Un approccio globale alla salute mentale: una priorità per l'Unione Europea, un'opportunità di riflessione per la Regione Emilia Romagna"

Salute mentale e benessere di comunità. Audizione 3 aprile 2023

Pietro Pellegrini[1]

Riassunto

A partire da un'analisi del Piano Attuativo Salute Mentale 2009-11 viene rilevato come:

1) **la salute mentale**, nell'approccio globale, olistico (One Health e Planetary Health), è una componente essenziale della salute ed **è una competenza di tutti**, professionisti del welfare, politici e cittadini (tutti possono fare qualcosa per la salute mentale propria e dell'altro) in tutti i contesti (familiari, scolastici, produttivi, ambientali ecc.). Una visione evolutiva della salute mentale e le conoscenze (neuroscienze, genetica ed epigenetica) mettono in primo piano l'attenzione alla gravidanza, ai primi 1000 giorni di vita. I primi 6 anni di vita sono cruciali per prevenire abusi, traumi, neglect nell'infanzia e quindi va sviluppato il **"Percorso Crescita"** del bambino e delle competenze genitoriali;

2) pur avendo realizzato un sistema di cura e di comunità ampio, radicato nel territorio, con una significativa dotazione di professionisti ed una buona partecipazione di utenti, familiari e stakeholder sono possibili miglioramenti da ottenersi con interventi e **investimenti, in primis in personale** (la principale "tecnologia") per assicurare un'adeguata intensità di cura. Il sistema è a gestione mista e integrata con la collaborazione di Enti del Terzo settore, Aiop, Fondazioni e deve mantenere un governo pubblico ma sviluppare forme di co-programmazione, co-progettazione e co-produzione;

3) in un'ottica globale, è molto evidente il ruolo dei "**determinanti sociali" della salute mentale**. La linea dell'integrazione socio-sanitaria, attuata a livello professionale deve essere spostata verso l'unificazione organizzativa e istituzionale di Ausl e Asp;

4) **circa il 97% degli utenti è a domicilio e la casa della persona deve essere il primo luogo di cura** e di vita, contrastando la spinta alla neo-istituzionalizzazione derivante dalla crisi demografica, economica, sociale e culturale, mediante il sostegno alle persone, alle famiglie-care giver con nuovi servizi (Sportello per i Progetti di Vita, case manager, Trustee ed al.);

5) circa metà degli investimenti per la salute mentale è utilizzato per la **Residenzialità psichiatrica che va profondamente rivista** in due direzioni: a) in parte va **specializzata** per assicurare interventi precoci e cure adeguate per competenze e intensità di cura nell'ambito di specifici **PDTA** per DCA, Esordi psicotici, Disturbi Gravi della Personalità, Neurosviluppo; b) in parte va riconvertita a **Servizi di Comunità e Prossimità** in grado di collegare (mediante portinerie, microaree, nuove tecnologie) la casa della persona con le Case della Comunità Centri di Salute Mentale/CNpia/SerD. Secondo il Chronic Care Model tutta la cronicità può essere gestita a

[1] Direttore del Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche Ausl di Parma

domicilio mediante con interventi strutturati e metodologia del **Budget di Salute per creare un welfare di comunità partecipato e generativo** e misurarlo con strumenti specifici;

6) **assicurare pienezza di diritti e doveri alla persona con disturbi mentali** secondo quanto previsto da leggi (180/1978, 18/2009, 219/2017) in tema di autodeterminazione, progetti di vita, diritto allo studio, al lavoro, alla casa. Diritto alla cure ospedaliere (secondo progetto Disabled Advanced Medical Assistance- DAMA). Promuovere la concezione funzionale della disabilità che può essere permanente e irreversibile, ma anche temporanea lasciando in ogni caso la possibilità di sviluppare il progetto di vita; Diritto delle persone con disturbi mentali e/o dipendenza di accedere, nel caso sia presente la disabilità (l. 104/1992) al FRNA e FNA.

7) **prestare attenzione alla salute mentale e al benessere sociale di bambini e adolescenti e loro famiglie e alle loro condizioni di vita.** Modelli di famiglie, educativi e impatto delle nuove tecnologie, multiculturalità e globalizzazione, stanno determinando una crisi di senso e di prospettive connessa ad una percezione di un'accresciuta precarietà e insicurezza, di insoddisfazione che oltre a favorire uso di sostanze e altri disturbi, possono compromettere la fiducia nel mondo adulto. La crescita delle diagnosi nei giovani, frutto anche di una maggiore attenzione a certi quadri (Disturbi Specifici di Apprendimento, ampliamento dei criteri diagnostici nell'Autismo), richiedono interventi sociosanitari ed educativi specifici ma anche una ripresa dell'investimento sociale nel futuro, che sia accogliente evitando la patologizzazione emarginante o deviante ed una risposta che sia solo sanitaria o giudiziaria. Fondo unico per la tutela minori (DGR 1102/2014) come competenza e azione di Comunità;

8) garantire le attività di consultazione e consulenza psicologica e psichiatrica nelle Cure Primarie e nelle Case della Comunità; prestare attenzione ai contesti sensibili e a rischio come Istituti Penitenziari, Strutture per Anziani. Strutturare con la magistratura e amministrazione penitenziari i Sistema di cura e giudiziario di comunità. Prevenire femminicidi e violenze a carico dei minori e diversi. Programmi per uomini violenti (LDV);

Superare le **contenzioni** e migliorare in ogni ambito la sicurezza delle cure (per ridurre aggressioni ecc.) nei ricoveri, nei trattamenti farmacologici e psicosociali;

9) **Investire in cultura, formazione** dei giovani professionisti coinvolgendo utenti (Utenti Esperti, ed al.), familiari mediante la scuola e le università. Sostenere gli operatori (responsabilità professionale, questione della posizione di garanzia);

10) **Promuovere la ricerca** sulla salute mentale, sui disturbi mentali e la loro cura. **Lotta allo stigma e al pregiudizio** onde evitare la discriminazione, la vergogna, la solitudine, povertà e l'abbandono.

Introduzione

Nell'arco di tre anni dalla pandemia siamo passati alla "sindemia" che indica l'associarsi e il complicarsi di più crisi sanitaria, sociale, economica, climatica, della pace.

Se la pandemia ha evidenziato la rilevanza del **welfare pubblico universale** e la funzione strategica dei servizi di comunità dei quali sono parte rilevante quelli dei dipartimenti di salute mentale e dipendenze patologiche (DSM-DP), l'attuale fase si sta caratterizzando per un interiorizzazione della crisi in ogni ambito, compreso lo stesso sistema di welfare. D'altra parte il Piano Nazionale di Ripresa e di Resilienza e il DM 77/2022 non hanno inserito in modo strutturale il tema della salute mentale nonostante nel corso del 2021 si siano tenute le conferenze nazionali sia per la salute mentale e che le dipendenze patologiche.

In questo quadro generale, particolarmente incerto, in questo contributo verrà analizzata la programmazione della Regione Emilia Romagna a partire dalla valutazione degli esiti dell'ultimo documento organico, il Piano Attuativo Salute Mentale (PASM) 2009-2011 (DGR 313/2009), di fatto implicitamente prorogato fino ad oggi.

