

# Piano sanitario regionale e servizi per la salute mentale: proposte del Coordinamento Psichiatri Toscani

Author(s):

S. Castagnoli affiliation: Responsabile SOS SMA Valdarno-Valdisieve ASL 10 Firenze, Coordinamento Psichiatri Toscani

A. Gainini affiliation: UFSMA Siena ASL 7 Siena, Coordinamento Psichiatri Toscani

F. Sirianni affiliation: Responsabile UFSMA NordOvest ASL 10 Firenze, Coordinamento Psichiatri Toscani



## Introduzione

Con l'occasione della stesura del nuovo Piano Sanitario Regionale, il Coordinamento degli Psichiatri Toscani propone una riflessione su alcuni punti salienti relativi all'organizzazione dei Servizi, affinché essi possano meglio possibile adempiere ai loro compiti nei riguardi delle comunità di riferimento. Non si ritiene scontato, in una fase di cambiamento dettato da pressioni sociali, culturali e, soprattutto, economiche, soffermarsi sul modello generale d'impianto dei servizi, nella convinzione che esso, laddove applicato, rappresenti uno strumento capace di mettere insieme obiettivi auspicati ed ottimizzazione di risorse.



## Il modello toscano per la salute mentale

### La dimensione organizzativa e funzionale

Il Modello Toscano per la Salute Mentale nasce come modello organizzativo dei servizi territoriali ed ospedalieri alternativi al manicomio, in applicazione di quanto scritto nella Legge 180 e sancito dal Primo Piano Sanitario della Regione Toscana (Ass. San. Bruno Benigni, Consulente Salute Mentale Dr. Giuseppe Germano), coerentemente al Primo Progetto Obiettivo Nazionale (Consulente Salute Mentale Dr. Paolo Martini).

Il principio ispiratore ne caratterizza l'articolazione sulla dimensione comunitaria, con l'obiettivo di promuovere la salute attraverso l'attivazione delle risorse e delle competenze della comunità di riferimento, in funzione del variare dei bisogni reali di cura, senza preordinare rigidamente le risposte. I servizi sono rivolti ad ogni patologia psichiatrica e ad ogni classe di età, con un'accessibilità diretta da primo livello di assistenza sanitaria. Compito precipuo è quello di attuare non soltanto attività di cura e riabilitazione, ma anche di prevenzione.

L'altra caratteristica fondamentale poggia sulla continuità ospedale-territorio. L'ospedale è uno dei nodi della rete e dei presidi, organicamente collegati fra loro dalla gestione di un unico gruppo operativo. **La Legge 180 infatti recita che gli SPDC "sono organicamente e funzionalmente collegati, in forma dipartimentale (gruppo di lavoro unico e multiprofessionale), con gli altri servizi e presidi psichiatrici esistenti sul territorio".**

Il modello teorico di riferimento sulla malattia mentale è quello bio-psico-sociale, in cui le variabili in gioco sono correlate all'ambiente sociale e relazionale, alle caratteristiche intrinseche della personalità del soggetto e al suo pattern genetico-biologico. Ne deriva una concezione del disturbo di tipo evolutivo, che richiede una continua attenzione alle dinamiche intrapsichiche e relazionali, nonché alla dimensione temporale, attraverso momenti di verifica e di ridefinizione del progetto terapeutico. La finalità intrinseca all'assetto organizzativo è quella di promuovere l'autonomia e la guarigione delle persone, in modo che possano proseguire il loro percorso di vita fuori dai servizi ed all'interno della comunità sociale.

**Lo strumento tecnico fondamentale è la relazione terapeutica**, che, per non cadere nello spontaneismo, richiede una formazione continua e specifica di tutto il personale. Il modello organizzativo toscano costituisce il setting più adeguato per costruire tale relazione sulla flessibilità conoscitiva, sulla multidimensionalità, sulla ricchezza e pluralità delle conoscenze, da attualizzare ogni volta nella specificità del contesto e della complessità dei bisogni.

I Servizi di Salute Mentale si definiscono sul piano organizzativo come rete completa e differenziata di presidi psichiatrici che, pur nel mantenimento delle loro specifiche funzioni, rispondono alla molteplicità delle richieste di cura come un sistema unico e bilanciato. La rete è infatti integrata e resa funzionalmente unitaria da un gruppo unico di lavoro multiprofessionale, che prende in carico i bisogni di prevenzione, cura e riabilitazione di un bacino naturale di utenza identificato dalla continuità antropologico-culturale e geografico-territoriale. I servizi sono quindi rivolti a piccole comunità locali omogenee per storia, stratificazione sociale, attività socio-economiche, insediamento urbanistico. In tal modo è possibile il loro radicamento nelle problematiche socio-sanitarie specifiche della popolazione da prendere in carico, integratamente all'attivazione delle risorse presenti nella comunità stessa.

