



Dalla Residenzialità psichiatrica al budget di salute

Autori

Mila Ferri¹, Pietro Pellegrini², Ilaria De Santis³

1 Dirigente Area Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, Regione Emilia-Romagna - miferri@regione.emilia-romagna.it (mailto:miferri@regione.emilia-romagna.it)

2 Direttore del Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche, Ausl di Parma - ppellegrini@ausl.pr.it (mailto:ppellegrini@ausl.pr.it)

3 Collaboratrice Area Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, Regione Emilia-Romagna - idesantis@regione.emilia-romagna.it (mailto:idesantis@regione.emilia-romagna.it)

Inviato il 20 novembre 2015, rivisto il 1° dicembre 2015, accettato il 5 dicembre 2015

RIASSUNTO

Viene illustrato il processo che la Regione Emilia-Romagna ha sostenuto dall'epoca della prima applicazione della legge 180/78 fino agli anni più recenti, caratterizzati da ipotesi del disturbo psichico e da contesti organizzativi orientati alla recovery. La Regione Emilia-Romagna ha ridefinito le strutture residenziali per finalità, intensità di cura, durata della degenza, standard di personale, classificate in sanitarie (Residenza a trattamento Intensivo -RTI- e Residenze a Trattamento Estensivo -RTE), socio-sanitarie (Comunità diurne e Comunità alloggio per la salute mentale) e appartamenti, case famiglie non soggette all'obbligo di autorizzazione (con massimo sei posti letto). I processi di riconversione sono avvenuti utilizzando lo strumento del budget di salute. In questo ambito prendono avvio le esperienze di residenzialità leggera.

ABSTRACT

It shows the process that the Emilia - Romagna claimed since the first application of the law 180/78 until the most recent years, characterized by assumptions of mental disorder and organizational contexts oriented recovery. The Emilia - Romagna has redefined the residential facilities for the purpose, intensive care, length of stay, standard of staff, classified in health (Residence in Intensive treatment -RTI- Residences Treatment Extensive -RTE), social care (Community day and accommodation for mental health) and apartments, family homes are not subject to permit requirements (with up to six beds). The conversion processes have taken place using the tool of the health budget. In this area start taking the experiences of residency light.

In Regione Emilia Romagna, a differenza della Lombardia, non è mai stata adottata una delibera specifica sulla Residenzialità Leggera (RL) e tuttavia, le esperienze riconducibili al concetto di RL sono diverse e si sono sviluppate, negli ultimi 15 anni, in diverse aziende sanitarie della regione.

Nella prima fase della realizzazione della legge 180/78 dal 1978 al 1996 si è avuta la nascita dei servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC) e dei Centri di Salute Mentale (CSM) (CIM, Centri di Igiene Mentale, già attivi fin dai primi anni 70 in diverse parti dell'Emilia Romagna a seguito dell'applicazione della legge Mariotti del 1968) e delle c.d. strutture "intermedie" (tra ospedale e territorio) o "alternative" all'Ospedale Psichiatrico (O.P.) che quasi ovunque hanno continuato a funzionare e a ricevere utenti (il c.d. "residuo manicomiale").

Le tante dimissioni dall'OP effettuate negli anni 60-70 in appartamenti, fattorie ecc. nel complesso non hanno configurato un sistema stabile di servizi, ma soluzioni temporanee che dovevano essere tali per evitare il riprodursi di aspetti neo-istituzionali nel territorio. E così è stato per molti gruppi, appartamenti, fattorie. Sono state abitate da malati divenuti nel frattempo a tutti gli effetti cittadini e gli appartamenti e le fattorie in larga parte, non sono diventati luoghi di cura, servizi sanitari e socio sanitari, ma fortunatamente sono rimasti luoghi di vita e lavoro, luoghi di tutti, abitati da cittadini di tutte le

età, un po' sani e un po' malati. Come la malattia è esperienza della vita e mai una persona è solo malata, un appartamento o una fattoria sono luoghi di vita e di cura, mai solo di cura. L'appartamento è diventato l'alloggio della persona, con il suo nome sul campanello. Questo è stato allora un punto di forza che va ripreso oggi, spostando il concetto stesso di "residenzialità leggera" a favore di un comune risiedere, normalizzante e condiviso con altri. È un approccio che contrasta la sanitarizzazione della vita, la specializzazione inutile di spazi dove tutto diviene terapia (arte terapia, pet therapy ecc.) a scapito di una visione semplice e normalizzante delle varie attività di vita.

