

Cooperazione sociale e Salute Mentale

documento a cura della Commissione Psichiatria
di **Confcooperative Federsolidarietà Veneto**

Padova, 4 luglio 2007

In questi ultimi anni come **Confcooperative Federsolidarietà Veneto**, abbiamo affrontato i temi collegati alla Salute Mentale da diverse prospettive, nella consapevolezza che questo importante settore - su cui sono rivolte molte attenzioni delle nostre imprese sociali associate - possa fare un salto di qualità per andare incontro maggiormente alle esigenze dell'utente, alla dignità della persona, alla comunità di appartenenza a cui si rivolgono le nostre cooperative di solidarietà sociale.

Abbiamo posto in questi tre ultimi anni alla Regione Veneto alcuni stimoli che si sono intrecciati con l'evolversi della situazione socio-culturale e normativa.

Come Federazione regionale abbiamo attivato una Commissione Psichiatria con rappresentanti di tutte le province per condividere un pensiero prima e un percorso comune poi finalizzato alla crescita del nostro sistema di imprese sociali in area Salute Mentale.

Come anche convenuto con l'ARSS - Agenzia Regionale Socio Sanitaria del Veneto, abbiamo provveduto anche a somministrare, ad un campione statisticamente significativo, delle schede di rilevazione sul modello utilizzato dalla Regione per la sperimentazione ex LR 22/2002.

Abbiamo somministrato un centinaio di questionari di rilevazione, ce ne sono stati restituiti 70 con i quali abbiamo potuto verificare la "situazione reale" delle strutture gestite e/o co-gestite dalle nostre cooperative sociali nelle varie Ulss venete, con una conseguente ricchezza di dati a disposizione che vorremmo mettere a vostra disposizione per articolare il "discorso psichiatria" in riferimento all'importante passaggio che stiamo per affrontare, quello dell'autorizzazione e dell'accreditamento.

Con questo documento desideriamo riprendere alcune considerazioni in riferimento sia alla LR 22/2002 sia ad altre questioni, contestualizzandole prima in uno scenario di riferimento condiviso e proponendo successivamente alcune proposte che gradiremmo incontrassero la vostra attenzione perché formulate con quello scrupolo e quella passione che l'impegno di operatori sociali ci porta a mettere nei nostri interventi di solidarietà sociale.

Quell'integrazione socio-sanitaria che è cardine del nuovo Piano Socio Sanitario presentato dalla Regione e che noi abbiamo accolto con tanto speranzoso favore, crediamo possa trovare nelle Politiche di Salute Mentale un ambito di sperimentazione/applicazione decisamente proficuo.

IL PRESIDENTE
Dott. Ugo Campagnaro

IL REFERENTE AREA PSICHIATRIA
Dott. Fabrizio Panozzo

Cooperazione sociale e psichiatria

Le nostre cooperative sociali operanti nel Settore psichiatria, rappresentano un sistema di imprese sociali impegnate:

- nella gestione di servizi rivolti alle persone con problemi psichiatrici che vanno dai **servizi residenziali** (CTRP, comunità alloggio e gruppi appartamenti come prevede il Piano salute mentale e la DGR 4080/2000) ai **servizi diurni** (centro diurno, centri lavoro guidati o laboratorio protetto, come prevede il Piano e la DGR 4080/2000), dalle **attività di inserimento lavorativo** a tutta una serie di **servizi** sperimentali, **nuove progettualità** e **attività di rete** che tendono a dare nuove e sempre più efficaci risposte ai bisogni emersi nell'area salute mentale.

- nella conduzione di approcci innovativi fondati sul protagonismo diretto dei portatori di problemi, sulla *partnership* con altri soggetti pubblici e privati, sull'utilizzo della metodologia di rete, per la implementazione di percorsi agibili, nelle aree del lavoro, della casa, del tempo libero, delle relazioni sociali, in grado di favorire la realizzazione concreta dei diritti di cittadinanza delle persone con problemi psichiatrici ;

- nella produzione, attraverso uno stretto rapporto con il territorio, di capitale sociale e di beni relazionali, come valori aggiunti delle risorse impegnate;

- nella promozione di una cultura della salute mentale tesa al superamento dello stigma, che ancora connota l'area della psichiatria, e alla "*normalizzazione*" della malattia mentale, spostando il fuoco dell'attenzione dagli aspetti patologici agli aspetti collegati alle disabilità, al funzionamento personale, alle relazioni sociali, in una parola alla vita sociale delle persone.