Il PASM ha segnato una svolta molto significativa, ordinando un sistema che, dopo l'approvazione della legge 180, aveva avuto, specie nel territorio uno sviluppo notevole ma frammentario e localistico e pertanto ciò richiedeva un'azione di riordino delineando un quadro generale.

Va tenuto presente che il lungo periodo di tempo intercorso fra la legge 180 (1978) e l'effettiva di chiusura degli Ospedali Psichiatrici (OP) avvenuta nel 1997, ha condizionato la crescita dei nuovi servizi territoriali chiamati al contempo a farsi carico di tutta la nuova utenza.

L'attività negli Istituti di Pena iniziata dai SerD fin dagli anni 90, dopo la riforma del 2008 (DPCM 1 aprile 2008) si è estesa a tutta la sanità e a seguito della chiusura nel 2015 anche gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) si è determinata un'ampia area operativa con un forte impatto sul sistema di welfare, sulle risorse, gli strumenti e la responsabilità professionale.

Va tenuto presente che il superamento di OP e OPG mediante il sistema di welfare di comunità ha raggiunto l'obiettivo per nulla scontato di curare a domicilio oltre il 97% dei pazienti. Un risultato da mantenere e ulteriormente sviluppare, non dimenticando i sempre presenti rischi di involuzione e di neo-istituzionalizzazione/abbandono.

Conviene ricordare come la chiusura degli OP sia avvenuta in un clima di emancipazione e di affermazione dei diritti con un forte coinvolgimento delle comunità, degli Enti locali, del servizio sociale e Terzo settore che hanno garantito accoglienza e percorsi più specifici a disabili, dementi, anziani, alcolisti e tossicodipendenti (la legge 685 del 1975 ne proibiva il ricovero in OP), nonché ad emarginati che pure erano ospiti degli OP.

La crescita di servizi dedicati è stata contestuale a quella dei servizi psichiatrici territoriali.

Fenomeno simile si è avuto con la chiusura scuole speciali (l. 517/1977), orfanatrofi e brefotrofi incentrando le attività nella "scuola di tutti e per tutti" e sostituendo gli Istituti per minori con l'affidamento familiare e piccole strutture (Gruppi Appartamento).

Un insieme di percorsi che spesso si è sviluppato in parallelo, senza reciproche comunicazioni e che nella fase espansiva ha funzionato bene.

Nel tempo si sono evidenziati alcuni limiti organizzativi e di competenze ma anche la carenza di politiche di investimento in grado di sostenere i processi di inclusione dei nuovi utenti e di affrontare i determinanti sociali della salute.

Il rapporto tra sociale sanitario (e quello istituzionale tra Comuni e Ausl) e la specificità dei percorsi di cura vanno rivisti, alla luce di un rinnovato "patto sociale" nonché delle competenze necessarie, del ruolo degli operatori e delle attese di utenti, familiari e contesti ridando unitarietà agli interventi (spesso frammentati) e alle organizzazioni (superamento della separazione tra Ausl e Asp).

Il Piano Attuativo Salute Mentale (PASM) 2009-2011.

L'analisi dello stato di realizzazione di quanto previsto dal PASM mi pare un approccio metodologico corretto per definire lo stato dei problemi e avanzare le possibili soluzioni.

Parte I: Annotazioni sulla parte generale

Dalla sua approvazione i DSM-DP molto hanno fatto per la sua realizzazione tenendo altresì conto delle diverse norme nel frattempo intervenute come ad esempio quelle su le Case della Salute, il Piano della Prevenzione, il Piano Sociale e Sanitario, sui LEA.

a) Il PASM risulta ancora attuale nei **Principi, valori, visione ed obiettivi. "**Obiettivi generali della politica di salute mentale in Emilia-Romagna sono: la promozione del benessere psichico e sociale dei cittadini e dei residenti nel proprio territorio, la tutela del diritto alla salute, dei **diritti** di cittadinanza delle persone affette da malattie mentali e dipendenze patologiche, **di ogni tipo e gravità, in ogni età della vita."**

Si rileva come l'integrazione istituzionale, comunitaria, gestionale e professionale, prevista dal Piano Sociale e Sanitario, sia rimasta a livelli spesso insoddisfacenti. La molteplicità delle ASP, in molti casi nemmeno distrettuali, la frammentazione dei servizi sociali non ha facilitato l'integrazione, ha moltiplicato i "tavoli" e reso farraginosi i percorsi per le decisioni.

Con l'idea che esista un'organizzazione loro dedicata si è diffusa la tendenza (purtroppo intrinsecamente manicomiale) ad escludere le persone con disturbi mentali e dipendenze patologiche dai servizi del FRNA e talora persino dai diritti sociali. Come se l'essere curati nel DSM-DP potesse comportare la perdita di diritti o che questi debbano essere tutti garantiti dal solo DSM-DP.

I **valori fondanti** (destigmatizzazione, partecipazione, continuità assistenziale, innovazione, verificabilità) e gli **attori (**Regione, Enti locali, Ausl, Aziende Ospedaliere, Università, Scuola,

Autorità Giudiziaria, Utenti, Familiari e Associazioni, sistemi produttivi ecc.) sono collocati in una logica pubblica universale secondo lo spirito dell'art. 32 della Costituzione.

Alla visione globale della salute spesso non è seguita una realizzazione sistematica per la carenza di sedi unitarie di programmazione e gestione il che ha portato ad interventi per ambiti, settori o per specifiche emergenze (minori, migranti, difesa delle donne vittime di violenza, tratta ed al.).

Una sede di programmazione unitaria potrebbe favorire un utilizzo più razionale delle risorse e un migliore coinvolgimento delle Fondazioni e del mondo produttivo e la partecipazione della società civile.

b) Il PASM prevede la **Partecipazione democratica** mediante l'istituzione del CUF/CUFO[2] e la Consulta Regionale Salute Mentale che hanno avuto realizzazione in tutti le Ausl. Essi hanno mostrato una buona vitalità e costituiscono punti di riferimento da confermare e valorizzare tenendo conto del ricambio generazionale.

Occorre aggiornare la composizione della Consulta Regionale e diffondere la cultura dell'automutuoaiuto di utenti e familiari riconoscendo il loro ruolo nella programmazione, monitoraggio e verifica delle politiche e dei progetti, nella qualità, governo clinico e gestione dei servizi. In più occasioni è stata rimarcata la distanza dal sociale e dal sistema di comunità, l'esclusione dai piani di zona e dai diritti di cittadinanza (alla casa, al lavoro ed al.)

La tutela dei diritti (autodeterminazione e Il dopo di noi) va migliorata con il coinvolgimento di Amministratori di sostegno (formazione e forme di remunerazione) e del notariato. A questo tema, in ogni ambito territoriale dovrebbe esservi uno Sportello dedicato al progetto di vita.

Una visione unitaria che è molto attuale alla luce delle politiche per i **Diritti (compreso la piena imputabilità del malato mentale) ma anche della definizione dei LEA e LEPS.** La persona con disturbi mentali e/o dipendenze patologiche presenta sempre una molteplicità di bisogni che pertanto richiedono interventi a sostegno delle famiglie, educativi, sociali, sanitari.