**Il modello organizzativo della rete dei presidi non è fattore neutro rispetto alla tipologia di intervento. Esso costituisce un vero e proprio setting e cioè un assetto strutturale di base che condiziona la forma della relazione terapeutica fondamentale che si instaura tra il servizio e l'utenza.** Il modello toscano si configura sull'assunto che l'intera rete dei presidi psichiatrici sia gestita operativamente da un unico gruppo di lavoro, al fine di garantire al paziente un trattamento secondo il principio della continuità terapeutica: in qualsiasi presidio il paziente transiti a seconda delle fasi della malattia, incontra sempre lo stesso terapeuta e lo stesso gruppo curante, attivati intorno ad un progetto di cura unitario. Il gruppo di lavoro è di tipo multiprofessionale in modo che la presa in carico copra la globalità dei bisogni bio-psico-sociali.

**L'articolazione fra MOM, UF e DSM deve quindi costituirsi sul riconoscimento e la valorizzazione del gruppo operativo multiprofessionale, inteso come unità strutturale di base non divisibile, collegata in modo unitario alla rete dei presidi e fondante l'organizzazione dipartimentale della salute mentale.**

La rete dei presidi costitutivi di un servizio di salute mentale comprende i nodi che seguono con le specifiche funzioni descritte.

- CSM: sede organizzativa, programmatica e assistenziale del servizio di salute mentale. Coordina l'intera rete dei presidi e le specifiche funzioni che questi svolgono. L'attività assistenziale si sostanzia nelle attività terapeutiche ambulatoriali e della riabilitazione territoriale nonché in tutti gli interventi finalizzati alla prevenzione. Costituisce la cerniera di collegamento fra l'intero servizio, la comunità locale, gli enti locali e le istituzioni.
- SPDC: reparto di psichiatria all'interno dell'Ospedale Generale, con massimo 15 posti letto. La funzione è quella di accogliere la crisi acuta in ambiente ospedaliero, quando ve ne siano le indicazioni, per la necessità di massima intensità terapeutica, di contenimento relazionale, di contiguità con il DEA e le altre specialistiche.
- Strutture Residenziali, che variano servizio per servizio a seconda delle risorse strutturali di base e della strategia terapeutica complessiva:
  - Comunità Terapeutica: residenza ad alta intensità psicoterapica e riabilitativa, con massimo 12 posti letto, personale presente in turno sulle 24 ore. Si rivolge prevalentemente a pazienti giovani, preferibilmente agli esordi di malattia, portatori di patologia grave e di problemi relazionali e psicosociali complessi, che hanno bisogno di intervento terapeutico intensivo e di breve durata.
  - Struttura Residenziale Terapeutico-Riabilitativa: residenza riabilitativa a prevalente intervento terapeutico, con massimo 12 posti letto, personale presente in turno sulle 24 ore. Si rivolge a pazienti giovani-adulti, portatori di patologia grave e di disabilità psicosociali, che hanno bisogno di intervento terapeutico riabilitativo di tipo intensivo e di media durata.
  - Struttura Residenziale Socio-Riabilitativa: residenza riabilitativa a prevalente intervento riabilitativo, con massimo 12 posti letto, personale presente in turno sulle 24 ore. Si rivolge a pazienti giovani-adulti, portatori di patologia grave cronicizzata e di disabilità psicosociali, che hanno bisogno di intervento riabilitativo di tipo estensivo e di media o lunga durata.
  - Comunità Alloggio/Casa Famiglia: residenza riabilitativa a prevalente intervento riabilitativo, con massimo 8 posti letto, personale presente nelle 12 ore diurne. Si rivolge a pazienti portatori di disabilità psicosociali minori e piuttosto autonomi, in fase di inserimento sociale, con bisogno di intervento riabilitativo estensivo e di durata variabile.
  - Gruppo appartamento: appartamento nel contesto cittadino con massimo 4-5 posti letto, che risponde a bisogni di tipo abitativo, di proprietà sociale o di uno dei pazienti, con assistenza di tipo educativo a fasce orarie per pochi giorni la settimana. E' rivolto a pazienti autonomi e alcuni possono trovarsi in fase di inserimento sociale.
- Centro Diurno: struttura semiresidenziale ad alta intensità riabilitativa, con massimo 15 posti, aperto 6-8 ore al giorno. Si rivolge a pazienti semiautonomi, che vivono da soli o in famiglia, con programmi di durata variabile.
- I luoghi della comunità sociale attivati dall'intervento di prevenzione, cura e riabilitazione territoriale.

