

La riqualificazione delle strutture residenziali psichiatriche ovvero l'introduzione, in Lombardia, dei DRG nell'assistenza psichiatrica

Premessa

La riqualificazione delle strutture residenziali psichiatriche ha costituito uno dei punti qualificanti del Piano Salute Mentale varato nel maggio 2004 dalla Giunta regionale lombarda. Le strutture esistenti ed operanti, organizzate e classificate secondo i livelli di protezione offerti (sostanzialmente la presenza o meno di un operatore sanitario nelle 24 ore), erano giudicate in numero eccessivo e dal funzionamento discutibile soprattutto perché rare erano le dimissioni dei pazienti, il che significava che si trattava di strutture che non riabilitavano le persone accolte. Inoltre, costavano molto, e, facendo quasi tutte le stesse cose, erano poco differenziate e specializzate, inadonee a rispondere alle esigenze delle persone lungoassistite in carico alle Unità Operative psichiatriche.

Il perché della situazione critica stava nel fatto che queste residenze erano state allestite in grande numero per accogliere le tante persone che stavano ancora nei manicomi pubblici della regione alla fine degli anni '90 del secolo scorso. Per la scarsa modificabilità della condizione di quei pazienti, le strutture residenziali finivano coll'accontentarsi di fare tutte le stesse cose, senza perseguire obiettivi di recupero e abilitazione il cui raggiungimento favorisce possibilità di buone dimissioni dalle stesse. Infine, l'offerta di residenzialità protetta era quasi del tutto saturata da una popolazione pesantemente condizionata dal deterioramento istituzionale, con ciò impedendo l'accoglienza di nuovi utenti più giovani e spesso con disturbi mentali anche più gravi, che però non avevano conosciuto il manicomio.

Il Coordinamento Primari Psichiatri Lombardia, "strumento tecnico-consulativo" della giunta regionale da tempo si era battuto perché fossero rivisti i criteri di accesso, monitoraggio e verifica dell'attività delle residenze psichiatriche per promuoverne l'innovazione, la differenziazione e la specializzazione con l'effetto anche di rendere più equa la remunerazione per i gestori. Al riguardo va notato come quello della residenzialità psichiatrica sia stato l'ambito in cui più molto forti e diffusi sono stati gli investimenti della cooperazione sociale di tipo A e di enti religiosi.

Il 21 aprile 2005 il Coordinamento Primari Psichiatri licenziava un documento nel quale si affermava:

- "L'importanza di attuare la differenziazione dei programmi e la flessibilità delle strutture, come scelta sia sul piano organizzativo sia dell'unitarietà del percorso clinico individuale (coerenza col PTI)
- Di conseguenza l'avvio di un processo di cambiamento, da favorire nella pratica attribuendo una diversa remunerazione sulla base dei progetti effettivamente attuati (PTR)
- Dare il giusto rilievo alla verifica dei limiti (modalità e durata dei ricoveri, numero di SR e tipologia) allo scopo di evitare eccessi di offerta e il ritorno a forme istituzionalizzanti
- Supportare la valutazione con l'introduzione degli indicatori epidemiologici e di risultato".

L'elaborazione dei primari psichiatri lombarda è stata sostanzialmente recepita nella circolare 49 San e collocata nel contesto degli assetti della sanità regionale che come noto, si caratterizzano per:

- Separazione fra Azienda Ospedaliera e Azienda sanitaria Locale con i Dipartimenti di salute mentale (DSM) che afferiscono, in quanto struttura sanitaria specialistica, all'Azienda Ospedaliera, pur svolgendo la gran parte della loro attività fuori dall'ospedale. Le ASL abbandonano le gestioni dirette
- Esaltazione della libertà di scelta e della sussidiarietà orizzontale
- Al posto delle programmazione, creazione di un mercato dei servizi sanitari, socio-sanitari, assistenziali promovendo l'ingresso di nuovi gestori e favorendone la concorrenza
- Equiparazione fra privato e pubblico. Simbolo di questa politica è il DSM tutto privato che sta per nascere a Brescia, evidentemente in concorrenza con quello pubblico a gestione universitaria.

Ricordo infine il tentativo di superare le difficoltà della psichiatria lombarda a integrare sociale e sanitario per l'appartenenza dei due ambiti a due aziende diverse, con l'istituzione di Organismi di coordinamento per la Salute Mentale presso le ASL.

Contenuti della circolare

Le strutture residenziali cambiano il nome:

- i CRT diventano Comunità Riabilitative ad alta Assistenza (**CRA**)
- le Comunità Protette ad alta protezione diventano Comunità Protette ad alta assistenza (**CPA**)
- le Comunità Protette a media Protezione diventano Comunità Protette a media assistenza (**CPM**)
- le Comunità Protette a bassa protezione possono diventare o Comunità Protette a Media

Protezione di tipo B, ad esaurimento, o rinunciando all'accreditamento sanitario, moduli di

Residenzialità leggera

Si istituiscono ex novo Comunità Riabilitative a Media Protezione (**CRM**).

