

**Documento, redatto dal Tavolo del Piemonte e Valle d'Aosta per la promozione della Salute Mentale - "La Comunità che guarisce", sulle Leggi vigenti, il Progetto Obiettivo Tutela della Salute Mentale e le Politiche Regionali, in relazione alle richieste di chiarimenti in materia di Salute Mentale.**

Lo stato della salute mentale nel mondo presenta situazioni eterogenee, ma le raccomandazioni fatte dall'OMS nel suo rapporto 2001 cercano di entrare nei dettagli organizzativi e operativi per affrontare e superare gli ostacoli al raggiungimento di un certo benessere "biopsicosociale" che non sia solo l'assenza di malattia.

È fondamentale, nel momento in cui vengono presentati dei progetti riguardanti la tutela della salute mentale, fare riferimento a tutti quegli studi compiuti in Italia ed all'estero su questo tema, alle conseguenti valutazioni e considerazioni emerse sulla qualità dei principi e del modello organizzativo proposto in Italia a partire dal 1978.

Si può dire che nelle Regioni, Province e singole località dove i principi e le relative esperienze hanno avuto attuazione, sono stati raggiunti risultati soddisfacenti, sia col superamento degli Ospedali psichiatrici pubblici, sia sul piano socio-sanitario della riabilitazione e dell'avvio al lavoro, dando così prova e conferma della validità della Legge e delle norme attuative stabilite nei Progetti Obiettivo.

Questo non deve far negare l'esistenza e la persistenza da almeno 20 anni di elementi di criticità (tagli delle risorse; organici inadeguati; scarsa attività di formazione e di aggiornamento degli operatori; orari dei servizi insufficienti; episodicità degli interventi domiciliari; mancanza di raccordo con i servizi preposti a trattare patologie affini, plurime, emergenti; ritardi nella realizzazione delle strutture) dovuti sia all'inadeguato sostegno finanziario dato all'assistenza psichiatrica, sia alla mancata o carente applicazione della Legge in diverse aree e regioni del paese.

Questi elementi di criticità hanno determinato e tuttora determinano a carico dei DSM, salvo alcune lodevoli eccezioni, una riduzione, grande o piccola a seconda dei casi, della capacità di fornire con efficacia ed efficienza quelle prestazioni sanitarie in campo psichiatrico, necessarie a tutte quelle situazioni cliniche, particolarmente gravi e complesse, che richiedono forti integrazioni tra le diverse Agenzie preposte e personale adeguatamente numeroso e formato.

In particolare vanno sottolineate la fatica e le difficoltà che i famigliari sostengono da lunghi anni, a causa dell'insufficiente supporto sanitario e in molti casi — la solitudine in cui sono stati abbandonati senza prospettive, che dovrebbero far riflettere chi governa.

Occorre rendersi conto che nei casi in cui gravità e cronicità sono presenti, le famiglie vivono una quotidianità estremamente faticosa, che assorbe la totalità dell'attenzione, a scapito dell'armonia famigliare, dove gli affetti vengono offuscati dall'assillo dovuto ai problemi contingenti della malattia, senza soste, in uno stato di tensione mai allentato, con una paura mai cessata, ed in una prospettiva senza speranze, che fa perdere anche la voglia di vivere.

Si è giunti ormai al limite della sopportabilità.

Occorre dare ora e senza ulteriori ritardi una risposta efficace e pragmatica che aiuti le famiglie a vivere e che aiuti il mondo psichiatrico ad arginare l'aumento della cronicità

Sicuramente da queste istanze sono nati i vari p.d.l. (174, in particolare). Ma pur con le migliori intenzioni l'attenzione del legislatore rischia di focalizzarsi esclusivamente su di un limitatissimo aspetto della salute mentale e della patologia psichiatrica, trascurando la vastità e la molteplicità dei temi in gioco.

Si rischia cioè di far coincidere il tema della salute mentale e della psichiatria con quello della schizofrenia, l'attività dello psichiatra con gli interventi collegati ai TSO ed al controllo sociale. In altri termini si rischia di ribadire a livello legislativo un grave fraintendimento esistente nella cultura del grande pubblico e purtroppo anche in parte della categoria medica non addetta ai lavori.

L'abrogazione pura e semplice degli articoli 34, 35 e 64 della legge 833/78, come prevista dal Disegno di Legge 174, sembra non considerare l'alto valore di impostazione metodologica esistente nell'impianto della organizzazione psichiatrica italiana e dell'evoluzione che questa sta proponendo all'intera organizzazione sanitaria. L'edificazione di una legge ex-novo comporterebbe oltretutto un grande dispendio di energie che potrebbero essere meglio impiegate partendo da quello che di utile è già stato fatto.

