



ABSTRACT

“LA POLITICA DI SALUTE MENTALE NEL NUOVO WELFARE DI COMUNITÀ”

di Giovanni Bissoni*

FARE SALUTE E FARE SANITÀ OGGI. RIFLESSIONI ALLA VIGILIA DEL TRENTENNALE DEL SSN E DELLA 180

Il prossimo anno ricorrerà il trentennale della legge 180 e della legge 833 che ha assorbito al suo interno anche tutto il sistema assistenziale psichiatrico. E' tempo di riflessioni e di bilanci.

In trenta anni la salute e la sanità hanno fatto progressi enormi nel nostro Paese e nella nostra regione. Lo sviluppo di una società più ricca, con un benessere economico e sociale diffuso, è andata di pari passo con i grandi progressi delle tecniche e della scienza e con lo sviluppo di un sistema sanitario complesso ed organizzato, nonché con lo sviluppo di una società più ricca, di un benessere economico e sociale più

diffuso. I risultati sono stati impressionanti: malattie un tempo incurabili che oggi sono curabilissime, prolungamento della aspettativa di vita media, mutamento radicale del profilo dominante delle patologie (da quelle acute a quelle cronico-degenerative dell'età avanzata) etc.

Il mondo della salute mentale e delle dipendenze patologiche non è stato da meno ed ha anzi forse visto la rivoluzione più importante della sua storia:

- chiusura di una istituzione con quasi due secoli di storia;
- riportare a vivere nel territorio chi prima era escluso;
- porre obiettivi sempre più ambiziosi in termini di cittadinanza e di qualità della vita
- prevenzione e trattamento precoce nella infanzia;
- mutamento radicale nello scenario dell'uso e dell'abuso di sostanze, con istituzione pressoché ex-novo del complesso sistema pubblico-privato delle dipendenze patologiche.

E' necessario ricordare questi successi, soprattutto in un periodo nel quale i problemi sembrano essere sempre di più e sempre diversi, nel quale la reattività delle istituzioni è sempre sotto prova, nel quale innegabili progressi producono nuovi problemi e nuovi bisogni.

E' necessario ricordarli soprattutto per guardare avanti ed attrezzarsi per le sfide che sono già in atto e che discendono in gran parte proprio dagli sviluppi e dagli avanzamenti che la nostra società ha fatto in questi trent'anni.

Come ha ricordato il presidente Errani è proprio dalla rapidità della trasformazione sociale dettata da scenari internazionali e nazionali in grande evoluzione, ma anche dalla capacità produttiva e trasformativi del nostro territorio, che nascono molte sfide per il sistema di welfare regionale già in atto.

Lasciatemi soffermare su alcune di queste trasformazioni e sul loro impatto sulla salute dei nostri cittadini.

Negli ultimi trent'anni il nostro territorio ha conosciuto una crescita economica ed uno sviluppo umano senza precedenti nella sua storia:

- reddito pro capite costantemente tra i più alti in Italia e tra i più alti in Europa;
- occupazione generale e femminile pressoché piena;
- istruzione tra le più alte in Italia ed in Europa;
- aumento della aspettativa di vita media di oltre dieci anni.

Nessuno può sensatamente obiettare che questi siano dei grandi successi del nostro territorio. Le trasformazioni nazionali ed internazionali, associate a questi indici di sviluppo economico ed umano, hanno prodotto una serie di conseguenze sociali e demografiche che hanno oggi un profondo impatto sulla salute e sui bisogni della cittadinanza.

Oggi, dopo molti anni di denatalità, siamo di nuovo una popolazione in crescita, con una forte ripresa demografica, dovuta sia all'immigrazione che alla ripresa delle nascite.

Siamo un territorio molto "desiderato" sia da residenti in altre regioni che da stranieri. Assistiamo regolarmente a fenomeni di immigrazione sanitaria, che coinvolgono anche il mondo della psichiatria, vale a dire di persone e nuclei familiari con problematiche gravi e persistenti che acquisiscono la residenza nel nostro territorio anche per il tipo di assistenza sanitaria e psichiatrica che si offre.

Siamo un territorio nel quale recentemente si torna a fare figli, anche se ci vorranno due decenni per modificare i rapporti numerici tra le generazioni. Negli ultimi anni il numero medio di figli per donna è andato crescendo da meno di 1 a circa 1.2, raggiungendo la media nazionale. Ma restano per ora tutti i problemi di una società che deve bilanciare le proprie risorse per la cura tra pochi giovani e molti anziani.

Siamo un territorio in cui le famiglie con uno o due componenti sono la maggioranza, con tutti i problemi che insorgono quando un membro si ammala, con evidenti implicazioni di dipendenza dalle cure e dall'assistenza del SSR e dei servizi sociali. E penso ad esempio ai nuclei familiari costituiti da un genitore anziano ed un figlio con disturbi psichici, o da una madre lavoratrice sola con un bambino con disabilità neuropsichiche.