Gli ambiti di azione del sistema di comunità per la salute mentale si esplicano soprattutto in ambito territoriale con: 1) Sostegno al reddito; 2) Politiche abitative; 3) Inserimenti lavorativi 4) Assistenza domiciliare; 5) Promozione della Salute Mentale; 6) Sussidiarietà orizzontale, 7) Prevenzione.

Lo stato di attuazione di questi punti richiede analisi a livello aziendale e distrettuale in particolare tenendo presenti le situazioni critiche come reddito, sfratti, disoccupazione, NEET e abbandono scolastico. Oltre a questo occorre verificare come questo si è realizzato a fronte di minori e famiglie in povertà, migranti, senza fissa dimora, soggetti privi di documenti e apolidi.

L'impressione è che le persone con disturbi mentali, pur protette dai DSM-DP, siano ancora marginali nelle politiche sociali e ancora insufficiente sia l'aiuto che essi ricevono per raggiungere il "minimo vitale" per la vita autonoma e ancora si debba operare per un pieno accesso (anche facilitato) ai diritti.

[2] CUF Comitato Utenti Familiari; CUFO Comitato Utenti Familiari Operatori

d) Nell'ambito residenziale va rilevata la mancata attuazione LEA residenziale sociosanitario.

Rappresenta un ambito sul quale aprire una profonda riflessione sul suo funzionamento rispetto ai nuovi bisogni che evidenziano la necessità di prevedere **soluzioni innovative** per la parziale non autosufficienza da disturbi organici e neurologici, il deterioramento mentale e le demenze presenili.

Vi sono per altro condizioni di multi morbilità e multicomplessità per le quali è necessario predisporre soluzioni personalizzate, altamente qualificate, superando, se necessario, vincoli tariffari dell'accreditamento.

Per i disabili serve un ripensamento delle capacità di risposta agli bisogni delle persone con disturbi del neurosviluppo sviluppando la domiciliarità e il budget di salute. Si è evidenziato anche il limite in termini di sicurezza e diritti del sistema residenziale.

Tutti temi che rimandano alla necessità di un ripensamento complessivo del sistema residenziale e l'adozione di nuovi approcci e strumenti come il Budget di Salute che mira sia una riconversione che a un diversa concezione nell'utilizzo delle strutture sociosanitarie come Servizi di Comunità.

Non si è avuta una regolamentazione regionale **della compartecipazione utenti** e Comuni prevista dai LEA nel segmento socio sanitario, né si è realizzata la previsione prevista dal PASM il quale prevedeva: "Per quanto attiene al finanziamento esso verrà posto a carico del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza per l'85% con una quota di compartecipazione a carico dell'utente pari al 15% del costo."

Il PASM ha definito obiettivi di **Programmazione** sia per il segmento sanitario (RTI-RTP 2 posti/ 10mila ab. RSR 1 posto/10 mila ab.) e per le strutture sociosanitarie (CA e GA di 2 posti ogni 10 mila ab.). Parametri che andrebbero verificati e aggiornati alla luce dei nuovi bisogni e del programma sul Budget di Salute.

Il PASM qualifica le Case di Cura prevedendo i "Servizi Psichiatrici Ospedalieri Intensivi" (SPOI), DGR 2000/2009 a completamento della rete dell'E-U, vista la dotazione di posti in SPDC al di sotto del parametro di 1 posto ogni 10mila ab.

La Residenzialità ospedaliera prevede oltre RTI e RTP anche Residenze Terapeutiche Specialistiche (DCA, Doppia diagnosi, Disturbi da Alcool, Psicogeriatria) facilitando risposte più adeguate nella direzione della formulazione dei PDTA.

e) Il PASM prevede un capitolo su **Formazione e Ricerca che deve essere aggiornato.**

Corsi specifici regionali e di perfezionamento con le Università hanno accompagnato le linee di indirizzo, i diversi percorsi/PDTA. Esordi Psicotici, Disturbi Gravi della Personalità, Percorsi giudiziari, Autismo. L'integrazione con Università ha migliorato la qualità della formazione e tuttavia si avverte la necessità di un maggiore coinvolgimento dei professionisti in formazione nei DSM.

Alcune figure relativamente nuove come i Tecnici della Riabilitazione Psicosociale (TRP) hanno rappresentato un arricchimento dei DSM. Vanno qualificate le formazioni e attività di tutti i

professionisti sia per il lavoro di equipe e il case management in vista di una nuova articolazione delle responsabilità professionali e gestionali.

Le diverse sedi universitarie, le Ausl, l'Agenzia sociale e sanitaria possano meglio rappresentare, collegare e sostenere la ricerca in un'ottica internazionale, volta a valorizzare le esperienze e i professionisti, in particolare i giovani.

Prevedere l'inclusione del sistema di formazione e aggiornamento di utenti, familiari e operatori anche del Terzo settore e servizi sociali mediante nuovi strumenti come il Recovery College.

Parte II: Considerazioni su sistema di Comunità e sistema di Cura

Il confronto con il PASM consente di rileggere la situazione di oggi individuando alcune linee di tendenza.

Esse riguardano: i dati epidemiologici, il sistema di comunità e il sistema di cura

I dati epidemiologici

Dalla tabella, riferita al periodo pre Covid, emerge come in 10 anni si sia avuto un incremento importante dell'utenza in carico. Questo è particolarmente rilevante per la NPIA.

Anno	SerD	Npia	Csm	Totale
2011	26.598	41.012	76.175	143.785
2015	27.711	52.132	78.884	158.727
2018	32.628	59.897	81.425	173.950
2019	33.643	62.353	82.041	178.837
Variazione 2019-2011	**+26,5%**	**+52%**	**+7,7%**	**+24,4%**

(dati SISM, Sestante n. 9/2020)

Dopo la fase pandemica che aveva visto una lieve flessione, i dati del 2022 (Csm 81.397, SerD 31.207, Npia 62.602; Tot 175.206) sono tornati ai livelli del 2019 con alcune variazioni qualitative (aumento dei DCA, uso di alcool, esordi e tentati suicidi).

Questi dati, da approfondire nelle diverse sedi aprono domande importanti relative alla salute mentale, al modo di prevenire, diagnostica e curare i disturbi. Quanto influisce la propensione agli interventi precoci, ad intercettare meglio i disturbi? Vi è una tendenza alla patologizzazione e alla cronicizzazione dei disturbi da parte di un sistema di cura poco orientato alla recovery?

E' in atto un processo di sanitarizzazione del disagio? Vi è una più ampia crisi sociale, familiare e dei contesti sociali? La competitività e il benessere regionale non raggiunge determinate fasce della popolazione? Quanto contano i determinanti sociali?

Il PASM delinea due sistemi: sistema di Comunità e sistema di Cura

Il sistema di Comunità

a) Sistema di (nella/attraverso la) comunità

Il Sistema di comunità è fondamentale in quanto non solo tutta l'attività di cura si svolge nella comunità ma **attraverso la comunità**. Attuare interventi di comunità significa, in ogni momento, testare lo stato di salute e di benessere/malessere della stessa. **Ogni persona va sempre considerata membro della comunità e ciò costituisce un requisito fondamentale della salute mentale** (non c'è bambino senza chi si prende cura ecc.). Molto rilevante è il ruolo dei **determinanti sociali della salute** e riconosciuto l'effetto patogeno di isolamento, di solitudine non scelta e dell'abbandono.

b) Conoscere le comunità e i territori

La nozione di **comunità** (non semplice aggregazione di persone) ai tempi delle nuove tecnologie (che creano condizioni sociali a distanza, second life, Intelligenza Artificiale) aprono interrogativi e nuove possibilità di cura e relazione.