Nello specifico le cooperative sociali aderenti a Federsolidarietà in area psichiatrica che in regione lavorano con i vari dipartimenti di psichiatria sono:

- **26** coop. di **tipo A** con **1.400 utenti inseriti**, con più di 400 operatori e più di 40 volontari;
- **35** cooperative di **tipo B** con circa **180 utenti inseriti al lavoro** e **80 in tirocinio**.

Qui di seguito si riporta una breve sintesi suddivisa per provincia delle **cooperative di tipo A**

Provincia	Tipo coop.	N.° coop	Utenti	Operatori	Volontari
Treviso	A	5	173	121	16
Verona	A	5	171 (300*)	96	11
Venezia	A	1	15	12	0
Padova	A	7	255	120	40
Vicenza	A	6	190	99	13

(*) è stato tenuto il dato distinto perché circa 300 utenti provengono dalla rete implementata da una cooperativa sociale.

Rovigo	A	1	30	20	2
Belluno	A	1	73	44	0
Totale	A	25	1.404	421	82

Già il dato numerico testimonia di come la cooperazione sociale sia fortemente radicata nei territori provinciali e di quanto sia realmente capace di offrire servizi e risposte ai bisogni delle persone/cittadini e del valore aggiunto che crea e diffonde in termini di capitale umano (impegnato) e capitale sociale (prodotto).

Se a questo si aggiunge la costante volontà (ed efficacia) dimostrata nell'orientare e gestire i servizi secondo criteri di qualità, la disponibilità e la proattività nel contribuire a condividere e a "mettere a disposizione" le attenzioni e le osservazioni rilevate all'interno dei servizi (indipendentemente dalla fase ufficiale della sperimentazione), ne consegue che la cooperazione sociale è portatrice di un proprio patrimonio culturale e metodologico-operativo nonché interlocutore fondamentale in un'ottica di welfare di comunità che crediamo possa essere consolidato secondo una logica di collaborazione e confronto.

Salute Mentale e Territorio

Parlare di politiche nell'ambito della salute mentale, quindi, significa non tanto ripercorrere e/o rivedere strade già battute, quanto innanzitutto applicare ciò che già esiste attraverso formule a declinazione appropriate rispetto ai diversi contesti.

Fondamentale, infatti, è la volontà e la capacità di leggere come diversi e complessi siano i bisogni in termine di salute mentale oggi, bisogni che non vanno più solo nella direzione di costruire ed affermare un modello "comunitario" di struttura, ma di stimolare e rendere produttivo il rapporto territorio (reti informali)/servizi (reti formali), in una logica di (**"psichiatria territoriale"**) valorizzazione e riconoscimento della Comunità locale come portatrice di competenze e risorse in grado di favorire percorsi diversificati, non solo quindi centrati sulla residenzialità, ma anche sulla possibilità di garantire agli utenti il supporto e le opportunità concrete per esercitare il diritto alla salute, alla casa, al lavoro e alla cittadinanza.

E' necessario, quindi, orientare le politiche sociali in un'ottica di rapporto circolare ed integrato fra strutture e territorio: perciò il *radicamento territoriale* del soggetto gestore rappresenta un elemento di qualità imprescindibile e diventa indispensabile ragionare maggiormente in termini di *flessibilità*, al fine di valorizzare i reali contesti nei quali si realizzano i percorsi di cura e riabilitazione.

L'accreditamento

All'interno di queste logiche ci sembra possa collocarsi la questione fondamentale posta dalla **legge regionale n. 22 del 2002**: la necessità di avere ed implementare uno "*strumento per la qualità dei servizi e per le pari condizioni di diritti per i cittadini-utenti.*"

Questa considerazione, però, fatica a sostanzarsi all'interno del Settore Psichiatria, in relazione a diverse situazioni, prima fra tutte il fatto che l'Area della Salute Mentale non sia stata coinvolta da subito, ma soltanto e parzialmente a partire dalla Delibera n. 1038 dell'11 aprile 2006, nella sperimentazione regionale sull'autorizzazione e accreditamento, con la conseguente difficoltà di valutare le criticità e le incongruenze rilevate, invece, nelle analisi e negli studi effettuati sui servizi gestiti nelle cooperative sociali aderenti.

