

CONTRIBUTO DI RICERCA 280/2019

Indagine sulle consulte regionali in
Emilia Romagna e Lazio
2019

Gianfranco Pomatto, Gabriella Viberti

L'**IRES PIEMONTE** è un ente di ricerca della Regione Piemonte disciplinato dalla Legge Regionale 43/91 e s.m.i. Pubblica una relazione annuale sull'andamento socioeconomico e territoriale della regione ed effettua analisi, sia congiunturali che di scenario, dei principali fenomeni socioeconomici e territoriali del Piemonte.

CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

Mario Viano, Presidente
Luca Angelantoni, Vicepresidente
Gianluca Aimaretti, Antonio Amoroso, Lia Fubini

COLLEGIO DEI REVISORI

Maurizio Cortese, Presidente
Paola Dall'Oco e Sara Rolando, Membri effettivi
Annamaria Mangiapelo e Pierangelo Reale, Membri supplenti

COMITATO SCIENTIFICO

Nerina Dirindin, Presidente
Gabriella Agnoletti, Andrea Barasolo, Sergio Conti, Fabrizio Faggiano, Ludovico Monforte, Stefania Ravazzi

DIRETTORE

Marco Sisti

STAFF

Luciano Abburrà, Marco Adamo, Stefano Aimone, Enrico Allasino, Loredana Annaloro, Cristina Aruga, Maria Teresa Avato, Davide Barella, Cristina Bargerò, Stefania Bellelli, Giorgio Bertolla, Marco Carpinelli, Marco Cartocci, Pasquale Cirillo, Renato Cogno, Alessandro Cunsolo, Luisa Donato, Elena Donati, Carlo Alberto Dondona, Fiorenzo Ferlino, Vittorio Ferrero, Claudia Galetto, Anna Gallice, Filomena Gallo, Lorenzo Giordano, Martino Grande, Carla Jachino, Simone Landini, Federica Laudisa, Sara Macgano, Eugenia Madonia, Maurizio Maggi, Maria Cristina Migliore, Giuseppe Mosso, Daniela Musto, Carla Nanni, Daniela Nepote, Sylvie Occelli, Gianfranco Pomatto, Giovanna Perino, Santino Piazza, Sonia Pizzuto, Elena Poggio, Francesca Silvia Rota, Chiara Rivoiro, Valeria Romano, Martina Sabbadini, Lucrezia Scalzotto, Bibiana Scelfo, Luisa Sileno, Alberto Stanchi, Filomena Tallarico, Guido Tresalli, Stefania Tron, Roberta Valetti, Giorgio Vernoni.

COLLABORANO

Filomena Berardi, Stefano Cavaletto, Elisabetta Cibiniel, Salvatore Cominu, Simone Contu, Giovanni Cuttica, Silvia Genetti, Gabriella Gianoglio, Luigi Nava, Enrico Gottero, Giulia Henry, Ludovica Lella, Serena Pecchio, Ilaria Perino, Stefano Piperno, Samuele Poy, Francesca Prunotto, Alessandro Sciuillo, Paolo Saracco, Antonio Soggia, Anda Tarbuna, Nicoletta Torchio, Silvia Venturelli, Paola Versino, Gabriella Viberti, Augusto Vino, Paolo Zeppetella.

Il documento in formato PDF è scaricabile dal sito www.ires.piemonte.it

La riproduzione parziale o totale di questo documento è consentita per scopi didattici, purché senza fine di lucro e con esplicita e integrale citazione della fonte.

© 2019 IRES – Istituto di Ricerche Economico-Sociali del Piemonte
via Nizza 18 – 10125 Torino
www.ires.piemonte.it

INDAGINE SULLE CONSULTE REGIONALI
IN EMILIA-ROMAGNA E LAZIO
2019

© 2019 IRES
Istituto di Ricerche Economico Sociali del Piemonte
Via Nizza 18 -10125 Torino

www.ires.piemonte.it

GLI AUTORI

Gianfranco Pomatto e Gabriella Viberti

INDICE

INTRODUZIONE	1
Perché l'indagine	1
Il lavoro svolto.....	1
CAPITOLO 1	3
LA SALUTE MENTALE A CONFRONTO IN TRE REGIONI ITALIANE	3
La salute mentale in Piemonte, Emilia-Romagna e Lazio	3
Risorse scarse in Piemonte	5
Sviluppo delle attività territoriali e basso consumo di farmaci.....	5
I risultati	6
Giudizio complessivo e piste di approfondimento.....	6
CAPITOLO 2	7
LA CONSULTA REGIONALE PER LA SALUTE MENTALE IN EMILIA-ROMAGNA	7
Le origini della Consulta regionale.....	7
Composizione e regole di funzionamento della Consulta regionale	8
Le attività della Consulta	9
CAPITOLO 3	11
LA CONSULTA REGIONALE PER LA SALUTE MENTALE IN LAZIO	11
Le origini della Consulta regionale.....	11
Composizione e regole di funzionamento della Consulta regionale	11
Le attività della Consulta	13
CAPITOLO 4	15
CONCLUSIONE	15
I problemi	15
Cinque raccomandazioni per un buon funzionamento della Consulta regionale	17
1) Promuovere l'indipendenza della Consulta	17
2) Consentire l'adesione alla Consulta a tutti i soggetti interessati.....	17
3) Coinvolgere anche gli operatori dei servizi	18
4) Facilitare e assistere i lavori della Consulta.....	18
5) Coniugare la partecipazione al livello regionale con la partecipazione al livello locale	18

INTRODUZIONE

Perché l'indagine

Il Piano d'Azione per la Salute Mentale in Piemonte, elaborato attraverso un processo partecipato, individua tra i suoi obiettivi operativi "istituire organi di partecipazione e controllo delle politiche per la salute mentale in Piemonte".

Per perseguire questo obiettivo l'Azione 1 del Piano prevede la costituzione di una Consulta regionale per la salute mentale "che veda la partecipazione degli attori che nei diversi territori hanno competenze in questo ambito: associazioni di utenti e familiari; associazioni attive nel campo della cultura, del volontariato, dello sport; operatori sanitari e sociali pubblici (aziende sanitarie ed enti gestori delle funzioni socio-assistenziali); operatori sanitari e sociali privati; operatori sanitari e sociali del terzo settore; università, istituti scolastici e agenzie formative; sindacati e associazioni di categoria; l'Associazione delle fondazioni di origine bancaria; l'Agenzia Piemonte Lavoro; le ATC; l'Anci; l'Inps."

