

In merito ad una recente delibera della Regione Marche sulla psichiatria

Gruppo Solidarietà (pubblicato su Appunti n. 114 gennaio-febbraio 1998 a pag. 12)

La presenza di persone con malattia mentale in strutture residenziali di natura assistenziale pone irrisolti problemi date le notevolissime differenze che esistono tra il settore sanitario e quello assistenziale. Una recente delibera della Regione Marche fornisce l'occasione per approfondire l'argomento.

In data 13.10.1997 la regione Marche ha emanato la delibera n. 2569 "Linee di indirizzo per l'assistenza integrata sociale e sanitaria in soggetti malati mentali". La delibera revoca la circolare n. 4 del 18/11/1994 "Settore Psichiatria - assistenza in strutture protette residenziali di soggetti malati mentali - Indirizzi operativi" e ha per principale obiettivo di risolvere il problema degli oneri di degenza delle persone con malattia mentale che risiedono presso le strutture assistenziali (ad esempio case di riposo). La delibera infatti specifica "Sorge pertanto il problema di definire gli oneri di competenza sanitaria e quelli di competenza sociale per determinare l'attribuzione della relativa spesa".

Le differenze giuridico-amministrative tra il settore sanitario e quello della assistenza/beneficienza ()*

Settore sanitario	Settore assistenza/beneficienza
La Costituzione estende gli interventi a tutti i cittadini senza alcuna limitazione (art. 32 Cost.)	La Costituzione limita gli interventi ai cittadini "inabili al lavoro e sprovvisti dei mezzi necessari per vivere" (art. 38 Cost.)
Le cure sanitarie sono un diritto esigibile.	Le prestazioni assistenziali non sono un diritto esigibile.
Le prestazioni urgenti sono fornite immediatamente a semplice richiesta del cittadino.	Tutte le prestazioni sono fornite solo dopo l'effettuazione di accertamenti e inchieste sociali, spesso di lunga durata.
Molte prestazioni sono gratuite.	Agli utenti viene sempre richiesto un contributo, esclusi coloro che sono privi di mezzi economici.
Nessuna contribuzione è a carico dei parenti tenuti agli alimenti.	Molto spesso viene richiesto un contributo economico ai parenti tenuti agli alimenti, anche se non dovuto in base alle leggi vigenti.
Per il personale addetto la legge richiede abilitazioni a titoli specifici; sono inoltre previsti mansionari tassativi.	La legge non richiede abilitazioni a titoli specifici esclusi gli assistenti sociali, né prevede mansionari, neppure per la direzione dei servizi.
Gli standard minimi delle strutture private e pubbliche, anche se non soddisfacenti, sono da anni definiti da leggi nazionali.	Gli standard minimi delle strutture private e pubbliche non sono definiti da nessuna legge nazionale. Quasi tutte le Regioni non hanno legiferato in materia. In ogni caso le norme sono molto meno rispettose delle esigenze e dei diritti degli utenti di quelle in vigore per il settore sanitario.

La normativa vigente

Non è inutile ricordare che i servizi che fanno capo all'assistenza sociale (ad esempio la casa di riposo) non possono e non devono farsi carico di persone malate in quanto in questi casi la competenza ad intervenire è del settore sanitario.

Nei fatti questo non avviene e sempre più le residenze assistenziali ospitano malati non autosufficienti e anche malati mentali.

In questi casi si hanno soluzioni diverse: situazioni in cui la sanità paga una parte della retta, la cosiddetta quota sanitaria (circa il 50%) e altri in cui tutto è a carico dell'assistenza sociale (e

dunque dell'utente, della famiglia o del comune di residenza).

Lo schema allegato illustra le fondamentali differenze tra il settore sanitario e quello assistenziale; differenze di cui è necessario sempre tener conto quando si affrontano questi tipi di problemi.