E questo è vero soprattutto nei nuclei urbani e nelle zone di montagna. Siamo inoltre un territorio nel quale certi legami informali si stanno allentando o presentano una maggiore precarietà rispetto al passato. Le convivenze ed i nuclei atipici stanno diventando sempre meno atipici e sempre più la forma di famiglia maggioritaria.

Siamo anche un territorio nel quale la presenza straniera incide maggiormente rispetto alla media nazionale, con tutto quello che comporta in termini di tutela della salute di una popolazione che ha maggiori difficoltà ad integrarsi ed a utilizzare i servizi sanitari, inclusi quelli di salute mentale.

Infine tra gli aspetti più preoccupanti c'è il modo nel quale la nostra società regionale ha seguito le tendenze internazionali in materia di uso, abuso e dipendenza da sostanze.

In questo ambito assistiamo a fenomeni molto complessi e mutevoli di anno in anno, ma con un sostanziale aumento delle persone che fanno uso di sostanze, di un numero maggiore di sostanze, nei contesti più diversi, con un rapido diffondersi di policonsumi e di uso di stimolanti che con frequenza sempre maggiore diventa abuso/dipendenza, soprattutto di cocaina. E ciò che più preoccupa è il collegamento della cocaina con complicità sanitarie (cardiologiche, psichiatriche) e con compimento di reati "impulsivi".

Volendo riassumere il nostro sistema si trova oggi ad assistere una popolazione molto diversa rispetto al passato, più ricca e con migliore salute fisica, ma meno aggregata

intorno alle famiglie, con maggiore precarietà nei legami interpersonali, con disuguaglianze più pronunciate e più vulnerabile di fronte a problemi di salute più o meno gravi. Più individui e meno gruppi sociali.

E' evidente come tutto questo abbia un impatto importante sulla tutela della salute e della salute mentale in particolare. La maggiore ricchezza e la maggiore istruzione aumentano le possibilità e le aspettative di salute. La minore aggregazione attorno alle istituzioni tradizionali e la precarietà interpersonale e lavorativa rendono più vulnerabile il soggetto quando è in difficoltà o presenta problemi di salute. La domanda al sociale ed al sanitario non può che aumentare.

In questo scenario non stupisce che la domanda ai servizi di salute mentale sia in aumento negli ultimi anni.

Oggi i servizi di salute mentale adulti incontrano ogni anno quasi il 2% della popolazione regionale, quelli di Neuropsichiatria Infantile il 6% quelli per le dipendenze patologiche lo 0.6% della popolazione target. E sappiamo che questo non è sufficiente a soddisfare la domanda che per svariati motivi si rivolge al privato (non sempre qualificato) o non riceve i trattamenti di cui necessita.

Come affrontare questa domanda in crescita nell'ambito di risorse limitate e destinate inevitabilmente a non poter crescere in modo parallelo alla domanda?

Sicuramente cambiando approccio ed organizzazione. Ed è quello che la intensa stagione di rinnovamento del SSR sta cercando di fare, attraverso la legge 29, la legge 2, il PSSR e la discussione di oggi che pone la salute mentale al centro del nuovo welfare di comunità.

LE RISPOSTE DEL SISTEMA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Il Primo Piano Sociale e Sanitario regionale è sicuramente il documento centrale di questo cambiamento. Si connota come un documento triennale di programmazione e di pianificazione sociale e sanitaria, in un'ottica di forte integrazione dei servizi volti alla persona e alla comunità.

Tale documento completa un percorso di sviluppo del sistema di welfare regionale, che ha visto le sue fasi più significative:

- nel precedente Piano Sanitario 1999-2001, costruito come "Agenda integrata di impegni per la salute";
- nella legge regionale n. 29/2004 "Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del Servizio sanitario regionale";
- e nella legge regionale n. 2/2003 "Norme per la promozione della cittadinanza sociale per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"

Esso conduce ad un nuovo assetto del sistema sanitario strettamente integrato con il sistema sociale regionale:

- affronta l'ambito specifico delle politiche sanitarie per completare e dare attuazione ai programmi avviati con i precedenti atti programmatici – con particolare riferimento al governo clinico, alla ricerca ed innovazione, alla partecipazione e comunicazione, e soprattutto allo sviluppo del sistema territoriale e di prevenzione –
- dedica la massima attenzione agli aspetti strategici dell'integrazione delle politiche sanitarie e le politiche sociali, ai diversi livelli di governo istituzionale, al fine di garantire una presa in carico globale ed una risposta organica ai bisogni complessi dei nuclei familiari, dei bambini e dei giovani, degli anziani fragili e non-autosufficienti, dei disabili, degli immigrati, delle persone in condizione di povertà e di esclusione sociale. Per ciascuna di queste categorie, il documento esplicita, in relazione agli elementi di contesto regionale, gli obiettivi di benessere socio

sanitario da perseguire e le azioni da intraprendere nei diversi ambiti territoriali, individuando i soggetti istituzionali responsabili e demandando loro la declinazione locale degli specifici interventi

II PSSR - PRINCIPI GUIDA

Il mantenimento e la crescita della coesione sociale nella comunità regionale rappresenta l'obiettivo che da fondamento del Piano Sociale e Sanitario della Regione Emilia Romagna.

