



Per una
SALUTE MENTALE
DI COMUNITA

25 - 26 giugno 2021



Ministero della Salute

TAVOLO 6-I percorsi di presa in carico: buone e cattive pratiche

Coordinatori: Del Giudice-Peloso

Anna Maria Accetta, Silva Bon, Emanuele Bruno, Renzo De Stefani, Riccardo Fabbretti, Giovanni Fassone, Flavio Lipari, Marcello Macario, Giovanni Rossi, Maria Rosa Santomauro, Michele Sanza, Maria Cristina Soldi, Grazia Zuffa.

Premessa

Se “cittadinanza è processo sociale, è redistribuzione di poteri, è esercizio di capacità”, come ben sintetizzato da Ota De Leonardis, si rende oggi doveroso sostenere, promuovere e valorizzare interventi e stili operativi di servizi sociosanitari che non lavorino più in una logica prestazionale ma per progetti, non sulle disabilità o sulle carenze, ma sulle capacità e le risorse dei soggetti, non per omologare, ma per creare legami di interdipendenza nelle comunità locali.

Superando così, la logica del rapporto duale operatore/utente e si dà vita ad alleanze con attori e soggetti diversi, affinché le risorse che gli interventi sociosanitari richiedono possano moltiplicare le risorse dei soggetti, delle famiglie, dei contesti sociali, delle comunità.

I servizi, sono qui intesi come il risultato emergente del combinarsi di un insieme di risorse professionali, valoriali, etiche, culturali, affettive, sociali, strumentali, tecnologiche, economiche ed informative, provenienti da un complesso di soggetti pubblici e non, da implementare attraverso una più efficace leadership e governance pubblica per la salute, fondata sulla partecipazione delle persone in contatto con i servizi.

Tale approccio, viene enunciato nei principali documenti di programmazione sanitaria e sociosanitaria – dal Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, fino al D.P.C.M. 12 gennaio 2017 sui LEA – che promuovono la trasversalità degli interventi attraverso la definizione di azioni in collaborazione con diversi settori, istituzioni, servizi, fino alle organizzazioni di cittadini, formali e informali, presenti nella comunità locale. Sempre di più, dunque, il settore sanitario è chiamato a una funzione di stewardship, fornendo dati, evidenze e buone pratiche e sostenendo e facilitando l’incontro e la collaborazione tra tutti i soggetti che popolano i tessuti socioeconomici locali.

La sfida oggi, ancora una volta, è rendere concreti e agiti gli obiettivi individuati, insieme al consolidamento e alla diffusione delle progettualità capaci di realizzare quel cambio di passo delle culture organizzative e degli interventi in campo.

Lavori del tavolo e proposte

Si afferma la necessità quindi di operare in salute mentale, in modo multi e intersettoriale (OMS) e contribuire a costruire modelli e misure di welfare generativo fondati sulla coproduzione dei servizi stessi, in una prospettiva di maggior efficacia e sostenibilità degli interventi e di minor frammentarietà.

I contributi del tavolo richiamano le profonde contraddizioni di servizi di salute mentale, ancora oggi, purtroppo ingaggiati nel superamento di forme di contenzione meccanica, chimica e ambientale, un ricorso alla misura del TSO troppo disomogenea a livello nazionale che riporta a modalità diverse di presa in carico e, dall’altro, a costruire percorsi di inclusione sociale in un lavoro di rete sempre più diffuso, in risposta a

bisogni complessi che non possono esaurirsi in attività di tipo ambulatoriale da parte del singolo specialista. Permangono pratiche di violazione dei diritti umani, di trattamenti inumani e degradanti nei confronti delle persone con sofferenza mentale. Soltanto 5.000.000 di italiani oggi non sono esposti, in caso di cure psichiatriche, al rischio di contenzione. Dimostrando per converso che si può fare (senza contenzione).

Servizi di prossimità che richiedono quindi equipe competenti in pratiche di salute mentale di comunità, numericamente adeguate, di investimenti mirati e finalizzati alla costruzione di legami comunitari, che permettano il realizzarsi di quel protagonismo capace di incidere nei singoli percorsi come anche nel contesto naturale di riferimento.