(*) Da F. Santanera, M.G. Breda, F.D. Almazio, *Anziani malati cronici: i diritti negati*, UTET Libreria, Torino 1994

Di fondamentale importanza è la differenza riguardante gli oneri a carico dell'utente e dei tenuti agli alimenti. Nessun onere è previsto nel caso di ricovero in struttura sanitaria; nel caso invece di ricovero in struttura assistenziale viene chiesto un contributo agli utenti e se esso risulta insufficiente anche ai parenti tenuti agli alimenti (questo nonostante che le leggi vigenti impediscano che l'Ente Pubblico possa sostituirsi al soggetto in stato di bisogno nella richiesta degli alimenti).

Si ricorda in proposito la sentenza del Tribunale di Verona del 15 marzo 1996 (commentata in "Appunti" 2/97, pag. 23 e in "Politiche Sociali" n. 2/97, pag. 76).

Ne discende pertanto che nel caso di utente malato (in questo caso con malattia mentale) ricoverato in una struttura assistenziale valgono le regole del settore assistenziale e dunque viene richiesto un contributo economico all'utente e se questo insufficiente alla famiglia.

Aperto rimane il problema delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) che le indicazioni ministeriali indicano come struttura propria del Servizio Sanitario Nazionale (cfr. Progetto Obiettivo Anziani approvato dal Parlamento nel 1992) per le quali, però, gli indirizzi ministeriali (cfr. Linee Guida Ministero della Sanità, 1/94) prevedono a carico dell'utente il pagamento della quota alberghiera (cfr. "Appunti" 1/97).

A livello regionale la situazione è alquanto diversificata (e comunque pochissime sono le RSA effettivamente realizzate) alcune Regioni le hanno inserite nel settore assistenziale altre in quello sanitario.

La delibera regionale

E' necessario premettere che:

- nelle Marche pochissime sono le strutture sanitarie extraospedaliere per malati mentali attivate con caratteristiche e dimensioni familiari;
- le case di riposo si sono trovate ad essere spesso l'unica risorsa per le famiglie con un congiunto con malattia mentale;
- la chiusura dei 4 ospedali psichiatrici presenti nel territorio regionale (Ancona, Fermo, Macerata, Pesaro) pone ulteriori problemi di residenzialità (cfr. Delibere 82/96 e 2566/97).

Si ha, quindi, che essendo numerosi i soggetti con malattia mentale - che non va mai dimenticato dovrebbero far riferimento a servizi di competenza sanitaria - ospiti delle strutture assistenziali il problema degli oneri di degenza deve necessariamente essere affrontato.

Vediamo come affronta il problema la delibera regionale appena approvata.

Dopo una "Premessa" non priva di affermazioni almeno generiche come ad esempio "Il problema della psichiatria, e del disagio psichico in genere, può essere affrontato in molti modi, perché la psichiatria è comunque per definizione un problema complesso", si passa alle "Soluzioni operative" riguardanti la definizione degli oneri di competenza sociale e sanitaria.

Prendiamo solo 3 parti della delibera che possono essere interpretate in maniera diversa con ricadute, anche pesanti, sull'utenza.

a) Il potere del responsabile del servizio di psichiatria

Si afferma: "Gli oneri a carico della USL saranno solo quelli relativi alla assistenza sanitaria. Tale assistenza deve essere stabilita caso per caso dal responsabile dell'equipe medica psichiatrica della USL, eventualmente sentito anche il parere del medico di base del paziente".

E' evidente il rischio presente nel momento in cui una sola persona deve decidere l'incidenza sanitaria.

A) la necessità di risparmi economici può portare a non riconoscere come soggetti bisognosi di assistenza sanitaria i cosiddetti "cronici";

B) impostazioni cosiddette "antipsichiatriche" individuano in pochissimi soggetti quelli aventi bisogni sanitari.

b) **L'inserimento in strutture socioassistenziali**

Si afferma: "Quando invece vengono attivati inserimenti in comunità residenziali protette a carattere sociale (case di riposo, case albergo.....) inserimenti ritenuti indispensabili da parte dell'équipe psichiatrica e tendenti alla evoluzione positiva della malattia di cui un soggetto è portatore..."