Come in altre parti del mondo anche in Emilia Romagna si verificano fenomeni abbandonici tipici della "società liquida" che porta al c.d. "terzo escluso" (che può diventare maggioranza) dalla partecipazione alla vita sociale. Un territorio per tradizione e cultura solidale ed inclusivo si trova a fronteggiare **fenomeni metropolitani** (senza tetto, microcriminalità, uso di sostanze, deserti relazionali ecc.) e di **isolamento abbandonico** nelle aree montane o rivierasche. Vi è una **multiculturalità di prossimità** che va compresa con nuovi interventi volti alla coesistenza prima ancora che all'inclusione.

La composizione e le tante diverse **tipologie di famiglie**, **l'invecchiamento della popolazione**, le migrazioni e le variazioni nella produzione e nel diritto al lavoro (abbandono scolastico, NEET, tasso di disoccupazione, sottooccupazione/precariato, occupazione femminile) e alla casa (sfratti esecutivi, liste di attesa case ERP, emergenze abitative), **povertà** economiche, educative e culturali hanno determinato scenari molto diversificati con impatti sulla salute mentale di comunità e forti difficoltà dei servizi ad intervenire.

L'alto livello di **inquinamento atmosferico e il dissesto idrogeologico** connotano la pianura padana e le aree montane con conseguenze sulla sicurezza, sui collegamenti, sulla possibilità di fruizione dei servizi. **Non si può produrre salute in ambiente malato.**

c) La comunità dei minori e il genere

Nell'area 0-6 anni va migliorata l'equità nell'offerta di servizi (educativi, sociali ecc.), per combattere povertà e isolamento educativo mediante di interventi di sostegno anche domiciliari.

La salute della donna, della gravidanza e i primi anni di vita hanno un alto impatto sulla salute (anche mentale) attuale e futura della persona. Le azioni preventive e di intervento precoce dovrebbero vedere convergere in questo ambito gli interventi delle diverse istituzioni per prevenire

abusi, traumi e neglect prevendendo un accompagnamento alla crescita (Progetto Crescita) del bambino e delle competenze genitoriali e della funzione educante delle comunità.

Va prevenuto l'abbandono scolastico accompagnando la formazione a prospettive di lavoro e futuro in una logica di accoglienza nel mondo adulto, superando la precarietà e il vissuto di disorientamento, smarrimento, disperazione e rassegnazione. I problemi tipici dello sviluppo in adolescenza hanno evidenziato derive individualistiche, narcisistiche e psicopatiche, fenomeni come bullismo, stalking e baby gang con condotte di abuso di alcool e sostanze, autolesioni e suicidi, sofferenza dei corpi.

La questione di genere è rimasta ancora nell'ombra e ancora deve essere sviluppata una medicina di genere, attenta alle specificità che esistono anche in ambito psicopatologico e farmacologico. Occorre una forte azione preventiva rispetto a violenze e femminicidi.

d) L'integrazione sociosanitaria

L'integrazione sociosanitaria, incentrata sui Piani di Zona, spesso ha visto la salute mentale come un ambito marginale. Nonostante l'impegno di tanti operatori si sono rilevati i limiti di una integrazione solo professionale e non istituzionale. Ciò ha comportato limiti nella programmazione (ad esempio la scarsa definizione delle competenze compreso il budget per l'organizzazione dei servizi per i disturbi del neurosviluppo e l'autismo), nell'utilizzo del FRNA dal quale si tende ad escludere, del tutto ingiustamente e contra legem, le persone con disturbi mentali.

L'applicazione della legge sul "dopo di noi" nel complesso è stata poco efficace ed ha deluso le attese. Il concetto di integrazione va superato in favore di quello di unitarietà degli interventi costruiti con la persona e se possibile la sua rete familiare, prevedendo un solo soggetto di programmazione e gestione.

Le politiche per reddito, abitazione e formazione lavoro vanno qualificate, nella loro traduzione operativa, secondo i bisogni delle persone disabili.

e) Rischi di neoistituzionalizzazione ed emarginazione/abbandono

L'insieme delle norme di riferimento nazionali e degli strumenti a disposizione appare molto frammentato. A fronte di un forte invecchiamento della popolazione e delle gravi disabilità, nelle pratiche rischiano di prevalere le richieste di soluzioni istituzionalizzanti. Un fenomeno quello di una neoistituizionalizzazione che riguarda tutti gli ambiti, dai minori, ai pazienti psichiatrici, tossicodipendenti come esito di un disinvestimento nella persona e di crisi delle famiglie, scuola, comunità che non riescono ad affrontare le sofferenze, il carico assistenziale, i problemi comportamentali, le gravi difficoltà gestionali, la solitudine e le contraddizioni con nuovi investimenti e soluzioni evolutive incentrate sulle persone piuttosto che sulla creazione di nuovi contenitori separati.

L'incompleta realizzazione della 328/2000, dei LEPS e dei LEA rappresenta un ulteriore elemento critico. La fruizione di sostegni (pensioni, REI, Reddito di cittadinanza ecc.) richiede azioni di accompagnamento e supporto dell'utenza.

Anche la transizione digitale se non accompagnata rischia di produrre nuove forme di emarginazione e abbandono.

La crisi della comunità e la contestuale privatizzazione della sofferenza e dell'assistenza (si pensi al badantato) ha portato a visioni individualistiche di welfare familiare poco sostenuto dai servizi.

Il sistema di cura

a) La struttura dipartimentale

Nel PASM il sistema di Cura viene pensato come unitario, dipartimentale nel quale sono presenti NPIA, Psichiatria e Dipendenze Patologiche e che coniuga territorialità/prossimità e specializzazione.

Le linee attuative del PASM sono state declinate nella **definizione dei processi programmi, PDTA** con l'obiettivo di aumentare la trasversalità e superare il funzionamento "a silos" delle aree disciplinari. La visione unitaria è facilitata e implementata dal sistema informativo CURE e dalla possibilità di interfacciarsi con il Fascicolo Sanitario Elettronico.

b) Processi e Percorsi

Accesso ai servizi resta ancora un punto cruciale e si va da quello libero a quello programmato tramite CUP. Vi sono anche, specie nelle DP, accessi facilitati da interventi di prossimità, Unità di Strada, servizi di bassa soglia. Vi sono esperienze interessanti di intercettazione nei PS, di rapporti con la psicologia scolastica che da un lato mirano a facilitare la consultazione e dall'altro operano per la crescita delle competenze degli educatori e professori.

I **percorsi di E-U**, previsti come unitari a livello dipartimentale, sono stati affinati e aggiornati mediante la revisione dei Protocolli per i TSO (DGR 1928/2019).

La qualità e gli spazi per le consulenze psichiatriche in PS e più in generale nell'E-U richiede la definizione di requisiti minimi, anche relativi alla sicurezza. Il superamento della contenzione meccanica è oggetto di diverse circolari e di un piano specifico.

