



Contributo per la Sessione n. 1: Disuguaglianze, uniformità e risorse dei LEA: per il diritto alla salute mentale, in tutto il Paese (quali strumenti nazionali per).

di Gianluigi Bettoli

Questo intervento deriva da una discussione collettiva del gruppo di lavoro nazionale Salute Mentale di Legacoopsociali, riunitosi in due sessioni, il 22 febbraio ed il 21 maggio 2019, dedicate ad una riflessione sulla tematica degli affidamenti di servizi pubblici alle imprese cooperative sociali. Nella sua sinteticità, presenta alcuni essenziali principi condivisi delle cooperative sociali partecipanti.

- 1) La Salute Mentale non può essere affrontata esclusivamente come problema sanitario o securitario; va concepita e gestita essenzialmente come Salute Mentale di Comunità e vissuta in forma integrata con le realtà sociali del territorio.
- 2) La Salute Mentale esclude quindi a nostro avviso un approccio di tipo privatistico; va gestita attraverso l'alleanza tra il servizio pubblico, integrato sul piano sanitario e sociale, il Terzo Settore e la Cooperazione Sociale.

A tal proposito, si cita – in riferimento agli interventi nel workshop della Conferenza nazionale sulla Salute Mentale, che hanno fatto riferimento al drammatico crollo dell'occupazione nel settore del Welfare pubblico – un dato che induce a considerare in termini allargati quello che è il patrimonio di risorse umane dei servizi pubblici. Il *“Piano regionale salute mentale infanzia, adolescenza ed età adulta anni 2018-2020”* della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, nel momento in cui indica che: «I dati sul personale dipendente del SSR, relativi all'anno 2017, indicano un numero totale di operatori nei DSM regionali pari a 780 unità» aggiunge poi: «Giova rilevare che nei DSM, accanto al personale dipendente, lavora personale della cooperazione sociale nella misura di circa 500 operatori.» (DGR FVG 732/2018)». Si tratta di un'elaborazione non neutrale, ma nata da osservazioni di Legacoopsociali rispetto alla bozza di testo originaria, che non teneva conto di come, storicamente – da non meno di 47 anni – cooperatrici e operatori, con uno spettro di operatori che va dagli utenti inseriti nelle cooperative “B” fino a figure ad alta qualificazione, costituisca una parte importante dei servizi pubblici di SM.

- 3) Per attuare tale obiettivo, va realizzata una gestione democratica dei DSM (Dipartimenti di Salute Mentale), con la partecipazione delle associazioni degli utenti, dei familiari e del Terzo Settore.
- 4) La Cooperazione Sociale opera attraverso un'offerta professionale esperta ed integrata di servizi – puntando a superare la differenziazione istituzionale in atto - sul piano della residenzialità assistita, del sostegno alla residenzialità autonoma, dell'integrazione sociale sul territorio, della formazione professionale e dell'occupazione. In tale prospettiva, è cruciale il coinvolgimento nei progetti della cooperazione sociale di inserimento lavorativo (di tipo “B”).

- 5) Bisogna liberarsi dalla necessità dell'appalto - e conseguentemente degli operatori "affaristi" - in quanto le modalità di affidamento debbono essere coerenti con gli obiettivi terapeutici; puntiamo alla retribuzione dei servizi attraverso accreditamento di funzione e/o budgets individuali di salute, con pacchetti di servizio integrati che garantiscano continuità terapeutica per i pazienti e stabilità lavorativa al personale impiegato; in caso di affidamenti tradizionali, riteniamo compatibili gli affidamenti a budget complessivo ed invece incongrui sia gli appalti a retta, che quelli completamente esternalizzati o di artificiosa intermediazione di manodopera.
- 6) Il lavoro in Salute Mentale si basa su ambienti abilitanti e su relazioni tra pari; per questo motivo, riteniamo necessario abbassare ovunque il limite numerico massimo per la residenzialità (anche tramite il divieto di moltiplicazione per "moduli") a 10 posti letti per le residenze; riteniamo che la certificazione di qualità dei servizi debba basarsi sull'esperienza dell'accreditamento tra pari: utenti, familiari ed operatori (sul modello del Visiting DTC - Comunità Terapeutiche Democratiche – sperimentato da AIRSAM e Legacoopsociali).
- 7) Per attuare corrette politiche di Salute Mentale di Comunità è necessaria la ridefinizione delle caratteristiche del personale impiegato, cambiando l'attuale impostazione assistenzialistica e sanitarizzante delle norme per privilegiare équipes multidisciplinari integrate, che offrano attività ri/abilitative complesse, dalla psicoterapia fino all'inserimento lavorativo.
- 8) La Salute Mentale non può essere concepita burocraticamente come un'area successiva alla neuropsichiatria e precedente alla geriatria. Bisogna agire organicamente con una gestione integrata del disagio minorile, dalla prevenzione in ambiente scolastico, alla gestione degli esordi.
- 9) Le esperienze positive di riforma della Salute Mentale debbono finalmente trovare attuazione sia nel mondo della sanità privata – dando risposte alternative alle migliaia di persone ricoverate nelle cliniche profit – e pubblica che in quello della geriatria, superando le diffuse forme di contenzione fisica e farmacologica e promuovendo forme di abitare sociale.
- 10) Va affrontata l'attuale confusione negli invii in comunità, da parte della Magistratura, dei pazienti autori di reato. Le comunità terapeutiche non hanno una funzione di tipo custodialistico, a differenza delle REMS, che per altro non crediamo possano essere moltiplicate senza limite. Crediamo la risposta debba coinvolgere la magistratura ed i servizi di SM in una valutazione comune, che preveda specifiche risposte: o in un sistema carcerario riformato (laddove prevalga l'aspetto custodialistico), oppure in comunità prive di funzione custodialistica (laddove al contrario prevalga il bisogno terapeutico-riabilitativo).