Da qui ne consegue che le decisioni maturate in materia di autorizzazione e accreditamento a partire, appunto, dalla legge regionale n. 22 del 2002 sono state e sono tuttora incomplete e poco rappresentative rispetto alla situazione esistente, non solo in riferimento alle unità di offerta previste e dei relativi standard e requisiti, ma anche e soprattutto, in relazione a quale connotazione debba assumere il concetto di *qualità* riferito al campo dei *servizi alla persona* che si caratterizzano tipicamente per un *elevato grado di relazionalità*.

Il quadro legislativo nazionale

Le politiche nell'ambito della salute mentale non possono prescindere dalla **legge 180/78**, che rappresenta un passaggio importante, di ordine culturale oltre che tecnico, che ha segnato in termini incontrovertibili la teoria e la prassi in ambito psichiatrico e che ha contribuito in modo determinante ad introdurre un atteggiamento radicalmente diverso della pubblica opinione nei confronti dei "matti". C'è oggi senz'altro la necessità di verificarne, oltre che a livello nazionale, territorialmente il livello di applicazione della legge, nella convinzione che anche il PO salute mentale del lontano 1998-2000 possa essere meglio applicato.

Esiste inoltre anche l'urgenza di ricollocarne principi, orientamenti e pratiche sia rispetto alla necessità di contrastare l'avanzare di una cronicità territoriale, sia rispetto ai segnali di mutamento dei quadri patologici e di sofferenza che sempre più vanno connotando le persone che afferiscono al sistema dei servizi.

Il quadro legislativo regionale

Con riferimento alla **legislazione regionale**, proponiamo un breve excursus sulla normativa della Regione Veneto che può aiutarci a contestualizzare successivamente le nostre osservazioni in merito.

In applicazione del PO nazionale 1998-2000, il **Progetto Obiettivo per la tutela della salute mentale** della Regione Veneto – **DGR 4080/2000**, indicava fra le possibili unità di offerta le strutture residenziali quali le **CTRP** e **Comunità Alloggio** e le strutture semiresidenziali quali il **Centro Diurno**, che essendo una funzione del Centro Salute Mentale, si configura come una struttura sanitaria, che però *“ha funzioni terapeutico – riabilitative (compreso l'intervento farmacologico, occupazionale e di gruppo)”* che poi può *“anche favorire l'eventuale inserimento lavorativo, attraverso i Centri di Lavoro Guidato, che accompagnano i pazienti nell'attività lavorativa”*.

Successivamente, con la **LR n. 22 del 2002**, il Settore Psichiatria - non interessato poi dalla sperimentazione - è stato considerato trasversalmente dalle successive applicative Delibere di Giunta, sia con riferimento ai requisiti sanitari (DGR 2501/2004, allegati 2, 3 e 4) e sia con riferimento ai requisiti socio-sanitari (DGR 2501/2004, allegato 5; standard sociali DGR 2473/2004), come di seguito indicato:

- *Area Sanitaria*: era prevista la **Comunità Terapeutica Residenziale Protetta (CTRP)** e il **Centro Diurno Psichiatrico**.

- *Area Socio-Sanitaria*: era prevista un'unica unità di offerta denominata **Comunità alloggio – appartamento protetto**.

- *Standard Sociali esplicativi* (di cui alla DGR 2473/2004): sono considerate le **Comunità alloggio di tipo familiare - gruppo appartamento per malati psichiatrici** (solo il secondo previsto nel Piano regionale salute mentale e nella DGR 4080/2000), che rappresentano ulteriori unità di offerta sociali (non soggette ad autorizzazione all'esercizio, includibili nel Piano Socio Sanitario Regionale).