Il Programma Leggieri, sviluppato da oltre 20 anni per favorire la collaborazione professionale tra MMG e psichiatri, deve essere aggiornato alla luce delle Case della Salute/Comunità e della strutturazione del Dipartimento delle Cure Primarie. Con quest'ultimo, nella comune ottica territoriale, vanno viste tutte le possibili interazioni e integrazioni con il coinvolgimento di pediatri per minori e adolescenti. Un ambito che dovrebbe essere sviluppato anche per le DP (alcool, gioco, ecc.). La diversa strutturazione degli accessi-accoglienze e dei percorsi di consultazione-consulenza, secondo la stepped care potrebbe essere la base per la sperimentazione di un nuovo assetto dei CSM (CSM 4.0): consultazione-consulenza nelle Cure Primarie, presa in cura, in particolare secondo PDTA nelle sedi dei CSM.

L'ambito della **Residenzialità**, pur riordinata dal PASM e strutturata secondo l'accreditamento, ha evidenziato limiti nell' appropriatezza, efficacia e soddisfazione specie sul lungo periodo nel quale le strutture diventano luoghi di vita delle persone. E' emersa la questione della qualità delle

collaborazioni tra CSM e RTI e RTP gestite dalle coop., le difficoltà progettuali. Vanno migliorati il contratto iniziale, la tipologia dei progetti e la loro differenziazione prevedendo anche percorsi di accompagnamento gestiti dalle stesse coop., successivi alla esperienza residenziale. Modelli di intervento differenziati in grado di contrastare la tendenza alla cronicizzazione e regressione.

Vi è anche la necessità di qualificare e specializzare i percorsi per determinate tipologie di pazienti (giovani, migranti, disturbi gravi della personalità, psicopatia, uso di sostanze) che non traggono beneficio e danno problemi gestionali nelle tradizionali residenze pensate per pazienti psicotici gravi.

Vi è bisogno di comprendere come riarticolare l'assistenza socio educativa per i minori.

Per affrontare questi temi (e non solo) l'approccio e lo strumento che si è sviluppato in ambito regionale è il **Budget di Salute che** ha trovato un ampio utilizzo in Regione (sono circa 3.000 i progetti attivi).

La qualificazione delle attività è avvenuta mediante lo sviluppo di Linee di indirizzo e di **Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA)** trasversali agli ambiti disciplinari: Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA), Esordi Psicotici, Disturbi Gravi della Personalità. Pur non sempre formalizzati come PDTA uno sforzo in questo senso è avvenuto per Autismo, Disturbi Specifici Apprendimento, Disturbi da Alcool, da Eroina, Tabagismo, Gioco Patologico.

Sono state emesse Circolari per la prevenzione del suicidio in ospedale e nel territorio e dopo un ampio audit le Linee d'indirizzo per l'utilizzo dei farmaci antipsicotici nelle quali oltre alla tutela della salute fisica si inizia a trattare della DAT e della deprescrizione.

L'ambulatorio infermieristico e la cura della salute sono sempre più trasversali.

Per i DCA è stata arricchita la rete residenziale con l'apertura di due strutture Parma (In Volo) e Bologna (Fondazione Gruber).

I PDTA hanno una struttura che non solo attraversa le aree del dipartimento ma anche altri dipartimenti, ambiti ospedalieri e servizi sociali, associazioni e quindi viene ad intercettare e coinvolgere il Sistema di Comunità.

Si evidenzia così il duplice movimento: da una lato la cura di/nella/tramite la comunità come prerequisito e dall'altro come una richiesta di accesso alla cittadinanza da parte di persone malate di mente che riemergono alla socialità attraverso la terapia, riabilitazione e i necessari accompagnamenti.

La sfida è lo sviluppo di **PDTA della persona e non solo della patologia, in grado di essere adeguati alle diversità (genere, età, fase specifico, cultura, contesto) e trasversali alle aree e organizzazioni.** Questo implica anche nuove strutturazioni delle professioni, case manager, project manager, referenti dei percorsi.

I PDTA incidono su organizzazioni incentrate su un modello che deve tenere insieme con le possibili difficoltà e contraddizioni, l'approccio di prossimità (territoriale) con quello specialistico,

tipico di una organizzazione a matrice. Nell'ambito dei PDTA va ripensato il ruolo degli Ospedali Privati Accreditati per dare specificità a percorsi che potranno anche vedere ambiti dedicati (Centri, Residenze ecc.).

c) Accreditamento, sviluppo di qualità e governo clinico

L'accreditamento istituzionale ha rappresentato un punto significativo di riferimento per migliorare la qualità dei servizi. Al tempo stesso in alcuni ambiti (sociosanitario, disabilità) ha finito per ingessare il sistema non consentendo adeguati processi di personalizzazione degli interventi ed un'evoluzione delle risposte.

Al momento le diverse aree del dipartimento si trovano in condizioni diverse. Mentre il sistema delle Dipendenze Patologiche è in larga parte accreditato, per la Psichiatria è accreditata la parte ospedaliera e residenziale sanitaria mentre non lo sono le Comunità Alloggio e Gruppi Appartamento. Lo stesso per quanto attiene gli interventi con Budget di Salute.

L'area della NPIA vede poche strutture sanitarie (DGR 911/2007) ed una molteplicità strutture socioeducative non accreditate ma solo autorizzate talora poco conosciute dai servizi.

Quindi occorre fare il punto sul sistema dell'accreditamento e sulle reti da sviluppare e collegare. L'ambito non accreditato di psichiatria e npia costituisce una grande occasione di sperimentazione validata a livello regionale e di innovazione della cultura e delle prassi, facendosi carico anche delle difficoltà connesse al cambiamento dei diversi gestori.

Un punto di forza dell'attività regionale è stato quello di utilizzare le criticità per sviluppare azioni di miglioramento utilizzando gli strumenti del governo clinico.

d) Realizzazioni

1) Rapporti tra le aree

L'integrazione organizzativa tra Psichiatria Adulti, Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza Dipendenze Patologiche fino ad ora realizzata può essere confermata. Devono essere affrontate alcune criticità:

Criticità EU minori, preoccupante utilizzo dei SPDC per i minori. La necessità di una Procedura in ogni Ausl è stata più volte evidenziata e vi sono proposte concrete. A questo si aggiunge la strutturazione di un'adeguata rete ospedaliera e residenziale sanitaria.

Continuità/Discontinuità di cura al passaggio alla maggiore età

Ambito adolescenziale- giovane adulto come ambito di lavoro congiunto tra tutte le aree disciplinari e non "a staffetta".

Resta il tema dell'adultità, dei riti di passaggio, dei diritti, e di garantire forme di accesso/accoglienza adatte all'età e modelli di risposta che siano psicologici e socioeducativi. Le risposte predisposte nei territori hanno visto le attività sviluppate tra Spazi Giovani ed altri servizi di prossimità da un lato e Npia e CSM dall'altro.

Il tema dell'uso di sostanze, problemi comportamentali e disturbi mentali vede collaborazioni/interazioni ancora problematiche a volte con raddoppio delle attività e degli operatori impegnati. Questo per l'uso di cannabis nell'adolescenza, per la "Doppia diagnosi", i percorsi giudiziari, la parziale non autosufficienza.