Diverse Regioni si sono dotate nel corso degli anni di organi consultivi in tema di salute mentale al livello locale, ma soltanto due – l'Emilia-Romagna e il Lazio – hanno costituito consulte a livello regionale. Questa indagine approfondisce queste due esperienze, ricostruendo le origini delle Consulte regionali, le modalità di composizione e le regole di funzionamento, le principali attività svolte.

L'obiettivo è imparare dall'esperienza, identificando i principali problemi che possono riguardare le consulte per la salute mentale e le possibili soluzioni per farvi fronte.

Il lavoro svolto

L'indagine è stata realizzata combinando l'analisi di documenti – delibere e leggi istitutive, regolamenti, relazioni sulle attività svolte – con la realizzazione di interviste in profondità a testimoni privilegiati, con profili e funzioni differenti.

Il lavoro è partito nel mese di aprile 2018 con l'acquisizione e lo studio dei documenti di interesse e il contatto con i responsabili delle Consulte Regionali e delle direzioni Regionali competenti in materia di Emilia-Romagna e Lazio. Successivamente sono state realizzate le interviste in profondità, complessivamente 7: 3 interviste a presidenti o ex presidenti delle Consulte regionali, 3 interviste a psichiatri, 1 intervista ad un dirigente regionale.

Gli esiti dell'indagine sono presentati in questo rapporto. Il primo capitolo propone una sintetica descrizione dei sistemi di tutela della Salute Mentale nelle due Regioni, attraverso l'esame dei dati contenuti nel Rapporto Salute Mentale 2016 del Ministero della Salute. Il secondo e il terzo capitolo ripercorrono la storia e descrivono le caratteristiche delle Consulte regionali in Emilia-Romagna e Lazio. Il capitolo conclusivo, sulla base di una comparazione delle due esperienze, si sofferma sui problemi che le hanno caratterizzate e propone alcune raccomandazioni per affrontarli.

CAPITOLO 1

LA SALUTE MENTALE A CONFRONTO IN TRE REGIONI ITALIANE

La salute mentale in Piemonte, Emilia-Romagna e Lazio

Cosa ci dicono le differenze regionali sulla tutela della salute mentale nelle varie articolazioni del servizio sanitario?

Utilizzando i dati contenuti nel Secondo Rapporto sulla Salute Mentale del Ministero della Salute, provenienti dal Sistema Informativo per la Salute Mentale e aggiornati al 2016, abbiamo messo a confronto il Piemonte con le due regioni nelle quali esiste una Consulta regionale per la salute mentale: l'Emilia-Romagna e il Lazio.

L'analisi degli indicatori individuati nel Rapporto, riferiti a risorse, attività e risultati, ci consegna alcune evidenze e fornisce piste di approfondimento e indicazioni per le politiche.

Tabella 1. I dati sulla salute mentale in Piemonte, Emilia-Romagna e Lazio

	Piemonte	Emilia-Romagna	Lazio	Italia	Scostamento Piemonte da Italia (%)	Scostamento Emilia-Romagna da Italia (%)	Scostamento Lazio da Italia (%)
Risorse							
Strutture psichiatriche territoriali per 100.000 abitanti	2	2	1,5	2,6	-23,1	-23,1	-42,3
Posti in strutture psichiatriche semiresidenziali per 10.000 abitanti	2,5	1,9	3,4	2,8	-10,7	-32,1	+21,4
Posti in strutture psichiatriche residenziali per 10.000 abitanti	9,9	5,8	4,9	5,2	+90,4	+11,5	-5,8
Posti in strutture ospedaliere pubbliche e private per 100.000 abitanti	9,7	12,5	7,3	9,9	-2,0	+26,3	-26,3
Personale del dipartimento di salute mentale per 1.000 abitanti	53,4	86,9	80,8	62,4	-14,4	+39,3	+29,5
Costo pro-capite (territoriale ed ospedaliera) per assistenza	67,8	105,1	75,4	75,5	-10,2	+39,2	-0,1
Attività							
Prevalenza degli utenti trattati per 10.000 abitanti –tasso standardizzato	167,8	206,5	139,5	160,9	+4,3	+28,3	-13,3
Nuovi utenti nell'anno per 10.000 abitanti –tasso standardizzato	72,4	94,9	92,8	68,9	+5,1	+37,7	+34,7
Utenti presenti in strutture semiresidenziali per 10.000 abitanti	7,3	5,2	5,2	5,6	+30,4	-7,1	-7,1
Utenti presenti in strutture residenziali per 10.000 abitanti	5,6	14,2	9,2	6,3	-11,1	+125,4	+46,0
Numero trattati con antidepressivi per 1.000 abitanti – Convenzionata	149,6	141,4	112,3	122,5	+22,1	+15,4	-8,3
Numero trattati con antipsicotici per 1.000 abitanti – Convenzionata	7,6	7,3	10,6	16,1	-52,8	-54,7	-34,2
Numero trattati con litio per 1.000 abitanti – Convenzionata	2	1,5	1,9	1,8	+11,1	-16,7	+5,6
Dimessi da reparti di psichiatria per 10.000 abitanti (regime ordinario)	23,4	26,1	16	21,5	+8,8	+21,4	-25,6
Dimessi da tutti i reparti per 10.000 abitanti	43,7	41,4	19,8	31,1	+40,5	+33,1	-36,3
Degenza media in reparti di psichiatria	12	10,9	10,7	12,7	-5,5	-14,2	-15,7
Accessi erogati in strutture semiresidenziali per 10.000 abitanti	312,6	283,4	319,5	365,8	-14,5	-22,5	-12,7
Prestazioni per utente in CSM	12,3	26,1	11,4	15,4	-20,1	+69,5	-26,0
Risultati							
Percentuale di riammissioni entro 7 giorni	8,8	9,6	8,7	7,8	+12,8	+23,1	+11,5
Percentuale di riammissioni entro 30 giorni	18,2	21,2	17,4	17,7	+2,8	+19,8	-1,7
TSO –Trattamento Sanitario Obbligatorio per 10.000 abitanti	1,4	2,7	1,2	1,6	-12,5	+68,8	-25,0
Accessi in Pronto Soccorso per 1.000 abitanti	16,8	11,2	7,6	11,4	+47,4	-1,8	-33,3

Fonte: nostre elaborazioni dal Rapporto Salute Mentale 2016 - Ministero della Salute (caselle rosa: scarto in negativo > 20 %; caselle verdi: scarto in positivo > 20 %)

Risorse scarse in Piemonte

Per quanto riguarda le risorse dei Dipartimenti di Salute Mentale, risultano carenti, in tutte e tre le regioni messe a confronto, rispetto ai valori medi nazionali, i posti in strutture territoriali.