La coesione e la condivisione sociale alimentano la possibilità di esercitare le libertà sostanziali attraverso la partecipazione; esse sono strettamente connesse allo sviluppo della società ed anche alla realizzazione delle migliori condizioni di salute.

I principi guida che caratterizzano il PSSR si aggregano attorno alle parole chiave : coesione sociale, partecipazione, integrazione e responsabilità.

Pianificazione strategica sociale e sanitaria: la responsabilità e la partecipazione necessarie

La società complessa ed i nuovi bisogni emergenti, richiedono una presenza forte e autorevole del pubblico nel territorio: la forza e l'autorevolezza che si affermano attraverso la capacità di svolgere compiti di regia e di garanzia, prestando attenzione a che l'utilizzo stesso delle risorse sia orientato verso la costituzione di prospettive strategiche condivise e di un sistema aperto di interventi in rete, di cui fanno parte le formazioni della società civile che accettano di svolgere funzioni pubbliche.

Integrazione delle politiche

Per affrontare questi temi non sono sufficienti interventi sociali e sanitari mirati, ma la capacità dei nostri territori, delle nostre città di rilanciare la coesione sociale, cioè il senso di appartenenza, la comprensione diffusa circa l'interdipendenza reciproca del benessere tra le persone e tra i gruppi sociali, sostenendo scelte solidali e sviluppando maggiori capacità di autopromozione del benessere da parte della società civile e delle persone.

L'integrazione delle politiche è la prospettiva capace di collegare welfare e sviluppo della comunità regionale.

La comunità competente che partecipa

Il fattore che genera maggiore stabilità, e spesso evita la degenerazione di situazioni problematiche, è dato dalla tenuta della rete delle relazioni sociali, familiari, amicali, di solidarietà e di volontariato. Questa rete è data dalla sedimentazione di processi storici e culturali, segnati da una organizzazione particolare delle attività economiche, dalla continuità dell'identificazione con il proprio territorio, da valori robusti di tipo religioso, politico/ideologico ed etico. Si tratta di un patrimonio da salvaguardare e arricchire sostenendo la coesione del tessuto sociale che non gode più di tutti gli influssi favorevoli che l'hanno generato.

Qualificazione dei servizi, possibilità scelta dei cittadini e welfare di prossimità

Un altro elemento fondamentale per assicurare la continua qualificazione dei servizi e degli interventi sociali e sanitari è costituito dal *sapere ascoltare*.

La partecipazione attiva delle persone insieme alla capacità di adattamento professionale ed organizzativo dei servizi e degli interventi, costituiscono elementi di successo decisivi poiché il cambiamento che porta a superare difficoltà e malessere, il quale si fonda su una maggiore autonomia. La partecipazione a volte è da abilitare, non è

ricercata e voluta da tutti coloro che vivono particolari problemi e difficoltà. Per questo l'orientamento dei servizi e degli operatori è fortemente da ripensare in una ottica di sviluppo di comunità. La direzione verso la prossimità costituisce un indirizzo fondamentale per l'evoluzione del sistema dei servizi e degli interventi integrati.

Favorire la vita "autonoma", le professionalità sociali e sanitarie

L'impegno per il benessere e la salute mira alla promozione dell'autonomia e si basa su relazioni e interventi che valorizzano risorse e competenze. La dipendenza dall'azione di sostegno e di cura invece, genera insicurezza, assistenzialismo e impiego inappropriato delle risorse.

L'intervento di aiuto e di cura non è risolutivo se non si inserisce in un progetto di emancipazione di chi è in difficoltà per ragioni di salute o sociali.

Molte volte è necessario aiutare a trovare le forze e le condizioni per ri-progettarsi, sapendo però che il direzionamento non può essere assunto dall'esterno delle persone.

Va rivisto il rapporto tradizionale tra erogatori e beneficiari di prestazioni, i quali non possono essere considerati come destinatari passivi o come clienti consumatori.

In questa ottica sono da collocare anche scelte quali il Fondo regionale per la Non Autosufficienza ed a questo dovranno essere attenti gli stessi Livelli di Assistenza Sociali (LIVEAS). Si tratta di misure che possono divenire assistenzialistiche e inappropriate se non inserite in un sistema di servizi integrato, sostenuto da una impostazione organizzativa e professionale adeguata dei servizi sociali e sanitari territoriali, capace di assicurare ascolto, accesso e accompagnamento

II PSSR - L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

L'integrazione tra servizi sociali e sanitari è una necessità per organizzare risposte e interventi fondati sul riconoscimento delle persone nella loro globalità ed in rapporto ai loro contesti di vita.

Questo approccio spinge ad un passaggio decisivo tra un sistema di offerta prevalentemente basato sulle professionalità specialistiche ad un sistema di offerta caratterizzato dall'accompagnamento e la presa in cura in continuità della persona.