Lo spostamento del problema dalla sostanza al sostegno/trattamento (educativo e psicologico) della famiglia e della personalità del minore potrebbero essere i nuovi focus degli interventi superando le tendenze all'evitamento basate sul sottosoglia (non è abbastanza tossico, matto, emarginato).

L'approccio preventivo potrebbe essere comune alle diverse aree.

Va rivisto il rapporto con i Programmi/UO di Psicologia Clinica e di Comunità, talora afferente al DSM-DP talora alla Direzione Sanitaria onde organizzare in modo coordinato le attività nelle Cure Primarie. Resta aperto il tema dell'offerta di psicoterapia e interventi psicosociali da parte del sistema pubblico (DCP e servizio sociale) e del DSM-DP sia per utenti che per le famiglie

2) Infanzia e adolescenza

L'articolazione della risposta richiede il passaggio da un organizzazione ambulatoriale ad una di comunità, incentrata su livelli diversi di intensità di cura, differenziazione dei percorsi, capacità di azioni in prossimità e domiciliare. La creazione di RTI per minori (Nespolo a Modena, San Polo di Torrile) ha dato una prima risposta ad un ambito regionale dove rimane la carenza di posti ospedalieri di NPIA, in particolare per la componente psichiatrica, vicariata con disagi diversi da pediatrie e servizi psichiatrici di diagnosi e cura.

La questione dell'abuso, maltrattamento dei minori e del loro allontanamento dal contesto familiare. L'applicazione della DGR 1102/2014 è stata l'occasione (in parte mancata) per un diverso livello di collaborazione interistituzionale e non ha prodotto nonostante i comuni riferimenti (es. progetto P.I.P.P.I) una linea operativa nuova nell'interesse degli utenti ribadita anche con la DGR 1627/2021 sulle equipe di secondo livello. La recente riforma dell'art. 403 del c.c. rappresenta una significativa occasione per un sistema di tutela dei minori incentrato sulla prevenzione, il sostegno delle famiglie e le comunità educante. A tal fine interventi domiciliari programmati (educatori, assistenti sociali e psicologi) potrebbe essere molto utile.

L'attenzione all'adolescenza, ambito trasversale a tutte le aree del dipartimento e non solo, richiede un'analisi che non veda solo gli aspetti comportamentali disfunzionali e le patologie delle persone ma colga la sofferenza nel suo complesso, nella sua unitarietà biopsicosociale, culturale e ambientale di un'intera generazione che è cresciuta nelle diverse crisi (sindemia) e quindi ha interiorizzato l'assenza di prospettive e futuro.

Il Sistema residenziale per minori vs declinato nell'ottica di comunità e prossimità per minori e famiglie, anche attraverso Cruscotti gestionali e un'organizzazione di tutte le aree disciplinari per la prevenzione (figli di pazienti, genitorialità problematiche ecc.).

Presenze e convergenze operative sociosanitarie sono necessarie per la continuità di cura delle persone con disturbi del Neurosviluppo che necessitano di risposte non solo sanitarie ma anche sociali, educative e assistenziali a supporto del progetto di vita.

3) Innovazioni

Dall'approvazione del PASM, con un metodo ampiamente partecipato, sono state realizzate:

Politiche attive del lavoro, IPS e al.

Nuove forme dell'abitare (Housing First, convivenze, IESA/ospitalità familiare, ecc.)

Budget di Salute

Reti psicosociali: Teatro rete regionale, Stili di vita

Protagonismo degli Utenti (automutuoaiuto, Orientatore sociale)

4) Chiusura degli OPG

In attuazione della legge 81/2014 nel 2015 è stata attuata la chiusura dell'OPG di Reggio Emilia e dopo le esperienze delle REMS provvisorie di Bologna e Casale di Mezzani PR si arrivati alla attivazione di quella definitiva a Reggio Emilia. Si tratta di 30 posti (1 ogni 185 mila ab., la metà rispetto alla media nazionale 1/90.000) con un utilizzo della rete residenziale dove è collocato circa il 70% dei pazienti (stimati in circa 350) seguiti sul territorio. I DSM svolgono azioni preventive e di inclusione sociale di questi utenti e la loro organizzazione va sostenuta mediante le Unità di Psichiatria Forense anche per migliorare la cura della salute mentale negli Istituti di Pena e nelle Articolazioni Tutela Salute Mentale (ATSM). Un sistema che va adeguatamente sostenuto anche sul piano sociale, riconoscendo il valore delle misure giudiziarie e di cura di comunità.

5) Sistema di partecipazione

CUF/CUFO e Consulta Regionale per la salute mentale rappresentano punti di riferimento importanti in una fase che vede, in generale, una crisi della partecipazione ed un forte ricambio generazionale. In questo quadro il pieno riconoscimento del ruolo degli Utenti come nuova risorsa dei dipartimenti può rappresentare un grande elemento di novità (Utenti Esperti, facilitatori sociali, radio, siti ecc) e facilitare la creazione dei Servizi di Comunità (portinerie, microzone, vicinato, collegamento-facilitazione/orientamento sociale, sicurezza case, cura ambientale)

Parte III: La salute mentale un riferimento comune

E' a tutti nota la definizione di salute mentale dell'OMS (1948): uno stato di completo benessere fisico, sociale e mentale, e non soltanto l'assenza di malattia. La salute è una risorsa per la vita quotidiana e non lo scopo dell'esistenza. Si tratta di un concetto positivo che valorizza le risorse personali e sociali (OMS, 1986). Pertanto si tratta di uno stato di benessere nel quale il singolo è consapevole delle proprie capacità, sa affrontare le normali difficoltà della vita, lavorare in modo utile e produttivo ed è in grado di apportare un contributo alla propria comunità (OMS, 2001) della quale è sempre parte.

Sul piano giuridico, per l'OMS, la salute è un diritto umano fondamentale e non è collegato al reddito.

La Carta di Ottawa (1986) mette in evidenza alcuni **"pre-requisiti necessari per la salute**: la pace, risorse economiche adeguate, il cibo e l'abitazione, un eco-sistema stabile ed un uso sostenibile delle risorse. Il riconoscimento di questi pre-requisiti sottolinea i complessi legami esistenti tra le condizioni sociali ed economiche, l'ambiente fisico, gli stili di vita individuali e la salute".

Questi legami forniscono la chiave per una comprensione olistica della salute di cui viene sempre più riconosciuta anche la dimensione spirituale. **"Non c'è salute senza salute mentale"** ed oggi si utilizza come riferimento l'approccio **"One Health**" riconoscendo, sempre e in ogni ambito (non solo sanitario e sociale), la rilevanza centrale della salute fisica e mentale senza la quale, come la pandemia Covid 19 ha dimostrato, non vi è possibilità di una sana vita economica, sociale e culturale. Oggi si parla anche di Planetary Health (Lancet, 2015) per indicare la salute della civiltà umana e lo stato dei sistemi naturali da cui dipende e riguarda ogni persona.

Tutti i sanitari a prescindere dalla specializzazione devono occuparsi sempre della salute fisica e mentale insieme, ciascuno con il proprio livello di competenze. In questo quadro la specializzazione si esplica sia nella elevata competenza specifica ma anche nella capacità relazionale collaborativa. Non quindi un campo chiuso di esercizio esclusivo ma un campo aperto nel quale possono strutturarsi percorsi e setting diversi, ciascuno in grado di comprendere le reciproche interazioni.

