borse lavoro. **Queste realtà dovrebbero essere escluse dal computo dei posti letto residenziali.**
- **Tra i progetti alternativi o successivi alla residenzialità vanno compresi gli Inserimenti Eterofamiliari Supportati (IESA)**, già previsti dalla DCR 357. Sarebbe auspicabile una regolamentazione più specifica, che comprenda ad esempio questi aspetti:

Naturalmente, **il principale strumento organizzativo per definire progetti alternativi o successivi alla residenzialità è il Centro di salute mentale pubblico, le cui risorse, sempre più prearie, andrebbero invece potenziate.** In particolare, per sostenere efficaci progetti di domiciliarità, appare indispensabile non solo **ripensare e rivitalizzare, ma anche implementare con nuove risorse i “Centri diurni”**, rilanciandoli come punto di riferimento indispensabile per gli utenti ormai avviati ad una vita sul territorio.

- **4) E’ CARENTE LA DEFINIZIONE DEI RAPPORTI STRATEGICI FRA STRUTTURE, E FRA STRUTTURE E DSM, NELL’AMBITO DI UN FUNZIONAMENTO IN RETE. CONTRATTUALIZZAZIONE**

L’Accordo Stato Regioni del 2013 (modello Agenas-Gism) prevede che le strutture residenziali “costituiscono una risorsa del Dipartimento di salute mentale”.

- In riferimento però ai rapporti fra Dipartimenti e strutture, la DGR 30 si limita a descrivere il ruolo del DSM nella redazione del Piano di Trattamento Individuale, relativo ai singoli pazienti inseriti, mentre **non regola i rapporti strategici con le strutture nel loro complesso.** Tale aspetto è invece fondamentale, perché definisce in che senso le strutture possano costituire una risorsa del Dipartimento: ha a che fare con il funzionamento in rete delle strutture, nei rapporti fra di loro e con il Dsm, il quale è assolutamente necessario per attuare i percorsi integrati a carattere evolutivo prescritti dal Piano d’Azioni Nazionale per la Salute Mentale. Tuttavia la DGR 30 contiene un paragrafo relativo alla **“messa a contratto”** (pag 19) con le strutture accreditate, che potrebbe essere meglio sviluppato per regolamentare tali aspetti strategici.
- *In particolare dovrebbero essere resi possibili veri e propri protocolli di convenzione, con la definizione dei rispettivi ruoli degli operatori del Dipartimento di salute mentale e degli Enti accreditati nell’ambito di progetti congiunti. Il contratto può anche prevedere la messa a disposizione di posti dedicati, o in esclusiva, per il Dipartimento di salute mentale, anche con il meccanismo della convenzione a corpo, che superi la remunerazione a singola retta giornaliera e con una contrattazione specifica delle tariffe, volta anche al contenimento della spesa”.*

5) NON E’ RICONOSCIUTA LA LIBERTA’ DI SCELTA DELLA STRUTTURA E LA NECESSITA’ DI CO-PROGETTAZIONE CON UTENTI E FAMILIARI

Un percorso riabilitativo residenziale e di cura attraverso l’abitare non può mai configurarsi come una semplice “collocazione” di un soggetto passivo all’interno di una struttura. Implica invece il contributo

attivo della persona e dei suoi familiari, che non può limitarsi alla sottoscrizione formale del PTI (Piano di Trattamento Individuale) e del PTRP (Progetto Terapeutico Riabilitativo personalizzato), ma consiste innanzitutto nella **partecipazione libera e consapevole alla scelta del luogo di cura**, per poi svilupparsi nella definizione congiunta e negoziata degli obiettivi e degli esiti, secondo il modello della co-progettazione come esito di un I “trialogo” fra agenzie di cura utenti e familiari.

- **6) REQUISITI STRUTTURALI AGGIUNTIVI PER I CONTESTI DI CIVILE ABITAZIONE: SUPERFLUI E DANNOSI**

La Dgr 30 prevede, per tutte le strutture residenziali, comprese quelle di civile abitazione, onerosi requisiti trasversali per l'autorizzazione all'esercizio, analoghi a quelli previsti per le strutture ospedaliere, o alle strutture residenziali di grandi dimensioni, come le Case di Cura o le Rsa.