Il primo modello assicura singole prestazioni sociali e sanitarie che si basano su una elevata qualità professionale ma che non sono concepite e orientate ad integrarsi nel quadro personale e delle relazioni a cui partecipano le persone; per questo non sempre producono qualità nel loro esplicarsi. Il secondo approccio promuove l'autonomia, la consapevolezza e la responsabilità attraverso la partecipazione; si propone di valorizzare le professionalità specialistiche portandole ad interagire e a confrontarsi con l'unitarietà del soggetto/utente, fornendo una cura e un aiuto di qualità molto più elevati.

Per perseguire l'integrazione è necessario che le persone e le famiglie abbiano un unico interlocutore di riferimento (il responsabile del caso), che opera nell'ambito di un gruppo multiprofessionale in una logica di erogazione unitaria e coordinata.

LE FORME DELLA INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

a) L'integrazione istituzionale

Identifica, nell'ambito di una visione condivisa di forte cooperazione, le responsabilità coordinate o unitarie dei vari soggetti istituzionali presenti sul territorio: Comuni, Provincia, AUSL, esprimendosi attraverso le forme tipiche del provvedimento amministrativo (accordi di programma, atti di delega, etc.).

b) L'integrazione comunitaria

Questa comporta la necessità di realizzare la attivazione della intera comunità locale (soggetti istituzionali, economici e sociali, a partire dal terzo settore) attorno alle

politiche sociali e sanitarie, assumendo più puntuali e distinte responsabilità nelle specifiche fasi della programmazione, nella organizzazione e nella produzione di servizi.

c) L'integrazione gestionale

Si realizza attraverso l'interazione dei soggetti istituzionali presenti in ambito distrettuale che si coordinano per realizzare la unicità gestionale dei fattori organizzativi e delle risorse, e che assicurano la costituzione e la regolazione del funzionamento delle reti dei servizi sanitari, socio sanitari e sociali.

d) L'integrazione professionale

Realizza condizioni operative unitarie fra figure professionali diverse (sanitarie e sociali) sia attraverso la costituzione di equipe multiprofessionali, sia mediante l'erogazione congiunta di attività assistenziali ordinariamente afferenti a servizi sanitari, socio-sanitari e sociali.

La integrazione professionale realizza le condizioni che garantiscono il massimo di efficacia nell'affrontare bisogni di natura multiproblematica la cui complessità richiede la predisposizione di una risposta altrettanto complessa, frutto della coordinata strutturazione di uno o più approcci assistenziali secondo un processo che si compone di tre fasi fondamentali: la fase della presa in carico, la fase della progettazione individualizzata e la fase della valutazione.

IL SISTEMA SOCIO-SANITARIO INTEGRATO

I principi

- la centralità degli Enti locali e della Regione nella programmazione, regolazione e realizzazione dei servizi sociali, sanitari e socio-sanitari a rete;
- la separazione delle funzioni pubbliche di governo (programmazione, regolazione, verifica) da quella di produzione dei servizi e delle prestazioni;
- l'individuazione della zona distrettuale quale ambito territoriale ottimale per l'esercizio associato della funzione di governo, di committenza e per l'organizzazione associata delle funzioni amministrative ad essa collegata.

I livelli

A livello regionale

Gli organi politici e istituzionali con competenze di governo sull'area delle politiche sociali, sanitarie e dell'integrazione sono:

- l'Assemblea legislativa regionale e la Giunta regionale con le rispettive competenze di indirizzo politico e di controllo, e di iniziativa, amministrazione e promozione;
- il Consiglio delle Autonomie, e, fino alla sua costituzione, la Conferenza Regione-Autonomie Locali (CRAL), organo di rappresentanza, consultazione e coordinamento tra la Regione e gli Enti locali; partecipa ai processi decisionali della Regione riguardanti il sistema delle Autonomie locali attraverso proposte e pareri;
- la Cabina di regia regionale per le politiche sociali e sanitarie, istituita con specifico protocollo d'intesa tra Regione e Autonomie locali recepito dalla DGR 2187/2005, e individuata come luogo di confronto, coordinamento e collaborazione, per promuovere - con attività di impulso, proposta e valutazione - la più ampia integrazione delle strategie e delle politiche sanitarie, sociali e sociosanitarie, e come sede di concertazione con le Organizzazioni sindacali. Tale organismo opera in questa fase transitoria verso l'assetto definitivo conseguente al nuovo Statuto

regionale, svolgendo anche attività di supporto alla CRAL;

Il Piano regionale sociale e sanitario, previsto dall'art. 27 della L.r. 2/2003, viene elaborato dalla Giunta regionale, che provvede alle consultazioni ed all'acquisizione dei pareri nel rispetto delle procedure previste dalla normativa vigente, e proposto all'Assemblea legislativa regionale per l'approvazione definitiva. Il Piano fissa gli obiettivi del triennio, le regole del sistema, il sistema di valutazione dei risultati. Per quanto riguarda in particolare le prestazioni per la non autosufficienza finanziate dall'apposito Fondo, il Piano individua i criteri di ripartizione delle risorse, i servizi e gli interventi che devono essere erogati e le condizioni soggettive per usufruirne. Il Piano regionale fissa i principi generali e gli obiettivi per il governo del sistema e rimanda ad altri atti regionali:

- Il Programma annuale regionale di ripartizione delle risorse del Fondo sociale regionale, approvato dall'Assemblea legislativa regionale con il parere della CRAL: il Programma annuale ripartisce le risorse, sulla base dei criteri e degli obiettivi del Piano regionale, fissandone i vincoli e le procedure per il loro utilizzo;
- Le Linee annuali di programmazione e finanziamento del Servizio sanitario regionale;
- Il Piano regionale per la prevenzione;
- Il Programma annuale di ripartizione del Fondo regionale per la non autosufficienza.