Il Progetto Obiettivo per la Tutela della Salute Mentale (POTSM) è lo strumento che contiene già le caratteristiche necessarie sul piano programmatico ed organizzativo per dare una risposta ai bisogni dei pazienti e dei loro familiari, ma è necessario applicarlo con una coraggiosa azione di governo che provveda a finanziarlo e renderlo finalmente operativo.

Ci sono almeno 10 motivi che fanno del POTSM 1998 — 2000 (prorogato al 2003) il miglior strumento operativo attualmente esistente a livello nazionale in materia di salute mentale.

1 — E' un **progetto esistente** e nelle sue linee organizzative già **noto alla comunità medico psichiatrica**, perché è in parte già sperimentato e sul piano delle regole già condiviso anche come potenziale efficacia.

2 - E' **immediatamente realizzabile** con risultati riscontrabili in termini di tempo sicuramente più brevi di qualsiasi nuova legge.

3 - E' un progetto **organizzato sul piano Regionale e territoriale** e quindi con caratteristiche gestionali che si avvicinano maggiormente alle esigenze amministrative odierne e future. Inoltre realizza una buona integrazione con il distretto.

4 - Contiene un settore di intervento dedicato alla **Prevenzione** in età infantile, scolastica, adolescenziale ed adulta ed una predisposizione alla **Ricerca** delle cause dei disturbi mentali e del disagio psichico.

5 - Sono previsti **programmi di recupero** dei pazienti che non si presentano agli appuntamenti o che abbandonano il servizio.

6 - Prevede modalità di **assistenza ed aiuto di vario livello ed intensità**, come intervento dello psichiatra a domicilio nelle 24 ore soprattutto nei casi in cui il paziente rifiuta la cura, strutture di day hospital ed ambulatoriali sulle 12 ore

7 - Prevede un programma di **aggiornamento e formazione** costante del personale medico ed infermieristico.

8 - Prevede programmi di **informazione pubblica e la raccolta di dati informativi** centralizzati in modo da verificare la prevalenza ed incidenza territoriale dei disturbi psichici e per alimentare la Ricerca.

9 - Prevede la definizione scritta di **obiettivi da raggiungere** e controlli sugli obiettivi raggiunti. Il **controllo sulle modalità di cura presso gli istituti privati**, la continuità terapeutica e la **valutazione della qualità dei servizi** e relativo miglioramento.

10 - Presenta una **struttura organizzativa territoriale chiaramente definita** con compiti dei vari dipartimenti in buona parte dettagliatamente espressi e modalità di intervento in parte già collaudate.

Si devono comunque dare alcune indicazioni partendo da esempi concreti e dalle considerazioni sopra espresse

In un provvedimento da adottare in **sede nazionale e regionale** dovrebbero essere rivisti almeno questi due aspetti fondamentali.

• **Definizione di finanziamenti.**

La **Conferenza Stato-Regioni** aveva stabilito che per la spesa psichiatrica sarebbe stato necessario almeno il 5% della spesa del Fondo Sanitario Regionale. Occorre tenere in conto l'esperienza di altri paesi europei, che spendono dal 7 all' 11% della spesa sanitaria nazionale, per comprendere che il 5% del fondo del SSN non può produrre la qualità del servizio necessaria, soprattutto per realizzare un progetto di prevenzione come quello previsto, dunque il POTSM deve essere adeguatamente finanziato. Preme sottolineare che ulteriori risorse devono derivare dalla conversione dei beni degli ex OO.PP. e dalle risorse in conto capitale previste dall'ex articolo 20 della Legge Finanziaria 1988. Si considera di fondamentale importanza che il finanziamento avvenga tramite il SSN, così come l'impianto del POTSM è stato stabilito da un decreto del Presidente della Repubblica al fine di porre in ogni regione gli stessi obiettivi e standard qualitativi da raggiungere.

• **Trattamento Sanitario Obbligatorio e Accertamento Sanitario Obbligatorio.**

E' necessario specificare le condizioni cliniche in cui attuare le procedure corrette, i soggetti istituzionali preposti a vario titolo all'attuazione, le responsabilità e le titolarità dell'intervento, senza abbassare i livelli di garanzia per il paziente, anzi rinforzandoli in relazione al diritto ad accedere ad una cura tempestiva ed efficace. Tutto ciò, fermo restando che TSO e ASO siano procedure eccezionali che devono essere limitate nel tempo e attuate unicamente negli SPDC, i quali devono essere dotati di un adeguato numero di posti letto allo scopo di favorire la correttezza e la tempestività dell'intervento. Alle Regioni verrebbero demandate le necessarie puntualizzazioni in materia di collaborazione tra le agenzie coinvolte nell'esecuzione pratica delle procedure, come è stato fatto in alcuni casi in modo più o meno dettagliato, e giuridicamente vincolanti per gli operatori.

