



I RAPPORTI SUI LAVORI DELLE SESSIONI PARALLELE

Sessione n. 3: Residenzialità pesante e neo istituzionalizzazione. Costruire le alternative

Relatore: Paola Carozza, direttore DSM- DP Ausl Ferrara

Rapporteur Vito D'Anza, psichiatra, direttore di SC Salute Mentale Adulti, USL Toscana Centro e portavoce nazionale del Forum Salute Mentale

UNA PREMESSA CONDIVISA

- All'inizio dei lavori è stata fatta una premessa condivisa da tutti: **la residenzialità in strutture comunitarie a vario titolo può essere una forma di neo-istituzionalizzazione se** non è governata da una ri-abilitazione che può svolgersi solo all'interno della vita reale, della vita delle comunità locali di appartenenza.
- Il tema è strettamente connesso con tutte le questioni, le pratiche, che attraversano il DSM. E' insensato pensare che esista un buon servizio di salute mentale che le persone in crisi le ricoveri nei SPDC legandoli e tenendoli con la porta chiusa, che praticano come routine il TSO o che svolgendo poco e male i percorsi di cura territoriali sono costretti ad inviare fuori dal proprio territorio, in altri SPDC, le persone in crisi sia in ricovero volontario che in regime di TSO. Di solito i servizi che fondono il loro operare su queste cattive pratiche sono gli stessi che inviano tante persone in strutture residenziali. Il problema restano le pratiche e le politiche di salute mentale che quel DSM esercita.

LE RESIDENZE LONTANE DA CASA

- Dalla discussione, vivace e partecipata da oltre 70 persone, è emersa **una prima** criticità, denunciata da molte famiglie, vale a dire l'invio dei loro congiunti **in strutture residenziali fuori dalla regione di appartenenza**, anche a 400 o 500 chilometri dalla zona di provenienza. Questo aspetto costituisce una sorta di "deportazione" che va a scapito della continuità assistenziale, per cui le persone vengono inviate in una lontana struttura come fossero dei "pacchetti" che partono rotti e si aspetta che ritornino "riparati" senza alcuna possibilità di verificare cosa è successo nel frattempo.

LE RESIDENZE GRANDI, I TEMPI LUNGI DI PERMANENZA

- Sul superamento delle strutture residenziali, tante e per lunghi tempi, il gruppo esprime un accordo totale per più motivi e dopo aver chiarito una questione terminologica sulla diversa denominazione delle strutture recentemente classificate dalla Conferenza Stato-Regioni e che può essere semplicemente diviso in due tipi: **la casa e le strutture comunitarie**, entrambi differenziati al loro interno per numero di posti, tipo di gestione e sostegno esterno. Oggi le strutture residenziali sono troppe e dispongono di almeno 35 mila posti letto. Ormai a 40 anni dalla chiusura dei manicomi **non è più sostenibile la struttura residenziale come contenitore di persone con disturbi psichici**. Anche una struttura terapeutico-riabilitativa ha senso se accoglie un numero ridotto di persone che vi stazionano per un periodo limitato di tempo, tre/sei mesi, e dove vi è un'effettiva verifica e

contrattazione da parte dell'èquipe del proprio territorio d'appartenenza, nella logica di un progetto individuale e di una negoziazione tra èquipe e persona .

ABITARE IN UNA CASA

La maggior parte dei familiari intervenuti vogliono per i loro figli percorsi di ripresa all'interno della propria zona di provenienza, che abitino una casa, anche in cohousing, e chiedono che i CSM facciano da supporto a questi appartamenti, intorno ai quali creare una rete di relazioni, di prossimità, di volontariato. Per cui l'alternativa alla residenzialità che si è imposta è quella dell'"appartamento supportato". Una casa dove le persone già abitano o anche una casa diversa, sostenute dai servizi, e questo rimanda ad una diversa organizzazione dei servizi, a partire dall'attività territoriale, supportando i pazienti nel contesto in cui è possibile una ripresa vera, reale e stabile delle persone.

TROPPIA SPESA VERSO LE RESIDENZE, BISOGNA RICONVERTIRLA

- Un secondo punto di critica alle strutture residenziali è quello **del notevole assorbimento delle risorse** per la salute mentale che potrebbero invece essere più utilmente riconvertite. E' ovvio che 35 mila posti letto nelle strutture residenziali comporta un costo oneroso: 1 persona in un "abitazione supportata" costano il 20% del loro costo in una struttura residenziale. Tenuto conto delle ridotte risorse disponibili per la salute mentale occorre limitarne l'uso soprattutto perché all'oneroso impegno di spesa corrispondono risultati di scarsa efficacia. E qui è stato sottolineato il ruolo delle regioni che dovrebbero fare delle scelte sensate di politiche di salute mentale, dovrebbero dare indicazioni in tal senso ai direttori generali scelti dalle regioni che a loro volta dovrebbero controllare i DSM nella loro attuazione. C'è necessità di una continuità tra politiche regionali di salute mentale con le aziende sanitarie e con i DSM.

ALCUNE PROPOSTE

- istituire un **Osservatorio nazionale per il monitoraggio delle strutture residenziali**, soprattutto di quelle private, sulla falsariga di quello che è stato fatto sugli OPG e poi successivamente sulle REMS.
- **Un contratto da sottoscrivere** all'inizio della creazione di un appartamento supportato, ovvero di un accordo tra le persone, i familiari e gli operatori, sulla durata del percorso, sull'andamento del percorso stesso e cosa succede. Anche in caso in un periodo limitato dentro le strutture vicina al territorio di residenza l'invio deve rientrare in un progetto personalizzato, negoziando tra persona, famiglia, servizi e istituzioni sociali del territorio d'appartenenza per il tempestivo rientro.
- In definitiva dal lavoro del gruppo emerge che **la casa e l'abitare supportato è l'alternativa vera**, secca e da privilegiare rispetto al posto letto nelle strutture residenziali di cui si chiede una drastica riduzione, con relativa riconversione della spesa a vantaggio della prima, e nel caso se ne debba fare ricorso ciò deve avvenire secondo un progetto condiviso da tutti, in strettissimo rapporto con i CSM invianti e mai fuori regione.



www.conferenzasalutementale.it