L'Emilia Romagna inoltre fa rilevare un indice sensibilmente più basso per quanto riguarda le strutture semiresidenziali.

I posti in strutture psichiatriche residenziali sono particolarmente elevati in Piemonte, rispetto ai valori medi nazionali e alle altre due regioni con le quali è stato messo a confronto: il dato, riferito al 2016, è precedente ai provvedimenti di riordino della residenzialità in Piemonte.

Rispetto alle altre due regioni e ai valori medi nazionali il Piemonte fa rilevare pochi posti letto in reparti ospedalieri di psichiatria ma, soprattutto, degna di nota è la scarsa dotazione di addetti al Dipartimento di Salute Mentale: la carenza di personale influenza negativamente la copertura dei servizi e i risultati.

Anche le risorse finanziarie destinate alla salute mentale, espresse in termini di spesa per assistenza psichiatrica per residente adulto, con più di 18 anni, sono più scarse in Piemonte rispetto alle altre due regioni con cui è stato messo a confronto e ai valori nazionali.

Sviluppo delle attività territoriali e basso consumo di farmaci

Sia gli utenti trattati nel complesso, sia i nuovi utenti, sono più numerosi, nelle tre Regioni esaminate, rispetto ai valori medi nazionali: si potrebbe dire che nella nostra Regione si fa fuoco con la legna che c'è, date le risorse sensibilmente più scarse rispetto ai valori medi nazionali.

Gli utenti in strutture semiresidenziali sono più elevati in Piemonte ma più bassi in Emilia-Romagna e in Lazio.

Sorprende il basso numero di utenti presenti nelle strutture residenziali del Piemonte: l'indicatore, letto congiuntamente a quello, elevato, relativo al numero di posti letto in questa tipologia di strutture, è predittivo di una durata della degenza particolarmente lunga.

Il consumo di farmaci antidepressivi è più elevato dei valori medi nazionali in Piemonte e più basso in Emilia-Romagna e in Lazio. Il consumo di farmaci antipsicotici è sensibilmente più basso dei valori medi nazionali in tutte e tre le regioni esaminate. Il consumo di litio è generalmente in linea con i valori medi nazionali.

Anche i dimessi dai reparti di psichiatria delle strutture ospedaliere sono generalmente in linea con i valori medi nazionali, mentre sono più elevati in tutte e tre le Regioni messe a confronto i

valori relativi ai dimessi psichiatrici da altri reparti ospedalieri: occorrerà approfondire le diagnosi concomitanti per chiarire se si tratta di inappropriata o risposta adeguata alle esigenze generali di salute dei pazienti psichiatrici (Emilia-Romagna e Piemonte sono due Regioni particolarmente "anziane").

I risultati

Per quanto riguarda i risultati:

- il tasso di riammissioni ospedaliere, a sette e trenta giorni, è generalmente allineato, nelle tre Regioni, ai valori nazionali, sintomo di attività ospedaliere appropriate;
- è sensibilmente più elevato dei valori medi nazionali il tasso di Trattamenti Sanitari Obbligatori in Emilia Romagna, mentre è più basso in Piemonte e in Lazio;
- per contro, gli accessi al Pronto Soccorso sono più elevati in Piemonte.

Questi dati suggeriscono una domanda: è da incrementare l'azione di tutela e di filtro da parte dei servizi territoriali?

Giudizio complessivo e piste di approfondimento

Partendo da una dotazione di risorse più scarsa (personale e spesa) e meno appropriata (tanti posti letto in residenzialità psichiatrica), il Piemonte ha avviato le opportune azioni correttive (provvedimenti relativi alla residenzialità ospedaliera, all'avvio delle attività domiciliari e al potenziamento dell'attività semiresidenziale, percorso partecipato per la formulazione del Piano di Azione per la Salute Mentale) .

Le attività erogate seguono generalmente, in Piemonte, la traiettoria delle risorse. Gli utenti nelle strutture residenziali sono pochi, in relazione ai posti letto, a denotare quindi una degenza media particolarmente lunga.

Il consumo di farmaci è più elevato rispetto ai valori medi nazionali, in Piemonte, per i farmaci antidepressivi: il dato è da approfondire congiuntamente all'attività prescrittiva nei servizi di Cure Primarie.

In Piemonte è basso il tasso di Trattamenti Sanitari Obbligatori (TSO) per 10.000 abitanti ma più elevato, rispetto ai valori medi nazionali, il tasso di accessi al Pronto Soccorso: lo sviluppo dell'azione di filtro garantita dai servizi territoriali potrà consentire l'erogazione di servizi più appropriati e efficaci.

CAPITOLO 2

LA CONSULTA REGIONALE PER LA SALUTE MENTALE IN EMILIA-ROMAGNA

Le origini della Consulta regionale

Circa quindici anni fa una ventina di associazioni di famigliari e pazienti provenienti da diversi dipartimenti hanno dato vita a un coordinamento regionale. Tra le associazioni serpeggiava molta insoddisfazione in merito alla qualità dei servizi, perché considerati eccessivamente orientati alla stabilizzazione farmacologica anziché alla piena riabilitazione dei pazienti. Il coordinamento ha cominciato a riunirsi periodicamente e a chiedere alla Regione di essere ascoltato.

Per rispondere al coordinamento la Regione ha proposto la costituzione di una Consulta regionale della salute mentale che comprendesse non solo le associazioni dei famigliari e degli utenti, ma anche una rappresentanza degli operatori del settore. Questa proposta ha sorpreso e spiazzato il coordinamento regionale delle associazioni: pur non opponendosi in sé alla proposta, il coordinamento guardava con un certo sospetto e molti timori ad una composizione "allargata" della Consulta, non limitata cioè alle sole associazioni.