La situazione che ne era derivata si può sintetizzare con tre rilevazioni: di *incompatibilità* tra standard richiesti e standard effettivamente erogati; di *inapplicabilità* dei provvedimenti, soprattutto in relazione alla classificazione e definizione delle unità locali; di *incongruenza* con il Progetto Obiettivo per la tutela della salute mentale – DGR 4080/2000.

Ulteriore passaggio è segnato dalla **DGR n. 1038 del 2006** che ha esteso la sperimentazione alle *“Comunità Alloggio/appartamenti psichiatrici per malati psichiatrici”* (secondo la classificazione della DGR 2473/2004), definendoli servizi a *“forte valenza sociale”*, i cui esiti non sono stati ancora divulgati.

Si arriva così allo scenario attuale, con la **DGR n. 84 del 2007** che - pur restando immutato il quadro relativo alle unità di offerta previste nell'Area Sanitaria (CTRP e Centro Diurno Psichiatrico) – prevede la seguente articolazione:

- unità di offerta soggette all'obbligo di autorizzazione e accreditamento (allegato A): qui non sono presenti i servizi psichiatrici, *“stralciati”* per la surichiamata sperimentazione.

- unità di offerta soggette all'obbligo di comunicazione di avvio attività (allegato b): qui troviamo la **Comunità di tipo familiare per malati psichiatrici** e il **Gruppo Appartamento per malati psichiatrici**.

La situazione che si viene a delineare è quella di una apparente semplificazione, che, al contrario, complica la comprensione e l'interpretazione dell'esistente, poiché non rappresenta in modo esaustivo la realtà dei servizi presenti nell'area della Salute Mentale e non coglie l'esigenza di articolazione e innovazione richiesta dai bisogni presenti sul territorio.

Il quadro risulta ulteriormente complesso se prendiamo in considerazione le **Linee Guida per la predisposizione dei Piani di Zona 2007-2009** (DGR n. 3702 del 2006) con i criteri e le indicazioni per la costituzione dei documenti e le collegate schede di rilevazione elaborate da Ca' Foscari srl: tra le diverse unità di offerta per i Piani di Zona, vengono annoverati nelle varie schede UDO (unità di offerta LR 22/2002), ICP e Progetti.

Si è prevista un'articolazione dei servizi - su cui andrebbero poi distribuite le risorse dei territori - su un impianto che non è coincidente con quello su cui ci si sta indirizzando con la normativa su autorizzazione-accreditamento.

Attualmente, quindi, poniamo in evidenza alcune principali questioni aperte e irrisolte in materia di autorizzazione e accreditamento dei servizi nel Settore Psichiatria:

1. la mancata regolamentazione all'interno dei servizi residenziali dei **servizi comunitari**, (ricordiamo che nella precedente DGR 2501/2004 - Allegato 5, compariva la *Comunità Alloggio*);
2. la difficoltà a contestualizzare i **Centri Riabilitativi Diurni** gestiti da cooperative sociali che svolgono anche una funzione occupazionale e riabilitativa, in particolare con riferimento ad una classificazione dei Centri Diurni tipica dell'area sanitaria (di cui, peraltro, mancano ancora gli standard) e di conseguenza non è chiaro come debbano essere inquadrati i **Centri di Lavoro Guidato** che, come si è visto, sono invece presi in considerazione nella 4080/2000;
3. la definizione di una unità di offerta, **la Comunità di tipo familiare per malati psichiatrici**, che non sembra trovare pieno riscontro nella realtà dei servizi esistenti, così come rilevato anche dall'indagine effettuata nel sistema delle cooperative sociali aderenti .

Nello specifico vorremmo approfondire alcuni aspetti su *servizi residenziali e centri diurni*:

→ Relativamente ai **servizi residenziali**, le tipologie di offerta definite nella normativa ex LR 22/2002 non affrontano l'aspetto comunitario che è stato "sospeso" e non è regolamentato nella recente DGR 84/2007, in attesa degli esiti della "seconda" sperimentazione.

