

**Relazione del Dott. Interlandi Gaetano al II Congresso Regionale del CORECAF
“SALUTE MENTALE E RESIDENZIALITA’”,
Palermo, 23.01.04, Salone delle feste, ex Ospedale Psichiatrico “Pisani”.**

Le Comunità Alloggio (C.A.) in Sicilia hanno una esperienza di operatività di 18 anni (la prima è sorta a Caltagirone alla fine del 1986).

Esse hanno una valenza riabilitativa di per sé, essendo strutture con un numero di utenti ridotto ed essendo inserite nell’universo del sociale.

Inizialmente sono sorte prevalentemente come alternativa agli OO.PP., per svuotarli e favorirne la chiusura e hanno accolto una popolazione prevalentemente di anziani ex lungodegenti più o meno stabilizzati dal punto di vista psicopatologico, successivamente si sono trasformate e diversificate con il cambiamento dell’utenza.

Alcune C.A. si sono andate caratterizzando per un aspetto più assistenziale, altre per un aspetto più riabilitativo in funzione dell’età dell’utenza, della sua storia e anche delle scelte di gestione della Cooperativa.

La presenza delle C.A. potrebbe, inoltre, imprimere una spinta di trasformazione delle CTA che si sono caratterizzate più come strutture lungodegenziali piuttosto che riabilitative, con il favorire un aumento del turn-over e dunque delle dimissioni dalle CTA e il ricovero sociale nelle C.A..

Nelle CTA il ricovero dovrebbe essere a breve termine, massimo due anni, mentre nelle C.A. potrebbe avere tempi lunghi, senza compromettere la funzionalità sociale degli utenti, avendo come loro assunto costitutivo l’integrazione sociale e il recupero e mantenimento delle funzionalità socio-affettive.

All’interno del sistema sanitario un modo per svecchiare le CTA e favorire il cambiamento da strutture lungodegenziali a strutture riabilitative potrebbe essere questo:

- vincolare la retta al Progetto riabilitativo e non al Posto letto. Progetto riabilitativo personalizzato che dovrebbe includere l’impegno della CTA a dare una formazione professionale e sostegno a un possibile inserimento in ambito lavorativo all’interno di quello che prevede l’attuale quadro legislativo, mettendo in essere una operatività integrata con le altre istituzioni del territorio a ciò deputate (Ufficio di collocamento, cooperative di tipo B, scuole di formazione professionale, ecc.). A tal fine in ogni CTA dovrebbe essere individuato del personale o un ufficio responsabile che curi questi aspetti importantissimi ai fini di una efficacia degli interventi riabilitativi;
- vincolare la durata del ricovero in ambiente sanitario a non più di due anni;
- intervenire attivamente nella programmazione delle strutture residenziali socio-sanitarie, Piani di zona della L.328/2000, al fine di rendere possibile la realizzazione delle dimissioni dalla CTA entro i due anni. In atto sarebbe dimissibile dalle CTA il 50% delle persone ricoverate, con un risparmio notevole della spesa ma soprattutto con il miglioramento della qualità della vita delle persone che attualmente vivono relegate in ambito sanitario. Oltre a ciò si eviterebbe di continuare a perpetuare lo scandalo di rinnovare proroghe costosissime di riabilitazione, anche solo per via epistolare, a persone ricoverate che fanno trattamenti riabilitativi da oltre dieci anni, cosa che non trova fondamento scientifico in alcuna fonte autorevole, ma si configura solo come spreco economico oltre che di disinteresse per la vita delle persone che vengono dimenticate dai Servizi pubblici nelle Istituzioni dove le hanno ricoverate.

La presenza delle C.A. impone alle strutture sanitarie di cambiare, ponendosi anche come alternativa o termine di confronto in situazioni stabilizzate o in alcune situazioni particolari ancora subcritiche o floride in cui la C.A. può diventare un valido contenitore e una alternativa alla struttura prettamente sanitaria.