La prima delibera che prevede la costituzione della Consulta è stata approvata nel 2004¹. La sua costituzione vera e propria risale tuttavia al 2010, in seguito all'approvazione del Piano socio-sanitario 2009-2011². Questo piano ha precisato la composizione e le funzioni della Consulta regionale ed ha inoltre previsto di istituire organi di consultazione locale, i Comitati Utenti e Familiari (CUF) in ciascun Dipartimento di salute mentale delle aziende sanitarie³.

¹ DGR 1566/2004.

² DGR 313/2009.

³ Lo studio di caso si basa sulle interviste a Mila Ferri (responsabile dell'Area salute mentale e dipendenze patologiche del Servizio Assistenza territoriale della Regione Emilia-Romagna), Maria Geltrude D'aloja (ex presidente della Consulta), Enzo Morgagni (presidente della Consulta), Pietro Pellegrini (Dipartimento di salute mentale di Parma e vicepresidente della Consulta) che ringraziamo per la disponibilità.

Composizione e regole di funzionamento della Consulta regionale

Il Piano socio sanitario prevede che la Consulta sia composta da 33 membri, così individuati:

- 15 rappresentanti di utenti e familiari di cui 4 nominati dalle associazioni maggiormente rappresentative a livello nazionale e regionale (il Coordinamento Regionale Associazione Familiari Sofferenti Psicici e Utenti Onlus, l'UNASAM – Unione Nazionale delle Associazioni per la Salute Mentale, il DIAPSIGRA – Difesa ammalati psichici gravi, l'ARAP – Associazione per la Riforma dell'Assistenza Psichiatrica) e 11 eletti dai Comitati Utenti e Familiari delle aziende sanitarie
- 9 rappresentanti del corpo professionale dei Dipartimenti di salute mentale scelti dalla Regione Emilia-Romagna, Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali
- 3 rappresentanti degli enti locali designati dal Coordinamento Autonomie Locali dell'Emilia-Romagna
- 3 rappresentanti delle organizzazioni sindacali nominati da CGIL, CISL e UIL
- 2 rappresentanti del privato sociale designati da Legacoop e Confcooperative dell'Emilia-Romagna
- 1 rappresentante del privato imprenditoriale nominato dall'Associazione Italiana Ospedaliera Privata.

La composizione dei comitati locali, a livello di dipartimento, ha seguito tempi differenziati nei diversi territori. In alcuni casi i comitati locali sono stati effettivamente costituiti prima della composizione della Consulta a livello regionale, mentre in altri casi sono stati composti soltanto in un momento successivo.

Le differenze tra i comitati locali ha riguardato anche le modalità seguite per istituirli. In alcuni territori i comitati locali sono stati costituiti senza un consistente processo di coinvolgimento delle associazioni. In altri territori invece è stato promosso un percorso di coinvolgimento strutturato e trasparente, che ha riguardato anche gli operatori⁴. Ad esempio il Dipartimento di Ferrara ha chiesto al Centro Servizi per il Volontariato di indicare le associazioni impegnate sulle tematiche connesse alla psichiatria, alle dipendenze e alla neuropsichiatria infantile. Queste associazioni hanno partecipato ad una riunione presso il Dipartimento in cui sono state invitate a prendere parte al comitato in corso di costituzione.

La Consulta regionale non comporta oneri a carico del bilancio regionale; la Regione tuttavia, svolge un'importante funzione di segreteria tecnica. Una funzionaria regionale assiste i lavori della Consulta: convoca e istruisce le riunioni, redige i verbali, elabora documenti per i componenti della Consulta, costituisce il punto di riferimento per tutte le questioni di carattere amministrativo ed organizzativo.

⁴ In questo caso i comitati hanno assunto la denominazione di Comitati Utenti Familiari e Operatori (CUFO).

La Consulta regionale intende essere espressione sia delle associazioni di famigliari e utenti, sia del mondo professionale della salute mentale. Per questo motivo il Presidente della Consulta è scelto tra un membro appartenente ad una associazione, mentre il vicepresidente, tra un operatore del settore.

La Consulta si riunisce mediamente una volta al mese. L'ordine del giorno delle riunioni è definito dal Presidente della Consulta che considera sia i temi proposti dai componenti, sia dalla Regione. Oltre alle riunioni periodiche, la Consulta può attivare specifici gruppi di lavoro composti da un sottogruppo di componenti della Consulta: i gruppi di lavoro approfondiscono specifici temi, organizzando autonomamente un certo numero di riunioni a cui talvolta partecipano anche soggetti esterni. La Regione partecipa alle attività della Consulta come ospite e come interlocutore: risponde alle domande conoscitive che emergono ed è in una posizione di ascolto rispetto alle posizioni e agli orientamenti che emergono.

Le attività della Consulta

La delibera del 2009 definisce in questo modo le funzioni della Consulta:

“Compiti della Consulta Regionale Salute Mentale sono:

a) esprimere valutazioni e proposte alla Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali in ordine a:

- attuazione di provvedimenti regionali e nazionali aventi ad oggetto la tematica specifica;

- organizzazione delle strutture afferenti ai Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche;

- miglioramento della qualità dei servizi erogati dai Dipartimenti Salute Mentale e Dipendenze;

b) svolgere funzioni di raccordo tra livello regionale e organismi partecipativi a livelli aziendali nell'area della Salute Mentale finalizzate in particolare, a raccogliere e fornire informazioni sulle aree di attività;

c) predisporre un rapporto annuale sulle attività e le iniziative realizzate;

d) monitorare la realizzazione del presente piano attuativo.”.

Nel corso dei primi otto anni di attività una parte consistente del lavoro svolto dalla Consulta è consistito in attività di informazione e consultazione sulle iniziative regionali, connesse al tema della psichiatria per adulti e più recentemente anche in tema di autismo, in particolare grazie all'interesse di alcuni membri espressione di associazioni di utenti. Quattro temi sono stati affrontati in modo particolarmente approfondito attraverso specifici gruppi di lavoro: i trattamenti sanitari obbligatori e la contenzione; l'utilizzo dei farmaci; le strutture residenziali; gli inserimenti lavorativi degli utenti.