In questo caso data la cronica mancanza di strutture residenziali del settore sanitario si corre il rischio di "ritenere indispensabili" inserimenti in strutture socioassistenziali anche di utenti che necessiterebbero di interventi terapeutico-riabilitativi in apposite strutture e quindi di favorire il ricovero in presidi comunque inadatti, così come avviene anche oggi. Questo aspetto merita di essere sottolineato in quanto troppo spesso l'obiettivo è quello di "collocare" la persona senza tenere in debito conto la qualità dell'intervento.

Non va dimenticato che la stragrande maggioranza delle case di riposo, dovendo istituzionalmente rispondere a esigenze esclusivamente assistenziali, dispone solo di personale addetto all'assistenza e dunque l'intervento che viene fatto non ha nulla di terapeutico o di riabilitativo; nel migliore dei casi si contiene. Ci si chiede pertanto in quanti casi possano ricorrere le condizioni "tendenti alla evoluzione positiva della malattia".

La novità positiva introdotta dalla delibera è che si fissa per tutto il territorio regionale una regola che vale per tutte le aziende sanitarie e cioè la quota a carico dell'utente ricoverato nelle strutture assistenziali non può essere superiore al 30% del costo della retta (sostanzialmente la cifra corrispondente all'indennità di accompagnamento) e dunque nessun onere dovrebbe gravare sui parenti.

c) **La citazione distorta del Progetto Obiettivo**

Si afferma: "Riguardo ai destinatari dei servizi ed ai casi di esclusione della competenza del Dipartimento di Salute Mentale si possono identificare tre diverse situazioni come riportato dal progetto obiettivo nazionale:

(in neretto si riportano le differenze con il P.O., n.d.a)

1) casi per i quali di norma non esiste alcuna competenza psichiatrica specialistica (ad es. l'handicap adulto ed **oligofrenici**) i cui programmi assistenziali e di socializzazione debbono essere gestiti da servizi non psichiatrici.

2) casi con competenze socio-sanitarie in cui i programmi assistenziali sono gestiti da servizi non psichiatrici ma con la consulenza specialistica fornita da personale del DSM (ad esempio: anziani con patologia neuropsichiatrica, tossicodipendenti con problematiche psichiatriche, pazienti AIDS con problemi psichiatrici (nel P.O. "AIDS terminali), **dementi, oligofrenici con disturbi del comportamento.**

3) Casi di esclusiva competenza psichiatrica".

Appare chiaro che l'aggiunta delle patologie segnate in neretto è funzionale ad assumere con retta sanitaria il minor numero possibile di utenti psichiatrici ospiti delle strutture assistenziali. Prendere come riferimento il Progetto Obiettivo e poi deformarlo a proprio piacimento appare molto grave

per le gravi ricadute che può avere per molti utenti e per i loro familiari.

Verso una conclusione

L'analisi della delibera ha evidenziato la notevole difficoltà a trovare soluzioni che siano rispettose della normativa vigente e dei diritti delle persone malate.

Se da un lato potrebbe sembrare che l'atto regionale tenda a garantire gli utenti con malattia mentale ricoverati nelle strutture assistenziali, dall'altro, vedi in particolare l'utilizzo scorretto del Progetto Obiettivo, la delibera rischia di facilitare il compito delle aziende sanitarie che intendono ridurre gli oneri delle rette di degenza dichiarando la sola competenza assistenziale ad intervenire.

Se esiste un problema reale di gestione del transitorio non si può però dimenticare l'altro grande problema: l'assenza di piccole strutture residenziali del settore sanitario, le cosiddette Strutture Residenziali Riabilitative (SRR).

Su questo occorre lavorare, ma anche verificare perchè in questi anni in molte aziende sanitarie nessun posto letto è stato ancora realizzato nonostante i finanziamenti regionali.

La regione Marche dovrebbe per primo dover vigilare nei confronti delle Az. USL per verificare lo stato di attuazione del Progetto Obiettivo Regionale, in particolare come sono stati utilizzati i finanziamenti erogati. Ma fino a questo momento nulla si è visto.

Un compito questo che chiama in causa tutti, ma in particolare le associazioni degli utenti presenti nel territorio regionale.