(A questo proposito vedasi come modelli di riferimento tecnico-operativi i seguenti documenti:

1. EMILIA-ROMAGNA, DGR n.1457 dell' 11/4/1990, B. U.R. parte seconda —n.45 del 23 maggio 1990, "Direttiva regionale in ordine alle procedure per gli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori di psichiatria";
2. PIEMONTE, lettera-circolare dell'Assessore Regionale alla Sanità, prot. 6358/28.1 del 5 giugno 1998, "atto di indirizzo per l'applicazione della normativa sui T.S. O. per malattia mentale";
3. MINISTERO DELL'INTERNO, Circolare n.3/2001 del 20 luglio 2001, "Trattamento sanitario obbligatorio per soggetti con patologia mentale. Competenze della polizia municipale";
4. EMILIA-ROMAGNA, "Un'esperienza di confronto tra istituzioni a proposito di emergenza psichiatrica", Psichiatria di Comunità n. 1-2, 2002);

Per quanto riguarda il Piemonte gli indirizzi del governo regionale, espressi nel Disegno di legge sul nuovo ordinamento e sul piano socio-sa e poi stralciati, suscitano queste preoccupazioni:

- il POTSM, d cinque anni, non è stato neppure "recepito";
- in contrasto con il Progetto Obiettivo, le risorse dedicate alla psichiatria pubblica vengono fissate al 5% della spesa sanitaria regionale, molto meno dell'attuale livello di spesa; le risorse inoltre vengono orientate per privilegiare i privati (provvisoriamente accreditati), i quali assumono una funzione vicariante degli SPDC, dei servizi ospedalieri post-acuzie, configurandosi come strutture residenziali intermedie e di lunga assistenza e veri e propri luoghi di segregazione in quanto

mancono l'indispensabile Continuità Terapeutica e Programmi Personalizzati di Cura e Riabilitazione;

- le risorse fino ad ora derivanti dagli ex O.P., vincolate all'attuazione del POTSM, sono state già svincolate e destinate ad altre finalità;

- il controverso confine tra funzioni sanitarie e finzioni socio-assistenziali, rischia di riversare alcuni costi rilevanti delle prestazioni su malati e su famigliari (L.E.A. — Decreto Sirchia);

- restano in larga parte inutilizzate risorse in conto capitale previste dal programma di investimenti del 1990, destinate alla realizzazione di strutture residenziali e semiresidenziali.

Il Tavolo ritiene che la Regione dovrebbe:

1. istituire una **Consulta Regionale** sulla Salute Mentale nella quale siano rappresentati oltre ai DSM anche le Associazioni degli Utenti, dei Familiari e del Volontariato e darle il compito di preparare entro l'anno gli **Stati Generali dell'Assistenza Psichiatrica** (che dovrebbero tenersi annualmente).

2. **recepire e finanziare** adeguatamente il POTSM con fondi vincolati ai DSM, con precisazione delle sanzioni in cui incorrono il Direttore Generale che non alloca tali fondi e il Direttore di Dipartimento che non utilizza le somme allocate dal Direttore Generale.

3. istituzione di un **Osservatorio Regionale per la Salute Mentale**.

In conclusione si sottolinea come gli orientamenti espressi dal Tavolo trovino conferma nelle considerazioni espresse dagli autori di alcuni documenti pubblicati ultimamente ed a essi invita a fare riferimento come presupposti per una realistica e significativa valutazione delle politiche psichiatriche:

- Editoriale, Messaggio del Direttore Generale e Schema del rapporto in: Rapporto 2001 dell'OMS. Una nuova comprensione, una nuova speranza;

- Documento approvato all'unanimità dal Comitato Esecutivo della Società Italiana di Psichiatria, 11 ottobre 2001;

- Regioni a lungo inadempienti: No a guerre di religione, c'è il Progetto Obiettivo. 11 Sole 240re Sanità, 28 ottobre 2001, n°38, pag.9;

- Documento approvato all'unanimità dal Consiglio Direttivo della Società Italiana di Psichiatria nella seduta del 9 novembre 2002;

- Ansa, 18 dicembre 2002;

- Regioni a lungo inadempienti. No a guerre di religione, c'è il Progetto Obiettivo, Mario Maj, Il Sole 240re Sanità, 2-8 ottobre 2001, n°38, pag.9).

- Documento approvato all'unanimità dal Consiglio Direttivo della Società Italiana di Psichiatria nella seduta del 9 novembre 2002;

. Ministero della Sanità. Atti della prima conferenza nazionale per la salute mentale. Se si può si deve. 10-12 gennaio 2001);

Data 03/02/2003