Il gruppo di lavoro sui trattamenti sanitari obbligatori e la contenzione ha elaborato alcune raccomandazioni che sono state sottoposte alla Regione e che la Regione ha in gran parte recepito. E' stata infatti introdotta una nuova regola secondo cui ogni volta che un operatore effettua una contenzione ad un paziente deve comunicarlo al direttore del proprio Dipartimento. La contenzione non è stata vietata; tuttavia l'obbligo di comunicazione costituisce un argine al suo utilizzo inappropriato da parte degli operatori che, secondo quanto riferito nel corso delle interviste, ha contribuito a diminuire la contenzione in termini significativi.

Il gruppo di lavoro sui farmaci è nato su richiesta delle associazioni presenti nella Consulta che ne lamentavano un utilizzo eccessivo e un po' indiscriminato. Su impulso del gruppo di lavoro è stato realizzato un processo di audit che è consistito nell'analisi delle cartelle cliniche e nella realizzazione di focus group in alcune aziende sanitarie. Grazie all'audit sono state elaborate alcune linee guida per favorire un utilizzo appropriato dei farmaci da diffondere presso gli operatori attraverso percorsi di formazione mirati.

Il gruppo di lavoro dedicato alle strutture residenziali è stato allargato anche ad una rappresentanza delle cooperative che gestiscono una parte consistente delle strutture di questo tipo presenti sul territorio regionale. In questa sede è stata avviata una discussione su come spostare una quota del 5-10% della spesa regionale che era destinata al finanziamento delle strutture residenziali verso servizi di carattere territoriale personalizzati. Per garantire sia la continuità della presa in carico dei pazienti sia la sostenibilità economica e occupazionale dei soggetti che gestiscono le strutture residenziali è stato proposto che i nuovi servizi territoriali siano erogati da questi stessi soggetti. Questa proposta è stata successivamente recepita attraverso una delibera della Regione che istituisce lo strumento del budget di salute come progetto pilota in alcuni territori.

Il gruppo di lavoro sugli inserimenti lavorativi ha discusso una recente riforma regionale in materia che aveva abolito le preesistenti borse lavoro, sostituendole con tirocini lavorativi, articolati in tre tipi specifici. Il gruppo ha evidenziato che nessuno dei tre tipi di tirocinio previsti dalla nuova normativa era esplicitamente rivolto agli utenti o ex utenti di servizi per la salute mentale. La norma è stata in seguito rivista, inserendo un quarto tipo di tirocini rivolto a persone in condizioni di fragilità, tra cui utenti e ex utenti dei servizi per la salute mentale.

Nel 2017 la Regione ha approvato un nuovo Piano socio-sanitario e la Consulta è impegnata a monitorarne l'attuazione.

CAPITOLO 3

LA CONSULTA REGIONALE PER LA SALUTE MENTALE IN LAZIO

Le origini della Consulta regionale

Le radici della Consulta regionale del Lazio si ritrovano nelle esperienze avviate circa 20 anni fa a livello dipartimentale. Nel 1997 è infatti stata costituita la Consulta della salute mentale del Comune di Roma, in particolare per completare la riconversione dell'ex manicomio provinciale Santa Maria della Pietà. Negli anni seguenti alcune altre aziende sanitarie hanno istituito consulte per la salute mentale a livello locale, con il compito di vigilare sulla qualità delle prestazioni e promuovere iniziative culturali.

Nel 2002 la Regione ha istituito una Commissione regionale per la salute mentale. Questa commissione era presieduta dal direttore regionale della sanità regionale ed era composta da 33 membri, di cui tuttavia solo 5 erano membri di associazioni di pazienti e utenti, mentre gli altri 28 erano costituiti da dirigenti regionali, rappresentanti degli enti accreditati, esperti scelti tra gli operatori delle aziende sanitarie. Sin da subito le associazioni dei famigliari e dei pazienti hanno fortemente contestato questa commissione, ritenendola un organismo che non poteva dare loro realmente voce e la possibilità di incidere sulle politiche regionali.

La pressione delle associazioni nei confronti della Regione affinché istituisse un organo di effettiva partecipazione è proseguita negli anni seguenti, trovando risposta in una legge regionale del 2006⁵ che ha costituito la Consulta regionale della salute mentale quale organismo permanente di consultazione in relazione alle politiche regionali in questo ambito.

Composizione e regole di funzionamento della Consulta regionale

La Consulta è composta da 16 membri:

- 7 rappresentanti delle associazioni senza fini di lucro del territorio regionale che si occupano di autotutela e promozione delle persone con sofferenza mentale e promozione, di cui 5 espressione di associazioni dei famigliari e 2 di associazioni degli utenti
- 3 rappresentanti di altre associazioni di volontariato e per la tutela dei diritti

⁵ Legge regionale 3 luglio 2006, Istituzione della Consulta regionale per la salute mentale.

- 3 rappresentanti delle società scientifiche che operano in materia di salute mentale
- 3 operatori del settore esperti designati dal Consiglio tra gli operatori del Settore.

I rappresentanti delle associazioni e delle società scientifiche sono identificati attraverso un avviso pubblico, riaperto ogni 3 anni in modo da rinnovare la composizione della Consulta. L'Area giuridica normativa presso il Consiglio regionale del Lazio stila una graduatoria utilizzando i criteri riportati nella Tabella 2.

Tabella 2. Criteri utilizzati dalla Regione Lazio per l'individuazione dei rappresentanti di associazioni e società scientifiche⁶

Numero di anni di vita non inferiore a tre, come risultante da atto costitutivo adottato e registrato in data anteriore di almeno tre anni rispetto alla presentazione della istanza di iscrizione nell'Elenco
Numero di anni di specifica, effettiva e documentata attività svolta, coerentemente con le finalità statutarie, nel settore della salute mentale a livello regionale e locale
Numero di soci/iscritti sul territorio regionale al 31 dicembre dell'anno precedente a quello di formazione od aggiornamento dell'Elenco, numero da considerarsi non in valore assoluto ma in rapporto alla popolazione residente nella provincia/città metropolitana in cui ha la propria sede il soggetto terzo
Eventuale strutturazione regionale e, rispetto alla sede principale, eventuali articolazioni organizzative (sedi/sportelli) sempre sul territorio regionale
Funzionamento democratico, così come previsto dalle disposizioni normative statali in materia di associazioni senza scopo di lucro, e bilancio di previsione o rendiconto consuntivo degli ultimi tre anni regolarmente approvato dai competenti organi
Numero di eventi (convegni, congressi, seminari, tavole rotonde ecc.) sul tema della salute mentale svolti, coerentemente con le finalità statutarie, sul territorio regionale*
Numero di atti, di rilevanza tecnico-scientifica, prodotti e relativi, coerentemente con le finalità statutarie, al tema della salute mentale*

* Solo per le società scientifiche

Ai lavori della Consulta partecipano senza diritto di voto i Presidenti delle Consulte dipartimentali per la salute mentale delle aziende sanitarie e, su invito, i rappresentanti degli operatori dei servizi.