Nella seconda fase, dal 1997 alla costituzione dei dipartimenti di salute mentale e dipendenze patologiche secondo la DGR 313 /2009 (Piano attuativo 2009-11) ci si è trovati di fronte alla necessità di dare ordine alla ricca offerta residenziale che è stata attivata per rendere effettiva la chiusura dell'O.P.

Sono anche gli anni dell'aziendalizzazione e degli accreditamenti istituzionali secondo il modello adottato dalla Regione Emilia-Romagna, che fissando parametri, requisiti, standard e procedure ha aiutato il sistema a definirsi migliorandone la qualità. Negli anni 2007-2008 tutte le strutture sanitarie per la salute mentale, pubbliche e private, sono state accreditate, dopo una verifica sul campo di requisiti generali e specifici (DGR 327/2004). Al tempo stesso, questi stessi processi hanno rischiato di contribuire ad irrigidire i percorsi di cura, ostacolando la riconversione e la chiusura di determinate strutture. Ogni sistema, ancor più se istituzionalizzato o riconosciuto dall'Ente pubblico, tende per diverse ragioni ad auto-mantenersi e a riprodursi.

In questo quadro, a fine anni 90, l'offerta residenziale al di là delle sigle, si è caratterizzata per una cultura di tipo paternalistico, protettivo (di solito con un livelli assistenziali medio-alti) e per una marcata dipendenza del paziente rispetto al servizio pubblico o all'erogatore/fornitore convenzionato/accreditato. Strutture in grado di assicurare un'accoglienza "sufficientemente buona" e una discreta qualità della vita, ma scarsamente abilitative e riabilitative. Un intrattenimento poco in grado di attivare i contesti e di sviluppare impresa sociale, capace di sperimentare le persone in nuovi e diversi ruoli e di determinare inclusione sociale. In altre parole, strutture caratterizzate dalla condivisione del "cronos", un invecchiare insieme di pazienti e operatori in un contesto relativamente sereno, ma carico anche di rischi microistituzionali, regressivi e talora infantilizzanti.

Certo non sono mancate esperienze innovative, in particolare nelle residenze sanitarie attivate negli ultimi dieci anni, che hanno adottato modelli teorici e dispositivi terapeutici validati, orientati a una missione riabilitativa, di recovery e cura condivisa con i servizi territoriali. Per tutte le strutture sanitarie il percorso di preparazione all'accredimento ha contribuito non poco ad aumentare la consapevolezza degli attori, CSM e residenze, sui processi di cura, la personalizzazione dei progetti, la verifica dei risultati. Tuttavia nel quadro generale poche sono state le dimissioni e rari i cambiamenti, il "kairos", le scoperte, le discontinuità, le scelte individuali: il paziente rischia di rimanere tale, non diviene cittadino e partecipa della vita della comunità sociale.

Se questo modello poteva forse soddisfare un'utenza come quella degli ex O.P., esso risulta del tutto inadatto per i nuovi utenti, portatori di patologie complesse (l'intreccio disturbi mentali e uso di sostanze), spesso agli esordi, con maggiori risorse ed esigenze, volontà di autodeterminarsi, di essere parte attiva nella cura, desiderosi di un rapporto più paritario, non paternalistico, (a volte cooperativo altre invece marcatamente oppositivo). Anche le famiglie sono diverse da quelle abbandoniche e deleganti dell'O.P. o da quelli rivendicative di 15-20 anni fa. Oggi le famiglie chiedono interventi di maggiore qualità e si preoccupano di assicurare ai figli un futuro non istituzionale. Sono disposte a collaborare, ad attivare risorse e soluzioni condivise. Chiedono un servizio pubblico autorevole e di riferimento, capace di organizzare la rete e tutelare gli utenti.