**Come evidente, la commistione di presidi a prevalenza sanitaria e a prevalenza sociale o addirittura ad esclusività sociale permette di costruire una continuità fra servizio e comunità locale, in modo da favorire l'inserimento nel contesto di provenienza, attraverso un processo terapeutico-riabilitativo che conferisca il massimo di autonomia possibile. A tal fine la rete dei presidi si articola su un gradiente di intensità di cura che va **dal polo a prevalente intervento sanitario (SPDC) a quello a prevalente intervento sociale (comunità sociale)**. L'attivazione delle varie tappe del percorso può essere sia di tipo sequenziale che sincronico che parziale, a seconda delle necessità. L'intervento sui luoghi della comunità sociale, unitamente ai soggetti sociali formali e informali che li popolano, resi da esso competenti, mira a rendere i circuiti della normalità accessibili al paziente e utilizzabili. **Questo in contrapposizione alla creazione di nicchie protette, che incistano il paziente e lo separano dai circuiti della normalità.****

Il gruppo di lavoro multiprofessionale è composto da:

- Psichiatra
- Psicologo
- Infermiere
- Operatore Socio-Sanitario
- Educatore
- Tecnico della riabilitazione (dove presente)
- Assistente Sociale
- Rete Sociale Informale (attivata dall'intervento)
- Rete Sociale Formale (attivata dall'intervento)

La composizione del gruppo di lavoro può essere concepita come un insieme che si dispone anch'esso su un gradiente di intensità di cura, partendo da figure professionali competenti ad erogare un intervento anche di tipo prevalentemente sanitario, per arrivare ad un polo di soggetti sociali, informali e formali, attivati sulla base del progetto. Tale composizione permette di decodificare la complessità dei bisogni e di costruire un percorso individualizzato di tipo bio-psico-sociale, che favorisca l'inserimento nella comunità sociale di riferimento.

Il bilanciamento a gradiente di intensità di cura della rete dei presidi e dell'équipe multiprofessionale su una direzionalità bio-psico-sociale, fa sì che nel sistema sia presente una forza propulsiva intrinseca che spinge verso l'inserimento del paziente nei circuiti della normalità della comunità sociale di riferimento.

## Alcune proposte sui servizi per la salute mentale toscani nel nuovo piano sanitario regionale

Sviluppando i concetti che precedono, possiamo individuare l'ottimale organizzazione dei servizi tenendo conto dei parametri di riferimento strutturali previsti dalle norme regionali già in essere per bacini di riferimento oscillanti tra i 60000 e gli 80000 abitanti, fino ad un massimo di 100000 in città:

- 0,6 p.l. di SPDC per 10.000 ab. con 1,75 infermieri per ogni p.l.;
- 1 medico ogni 10.000 ab.;
- équipe unica tra ospedale e territorio;
- presenza di tutta la rete di strutture intermedie nel territorio di competenza del servizio, oltre ai CSM e CD;
- 1,2 p.l. residenziali ogni 10.000 abitanti.

Così dimensionato ogni servizio potrebbe disporre di tutti i presidi utili per il suo funzionamento, rispettando, oltre ai criteri per l'efficacia, anche quelli per l'efficienza, e funzionare come un vero gruppo di lavoro, perché i numeri del personale lo consentirebbero.

E' bene ricordare che ogni deroga a quanto sopra, per quanto inevitabile, allontana dall'ottimale.

A partire da questa base organizzativa consolidata, abbiamo elaborato le nostre proposte.

° La **prima proposta** è quella di mantenere o ripristinare la corretta dimensione dei gruppi di lavoro, evitando di ampliare i servizi in funzione degli ampliamenti "amministrativi": per zone - distretto ampie e popolate occorrono più servizi.

Bisogna inoltre evitare che la costituzione delle Aree Vaste separi il momento ospedaliero da quello territoriale, andando a frantumare percorsi terapeutici che devono essere necessariamente integrati e unitari e che non possono essere resi tali solo a mezzo dei protocolli di cura. L'unicità del gruppo curante rappresenta il solo modo per costruire un collegamento organico e unitario.

° La **seconda proposta** è quella di mantenere la multiprofessionalità dei servizi.

Sebbene questo fosse nelle intenzioni del legislatore, rileviamo che ciò non si è di fatto realizzato e che, anzi, in particolare con le nuove disposizioni relative alle SDS (atto di indirizzo), per quanto non ancora del tutto precisate, si rischia di allontanare definitivamente le figure professionali degli assistenti sociali dai servizi (attualmente, nella migliore delle ipotesi, sono ad essi assegnati solo funzionalmente). Va rilevato inoltre che è in atto una legittima corsa di ciascuna professione a promuovere la propria autonomia professionale, per cui si assiste ad una continua ingerenza delle UO monoprofessionali (quasi sempre facenti capo a dirigenti che sono fuori dal DSM - UO infermieristica, UO riabilitazione e, naturalmente, UO servizio sociale) nel lavoro dei servizi. Valga un esempio per tutti; gli infermieri vivono il proprio asse gerarchico come se fosse il seguente: capo sala (o meglio coordinatore infermieristico), dirigente UO infermieristica territoriale di zona (già fuori dal DSM), dirigente UO infermieristica aziendale (ovviamente anch'esso fuori dal DSM).