Essendo un diritto umano fondamentale, tutte le persone dovrebbero avere accesso alle risorse basilari per la salute. Una visione globale della salute implica anche che tutti i sistemi e le strutture deputate a governare le condizioni socio-economiche e l'ambiente fisico, debbano agire considerando l'impatto che il loro operato avrà sulla salute e sul benessere dei singoli individui e dell'intera comunità (OMS, 1986).

Nella nozione di disabilità ed handicap rientrano a pieno titolo le persone con disturbo mentale.

Quindi, riepilogando:

La salute come diritto umano fondamentale

La salute come stato/condizione dinamica/ risorsa per realizzare obiettivi di vita

Salute come bene individuale, familiare, relazionale e sociale

La salute come prodotto/percorso

La salute come costruzione sociale allargata

La salute e i suoi prerequisiti. I determinanti sociali della salute

Quando ci riferiamo a "salute" non facciamo specificazioni e in genere, implicitamente, ci riferiamo a più caratteristiche. Salute e benessere a volte si sovrappongono e possono anche coincidere, altre no. Lo stesso vale per livello di funzionamento psicosociale, la qualità della vita, soddisfazione soggettiva, che possono correlare in modo molto variabile con la salute e tra di loro.

Un altro concetto fondamentale: la salute non è un prodotto spontaneo ma va costruita (preservata e ripristinata) con una serie di interventi a più livelli: cure parentali, educazione, cultura, sport, dalla programmazione dell'ambiente urbano, alle forme di convivenza, politiche del lavoro fino agli interventi sanitari.

Come è noto la salute è determinata dai soli fattori sanitari ma è condizionata da fattori socio ambientali (invecchiamento della popolazione; variazioni delle famiglie e nelle rete familiare/di supporto; situazione lavorativa, abitativa, economica; tendenza alle condotte di abuso di sostanze e alcol; alimentazione e stili di vita, inquinamento; condotte microcriminali, antisociali; criticità urbane e fenomeni metropolitani, isolamento dei piccoli paesi; Società competitive e delle performance; Incertezza sociale e insicurezza nell'acquisizione di identità e ruoli. fragilità; migranti; senzatetto ; richieste di sicurezza e controllo, culture "abbandoniche". Povertà, livelli di istruzione e cultura, valori ed etica).

Azioni positive sui fattori socio ambientali modificabili riducono i rischi e creano opportunità, per migliorare le condizioni di salute. Quindi vi è ampio spazio per una costruzione sociale della salute agendo sui microdeterminanti sociali.

Il punto di vista della persona è centrale nella costruzione della salute attraverso l' autodeterminazione nell'ambito delle leggi (legge 18/2009, 219/2017) che normano quindi gli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori, le forme di tutela e sostegno delle persone con ridotta capacità di agire, le disposizioni sul fine vita.

In questo hanno un ruolo le aspettative delle persone e delle famiglie, la cultura, il livello di istruzione, il sentire comune e gli aspetti religiosi ed etici. Ma deve essere chiaro che il diritto alla salute appartiene all'autodeteminazione della persona e non allo stato (o alla società) e/o alla religione.

La forza dell'art.32 della Costituzione consiste nell'idea di collegare il diritto alla salute del singola persona con l'interesse della comunità. Questo è premessa al welfare pubblico e universalistico e non a quello a domanda individuale. Quindi la norma regola i LEA sociosanitari e LEPS

Nel momento in cui ci si rapporta con il sociale dobbiamo essere consapevoli che la comunità va presa per quello che è con i suoi punti di forza, debolezza, sensibilità, interessi. L'interazione fra servizi sanitari e comunità è non solo dinamica ma di reciproca continua influenza e pertanto occorrono conoscenze approfondite (epidemiologia, studi sociologici ecc.) per politiche attive da parte della sanità se questa non vuole essere determinata solo dalle pressioni esterne sociali o dei sottogruppi.

Questo sia per quanto riguarda l'applicazione della legislazione (ad es. la 180) sia per dare risposte che siano fondate su prove di efficacia.

Le buone pratiche devono riferirsi all'equità (esigibilità), appropriatezza e siano in grado anche di rappresentare gli interessi di chi non ha voce, di chi non chiede, di chi non appare (invisibili) che spesso è colui che sta peggio ed ha i maggiori bisogni.

Rendere la casa il primi luogo di cura è un obiettivo che dipende dalla sanità e da fattori extraclinici, dall'avere o meno casa, famiglia, persone disponibili, risorse (economiche, culturali, relazionali). Cioè da determinanti di tipo socio-familiare. Questi condizionano anche accesso, cure, esiti, condizionano l'uso dei posti sanitari ecc.

Se è così occorre conoscere in modo dettagliato, caso per caso, i fattori che possono essere essenziali per una piena riuscita di un progetto di cura nell'ambito del progetto di vita. In questo, nuovi strumenti come il Budget di salute possono aprire importanti innovazioni che tengano conto di solitudini, stato delle famiglie, rischi di abbandono.

Fra i fattori che possono migliorare le cure vi è l'abbattimento delle barriere organizzative (inutili per il cittadino) tra ospedale-territorio, tra sociale-sanitario, tra distretto e distretto, tra una Casa della salute/comunità e l'altra.

La partecipazione al DSMDP e il senso di appartenenza per fasce a rischio di abbandono è molto rilevante. La salute dipende in larga misura dalla persona/paziente dalla sua attivazione, responsabilizzazione e partecipazione. Il protagonismo dei fruitori nel processo di cura è una delle risorse più importanti da attivare/utilizzare.

Organizzazioni di comunità

Un sistema di comunità implica, in una logica unitaria, la collaborazione di tutti i dipartimenti territoriali e ospedalieri. In questa ottica l'ospedale è parte della comunità.

In questo modo si può organizzare un'attività sanitaria per intensità di cura che vada dal cittadino e dalle pratiche di autocura fino a quelle di altissima specializzazione.

Il modello delle Case di Comunità così come delineato dal DM 77/2022, vede convergere nello stesso contesto modelli operativi differenti. Dalla relazione medico paziente tradizionale individuale e monoprofessionale alla presa in cura gruppale e multi professionale.

La Casa della Comunità va connessa con la casa della persona e con una serie di stazioni intermedie, servizi di comunità e prossimità, in grado di unire risorse e servizi sanitari (ambulatori medici e infermieristici, farmacie) e sociali (microzone, portinerie ecc.).

La presenza nelle Case della Comunità dei DSM-DP va promossa sia per la rilevanza della salute mentale sia per evitare che il sistema delle dipendenze e della salute mentale resti un mondo a parte.

Il collegamento con le Case della Comunità è fondamentale per la definizione dei percorsi PDTA e il lavoro per progetti condivisi (e non per centri separati) possono essere gli strumenti che consentono di dare continuità tra ospedale e territorio, fra una Casa della salute e l'altra, fra servizi locali e collegare la casa della persona e centri di eccellenza.

La continuità e i collegamenti devono essere costruiti con metodo (e non in modo estemporaneo) fra sistemi aperti e cooperativi con percorsi per intensità di cura.

Un organizzazione da costruire tenendo conto ad esempio che nella Casa della Comunità convivono operatori con diversi contratti, normative , appartenenze, abitudini.