In questi 18 anni si è assistito a una progressiva evoluzione delle C.A. che da strutture assistenziali per vecchi cronici si sono qualificate nella gestione di un'utenza più giovane e più impegnativa i cui bisogni non sono meramente assistenziali ma relazionali, affettivi, di formazione professionale e di inserimento lavorativo, di socialità.

Il passaggio da un'utenza portatrice di bisogni essenziali (mangiare, dormire, socializzare) a un'utenza giovanile portatrice di bisogni e necessità urgenti e complesse comporta un maggiore impegno di risorse e di offerte di servizi (scolarizzazione, formazione lavorativa, avviamento al lavoro, bisogni ricreativi, affettivo-relazionali, di sostegno familiare) oltre a una più capillare integrazione tra servizi e istituzioni del territorio.

Anche la Committenza o Domanda da parte dei familiari, dei Servizi e degli Enti istituzionali è diversa: **non si chiede più il posto letto, ma la prospettiva di vita che si dà all'utente.**

Da qui la necessità di prevedere ulteriori evoluzioni e cambiamenti anche legislativi che tengano conto dei nuovi bisogni e dell'utilizzo degli investimenti economici in direzione di una maggiore efficacia per la salute mentale.

Un bisogno che è emerso negli ultimi anni è che è stato verbalizzato dagli stessi utenti è quello del Gruppo Appartamento (G.A.) o Casa Famiglia (C.F.): una Casa in cui abitare in pochi amici autonomamente, anche se con un sostegno iniziale. A Caltagirone dietro la pressione di utenti giovani per i quali non era possibile per il momento il rientro in famiglia, i quali avevano raggiunto un grado di autonomia e autogestione buono, è stata avviata l'iniziativa del Gruppo appartamento. La Cooperativa ha fatto un Progetto, lo ha discusso col DSM alla presenza dei 4 giovani interessati ed è stato inviato ai Comuni; dopo la Cooperativa ha affittato l'appartamento, lo ha arredato e i 4 giovani sono andati ad abitarci. Fanno la spesa, cucinano, si autogestiscono la quotidianità, lavorano, uno frequenta un corso d'inglese. Il Progetto è partito da 4 mesi e procede molto bene. I ragazzi sono molto contenti e in questi 4 mesi sono migliorati in maniera davvero incredibile: non sono più dipendenti, prendono iniziative, si risolvono i problemi e affrontano in modo razionale gli imprevisti che capitano. Sono supervisionati dalla Cooperativa e intrattengono rapporti quindicinali con il medico del DSM che li ha in carico.

In quest'ottica il G.A. o C.F. costituisce un passo in avanti e permette la fuoriuscita dalle C.A. delle persone che ormai hanno raggiunto una certa sicurezza e autonomia e non possono rientrare in famiglia, anche temporaneamente o che non hanno sostegno familiare.

Si sta progettando a breve scadenza la realizzazione di altri G.A. per altre persone che sicuramente possono beneficiare.

Il G.A. oltre che a permettere l'uscita dalla C.A. per le persone più autonome e dunque a migliorare ulteriormente la qualità della loro vita, comporta anche un risparmio economico da parte dei Comuni, per la minore protezione e dunque la diminuzione del numero di operatori (ne bastano 2) la cui presenza va progressivamente a diminuire sino a non essere più necessaria.

Il G.A. o C.F. è previsto nella normativa attuativa della L. 104 e dalla L.328, manca però una sua definizione più puntuale per cui è da considerare l'opportunità di definirlo meglio dal punto di vista legislativo.

La logica del posto letto, che ancora è prevalente in senso numerico ma non nel senso del legislatore (tutte le nuove leggi, sia sanitarie che degli Enti locali, anzi vanno in direzione opposta) è **destinata a modificarsi**, è una rivoluzione che sta avvenendo in sordina.

