

Lecco 28/11/2018

DSMD ASST Lecco

Convegno: CPS 2.0

Intervento di Guerrino Donegà a nome del FSM alla Tavola rotonda

Premetto per chi non ci conosce che il FSM è un coordinamento di associazioni, sindacato e cittadini che svolge un'azione di advocacy con l'obiettivo di contribuire allo sviluppo di una cultura della salute mentale nella comunità e al confronto con le istituzioni sanitarie per migliorare la risposta dei servizi al bisogno di salute mentale del territorio.

Il tema odierno è stato ricordato, è il progetto di nuova organizzazione dei CPS di Lecco e Merate, non è la nuova sede del CPS di Lecco, sulla cui situazione non possiamo esimerci tuttavia dal fare alcune sottolineature.

Su questa vicenda lunga quasi due decenni, che per noi continua a rappresentare un problema molto serio, per lo stato di fatiscenza in cui si trova quel servizio, abbiamo svolto, da quando esiste il FSM una costante sollecitazione in tutte le sedi e come tutti, vorremmo che giungesse rapidamente a soluzione.

I tempi per Via Tubi non sono quelli che ci immaginavamo. L'operazione è molto complessa. Siamo certi che la dirigenza attuale dell'ASST e quella che succederà, metteranno il massimo impegno perché il percorso si concluda nei tempi tecnici strettamente necessari.

Da parte nostra assicuriamo che continueremo a seguire il percorso con tutta la necessaria attenzione.

Nell'ambito della nostra azione non abbiamo mancato di formulare in relazione alla fase di progettazione alcune proposte di ordine strutturale ed altre di carattere organizzativo nella convinzione della opportunità di cogliere la straordinarietà del momento e provare a sperimentare alcune trasformazioni.

Più in generale pensiamo che il tema abbia una rilevanza così ampia da meritare un confronto pubblico aperto a operatori ed utenza, istituzioni, associazioni, sindacato e cittadinanza, dove possano essere portati contributi di idee e proposte utili a migliorare da un lato la progettazione e dall'altro a sviluppare un senso di appartenenza alla Comunità di quello che sarà il nuovo CPS, aprendo così una nuova stagione di rapporti tra il DSM e il territorio.

Cogliamo favorevolmente l'impegno in questo senso dichiarato dal Direttore Socio Sanitario.

(Il contenuto delle nostre proposte, per chi fosse interessato, si trova nel documento pubblicato sul nostro sito web.)

Ed è anche per questa ragione che apprezziamo la scelta del DSM di cogliere appunto l'occasione dichiarata, per ripensare al modello organizzativo del CPS, anzi dei due CPS di Lecco e Merate e provare ad innovare e migliorare la risposta complessiva alla domanda di salute mentale del territorio.

Ciò premesso, iniziamo con l'affermare che il giudizio che diamo dalla lettura del documento "Progetto CPS 2.0", è articolato.

Accanto ad alcuni aspetti di indubbio interesse per noi, dove riconosciamo temi e posizioni che condividiamo, rileviamo anche alcune criticità che non possiamo sottacere.

E partendo da queste, una prima criticità, quasi scontata, ma di cui non si può non parlare è che siamo dichiaratamente in presenza di una "soluzione isorisorse", (che tradotto nel concreto significa riduzione di risorse) Questo quadro è per altro coerente con quello che ha visto questi primi tre anni di attuazione della LR 23/2015, con i risultati che ad oggi sono sotto gli occhi di tutti.

E' evidente che la situazione del DSM dal punto di vista della carenza di risorse umane con riferimento in particolare ai medici psichiatri ma non solo, è questione centrale, che ha anche origini lontane ma del quale ad oggi non si intravede soluzione.

Pensiamo che la straordinarietà del contesto potrebbe consentire di chiedere a RL per questa sperimentazione un coinvolgimento anche finanziario ad hoc.

Per altro il medesimo criterio isorisorse, viene richiamato nella descrizione dei fattori di crisi che sta vivendo il il CPS, per motivare uno dei temi più interessanti del progetto: il superamento del medicocentrismo con l'accrescimento di ruolo e responsabilità dei professionisti non medici: infermieri, educatori, assistenti sociali e terapisti della riabilitazione. Una scelta pienamente condivisibile, ma che così formulata appare come soluzione di ripiego mentre andrebbe piuttosto sostenuta come una giusta valorizzazione di contenuti di professionalità di questi operatori.

Ed ancora sull'argomento risorse è indubbio che il tema Budget di cura (appena citato nel progetto) ed una auspicabile nuova individuazione di Lecco da parte di RL come sede di sperimentazione potrebbe costituire una opportunità importante anche per rimettere in gioco potenzialità che altrimenti rischiano di restare cristallizzate nel tempo.