La lettura dell'esistente (servizi attualmente gestiti dalle nostre cooperative e riconosciuti dalla varie Ulss venete, così come riscontrato dal questionario di rilevazione da noi rielaborato), ci porta a ragionare su una duplice unità di offerta residenziale per l'area socio-sanitaria:

- la prima riguarda la **Comunità Alloggio**, già presa in considerazione e definita all'interno dei precedenti riferimenti normativi, che dovrebbe prevedere la residenzialità fino ai 6 utenti;
- la seconda riguarda la **Comunità Residenziale** con capacità ricettiva da 7 ad un massimo di 20 utenti, anche e proprio in considerazione del fatto che sul territorio sono già presenti strutture con queste caratteristiche.

Per quanto invece riguarda le **Comunità Terapeutiche Residenziali Protette** nella DGR n. 4080 si parla di 12 persone inserite: in regione abbiamo però sia strutture con meno di dodici che con più di dodici pazienti che vengono definite CTRP, ad elevata valenza sanitaria. Ci sono forti disomogeneità nei territori rispetto alla figura dell'infermiere: in alcune strutture è presente nelle 24 ore, in altre solo in certe fasce orarie (con conseguente confusione ingenerata con riferimento ad altre strutture come le Comunità Residenziali).

→ Relativamente, invece, ai **servizi diurni**, è necessario sottolineare il problema di come considerare i servizi diurni attualmente gestiti da cooperative sociali (per cui si utilizzano vari nomi nelle varie ULSS del Veneto: centri di lavoro guidato, laboratori protetti, progetti socio-riabilitativi, ecc.), in quanto la tipologia del Centro Diurno Psichiatrico sanitario non tiene conto delle specificità degli analoghi servizi gestiti dalle cooperative sociali.

Altre questioni, in sintesi, da sottolineare.

Il tema dell'**inserimento lavorativo** che non è affrontato dalla normativa sull'accreditamento, mentre questa attività delle cooperative di tipo B dovrebbe essere presa in considerazione, anche in quest'ambito, quale riconoscimento formale del servizio reso dalle cooperative.

Ancora, i **Livelli Essenziali di Assistenza** sono ancora frammentari e disomogenei rispetto ai diversi territori e si tratterebbe, assieme ai Comuni, di approfondire adeguatamente la tematica.

Inoltre, evidenziamo anche la problematicità della gestione delle **compartecipazioni economiche** degli utenti demandato per la riscossione, in alcuni territori, alle cooperative sociali sulla base di regolamenti dipartimentali disomogenei e non di rado suscettibili di contestazioni e disfunzionalità applicative.

Altro discorso generale da affrontare sarebbe in merito alla somministrazione dei **farmaci** visto che la normativa in vigore crea non poche difficoltà operative nell'espletamento delle idonee procedure farmacologiche.

Infine, si dovrà affrontare anche la questione relativamente alla proposta del Ministero della Sanità in riferimento alla chiusura degli **Ospedali Psichiatrici Giudiziari**.

Se si vuole parlare di reale integrazione socio-sanitaria sarà necessario affrontare questioni generali e le politiche di salute mentale ne sono pienamente coinvolte.

L'impegno e le proposte

Le riflessioni maturate evidenziano questioni di fondamentale importanza, da cui non è possibile prescindere, ma che faticano ad essere prese in considerazione nella misura in cui non è chiaro quali siano le politiche della Regione in riferimento ad azioni di sviluppo e manca un interlocutore chiaro all'interno dell'Assessorato alle Politiche Sociali e Socio-Sanitarie, che possa supportare tecnicamente gli indirizzi assunti dall'Assessore e partecipati dagli "addetti ai lavori" coinvolti a vario titolo nell'area psichiatria.

Rimane quindi centrale la necessità di portare all'attenzione della Regione Veneto alcune questioni fondamentali al fine di fare chiarezza e ordine all'interno dell'Area della Salute Mentale:

1. Prima fra tutte l'esigenza e l'urgenza di **rendere omogenee le normative regionali di settore**, indirizzandosi poi alla definizione di una nuova disciplina regionale (anche in considerazione di quanto saprà produrre il livello nazionale) che tenga conto della complessità del settore e della necessità di orientare le strategie in un'ottica di effettiva integrazione socio-sanitaria e di responsabilità territoriale-comunitaria condivisa, al fine di collocare le risorse in maniera più adeguata e razionale.