Ogni struttura deve disporre di almeno 20 posti letto.

Per ogni accolto deve essere definito uno specifico Progetto Terapeutico Riabilitativo (PTR) inserito nel Piano di Trattamento Individuale (PTI).

Cambia la *classificazione* delle strutture (residenze dell'area riabilitativa, assistenziale e sociale, quest'ultima costituisce una novità) e la relativa remunerazione per ogni giorno di accoglienza.

I *criteri per l'accesso* alle CRA e alle CRM prevedono: il limite massimo dei 50 anni per l'accesso, le diagnosi elettive e quelle di esclusione (demenza e ritardo mentale grave) con una *durata* massima dell'accoglienza rispettivamente di 18 e 24 mesi. Ogni "ciclo" di trattamento non può essere rinnovato prima dei 5 anni dalla dimissione dalla struttura. Sono possibili deroghe ma solo con l'accordo fra il DSM che invia, l'ASL di residenza e il consenso formale dell'Organismo di coordinamento, quindi con procedure che richiedono tempi e lunghe trattative.

Per quanto riguarda l'*area assistenziale* (CPA, CPM e CPM di fascia B ad esaurimento), la durata massima è di 36 mesi negoziabili seguendo la procedura di cui sopra, le diagnosi di esclusione sono ancora demenza e ritardo mentale grave, l'età limite per la permanenza è di 65 anni.

Nelle strutture dell'*area sociale* o di *residenzialità leggera*, da reperire e gestire fra gli enti che partecipano all'Organismo di coordinamento, si svolgono attività di media o bassa intensità e non vi sono limiti di permanenza.

L'intensità dei trattamenti è definita dal numero e dall'intensità degli stessi, dal complesso degli approcci (individuali, di gruppo, in sede, fuori sede, terapeutici, riabilitativi) e dal numero dei contatti con il contesto sociale (famiglia, risorse del territorio, opportunità di lavoro ecc.). Il numero degli interventi non deve essere inferiore ai 250 per anno per i programmi di media intensità riabilitativa e a 450 l'anno per quelli ad alta intensità.

La remunerazione delle prestazioni prevede una quota fissa ed una quota variabile, quest'ultima in rapporto all'intensità delle attività svolte: si va da 165 € al giorno per le CRA ai 145 € al giorno per le CPA, ai 30 € al giorno per i programmi residenziali a bassa intensità.

Osservazioni

1. nel testo della circolare, l'esperienza del disturbo mentale è letta esclusivamente dal punto di vista clinico (enfasi su diagnosi, acuzie, post-acuzie, cronicità). E' affermato che il trattamento di ciascuna fase del disturbo debba avvenire in una struttura, uno spazio specialistico.
2. le persone in carico al servizio psichiatrico sono studiate e valutate a secondo della loro possibilità di riabilitazione. Se una persona con disturbo mentale non migliora o non guarisce dopo un definito, limitato tempo di trattamento più o meno intensivo, la stessa o passa da una struttura all'altra o è espulsa dal circuito sanitario per essere affidata a quello assistenziale previsto come più povero di risorse, di attese e di opportunità. La presa in carico quindi è a tempo e il tempo è calcolato rispetto al successo dei trattamenti riabilitativi proposti, come se l'insuccesso fosse imputabile alla responsabilità della malattia e del paziente.
3. rimane incomprensibile, rispetto almeno ai parametri clinici, il limite dei 50 anni e quello dei 65 anni. Pare di capire che dopo i 65 anni una persona con disturbi mentali fuoriesca dalle competenze della psichiatria adulti per entrare magari in quelle della psicogeriatria. Ma nel *welfare* lombardo, il limite dei 65 anni è in contraddizione col limite dei 75 anni previsto per l'accesso al circuito delle RSA. Per non parlare del fatto che il piano socio sanitario regionale in vigore ha introdotto nelle RSA i DRG geriatrici (le schede SOSIA) che non remunerano più le prestazioni assistenziali a favore dei pazienti con Alzheimer. Per la geriatria lombarda le demenze ufficialmente non esistono.
4. il riordino dell'offerta residenziale psichiatrica intende produrre la "pulizia" e lo "scarico" dai circuiti sanitari a quelli socio-sanitari e assistenziali delle persone con disturbi mentali gravi che non

guariscono o migliorano rapidamente, quelli con famiglie a più debole potere contrattuale. Il vantaggio dell'operazione per il bilancio regionale è che una quota sempre maggiore dell'assistenza e dei suoi costi graverà su pazienti, famiglie e Comuni.