Va infine rilevato come è oggettivamente difficile per noi ragionare così ampiamente sul CPS senza definire più nel dettaglio anche:

- ruolo, posizione e prospettive delle altre articolazioni del Dipartimento a partire dalle strutture residenziali, alla residenzialità leggera, agli SPDC ai Centri Diurni;
- livelli di integrazione con i servizi sociali dei comuni e delle gestioni associate
- luoghi e modalità della presa in carico delle persone migranti con disagio psichico/relazionale, riconducibile non solo all'esperienza traumatica del viaggio, ma anche con l'attenzione alla dimensione etno-psichiatrico/psicologica ed interculturale
- area di trattamento degli autori di reato
- area dipendenze

Venendo al modello organizzativo descritto nel Progetto in sé, un'obiezione che viene subito in evidenza riguarda la notevole complessità organizzativa che lo caratterizza e la cui gestione desta indubbiamente qualche preoccupazione.

Inoltre la schematica standardizzazione su 3 percorsi secondo il principio dell'intensità di cura ed dei percorsi specifici di cura, nella descrizione risulta caratterizzata da flessibilità. Ma si fatica ad immaginare una concreta ed agevole possibilità degli utenti di transitare da un percorso all'altro e quanto l'inserimento in un percorso sulla base di diagnosi e grado di gravità, non finisca per costituire una nuova rigidità e un nuovo rischio di stigma. Va infine rilevato come l'eventuale cambio di percorso potrebbe prevedere anche il cambio di

operatori di riferimento, con tutto quello che può comportare dal punto di vista della discontinuità relazionale.

Più nello specifico, la sede operativa del Polo dei Disturbi Emotivi Comuni, collocata nell'Ospedale risulta di difficile comprensione; come pure la ragione della riduzione degli ambulatori periferici con il rischio di produrre un effetto contrario a quello dichiarato, con un "accentramento dell'intervento della cura", sempre più cura clinica e sempre meno del "prendersi cura in chiave relazionale/comunitaria": un accentramento/accorpamento che associa sempre di più l'esistenza e l'azione dei presidi ambulatoriali - geograficamente dislocati - ad un'idea di "negativa separatezza" e che sempre meno ne vede le potenziali prerogative di 'territorializzazione' e di maggiore contestualizzazione inclusiva.

Rileviamo invece alcune innovazioni che giudichiamo di grande interesse.

Ci riferiamo ad esempio alla istituzione di una attività di trattamento intensivo per la gestione delle crisi a livello territoriale e come risposta all'urgenza. E' indubbio che si tratta di una scelta forte.

L'obiettivo di "selezionare in maniera più appropriata i ricoveri ospedalieri e limitare il ricorso ai TSO, è condivisibile e va nella direzione di una graduale deospedalizzazione della cura delle persone con sofferenza psichiatrica.

Ovviamente tutto questo deve però fare i conti con gli orari di effettiva apertura, che se pure potenziati, ci pare di capire rispetto ad oggi con 8 – 20 tutti i giorni e 8 – 14 il sabato, lascia comunque non presidiato il restante orario notturno e del weekend durante il quale l'unica soluzione continua ad essere il PS. Anche da questo punto di vista ribadiamo la sollecitazione ad esplorare tutte le strade possibili per chiedere a RL di sperimentare con le necessarie risorse, un'apertura H24 che ribalterebbe totalmente l'approccio, con una assistenza psichiatrica territoriale in grado di offrire l'intera gamma di servizi per la salute mentale vicino al luogo di vita dei pazienti, mantenendo il più possibile la continuità del rapporto terapeutico con il servizio di riferimento, anche nelle fasi di criticità.

Nel Polo del Care Management è di grande interesse per noi il modello di presa in carico del team territoriale di care management con approccio multidisciplinare e il livello domiciliare dell'intervento indirizzato all'inclusione sociale con integrazione tra sanitario e rete sociale formale ed informale, le associazioni, gli enti locali e secondo il principio della recovery.

Ma qui la descrizione risulta molto sintetica e ci piacerebbe conoscere come si declina in percorsi, processi ed azioni che crediamo ancora in fase di definizione.

Alle riunioni periodiche dei team suggeriamo venga affiancata anche la figura dello psicologo.

Ed infine, ma non per importanza, il coinvolgimento delle Associazioni di utenti e familiari, positivamente citata in più punti del progetto, dovrebbe trovare una più puntuale declinazione su modi, tempi e luoghi perché possa manifestarsi secondo tutte le sue potenzialità attuali ed aprire nuovi sviluppi anche a partire dalla figura chiave dell' ESP, Esperto in Supporto tra Pari.