I membri della Consulta eleggono al proprio interno il Presidente. Tutti i membri della Consulta svolgono la loro attività a titolo gratuito. Al Presidente della Consulta è riconosciuto il rimborso

⁶ Regione Lazio, 14 luglio 2017, Avviso pubblico per la formazione dell'elenco di soggetti terzi competenti a designare propri rappresentanti in seno alla Consulta regionale per la salute mentale.

delle spese per le trasferte interne al territorio regionale (complessivamente 100-200 Euro al mese circa). Un funzionario della Regione svolge attività di segreteria per la Consulta.

La Consulta si riunisce una volta al mese in via ordinaria e si riunisce in via straordinaria tutte le volte che se ne presenti la necessità. Il suo funzionamento è disciplinato da un regolamento interno.

Le attività della Consulta

La legge istitutiva definisce in questo modo le funzioni della Consulta:

“La Consulta, in collaborazione con l'assessorato competente in materia di sanità, svolge, in particolare, i seguenti compiti:

a) promuove la partecipazione attiva delle persone con sofferenza mentale alla vita della collettività e il riconoscimento dei loro diritti;

b) formula proposte per la realizzazione di interventi in favore delle persone con sofferenza mentale, finalizzati, in particolare, a favorirne l'integrazione sociale;

c) promuove iniziative per la corretta applicazione delle norme che prevedono il superamento e la definitiva chiusura degli ex ospedali psichiatrici;

d) collabora con l'amministrazione regionale per il monitoraggio delle strutture psichiatriche, pubbliche e private, esistenti sul territorio regionale, in merito al possesso e al mantenimento dei requisiti strutturali, organizzativi e funzionali, nonché alle attività svolte e ai livelli assistenziali, qualitativi e quantitativi, forniti dalle stesse, relazionandone all'Assessore competente e annualmente alla Commissione Sanità;

e) promuove, nel pieno rispetto della dignità della persona e nella garanzia del diritto di cittadinanza, iniziative per rimuovere situazioni di particolare gravità, richiedendo, se necessario, atti o relazioni scritte in merito alle disfunzioni segnalate;

f) propone, anche in collaborazione con le Consulte dipartimentali per la salute mentale, azioni finalizzate al miglioramento dell'assistenza in favore delle persone con sofferenza mentale.”.

Nel corso del primo decennio di attività il compito di maggiore rilievo svolto dalla Consulta ha riguardato il monitoraggio delle attività svolte nelle strutture pubbliche e private della Regione. La Presidente della Consulta, ex operatrice sociale e membro attivo della Caritas, confermata nel suo ruolo ad ogni rinnovo della Consulta, ha assunto personalmente un ruolo di grande rilievo nello svolgere questa funzione.

La Presidente della Consulta riserva alcuni giorni al mese per ricevere presso la sede del Consiglio regionale famigliari e operatori che intendano segnalare disservizi: sulla base di queste segnalazioni svolge successivamente delle visite presso le strutture. E' autorizzata ad accedere senza preavviso a tutte le strutture operanti nella Regione, al fine di verificare l'esistenza dei requisiti minimi per l'esercizio delle attività e altre dimensioni di qualità del servizio, come ad

esempio la lunghezza delle liste di attesa o le modalità adottate per attuare i trattamenti sanitari obbligatori. Nel caso in cui durante la visita emergano potenziali irregolarità la Presidente redige una nota che invia alla commissione competente del Consiglio regionale e all'assessore alla sanità regionale; su questa base viene avviata un'ispezione regionale. Anche quando non viene formalmente avviata un'ispezione, in seguito alle segnalazioni della Presidente della Consulta, i responsabili della struttura in questione sono generalmente convocati dai responsabili regionali e, talvolta, viene avviato un audit clinico.

Come testimoniato nel corso delle interviste, l'attività della Consulta si svolge in un clima tendenzialmente conflittuale e la sua Presidente costituisce una sorta di pungolo costante per la Regione. Una delle modalità tipiche di azione consiste nel rilasciare interviste ai media locali per denunciare specifici disservizi o criticare specifiche scelte della Regione. Ad esempio la Consulta ha aspramente criticato una delibera regionale in materia di compartecipazione alla spesa da parte degli utenti. Successivamente la Regione ha rivisto la delibera, alzando la soglia di esenzione e prevedendo che per i pazienti con pensione di invalidità venga considerata la condizione reddituale e patrimoniale individuale del paziente stesso e non quella a livello familiare.

Nel corso degli anni la Consulta ha inoltre stabilito una importante collaborazione con il garante dei detenuti della Regione. La Consulta svolge la sua attività di verifica e di stimolo anche in questi casi, in modo che i detenuti con diagnosi psichiatrica che abbiano ottenuto la possibilità di accedere a misure alternative al carcere possano effettivamente trasferirsi nelle strutture più adeguate nel più breve tempo possibile.

CAPITOLO 4

CONCLUSIONE

I problemi

In entrambe le esperienze i principali problemi hanno riguardato la composizione della Consulta e l'effettiva partecipazione ai lavori da parte dei suoi membri.

Sia in Emilia-Romagna, sia in Lazio, raggiungere un accordo su quali soggetti includere nella Consulta e sulla base di quale procedura ha richiesto molto tempo.