La stessa concezione della malattia mentale è cambiata: una condizione curabile nel territorio, in normali contesti di vita, non solo con interventi tecnici specifici (relazioni, farmaci, psicoterapie, interventi psicosociali), ma anche con il "prendersi cura", il sostegno ai diritti di cittadinanza, di partecipazione e inclusione sociale, hanno portato ad interventi più complessi ed evidenziato che l'esito non dipende solo dal disturbo in sé e dagli interventi specialistici, ma da un insieme più complesso di variabili (i c.d. "determinanti sociali della salute") e dalla capacità contrattuale della persona. La psichiatria riconosce il proprio limite non solo in termini tecnici, ma anche etici: non le compete decidere dove, con chi e come debbano vivere i pazienti. Ne deriva, nelle migliori esperienze, un approccio molto più rispettoso della persona e al contempo più attento al contesto.

In altre parole si è compreso come la lotta alle povertà di tutti i tipi (economica, culturale ecc.), da perseguirsi con un insieme di alleanze, sia essenziale per la salute mentale. Al contempo, vanno minimizzati gli aspetti iatrogeni degli interventi residenziali di lungo termine e valorizzato al massimo grado possibile le competenze, le risorse, l'empowerment delle persone. Un cambiamento rilevante che ha messo in crisi la cultura universitaria "organicistica e psicofarmacologica" di molti professionisti.

In questo processo la Regione Emilia-Romagna ha ridefinito le strutture residenziali per finalità, intensità di cura, durata della degenza, standard di personale, classificate in sanitarie (Residenza a trattamento intensivo -RTI- e Residenze a Trattamento Estensivo -RTE), socio-sanitarie (Comunità diurne e Comunità alloggio per la salute mentale) e appartamenti, case famiglie non soggette all'obbligo di autorizzazione (con massimo sei posti letto). La revisione delle tipologie e dei requisiti è stata realizzata con il coinvolgimento dei professionisti dei Dipartimenti Salute Mentale e Dipendenze Patologiche delle Aziende USL, delle strutture private accreditate, e dei Comuni per la residenzialità socio-sanitaria (La nuova classificazione delle residenze e i requisiti deliberati (DGR n.1830/2013; DGR n.1423/2015) recepiscono gli obiettivi e gli standard indicati nel documento nazionale "Le strutture residenziali psichiatriche" approvato con Accordo Stato Regioni (Rep. Atti n. 116/CU del 17 ottobre 2013); documento predisposto dal tavolo tecnico interregionale istituito dal Gruppo Interregionale Salute Mentale, coordinato da Agenas, a cui ha partecipato anche la Regione Emilia-Romagna).

Queste diverse forme di residenzialità unite alla rete ospedaliera (SPDC e Servizi psichiatrici ospedalieri intensivi – Spoi) costituiscono l'ambito "hard" del sistema che vede la sua centralità nella rete dei CSM. Restavano al di fuori una serie di altre soluzioni, spesso variamente definite, poco codificate e quindi lasciate all'inventiva locale, alle pieghe delle norme e delle delibere, che in contrapposizione al sistema "hard" vengono definite "soft".

Una contrapposizione tra "hard" e "soft" che lascia qualche perplessità, specie quando i due termini in italiano divengono pesante e leggero.

E il leggero riporta quasi immediatamente alla leggerezza di Italo Calvino. Questa leggerezza contrapposta alla pesantezza delle residenze o della presa in cura (in questo caso il carico, il fardello del terapeuta) colloca queste ultime in una luce ingiustamente negativa, facendole apparire in sé come iatrogene, lente e cronicizzanti.

Ecco perché per restare a Calvino preferiamo pensare che la qualità del sistema debba essere quella indicata nella quinta delle Lezioni Americane: la molteplicità. Calvino citando Borges, parla del tempo e della centralità della persona: "Secoli e secoli, e solo nel presente accadono i fatti; innumerevoli uomini nell'aria, sulla terra, o sul mare e tutto ciò che realmente accade, accade a me...".

Poi Calvino sviluppa l'idea "d'infiniti universi contemporanei in cui tutte le possibilità vengono realizzate in tutte le combinazioni possibili" fino a teorizzare il "modello della rete dei possibili".

È questo il riferimento e l'espressione della molteplicità, delle tante possibili declinazioni di flessibilità e resilienze, di creatività e unicità, pur nella replicabilità della scrittura sempre uguale, ma sempre diversa e quindi profondamente originale e irripetibile. E se questo riguarda la vita delle persone, in qualche modo deve contaminare anche la vita dei servizi e delle organizzazioni. Questo è quindi l'ambito nel quale nasce la c.d. "residenzialità leggera" che alla luce di quanto detto diventa una possibilità nell'ambito di una serie di scelte, espressione di potenzialità e di libertà individuali, ma in un contesto comunitario e pubblico. Una scelta, che oggi trova per il segmento socio-sanitario un riferimento normativo anche nella nostra regione, che potrà essere temporanea e superabile, in tempi e modi del tutto originali e personali.