Gli obiettivi strategici del Piano sociale e sanitario regionale si integrano e in parte trovano attuazione in alcuni strumenti intersettoriali di programmazione regionale in corso di approvazione quali: il Programma triennale per l'integrazione sociale dei cittadini stranieri ai sensi della L.r. 5/2004, il Piano di azione a favore delle persone anziane, il Programma di riordino territoriale. Il Piano regionale sociale e sanitario rappresenta, relativamente a tali strumenti, il quadro di riferimento per quanto attiene alle politiche sociali, socio- sanitarie e sanitarie

A livello intermedio

Il soggetto istituzionale con competenze di coordinamento a livello intermedio, sull'area delle politiche sociali e dell'integrazione tra queste e altre politiche (lavoro, casa, formazione professionale, istruzione, educazione, cultura e pianificazione territoriale), è la Provincia, cui spetta:

- la promozione dell'integrazione delle politiche sociali con altre politiche settoriali;
- la rilevazione dei bisogni e dell'offerta di servizi del territorio al fine dell'implementazione del Sistema informativo socio-educativo-assistenziale provinciale;
- la promozione della partecipazione del Terzo settore e delle ASP al sistema dei servizi;
- il coordinamento della definizione e attuazione dei Piani di zona;
- la predisposizione di specifici Programmi di ambito provinciale integrati con i Piani di zona.

Attraverso la Conferenza territoriale sociale e sanitaria, la Provincia, i Comuni dell'ambito territoriale di riferimento e l'AUSL, ciascuno per le rispettive competenze, realizzano il coordinamento delle politiche sociali, sanitarie e socio-sanitarie.

L'Ufficio di supporto della CTSS, già previsto dal comma 2 dell'art. 2 della L.r. 21/2003, dovrà essere collocato, preferibilmente, presso l'Ente locale (Comune o Provincia) che esprime la presidenza della Conferenza.

A livello distrettuale

Gli strumenti di programmazione distrettuale vengono ripensati coerentemente all'obiettivo di consolidare e semplificare il sistema di governo e gestione degli interventi di integrazione socio-sanitaria in ambito distrettuale. La finalità è quella di attrezzare tale sistema a svolgere meglio le funzioni attribuite dalle leggi regionali in campo sociale, socio-sanitario e sanitario, nonché le funzioni proprie dei Comuni.

In particolare è opportuno qui richiamare quelle derivanti dalla sperimentazione della gestione del Fondo regionale per la non autosufficienza (FRNA), la definizione e attuazione del sistema dell'accreditamento e la regolamentazione omogenea del sistema di compartecipazione alla spesa, anche attraverso lo strumento dell'ISEE;

In particolare, due funzioni trasversali da realizzare a livello distrettuale nell'area delle politiche sociali, sanitarie e socio sanitarie risultano strategiche:

- la funzione di governo, relativa alla programmazione di ambito distrettuale (comprensiva dell'area della non autosufficienza), alla regolazione e alla verifica dei risultati di salute e di benessere raggiunti, alla definizione delle regole per l'accreditamento, per l'accesso al sistema e per la compartecipazione alla spesa, alla costituzione delle ASP.
- una funzione tecnico-amministrativa e di supporto gestionale, relativa alla definizione della programmazione ed alla sua attuazione (impiego delle risorse, rapporti con i produttori pubblici e privati, integrazione socio-sanitaria a livello organizzativo e professionale, monitoraggio e supporto alla valutazione);

L'esercizio integrato di queste funzioni da parte dei Comuni, potrà realizzarsi:

- attraverso l'attuale Comitato di Distretto, affiancando all' Accordo di programma col quale si approva il Piano distrettuale per il benessere e la salute, la contestuale stipula di una convenzione, secondo le modalità prevista dell'art. 30 del D.Lgs. 267/2000, tra i Comuni stessi e l'AUSL, finalizzata a regolare e organizzare l'esercizio della funzione amministrativa;
- oppure, attraverso una delle altre forme associative disciplinate dal capo V del Titolo II del D.Lgs. 267 del 18 agosto 2000 e dalla L.R. 11/2001. In questo caso l'accordo di programma è sottoscritto tra gli organi delle forme associative comprese nel territorio del distretto e l'organizzazione della funzione amministrativa sarà regolata secondo le norme che disciplinano il funzionamento dei servizi e degli uffici delle medesime forme associative.