5. agli psichiatri, pare di capire, è riconosciuto il potere di decidere della qualità della vita quotidiana e dell'accesso ai trattamenti, in una parola, il potere di decidere del diritto alla salute mentale dei pazienti più gravi. A parte altre possibili considerazioni, osservo che non si tiene adeguatamente in considerazione la rilevanza che i fattori extra clinici hanno nel determinare le possibilità di recupero delle persone. Il progetto individuale di salute nasce dal convergere di numerosi possibili partner e il suo esito non è mai scontato ed è quindi solo in parte di competenza degli operatori sanitari.
6. la rigidità dei criteri di accesso e di permanenza non ha giustificazione, se non dal punto di vista delle esigenze di controllo della spesa. Questione questa del tutto legittima e che sta nella responsabilità della Giunta regionale. Non si capisce però perché gli psichiatri lombardi accettino che sia scaricato sul "governo clinico" e sul destino di vita dei pazienti l'onere dei vincoli di spesa per la voce "residenze protette". A meno che l'obiettivo principale della circolare non sia la messa a punto e l'introduzione di *DRG* nell'assistenza psichiatrica, in analogia con quanto già avvenuto in geriatria, a seguito del piano socio sanitario 2002-2004 con l'adozione delle già citate schede SOSIA. Non posso credere che sia stato il Coordinamento dei primari psichiatri lombardi a "confezionarsi questo vestito".
7. la circolare cita la necessità di promuovere "la continuità di cura e coerenza fra il momento dell'assistenza territoriale e quello residenziale", e descrive uno scenario in cui un Dipartimento invia un paziente in una struttura residenziale per un trattamento dopo aver concordato con la stessa il programma da svolgere, come se la struttura residenziale potesse essere qualcosa d'altro rispetto al Dipartimento. La separatezza della struttura residenziale rispetto al Dipartimento favorisce meccanismi di delega e di abbandono, che sono la negazione della presa in carico che deve rimanere, non solo formalmente, in capo al DSM.
8. ai territori non è riconosciuta autonomia. Infatti, a parte l'assurdo del termine del 31 dicembre 2005 per la riqualificazione delle strutture residenziali da parte delle ASL contenuto nella prima stesura della circolare, va notato come i programmi potranno essere avviati solo dopo che la Direzione Generale della Sanità, cioè la giunta regionale, li avranno vagliati e approvati.
9. la riabilitazione psicosociale è offerta, acquistata e consumata a "pacchetti" preconfezionati, scelti dagli psichiatri per la gestione della fase clinica del disturbo mentale degli utenti. La riabilitazione è intesa come sommatoria e mix di prestazioni parcellizzate, ciascuna delle quali va contata e registrata per consentire che il lavoro sia equamente remunerato.
10. singolari appaiono le scelte di assegnare allo psichiatra l'esclusiva della decisione sulla vita del paziente e l'assenza del punto di vista della persona con disturbo mentale, nonché di quello, almeno, della sua famiglia.

Conclusioni

La circolare 49 san è stata costruita assumendo, per la valutazione dei destini di vita dei pazienti psichiatrici più gravi, i parametri delle fasi clinica del disturbo e dei costi delle prestazioni, definendo una rete di strutture residenziali separate, parcellizzate, ciascuna "specializzata" secondo diagnosi, post-acuzie, intensità dei trattamenti.

Una simile "razionalizzazione" è già stata conosciuta dalla psichiatria nell'organizzazione della vita quotidiana nei manicomi nei quali "acuti", "tranquilli", "cronici", "sudici" stavano in reparti diversi, "specializzati" per gli specifici trattamenti.

La circolare, mentre afferma di occuparsi di riabilitazione, ignora i diritti e il consenso delle persone con disturbo mentale, con ciò contraddicendosi nei termini. La salute, infatti, non è un prodotto, ma un progetto non delegabile che abbisogna della cooperazione di una grande quantità di soggetti.

La circolare evidenzia culture e ideologie che nulla hanno a che fare con la salute mentale e con la psichiatria di comunità, dimensioni e attività alle quali notoriamente non si attagliano strumenti di valutazione come i *DRG* che, ricordo, sono stati studiati per la "pesatura" delle patologie trattate in ospedale.

La circolare testimonia dell'atteggiamento accentratore e dirigistico della giunta regionale perché non riconosce alle comunità locali, ai territori, l'autonomia nel determinare l'assetto dei servizi. Questo

finisce coll'ostacolare l'attuazione anche delle indicazioni più innovative e positive contenute, fra tutte quelle della "residenzialità leggera".

La circolare denuncia una condizione di grande smarrimento, impasse e sofferenza dei servizi di salute mentale pubblici (?) della ricca (?) regione Lombardia.

Mantova, 15 dicembre 2005