La DGR n.1423/2015 che istituisce le "comunità alloggio per la salute mentale" con specifici requisiti di autorizzazione socio-sanitaria, prevede: "Il servizio garantisce attività educative e di supporto all'abitare, dal lunedì alla domenica, per fasce orarie o h 24. La presenza quotidiana degli operatori può essere diversificata nella durata e negli orari, in relazione ai bisogni assistenziali e ai progetti individualizzati degli ospiti, che nei giorni feriali possono frequentare altri servizi diurni, territoriali o svolgere attività lavorative, nell'arco della settimana e nell'arco della giornata. Le fasce orarie di assistenza sono esplicitate nella carta dei servizi e, per gli inserimenti a carico del Servizio Sanitario Nazionale, concordate con il Servizio inviante."

La residenzialità è mezzo e non fine, e prima che essere pesante o leggera deve avere senso. Questo si ha solo se iscritta in un percorso, in una storia che ha un inizio e una fine, in relazioni, in un tempo condivisibile con altri ma soprattutto se matura nel mondo interiore della persona.

"Leggero" quindi non significa solo tariffe più basse o minore assistenza, ma un diverso modello di intervento che si basa su libertà, recovery ed empowerment della persona e temporaneità delle soluzioni che non divengono servizi e tanto meno istituzioni, ma si superano in modo continuo. Strumenti ad uso delle persone e non strutture che si auto-mantengono (per i contratti con gli erogatori, i posti di lavoro dei fornitori, l'inerzia e le resistenze di parte dei professionisti verso le innovazioni, per le rigidità burocratiche e le difficoltà di contesto).

In questo quadro di riferimento, la residenzialità leggera può avere diverse affinità con altre esperienze, alternative o di superamento della residenzialità assistita, finalizzate all'inclusione sociale delle persone con patologia psichiatrica, quali: le esperienze di abitare supportato, presso il domicilio del paziente, o in alloggi messi a disposizione dai servizi pubblici e

dalle cooperative sociali, per la realizzazione di programmi terapeutici riabilitativi individualizzati. E ancora, nelle forme di portierato o facilitazione sociale, nell'auto-mutuo-aiuto e nell' autogestione, e nelle esperienze di ospitalità familiare temporanea e Inserimenti eterofamiliari supportati di adulti (IESA) con disturbi psichici.

In Emilia-Romagna queste esperienze, frutto di positive innovazioni delle singole Ausl, hanno favorito la nascita della metodologia del "budget di salute", sviluppatasi sulla base di un preciso mandato della Consulta regionale per la Salute Mentale e consolidatasi dopo le sperimentazioni in alcuni territori, favorite da quote specifiche di finanziamento del Fondo ex-OP, rimodulato per migliorare l'assistenza socio-sanitaria dei pazienti dei Centri di Salute Mentale (Figura 1 e 2). Esperienze che oggi trovano un modello operativo condiviso nelle "Linee di indirizzo per l'applicazione del budget di salute" predisposte da un gruppo di tecnici delle Aziende Usl e degli Enti Locali e recentemente deliberate dalla Giunta regionale (DGR n.1554/2015).

Posti letto residenze psichiatriche sanitarie territoriali al 30.11.2015			
Area Vasta/Ausl	Residenze sanitarie intensive (RTI)	Residenze sanitarie estensive (RTR-E)	Totale Area Vasta/Ausl
Area Vasta Emilia Nord	105	217	322
Area Vasta Emilia Centro	60	149	209
Azienda Usl Romagna	26	171	197
Totale Regione	191	537	728
Fonte : Accredamenti Regione Emilia-Romagna			

Numero prodotti residenze territoriali, sanitarie e socio-sanitarie - Primo semestre 2015				
Area Vasta/Ausl	Residenze sanitarie intensive (RTI)	Residenze sanitarie estensive (RTR-E)	Residenze socio-sanitarie	Totale Area Vasta/Ausl
Area Vasta Emilia Nord	740	223	414	1377
Area Vasta Emilia Centro	316	173	518	1007
Azienda Usl Romagna	136	145	613	894
Totale Regione	1192	541	1545	3278
Fonte : Sistema Informativo Salute Mentale Regione Emilia-Romagna				