Con il sociale è necessario un passaggio dall'integrazione professionale, organizzativa a quella istituzionale vedendo di unificare Ausl e Asp.

Questo è urgente ad esempio per la programmazione degli interventi nei Disturbi del Neurosviluppo ove le offerte in essere sociali (incentrate sulla disabilità) e sanitarie psichiatriche (organizzate sul paziente psichiatrico psicotico) non risultano in grado di fornire risposte adeguate. La Casa della Comunità può essere la sede di questa nuova unitarietà degli interventi.

Una "Casa della Comunità dove convergano già in fase di accoglienza o per programmi specifici, tutti gli operatori, compresi quelli con una professionalità di tipo sociali.

Il lavoro su popolazioni target secondo la "stepped diagnosis" richiede che in primis si affrontano nell'ambito sociosanitario, secondo i principi della rilevabilità e modificabilità, le condizioni pre-diagnostiche riferibili a categorie generali (quali la povertà, la non autosufficienza, la vulnerabilità/fragilità, la violenza, evolutività e bisogni di tutela), condizioni di vita che possono essere comuni ad una molteplicità di condizioni cliniche.

E su questi fattori che la sanità e il sociale, con strumenti diversi e specifici, possono e debbono concorrere, negoziare e integrarsi.

Non si tratta di rinunciare alle specializzazioni: al contrario nella collaborazione professionale incentrata sulla persona si esprime il massimo grado della specializzazione.

La risposta ai bisogni, in primo luogo va costruita con la persona e va costruita coinvolgendo la rete familiare, informale, volontariato ecc. favorendo forme innovative (es. Facilitatore sociale, servizi di portierato, attivazione di commercianti, artigiani, baristi ecc. ecc.).

Nella costruzione della salute e del benessere sono importanti la rete informale, il vicinato, l'automutuoaiuto, un insieme di relazioni e beni immateriali. Elementi naturalmente presenti o attivabili, ricostruibili. La sanità può concorrere in questo coinvolgendo, aprendosi, chiamando a collaborare.

Non è pensabile e può essere pericolosa una diffusa sanitarizzazione dei bisogni sociali. Né risultano efficaci azioni che non tengano conto del livello di partecipazione e delle pratiche dei professionisti, a partire dai MMG/PLS. Azioni di prevenzione primaria vanno sviluppate secondo metodologie precise evitando azioni che non siano di sistema e/o estemporanee.

Un'occasione importante per attivare e mobilitare le risorse della comunità tenendo conto che il punto di vista degli utenti e la loro collaborazione rappresenta un elemento innovativo del sistema.

La definizione di obiettivi di salute congiunti, sia nell'ambito della prevenzione che della cura, può rappresentare un metodo che qualifica il lavoro sanitario e sociale nella comunità.

I progetti formativi dei professionisti possono essere incentrati non tanto sulle singole case della salute ma sui progetti o i PDTA.

Lo studio dei determinati sociali della salute nel contesto della nostra regione può fornire le basi per azioni innovative e sperimentali.

Parte IV: Riferimenti comuni e trasversali per una nuova programmazione

a) Psicopatologia evolutiva

Sono sempre presenti, coesistenti e interagenti fattori biologici, psicologici, sociali, culturali, educativi e ambientali. Genetica/Epigenetica, evidenze delle neuroscienze (plasticità cerebrale, neuroni specchio ecc) fanno sì che la salute mentale sia evolutiva (sec. Definizione OMS) e dipenda da salute della gravidanza, da condizioni ambientali (pace, alimentazione, ambienti sani, sicuri e confortevoli), sintonizzazione, attaccamento, autoregolazione, sviluppo funzione riflessiva e quindi dalla qualità delle relazioni di accudimento e dalle successive esperienze educative riparative e compensative. Da questi prime fasi dipende la salute (non solo quella mentale) dell'adulto ma si attivano diverse traiettorie evolutive anche psicopatologiche. Quindi l'ambito 0-10 anni è quello della prevenzione e degli interventi precoci, del sostegno alla crescita del bambino e delle competenze genitoriali)

b) Determinanti sociali: conoscenza e protagonismo dei contesti (Cura di comunità).

Prevenire povertà multidimensionali, abusi, abbandono scolastico, NEET. Allontanamenti minori

c) Diritti e doveri della persona con disturbi mentali (Autodeterminazione "Nulla su di me senza di me", libertà, dignità)

Persona sempre inserita nella comunità (rifiuto di soluzioni neo-istituzionalizzanti o abbandoniche e Cura nella Comunità) e fare della Casa della persona il primo luogo di cura e di vita, in armonia con il contesto e l'ambiente.

Prevenire e ridurre i rischi di istituzionalizzazione. Lotta allo stigma e discriminazioni

Azioni di intervento traversali

<u>1) Prevenzione, interventi precoci e cure (età, genere, fase, contesto-cultura specifici)</u>

Orientamento alla guarigione (recovery)

Sviluppo di Processi, percorsi e PDTA trasversali alle aree disciplinari

<u>2) Sociosanitario di comunità</u>

Superare la frammentazione dei gestori dei servizi sociali per creare vision unitarie e organizzazioni più funzionali e competenti. Il tema della politica locale, nei diversi ambiti (educativo, produttivo, ambientale ecc.), può essere il perno di una possibile innovazioni dei servizi, e più in generale del welfare, tramite una impostazione più unitaria in grado di concorrere come investimento alla

costruzione della salute e del benessere sociale. I Servizi e il terzo settore come attivatori della comunità, come ponte fra realtà produttive e contesti, generatori di beni relazionali e non solo di prestazioni o oggetti. La salute mentale e il benessere sociale come componenti di tutte le politiche alla base poi degli interventi tecnici specifici.

Si profilano anni di grande trasformazione per la realizzazione del PNRR, dei LEPS, della legge delega sulla disabilità; del PNRR, il sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti; i percorsi di autonomia per persone con disabilità; housing temporaneo e stazioni di posta.

3) Il sistema di Cura

a) Accesso/Accoglienza

Consultazione-Consulenza. Definire l'interazione/partecipazione alle Case di comunità

b) Percorsi di E-U dipartimentali

c) PDTA per intensità di cura, con fasi anche ospedaliere e residenziali a termine ma orientati alla domiciliarità

Approcci abilitativi specifici e precoci

d) Innovazioni di sistema

Dirette e tramite Coop, Enti Accreditati, Aiop per le forme di disturbo protratto (cronico) orientando la Residenzialità sociosanitaria verso la creazione di "Servizi di Comunità e Prossimità".

Nuovi strumenti (Budget di Salute), inclusione sociale e Progetti per la Vita indipendente, autodetermianta ("Sempre a casa per tutti" Forewer house" Evoluzione è sempre possibile e tutti sono dimissibili). Superamento delle pratiche istituzionalizzanti. Miglioramento dei Percorsi Giudiziari (Unità di Psichiatria Forense che dia unitarietà a tutti i percorsi in tutte le aree).

Partecipazione degli utenti e familiari.

Azioni antistigma e comunicazione per il rispetto e la tutela delle diversità

Formazione e professioni (con Università e Enti di formazione) per curare competenze, motivazione, partecipazione e creatività

Governo clinico e Orientamento alla ricerca (a partire dalle pratiche)