- **Tali requisiti, utili in ambito ospedaliero, o in strutture para-ospedaliere di grandi dimensioni, o in strutture per anziani e disabili, sono del tutto superflui e anzi, fortemente controproducenti, nei contesti riabilitativi residenziali di civile abitazione**, il cui punto di forza è proprio il carattere di normalità, l'essere comuni case, collocate nel mondo normale, all'interno dell'ordinario tessuto di relazioni sociali e non strutture simili a ospedali. In ogni caso l'adeguamento degli appartamenti esistenti ai nuovi requisiti strutturali, oltre ad essere inutilmente oneroso e stigmatizzante, sarebbe in molti casi non realizzabile, specie per gli appartamenti collocati nei condomini, e determinerebbe la loro chiusura o la migrazione verso villette isolate, contraddicendo i principi di inclusività sociale propri della riabilitazione psichiatrica.
- Dunque, in accordo con la normativa nazionale (Decreto Bindi, DPR 14 gennaio 1997) e con quella di diverse grandi Regioni italiane, **le strutture in contesto di civile abitazione, comprese quelle con caratteristiche di tipo terapeutico e di totale competenza sanitaria, non devono possedere alcun requisito strutturale aggiuntivo.**

7) MANCA UNA REGOLAMENTAZIONE SPECIFICA RELATIVA A PROGETTI PER LE PERSONE ANZIANE E CON GRAVI PROBLEMATICHE FISICHE

Criticità: la DGR 30 si limita a sottolineare che l'inserimento in RSA di persone con patologia psichiatrica non è indicato (*Dgr 30 Premessa generale*, pag 4), ma non indica alcuna opzione terapeutico-assistenziale alternativa e specifica.

- Dovrebbero essere invece previsti progetti individuali che prevedano l'inserimento di persone con particolari bisogni assistenziali e terapeutici legati all'età o a patologia organiche invalidanti, presso contesti di cura idonei, comprese le Rsa o le Raf, in nuclei dedicati e previo passaggio attraverso le commissioni distrettuali Unità multidisciplinare di valutazione disabilità (UMVD) e le Unità di valutazione geriatria (UVG)

8) NON E' PREVISTA LA POSSIBILITA' DI AVVIARE ESPERIENZE INNOVATIVE E SPERIMENTALI

Al fine di poter contrastare le varie e sempre mutevoli forme di patologia, è necessario che i servizi, pubblici o privati accreditati, possano avviare iniziative sperimentali e innovative.

- A differenza della normativa regionale sulle dipendenze patologiche, la DGR 30 non prevede in maniera esplicita tale possibilità per le strutture residenziali e riabilitative psichiatriche.

- **9) NON E' PREVISTA L'ISTITUZIONE DI UN OSSERVATORIO PERMANENTE SUI SERVIZI DI SALUTE MENTALE**

Si tratta di una richiesta contenuta in entrambe le mozioni approvate dal Consiglio Regionale il 22 dicembre. MOZIONE VIGNALE: *“costituzione, con determina dirigenziale o delibera di Giunta entro Gennaio 2016, di un **Osservatorio permanente sulla psichiatria** costituito da: Regione Piemonte, enti locali, associazioni di pazienti e familiari, soggetti gestori e Dipartimenti di salute mentale al fine di migliorare la delibera di riordino dei servizi psichiatrici e successivamente valutare la qualità delle prestazioni erogate e il grado di soddisfazione dell’utenza”*.

MOZIONE GARIGLIO. *“Per concludere, si ritiene altresì utile la costituzione, accanto ad un efficiente Ufficio Salute Mentale, di un **Tavolo di monitoraggio regionale** partecipato dalle associazioni dei familiari, dai rappresentanti degli erogatori di servizi e dai rappresentanti dei dipartimenti, con funzioni di monitoraggio sull’applicazione delle disposizioni della nuova delibera di riordino e sulla valutazione della congruità delle prestazioni acquistate dal sistema sanitario rispetto alle risorse disponibili e agli obiettivi riabilitativi e organizzativi di programmazione”*.

Sottoscriviamo le proposte delle due mozioni. In aggiunta crediamo che sarebbe necessario coinvolgere l’Università per garantire una valutazione di sicuro valore scientifico e “super partes”, prevedendo un paragrafo analogo al seguente: *“la Regione attiverà le necessarie collaborazioni con istituti universitari di ricerca appositamente individuati nell’ambito Regionale e/o nazionale per l’attivazione di un sistema di monitoraggio e valutazione dei processi e degli esiti, anche a lungo termine, finalizzato al miglioramento continuo del sistema regionale dei servizi di salute mentale”*.