Gli strumenti di programmazione per l'ambito distrettuale sono:

- 1) il Piano di zona distrettuale per la salute e per il benessere sociale, triennale, che sostituisce il Piano sociale di zona rafforzandone il raccordo con il Piano per la salute contenuto nell'atto di indirizzo triennale della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria in quanto:
 - fa riferimento al profilo di comunità, comprensivo dell'analisi dei bisogni della popolazione del territorio;
 - individua, in coerenza con l'atto triennale della CTSS, le priorità strategiche di salute e di benessere sociale nelle diverse aree d'intervento: sociale, sociosanitaria, compresa l'area della non autosufficienza, sanitaria relativa ai servizi territoriali e definisce la programmazione finanziaria;
 - specifica le integrazioni, e i relativi strumenti, con le politiche che concorrono a realizzare gli obiettivi di benessere sociale e salute individuati;
 - verifica l'attuazione del programma di formazione delle ASP ed i risultati conseguiti rispetto a quelli attesi, nonché il suo eventuale adeguamento.
- 2) Il Programma attuativo annuale (PAA), declinazione annuale del Piano di zona

distrettuale per la salute e il benessere sociale, che in particolare:

- specifica gli interventi di livello distrettuale in area sociale, socio-sanitaria, compreso il Piano annuale delle attività per la non autosufficienza - e sanitaria; individua le specifiche risorse che Comuni, AUSL/Distretto, Provincia impegnano per l'attuazione degli interventi;
- definisce, raccoglie ed approva progetti o programmi specifici d'integrazione con le politiche educative, della formazione e lavoro, della casa, dell'ambiente, della mobilità.

Il Piano regionale stabilisce la costituzione, anche in via sperimentale, di uno strumento tecnico di ambito distrettuale denominato Ufficio di piano, che in attuazione della L.R. 2/2003 che agli artt. 10 e 57 stabilisce che i Comuni e le Aziende USL individuino modelli organizzativi e gestionali per l'integrazione socio-sanitaria, è costituito attraverso una convenzione tra i Comuni dell'ambito distrettuale e l'AUSL. L'Ufficio di Piano ha tra i propri compiti:

- a) attività istruttoria, di supporto all'elaborazione e valutazione della programmazione in area sociale e socio-sanitaria (Piano di zona distrettuale per la salute e per il benessere sociale, e Programmi attuativi annuali comprensivi del Piano delle attività per la non autosufficienza);
- b) attività istruttoria e di monitoraggio per la definizione di regolamenti distrettuali sull'accesso e sulla compartecipazione degli utenti alla spesa;
- c) attività istruttoria e di monitoraggio per l'accreditamento;
- d) attività istruttoria e di monitoraggio per la costituzione delle ASP;
- e) azioni di impulso e di verifica delle attività attuative della programmazione sociale e socio-sanitaria, con particolare riferimento:
 - all'utilizzo delle risorse, monitoraggio e verifica in itinere dei risultati del Piano annuale per la non autosufficienza e dell'equilibrio del Fondo distrettuale per la non autosufficienza;
 - all'impiego delle risorse per l'attuazione in forma associata dei programmi finalizzati, e per la gestione di alcuni servizi comuni, nella prospettiva della costituzione del Fondo sociale locale;
 - al controllo della realizzazione delle condizioni tecnico-amministrative necessarie per attuare i contenuti del Piano, al favorire il dispiegarsi di progetti sociosanitari integrati anche con le altre politiche (es. funzione di raccordo per inserimento lavorativo disabili e fasce deboli, figura di sistema nell'area minori,...);
 - al raccordo e all'utilizzo delle rilevazioni sulla domanda e sull'offerta (anche con riferimento all'attività degli sportelli sociali);
 - alla definizione e gestione di percorsi di formazione comuni tra i servizi della zona;
 - al monitoraggio dell'andamento del benessere e della salute in riferimento alle diverse determinanti che incidono su di essi, secondo le priorità di intervento e i programmi d'azione del programma annuale, predisposti ed in fase di realizzazione.

In sintesi l'integrazione degli strumenti di programmazione deve avvenire a livello regionale, provinciale e distrettuale. Ciò vale in particolare per i servizi ad elevata integrazione sociale e sanitaria e in tale ambito obbligatoriamente per quelli della non autosufficienza. L'atto di indirizzo e coordinamento, facente capo alle CTSS, deve garantire per la parte di sua competenza il raccordo tra la programmazione regionale e quella distrettuale.

La Regione definirà con un proprio atto di indirizzo, d'intesa con gli Enti locali, le priorità relative alla programmazione territoriale e le procedure per la sua elaborazione, al fine di assicurare la compiuta partecipazione delle forze sociali e del Terzo settore.

UNA NUOVA FASE PER LE POLITICHE DI SALUTE MENTALE E DI CONTRASTO ALLE DIPENDENZE PATOLOGICHE IN EMILIA-ROMAGNA

In questo nuovo scenario di trasformazioni sociali ed istituzionali la salute mentale della nostra popolazione si pone come un bene primario da promuovere e tutelare.

Gli attori ed i servizi che concorrono a questo fine occupano un ruolo fondamentale nel nuovo welfare comunitario.