Un insieme di soluzioni e strumenti che non hanno necessariamente una specificità psichiatrica, come auspicato dalle stesse "Linee di indirizzo per l'applicazione del budget di salute", ma mirano tutti, in diversi modi a personalizzare al massimo, a co-costruire su misura il progetto della persona nel quale, in base alle sue possibilità e risorse, svolge un ruolo attivo. Questo significa saper mantenere/collocare la persona in situazione, formarla, abilitarla "in situ" e assicurandole il supporto strettamente necessario. Questa modalità, per certi pazienti, pare preferibile alla riabilitazione praticata in strutture residenziali e semiresidenziali e basata sulle transizioni progressive (da un contesto protetto ad uno meno assistito e così via), convincente sul piano teorico, ma che risulta meno efficace in quanto vi è una bassa trasferibilità e generalizzazione delle abilità apprese in un contesto specifico e una forte tendenza alla dipendenza/cronizzazione.

Un approccio che non mira a costruire servizi fissi e stabili e che interroga la parte "hard" del sistema (quella che per funzionare deve strutturarsi e specializzarsi) ed apre con essa un confronto dialettico. Se la pratica psichiatrica evolve con le conoscenze, con l'etica e le norme la fase attuale si configura come una fase di ricomposizione valoriale ed etica ancora prima che tecnica per evitare ogni forma di segregazione o di abbandono delle diversità. Questa scelta è supportata anche dalle conoscenze scientifiche e dalle pratiche più aggiornate che vedono nei contesti reali di vita la possibilità di prevenire, intervenire precocemente sui disturbi anche gravi come quelli psicotici, mantenendo le persone il più possibile nelle loro famiglie e nella loro comunità sociale. Faremo solo un paio di esempi.

Si pensi all'esperienza finlandese di Seikkula del "dialogo aperto" ("Open dialogue") il che richiede una riflessione sul nostro approccio, sulle risposte che vengono date a livello territoriale e ospedaliero. Anche la prevenzione e la diagnosi precoce dei disturbi della personalità obbliga ad allargare la visuale all'infanzia, alle esperienze di abuso, traumatiche e di neglect subite dai minori, nonché ad un insieme di disturbi (ADHD, apprendimento, della condotta ed altri) che spesso precedono la strutturazione del disturbo grave della personalità. Uno sguardo diverso che, quindi, non si concentri sulla patologia della personalità conclamata (che non risponde bene ai trattamenti, compresi anche quelli di RL), ma sappia

spostare l'asse dell'intervento grazie ad una ritrovata continuità fra salute mentale dell'infanzia e adolescenza con quella dell'adulto e ad un rinnovato rapporto con la comunità. Sono processi che vanno affrontati con motivazione e spirito scientifico e non fideistico tenendo conto della complessità e della necessità di valutare gli esiti dei nostri interventi, anche di quelli innovativi senza timore di dovere ripensare, rivedere e riprogettare periodicamente le nostre pratiche.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

Aluffi G. Dal manicomio alla famiglia. Inserimento etero familiare di adulti sofferenti di disturbi psichici. Milano, Franco Angeli Ed.; 2001.

Calvino I. Lezioni Americane. Sei proposte per il prossimo millennio. Milano, Garzanti;1988

Di Lello C., Taddei s., Ronchi E., Mingoli P., et al. L'esito dei programmi di residenzialità leggera. Uno studio preliminare in due DSM a Milano. *Psichiatria Oggi*, 2013;1:"40-45".

Pellegrini P., Ceroni P., Cocconi R., Dall'Aglio R. La collettività per la collettività. Sestante, 2015. Saraceno B. La fine dell'intrattenimento. Milano, Etas Libri; 1995.

Seikkula J. Il dialogo aperto. L'approccio finlandese alle gravi crisi psichiatriche. Roma, Fioriti Ed., 2014.

Starace F. Manuale pratico per l'integrazione socio sanitaria. Il modello del Budget di salute. Roma, Ed. Carrocci Faber, 2011.

Gli autori dichiarano l'assenza di conflitti di interesse e di fonti di finanziamento per il presente lavoro.