In Emilia-Romagna per cercare di garantire una adeguata rappresentatività al variegato mondo che si occupa di salute mentale, evitando che specifiche componenti assumessero un ruolo egemone, il Piano socio-sanitario ha stabilito un numero relativamente ampio di componenti (33 membri), ma fisso e suddiviso a sua volta in quote predefinite per specifiche categorie. Poco meno della metà dei componenti è espressione di associazioni di utenti e familiari. Per individuare i componenti si è fatto ricorso ad una combinazione di modalità: il voto da parte delle associazioni che compongono i comitati locali (11 membri) e la nomina da parte di alcune associazioni considerate rappresentative a livello regionale di una quota riservata (4 membri).

In Lazio si è optato per una composizione più ristretta (16 membri), riservando la quota più consistente di posti alle associazioni di pazienti e familiari (7 membri) ed una quota minore ad altre associazioni di volontariato, società scientifiche nel campo della salute mentale e operatori (3 membri per ciascuna di queste categorie). Per identificare le associazioni e le società scientifiche meritevoli di far parte della Consulta la Regione non è ricorsa né a quote riservate né al voto, ma ad una procedura di gara pubblica, sulla base di criteri finalizzati a premiare le associazioni più radicate ed attive.

In entrambi i casi nel corso degli anni sono emersi problemi.

In Emilia-Romagna alcuni componenti della Consulta hanno partecipato ai suoi lavori solo in modo parziale e discontinuo. Si tratta in particolar modo dei rappresentanti degli enti locali e dei portatori di interesse del mondo economico e del lavoro: soggetti che generalmente sono in grado di portare la propria voce in molteplici arene di rilievo e che hanno dunque considerato la partecipazione alla Consulta della salute mentale come un'attività secondaria e di limitato interesse. Anche la partecipazione dei componenti delle associazioni di familiari e

utenti non si è rivelata costante. Se nei primi mesi di vita della Consulta la loro partecipazione è stata consistente, successivamente è decisamente calata e solo una parte dei componenti designati dalle associazioni di familiari e utenti ha stabilmente partecipato ai lavori. I motivi sono molteplici: alcuni di loro nutrivano aspettative eccessive o distorte sul ruolo e le funzioni della Consulta; altri appartenevano ad associazioni deboli e poco strutturate; altri ancora hanno più semplicemente dovuto affrontare problemi di carattere personale che hanno reso la loro partecipazione decisamente più onerosa. Tra i 33 membri di diritto si è di fatto creato un sottogruppo di circa una ventina di persone che ha costituito il nucleo realmente attivo della Consulta.

Va poi sottolineato che, a differenza di quanto atteso, tra i componenti della Consulta designati dalle associazioni di utenti e familiari non c'era nessun utente. Per ovviare a questa mancanza la Consulta ha deciso di adottare la formula dell'invito permanente rivolto in modo mirato. Individuare gli utenti disponibili a partecipare non si è tuttavia rivelato semplice. Un primo tentativo è consistito nel chiedere a ciascun Dipartimento di salute mentale di segnalare almeno una associazione di utenti da coinvolgere nella Consulta; questo tentativo tuttavia non ha avuto successo. Nel 2014 è stato condotto un secondo tentativo, anche in questo caso coinvolgendo i Dipartimenti: la Consulta si è effettivamente allargata alla partecipazione di 3 membri di associazioni di utenti, una per ciascuna area vasta. Nel 2017 la Consulta ha poi deciso di estendere l'invito permanente a tutte le associazioni e anche ai singoli individui che fossero interessati a partecipare, senza prevedere alcun numero chiuso per gli inviti.

Anche in Lazio l'effettiva partecipazione alla vita della Consulta non è stata costante da parte di tutti i suoi componenti. La partecipazione è stata consistente nella fasi di avvio, ma col tempo l'impegno è andato diminuendo. Va del resto rimarcato come in generale molte associazioni abbiamo vissuto una fase di declino nella stessa vivacità della loro vita interna, tanto da spingere un paio di intervistati a considerare lo scenario attuale come quello a più basso tasso di partecipazione del mondo della salute mentale. Lo stesso contesto segnato dal piano di rientro dal deficit sanitario sembra non solo aver ristretto drasticamente le possibilità di intervento della Regione ma anche inibito le pratiche partecipative. Secondo un altro intervistato il ricorso alla procedura di gara attraverso criteri formalizzati per individuare gran parte dei componenti della Consulta ha indotto la costituzione formale di nuove associazioni con il solo scopo di poter accedere alla Consulta e alterare gli equilibri interni, senza che a questo corrispondesse una reale vita associativa radicata nella società.

La composizione a numero chiuso delle Consulte si è dunque rivelata problematica in entrambe le Regioni. Ha portato a includere nella Consulta soggetti che non hanno poi contribuito adeguatamente alle sue attività, per i motivi più diversi: scarso radicamento, sopraggiunte difficoltà personali o a livello di associazione, scarsa motivazione ed interesse sin dall'inizio. Ha inoltre reso più difficile includere in corso d'opera nuovi soggetti, espressione di esperienze e punti di vista che non risultassero presenti nella Consulta, ma che risultassero effettivamente attivi e interessati a portare contributi di merito sui problemi che riguardano la salute mentale.

Cinque raccomandazioni per un buon funzionamento della Consulta regionale

L'analisi delle esperienze dell'Emilia-Romagna e del Lazio e le riflessioni condotte nel corso delle stesse interviste suggeriscono cinque fondamentali raccomandazioni per facilitare il buon funzionamento di una Consulta regionale. Con "buon funzionamento" intendiamo un contesto in cui la Consulta regionale non sia semplicemente un organo formale, ma un corpo vivo in grado di mantenere un continuo rapporto con la società e di costituire un interlocutore autonomo, competente e influente delle istituzioni e dei servizi pubblici.

1) Promuovere l'indipendenza della Consulta

Affinché la Consulta regionale acquisisca riconoscibilità e rilevanza e possa svolgere appieno le sue funzioni è fondamentale che sia e sia percepita come un organismo indipendente, sia dalla Regione sia da specifici gruppi professionali o politici.

Per questo motivo la Presidenza della Consulta non può essere affidata ad un dirigente o un funzionario regionale, ma è opportuno che sia affidata ad un esponente del mondo associativo. Come visto il tentativo fatto nel Lazio nel 2002 di istituire un organismo partecipativo presieduto da un dirigente pubblico ha suscitato contestazioni ed è stato in seguito abbandonato a favore di una Consulta che riconosce un ampio spazio al mondo associativo.