° La **terza proposta** è quella di assegnare in modo inequivoco le risorse multiprofessionali ai servizi (tutte le risorse) in modo che il responsabile del servizio -che è il garante nei confronti della comunità (ASL, Istituzioni, Magistratura) - possa disporre di esse in modo chiaro e certo.

E' necessario inoltre intervenire normativamente con chiarezza, stabilendo l'obbligo per le ASL di rispettare i criteri per la complessità delle strutture della Salute Mentale già a suo tempo definiti.

Uno degli elementi che oggettivamente rendono i servizi contrattualmente più deboli (e quindi meno capaci di rispondere in modo adeguato alle sfide di salute nuove e difficili che abbiamo di fronte) è quello legato al fatto che, nonostante l'oggettiva enorme complessità fatta di numerosità di presidi, di operatori con diversa professionalità, di responsabilità su un territorio definito di popolazione, di competenza su presidi ospedalieri e territoriali insieme ecc., tutte le strutture (servizi) per la salute mentale sono strutture semplici, il cui responsabile è poco valorizzato e soggetto a nomina (e revoca) sostanzialmente solo fiduciaria, il che ne limita fortemente l'autorità interna ed esterna.

° La **quarta proposta** è quella di costruire una effettiva integrazione tra le Università, le Aziende Ospedaliere ed i Servizi delle Aziende Sanitarie. In realtà fino ad ora le competenze sviluppate appaiono molto distanti, con il rischio che i giovani colleghi che escono dalle scuole di specializzazione ed entrano nei servizi pubblici non abbiano le conoscenze necessarie per il lavoro in Salute Mentale, mentre, per contro, c'è il rischio che gli operatori dei servizi siano tagliati fuori dalle conquiste di conoscenza derivanti dal lavoro di ricerca compiuto in università. Attualmente i due mondi si guardano in cagnesco ed ognuno ha poca stima dell'altro. Bisogna costruire un sistema paritario che includa l'università nel DSM della ASL dove l'università insiste, con la sua scuola di specializzazione in Psichiatria e Psicologia Clinica (in sostanza ASL di Firenze, Pisa e Siena).

Questo obiettivo ci appare raggiungibile solo se il percorso individuato sia molto attento a mantenere una oggettiva "equal partnership" dei soggetti coinvolti. Ci pare che esista una sola via, ossia la partecipazione universitaria nei DSM delle ASL di Firenze, Pisa e Siena, attraverso la definizione di due UF a direzione universitaria (una per l'infanzia e una per gli adulti) con un territorio di competenza preciso, all'interno di quello di ciascuna ASL.

L'UF a direzione universitaria farebbe parte del DSM (che diviene INTERAZIENDALE AOU - Università - ASL), e starebbe nel DSM su un piano di assoluta parità con le altre UF dello stesso. Nulla osta al fatto che lo stesso Direttore del DSM possa dunque essere il Direttore di una UF universitaria: statisticamente questo succederebbe in modo proporzionale a quante UF compongono lo stesso DSM, dato per presupposto che non vi siano a priori migliori competenze per dirigere il DSM collocabili nel percorso di carriera universitario piuttosto che aziendale.

Non sfugga che la possibilità che la quarta proposta abbia senso coerente è collegata alla corretta attuazione delle prime tre nelle UF a direzione ASL e nella costituzione di UF a direzione Universitaria che seguano gli stessi criteri. In assenza del principio certo di una responsabilità clinica su un territorio correttamente dimensionato, in assenza di attribuzione reale delle risorse multiprofessionali, in assenza del riconoscimento adeguato, sarebbe viceversa impossibile realizzare un'integrazione effettiva e paritaria all'interno del DSM. Il rischio potrebbe essere in tal caso l'annessione da parte del modello universitario, ad oggi fondato su un approccio medico tradizionale incentrato sull'ospedale, o, nella migliore delle ipotesi, una "integrazione" che rimane solo sulla carta.

## References

- 1. Coordinamento Psichiatri Toscani: Atti del Congresso "Il Modello Toscano per la Salute Mentale" Siena, 26 maggio 2006.

*I dati riportati negli articoli tengono conto delle disposizioni normative di cui al Codice sulla Privacy e dei provvedimenti del Garante consequenziali al trattamento dei dati per scopi scientifici, di ricerca e divulgativi.*

[0] commenti | comments