Di seguito e in sintesi solo alcune delle esperienze significative di operatività in atto rappresentate al tavolo:

- L'introduzione di **persone “esperte per esperienza”** nei servizi. Figure formate e complementari all'attività ordinaria degli operatori, sperimentazione peraltro in atto in diversi territori (Lombardia, ER, FVG, ecc), che potrebbe rappresentare, se debitamente riconosciuta e valorizzata, un asset qualificante sia dal punto di vista dei percorsi di presa in carico (supporto tra pari, senso di speranza, valore dell'ascolto, valore testimoniale, forme di affiancamento personalizzato, superamento dello stigma e dell'autostigma) sia a contrasto di pratiche istituzionalizzanti e riduzionistiche. I professionisti verrebbero coinvolti in una formazione sul campo in grado di riorientare, se debitamente supportate, culture e stili operativi.
- Nella stessa direzione esperienze come le **“Recovery House”** e i **“Recovery College”**, testimoniano la medesima necessità collaborativa e di costruzione di protagonismo nell'ambito dei singoli progetti personalizzati, impattando anche sulla stessa offerta dei servizi sociosanitari, e alludendo alla possibilità trasformativa per gli stessi. Si auspica la riconversione di risorse destinate al cattivo utilizzo della residenzialità (ricorso inappropriato, lunghe permanenze, inefficacia riabilitativa, costi elevati) spesso a testimoniare difficoltà strutturali di una presa in carico territoriale da parte dei DSM ed a scelte anche di tipo amministrativo (“cattivo” accredito di mere strutture, piuttosto che gestione di processi, maggiormente flessibili che non pretendono di esaurire ma richiamano alla rimodulazione continua, anche nell'investimento delle risorse).
- Nello stesso solco di attività, le esperienze di **domiciliarità innovativa** (Friuli Venezia Giulia-Fondo per l'Autonomia Possibile) finanziate attraverso meccanismi di integrazione e partecipazione sociosanitaria, che assumono il diritto all'abitare (titolarità delle persone) e alla salute (con il necessario supporto) in appartamenti curati, inseriti nel tessuto cittadino, finalizzati a piccoli nuclei di coabitazione (3-5 persone), dove la misura finanzia la personalizzazione dei progetti, anche in situazioni di fragilità importante, rappresentando un esempio evoluto di partenariato pubblico privato e di messa in rete delle competenze a prevenire e contrastare forme di nuova istituzionalizzazione.
- L'esperienza di **supporto anche a domicilio delle situazioni di crisi**, testimonia la possibilità di intervenire in maniera individualizzata ed efficace nell'ambito di una presa in carico che necessita di competenze specifiche in un'area di intervento complessa. Allude alla possibilità di superare il ricorso al ricovero ospedaliero come unico strumento nel fronteggiamento delle acuzie e alla possibilità di modulare in maniera più efficace e personalizzata l'assistenza e il supporto necessari.

- L'esperienza dell'**inserimento eterofamiliare supportato** (IESA), in attesa di normativa, testo al momento, nuovamente in discussione alle Camere, che promuove uno strumento di intervento complementare all'attività dei servizi, efficace nella ricostruzione di legami affettivi e nuove socialità.
- L'esperienza del **dialogo aperto** come metodologia partecipata di lavoro terapeutico e riabilitativo nell'ambito di servizi di salute mentale a bassa soglia e come strumento di condivisione delle scelte di intervento del servizio stesso.

Conclusioni

In linea quindi con quanto il Tavolo Tecnico Salute Mentale individua nell'ambito delle proposte di intervento, le esperienze qui rappresentate potrebbero venir consolidate da indirizzi nazionali che richiamino l'importanza ma soprattutto promuovano la costituzione di osservatori, organismi partecipativi e più diffusamente comitati di partecipazione. Si ritiene utile che tale elemento possa essere recepito come attività istituzionale e inserito nei diversi D.L., linee di indirizzo, linee guida e documenti a supporto delle Regioni e trovino compimento negli atti di programmazione e pianificazione delle stesse.

Di riorientare, non soltanto in salute mentale ma in tutte le aree del sociosanitario, le amministrazioni verso forme collaborative con il Terzo Settore improntate alla coprogettazione e gestione di programmi e progetti personalizzati. Si auspica che attraverso le azioni locali di accompagnamento dei territori e l'allocazione di risorse finalizzate e facilitanti la realizzazione delle più recenti riforme normative e linee guida ministeriali, anche in una modalità di cofinanziamento, permettano processi virtuosi di riconversione di quelle già disponibili. Tale attività potrebbe essere corredata da un monitoraggio delle "esternalizzazioni" che le Regioni e le Aziende sanitarie attraverso i Dipartimenti di salute mentale, attivano, con particolare riferimento al Terzo settore, sia in termini quantitativi che qualitativi.

Si tratta insomma in termini generali di promuovere politiche e dispositivi tecnico professionali e tecnico amministrativi a livello locale che possano riorientare stili di lavoro e riallocazione strategica e monitorata delle risorse nell'ambito di processi decisionali condivisi con i "protagonisti" dei servizi, non soltanto, quindi, in mera consultazione, ma con "rappresentanza autentica e non demandata".

Rapporteur

Morena Furlan

25 giugno 2021