Per evitare una eccessiva personalizzazione o l'identificazione della Consulta con una specifica associazione è peraltro anche opportuno promuovere un ricambio periodico ai vertici, ad esempio prevedendo un limite massimo di due mandati.

E' inoltre opportuno che la Consulta non riceva dalla Regione o da altri soggetti fondi per finanziare specifici servizi o progetti, evitando di trasformarsi surrettiziamente in un soggetto erogatore di servizi.

2) Consentire l'adesione alla Consulta a tutti i soggetti interessati

Come visto sia in Emilia-Romagna sia in Lazio è emersa la difficoltà di coinvolgere nella Consulta regionale soggetti realmente attivi e motivati. La reale rappresentatività e l'effettivo radicamento delle associazioni del mondo della salute mentale sono difficilmente misurabili con criteri oggettivi; solo nella pratica si possono scoprire quali sono i soggetti realmente attivi e interessati a partecipare alla vita della Consulta.

L'esperienza dell'Emilia-Romagna che, in corso d'opera, ha esteso il numero dei soggetti coinvolti nella Consulta attraverso la formula dell'invito permanente a partecipare ai suoi lavori suggerisce di non aver timore né di coinvolgere gruppi non formalizzati in quanto scarsa-

mente rappresentativi, né di coinvolgere un gruppo troppo ampio di soggetti: nella pratica sarà sempre un sottogruppo di soggetti a partecipare alla vita dell'organismo, costituendo il gruppo realmente attivo e trainante.

3) Coinvolgere anche gli operatori dei servizi

In entrambe le esperienze analizzate la Consulta ha una composizione mista, che comprende cioè sia esponenti del mondo associativo, sia esponenti del mondo professionale. Si tratta di una caratteristica rilevante in quanto per favorire il miglioramento dei servizi e della tutela della salute mentale nel suo complesso è indispensabile stabilire un confronto costruttivo tra questi due mondi che sono spesso separati da incomprensioni e incomunicabilità. Sotto questo profilo è anche da segnalare la soluzione adottata in Emilia-Romagna in merito alla direzione stessa della Consulta: la presidenza della Consulta è affidata ad un esponente del mondo associativo, mentre la vice-presidenza ad un esponente del mondo professionale.

E' inoltre importante che la Consulta lavori in rete, stabilisca delle collaborazioni esterne con tutti i soggetti che possono giocare un qualche ruolo in tema di salute mentale. Un esempio in tal senso rilevante è offerto dalla collaborazione tra la Consulta regionale della salute mentale del Lazio e il garante dei detenuti.

4) Facilitare e assistere i lavori della Consulta

Al fine produrre esiti costruttivi è fondamentale che la Consulta adotti modalità di lavoro strutturate, adeguatamente facilitate e assistite. E' importante che le riunioni siano preparate con cura, invitando quando necessario a prendervi parte soggetti competenti in materia (funzionari pubblici, operatori, esperti). E' inoltre particolarmente utile dar vita a percorsi di approfondimento tematico da parte di sottogruppi della Consulta che utilizzino adeguati metodi di indagine per l'analisi dei problemi e l'elaborazione delle soluzioni.

A questo fine è opportuno che la Consulta possa essere assistita da una segreteria tecnica garantita dalla Regione.

5) Coniugare la partecipazione al livello regionale con la partecipazione al livello locale

La pratica della partecipazione se vuole mettere radici ed esercitare una funzione incisiva non può limitarsi al livello regionale. Le politiche per la salute mentale sono attuate sui territori, ciascuno con caratteristiche e problemi peculiari. Una Consulta regionale che non faccia parte di una più estesa rete partecipativa capillarmente diffusa al livello locale rischia di essere autoreferenziale. La partecipazione al livello regionale va dunque coniugata con la partecipazione al livello locale.

L'esperienza dell'Emilia-Romagna suggerisce del resto che la costituzione della Consulta regionale ha agito da stimolo anche per la costituzioni dei comitati locali presso i dipartimenti e, allo stesso tempo, che i componenti più attivi della Consulta regionale sono espressione di associazioni particolarmente attive anche al livello dei comitati locali. Analogamente in Lazio le radici della Consulta regionale si ritrovano nelle esperienze condotte già in precedenza in alcuni territori.

NOTE EDITORIALI

Editing

IRES Piemonte

Ufficio Comunicazione

Maria Teresa Avato

© IRES

Ottobre 2019

Istituto di Ricerche Economico Sociali del Piemonte

Via Nizza 18 - 10125 Torino

www.ires.piemonte.it

si autorizzano la riproduzione, la diffusione e l'utilizzazione del contenuto con la citazione della fonte.

Ambiente e Territorio

Cultura

Finanza locale

Immigrazione

Industria e Servizi

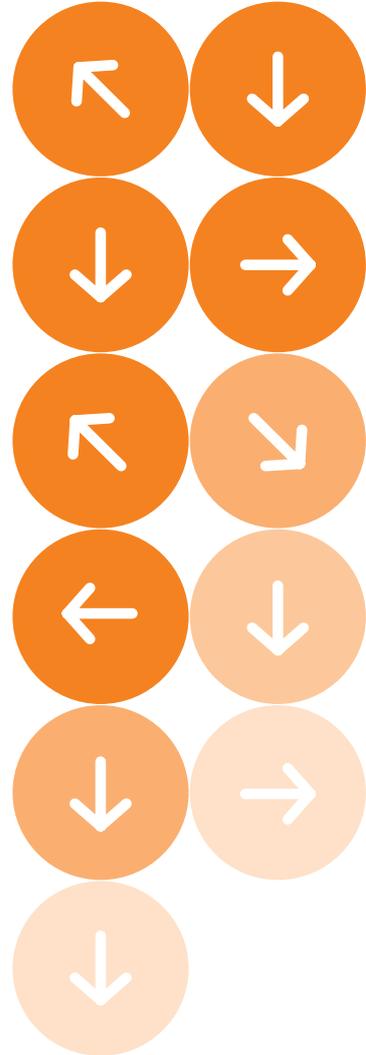
Istruzione e Lavoro

Popolazione

Salute

Sviluppo rurale

Trasporti



IRES Piemonte

Via Nizza, 18

10125 TORINO

+39 0116666-461

www.ires.piemonte.it