Le CTA, infatti, dopo la loro nascita nel 1985 (prima erano chiamate case di riposo per ammalati mentali anziani ex degenti OP, con bisogni minimi) non hanno avuto se non un piccolissimo incremento numerico.

Le C.A., invece, hanno avuto un aumento esponenziale, anche se ancora sottodimensionato rispetto al loro fabbisogno reale a livello regionale, nonostante le incertezze economiche a causa del ritardato pagamento delle rette, fatto usuale per la gran parte dei Comuni della Sicilia.

Queste strutture in Sicilia silenziosamente e di fatto **stanno contribuendo** al cambiamento della logica del posto letto sanitario: **i bisogni delle persone con malattia mentale anche grave, non sono esclusivamente di terapia.**

La legge 22 ha innescato un cambiamento lento ma costante e irreversibile.

Gli strumenti di programmazione, peraltro si stanno formando ora con l'applicazione della L. 328/2000 che ha assorbito la L. 22/86, e la realizzazione dei Piani di zona. I Comuni del distretto sociosanitario di Caltagirone hanno già avuto approvato ed autorizzato il piano di zona dalla Regione Sicilia.

“ La L.328 da l'avvio a un percorso metodologico che tende a definire e a consolidare con tempi e modalità precise un sistema integrato di interventi che **da socio-assistenziali** si trasformi in **sistema integrato socio-sanitario**. L'obiettivo è di trasformare gli interventi a carattere riparativo in un sistema articolato e flessibile capace di sostenere e valorizzare le responsabilità e le capacità delle persone e delle famiglie. Il Piano di zona è un piano regolatore distrettuale per la gestione unitaria e integrata dei servizi alla persona vincolante per gli enti che l'adottano. Uno strumento nuovo affrancato dal tradizionale criterio assistenzialistico e collegato a un impianto strategico di ampio respiro che coinvolge tutti i soggetti territoriali che operano nell'ambito dei servizi alla persona.” () Questo strumento permetterà di superare la vecchia logica psichiatrica del ricovero lungodegenziale nell'ottica di interventi personalizzati contestualizzati, mirati, volti all'integrazione.

Tutto ciò si gioca però nella logica del potenziamento dei Servizi territoriali.

Servizi territoriali forti, integrati al loro interno e all'esterno con le altre istituzioni del territorio costituiscono un deterrente importante nei confronti dell'abbandono e del parcheggio delle persone sofferenti in istituzioni varie o sulle spalle delle famiglie.

Servizi territoriali deboli, depotenziati, poveri di risorse in termini di personale mezzi e strutture, costituiscono la premessa per l'aumento degli internamenti e di conseguenza anche della spesa sanitaria.

In sintesi gli scenari dei prossimi anni dovrebbero vedere le seguenti realizzazioni:

- **attivazione e incremento dei Gruppi appartamento o Case Famiglia;**
- **aumento del numero delle Comunità Alloggio sul territorio regionale;**
- **il progressivo ridimensionamento delle CTA private con 40 P.L. che si pongono in contrasto con la normativa nazionale (PON 98-2001) che prevede un numero massimo di 20 P.L. per le Comunità Terapeutiche;**
- **il vincolare il finanziamento delle rette ai Progetti personalizzati che prevedano la formazione professionale e non al P.L, questo sia per le CTA ma anche per le C.A.;**
- **l'incremento delle Cooperative di tipo B;**
- **l'incremento degli interventi integrati socio-sanitari per l'utenza dei servizi di Salute Mentale con la realizzazione dei Piani di zona e la loro diffusione capillare sul territorio regionale.**

I 18 anni di vita delle C.A. in Sicilia e gli 11 anni di vita del CORECAF, dunque, sono stati fruttuosi e hanno aperto la strada al cambiamento, ma ancora c'è molto lavoro da fare, sia sul versante di sensibilizzazione e formazione degli operatori dei servizi sanitari pubblici ad una operatività integrata, sia nei confronti degli operatori delle istituzioni sociali e del mondo politico che ne determina gli indirizzi.