C'è già stata una stagione nella quale la questione psichiatrica è diventata una questione di tutta la società civile, quella delle lotte antimanicomiali nelle quali professionisti, politica e cittadinanza si trovarono unite in un progetto di riforma che anticipò e poi confluì nel più generale progetto di costituzione del SSN.

A quella fase seguì quella di vera e propria demanicomializzazione che nella nostra regione ha attraversato tutti gli anni '80 andando di apri passo con la creazione dei nuovi servizi territoriali e che si è definitivamente conclusa a metà degli anni '90.

Una ulteriore fase caratterizzata dalla istituzione dei DSM, è stata segnata dall'ingresso a pieno titolo nel mondo delle aziende, dai percorsi di qualificazione "verticale", dei prodotti/servizi, dell'accreditamento, della formazione professionale, portando ad una sempre migliore definizione e qualificazione dell'intervento sulle aree di tradizionale pertinenza della psichiatria. Diversi aspetti rilevanti si sono manifestati in questa fase a noi più vicina e che anzi ancora stiamo attraversando :

- l'integrazione organizzativa tra Psichiatria Adulti e Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza nel DSM;
- lo sviluppo, non sempre programmato, del settore residenziale;
- un notevole sforzo di qualificazione degli interventi mediante gli strumenti del miglioramento continuo e dell'accreditamento;
- il ruolo molto importante assunto dall'associazionismo, dalle pratiche di auto-mutuo aiuto con il coinvolgimento degli utenti e familiari nei momenti di programmazione, monitoraggio e verifica delle politiche e dei progetti;
- L'avvio del percorso di integrazione professionale con i Programmi Dipendenze Patologiche;
- L'avvio del percorso di collaborazione con i Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera Scelta (Programma Leggieri);

Oggi è molto viva l'esigenza, di aprire una fase completamente nuova nella storia delle politiche e delle realizzazioni di salute mentale nella nostra regione. Vorrei che questa conferenza venisse ricordata come l'inizio di questa fase.

Si tratta di dare una forma costruttiva alle insoddisfazioni che vengono espresse ed anche a quelle che purtroppo spesso non hanno neppure voce per esprimersi.

Il lavoro di tessitura svolto in quasi due anni per avvicinarci a questa conferenza ci fa capire che questo è possibile, ma che sta al senso di responsabilità di tutti (istituzioni, professionisti, docenti, amministratori, utenti, familiari, parti sociali...) ribadisco, al senso di responsabilità di tutti, dar corpo a questo nuovo grande progetto di cui ora intravediamo solo l'intelaiatura.

E' interesse di tutti avere un sistema di salute mentale che sia in grado di coniugare qualificazione dei processi di presa in carico e flessibilità nel rispondere ai bisogni della collettività: bisogni sanitari (sulle patologie minori come su quelle più gravi). Un sistema nel quale il cittadino che vi accede non avverta discontinuità e frammentarietà tra gli interventi di varie articolazioni sanitarie o tra quelle sanitarie e quelle sociali.

E' interesse di tutti avere un sistema virtuoso nel quale non si avvertano separatezze tra formazione, attività professionali, ricerca ed innovazione, in cui ognuno per la propria parte contribuisca a realizzare un ciclo virtuoso di idee e pratiche. E' con particolare apprezzamento che abbiamo registrato la piena partecipazione della Università

ai lavori di questa conferenza, e nutriamo forti aspettative sul fatto che anche in questo settore l'integrazione con il Servizio Sanitario regionale possa procedere positivamente.

E' interesse di tutti avere un sistema aperto ai cittadini, nel quale i cittadini abbiano ampie garanzie di poter esprimere i propri bisogni, essere informati sulle soluzioni tecniche possibili, ampliare le proprie possibilità di scelta e partecipare alle verifiche di qualità dei servizi che così hanno contribuito a creare. In questo si traduce il nostro intento di dare realizzazione al concetto di democrazia partecipata. Siamo convinti che questo meccanismo costituisca un fattore di sviluppo altrettanto importante di quello tecnologico, di sviluppo umano e sociale.

Il lavoro intenso di dibattito che ha preceduto questa conferenza ci ha confortato nell'idea che sia oggi possibile fare quel salto tante volte predicato ma mai attuato: dalla psichiatria alla salute mentale.

Come dice la proposta di Piano attuativo elaborata dal Gruppo di lavoro dei 120 di Castel S. Pietro occorre porre come obiettivi della nostra politica

- la promozione del benessere psichico e sociale dei cittadini e dei residenti nel proprio territorio;
- la tutela del diritto alla salute;
- dei diritti di cittadinanza delle persone affette da malattie mentali
- di ogni tipo e gravità;
- in ogni età della vita.