Tale esigenza è stata rilevata anche nel Piano socio-sanitario 2007-2009 della Regione, nella disomogeneità dei modelli organizzativi dei DSM in relazione alle varie aree specifiche.

Ci chiediamo anche se la programmazione della Salute Mentale possa essere realizzata con uno specifico Piano di Settore (come avvenuto per altri ambiti, per es. quello della disabilità, della domiciliarità, ecc.) che possa poi intersecare una lettura programmatica territoriale (Piano di Zona) in una visione complementare, oppure investendo su un nuovo *Progetto Obiettivo*.

2. La messa a punto di un **sistema di autorizzazione e accreditamento** che tenga conto della reale articolazione e complessità dei servizi socio-sanitari, sia in termini di unità di offerta, sia in termini di standard e requisiti che, se da una parte, devono essere orientativi in un'ottica di qualità offerta, dall'altra devono tenere in considerazione ciò che già esiste e risponde in maniera adeguata ed efficace ai bisogni del territorio nonché alla individuazione dei criteri di qualità.

Proprio in quest'ottica si muove la nostra proposta di considerare l'articolazione di 5 unità di offerta coinvolte nella sperimentazione/analisi che abbiamo realizzato, con quelle premesse affrontate sopra in questo documento sul residenziale e sul diurno:

1. *CTRP* - Comunità Terapeutiche Residenziali Protette – già nel DGR 4080/2000
2. *CA* - Comunità Alloggio (fino a 6 utenti) – già nel DGR 4080/2000
3. *CR* - Comunità Residenziale (7 – 20 utenti)
4. *APP* - Appartamenti protetti per malati psichiatrici – già nel DGR 4080/2000
5. *CRD* - Centro Riabilitativo Diurno

3. Individuazione di un **interlocutore tecnico, strutturando un apposito Ufficio della Regione** (ora non ancora presente!) che possa fungere da punto di riferimento con cui potersi relazionare per le problematiche legate all'area della salute mentale, al fine di fornire gli strumenti necessari a coloro che questo processo devono gestirlo (per es. i dirigenti dei DSM e i Direttori dei Servizi Sociali delle Ulss). Manca infatti ancora un dirigente preposto come è presente nelle altre aree della politica socio-sanitaria (anziani, disabilità, infanzia-minori, terzo settore, dipendenze...)

4. L'attivazione di un **Tavolo di Coordinamento/Concertazione politica sul Settore Psichiatria** istituito presso l'Assessorato alle politiche sociali o della sanità che possa porsi come obiettivi, tra gli altri, quello dell'armonizzazione e della innovazione della legislazione di riferimento e quello della verifica e standardizzazione dei servizi e dei LEA nei vari territori delle Ulss. Evidentemente, per la partecipazione al tavolo, candidiamo anche la cooperazione sociale di *Confcooperative Federsolidarietà Veneto*.

Finalità condivisa crediamo possa essere quella di sostenere le politiche sociali e socio-sanitarie in termini di opportunità e di sviluppo della qualità dei servizi - e tra queste le politiche di salute mentale - di offerta equa per i cittadini-utenti e di costruzione di un modello di welfare integrato in cui Regione e privato sociale possono interloquire e confrontarsi, in un'ottica di una effettiva partnership di qualità, secondo una logica di sussidiarietà e di esplicitazione della *funzione pubblica* della cooperazione sociale, come chiaramente riconosciuto nella legge regionale n. 23 del 2006.

Alla luce di quest'ultimo impegno e responsabilità, concludiamo con una ulteriore proposta - arricchiti anche dal Convegno *Scienze sociali e salute nel XXI secolo: nuove tendenze, vecchi dilemmi?* (Forlì, 19-21 aprile 2007) in cui abbiamo presentato due nostre buone prassi della cooperazione sociale veneta: chiediamo alla Regione di sperimentare, con un accordo con la nostra Federazione, alcuni servizi d'eccellenza gestiti con la cooperazione sociale su tre-quattro aree dipartimentali, monitorandone per un congruo periodo di tempo funzionamento, costi, modalità di gestione.

Crediamo se ne possano ricavare utili stimoli per attivare risorse e valore sociale aggiunto per le comunità territoriali a cui stiamo dedicando il nostro comune impegno.