Ed occorre per fare questo anche riconoscere il ruolo di una molteplicità di attori:

- la Regione Emilia-Romagna, per i suoi compiti di elaborazione di politiche e nel monitoraggio della loro realizzazione;
- gli Enti Locali per le loro competenze di indirizzo, programmazione, progettazione e realizzazione del sistema locale dei servizi sociali a rete, in accordo con le AUSL per quanto attiene gli interventi di integrazione socio-sanitaria;
- le Aziende Sanitarie, Territoriali ed Ospedaliere, con le loro competenze di governo e di gestione, tramite le loro molteplici articolazioni organizzative e l'insieme delle loro competenze professionali. In particolare sono pienamente coinvolti nei processi di salute mentale e dipendenze patologiche:
 1. le direzioni aziendali nelle loro componenti centrali e distrettuali, con particolare riferimento a queste ultime in considerazione del ruolo assegnato loro dalla legge 29 nello sviluppo della collaborazione con gli EELL e nell'assicurare l'accesso all'assistenza primaria ed ai servizi socio-sanitari;
 2. i dipartimenti di produzione ospedalieri e territoriali, con particolare riferimento a quelli di sanità pubblica, cure primarie, emergenza-urgenza ed ovviamente salute mentale e dipendenze patologiche;
 3. Il corpo professionale che nel suo insieme concorre alla realizzazione della politica, nel rispetto delle forme organizzative e nella corresponsabilizzazione dei dirigenti, dei professionisti del comparto, dei MMG e dei PLS;
- le Università, come riferimento per le specifiche competenze di formazione e ricerca, ed in integrazione con gli altri attori nel campo tecnico-operativo;
- il privato sociale ed imprenditoriale, nella condivisione dei valori, delle strategie e degli obiettivi della politica di salute mentale, attraverso gli strumenti dell'accreditamento e tramite accordi specifici regionali e locali;
- la scuola, per i suoi compiti di formazione del cittadino e come ambito di socializzazione ed educazione nel quale realizzare concretamente i principi di destigmatizzazione, continuità, integrazione ed innovazione;
- l'Autorità Giudiziaria, con particolare riferimento a quelle aree in cui esercita tutela su soggetti fragili (Giudice Tutelare, Tribunale dei Minori);

- gli utenti ed i loro familiari, anche attraverso le associazioni che li riuniscono e li rappresentano, secondo i meccanismi partecipativi previsti dal presente Piano;
- le associazioni del volontariato e le fondazioni, per quanto di loro competenza.

Oltre ai soggetti direttamente interessati alla realizzazione della rete molti altri rivestono un ruolo importante nella creazione di una cultura condivisa basata sui principi esplicitati in questo Piano; l'intero mondo della politica, le Società scientifiche dei professionisti, le Organizzazioni Sindacali, l'intero mondo del lavoro, gli organi di informazione. Con ognuno di questi interlocutori devono essere definiti ambiti di discussione e collaborazione.

Tutti questi attori occupano spazi e ricoprono ruoli molto diversi in un unico sistema integrato che possiamo chiamare sistema di comunità competente.

E' da qui che dobbiamo partire, dalla costruzione di un sistema di comunità come quello abbozzato nella III Parte della proposta di Piano presentata dai 120 di Castel S.Pietro. Un sistema di comunità coordinato dagli Enti Locali secondo le modalità e con gli strumenti esplicitati nel PSSR.

All'interno di questo sistema devono trovare spazio e collocazione tutti gli interventi di prevenzione, di promozione della salute, di sostegno alla coesione sociale attorno al tema della salute mentale e delle dipendenze patologiche.

Alcuni nodi in questo ambito attendono soluzione. Tra questi i servizi di prossimità, gli interventi finalizzati all'inserimento lavorativo, il rapporto col mondo della scuola, l'accesso ai servizi sociali da parte dei cittadini con disturbi mentali e dipendenze patologiche, il ruolo dei servizi sanitari a supporto di quelli sociali, la programmazione e la gestione delle strutture residenziali socio-sanitarie.

All'interno di questo sistema di comunità agisce il sistema della cura nel quale rientrano a pieno titolo tutti i servizi pubblici e privati, di psichiatria, neuropsichiatria infantile e per le dipendenze patologiche.

Il nostro sistema regionale ha da tempo nei fatti prodotto questa aggregazione e questo è un modello (non l'unico possibile) del quale dobbiamo valorizzare tutte le potenzialità

Porre in una unica cornice clinica ed organizzativa psichiatria neuropsichiatria infantile e dipendenze patologiche può agevolare grandemente la soluzione di molti problemi su cui altri sistemi regionali si stanno arenando: rispondere meglio e più coordinatamente a problemi sempre più complessi; ai casi multiproblematici; valorizzare le competenze professionali in aree come la prevenzione, la promozione della salute, la comunicazione sociale in cui queste divisioni non hanno più molto senso attuare interventi congiunti sulla adolescenza, le fasce marginali e tutte le popolazioni in cui le competenze professionali richiedono una integrazione ravvicinata.

Questa Conferenza non è un punto di arrivo, ma un punto di partenza. Se tutti saremo coerenti nel nostro impegno forse un giorno sarà ricordata come l'inizio di una costruzione di una politica di salute mentale, non solo di nome, ma di fatto.

** Assessore alle Politiche della Salute Regione Emilia-Romagna*