



Per una
SALUTE MENTALE
DI COMUNITÀ

25 - 26 giugno 2021



Ministero della Salute

Report gruppo di lavoro n.7 . “Lavoro,casa,sostegno alla vita indipendente:attori e strumenti di inclusione sociale”

Nel fare proprio il paradigma bio-psico-sociale di interpretazione multifattoriale della sofferenza mentale,il rischio è **che la prevalenza massiccia degli interventi sanitari e farmacologici riduca l'intervento sociale al ruolo di Cenerentola. Il sociale è sviluppo di relazioni e processo di accompagnamento**, in un percorso di riappropriazione del senso di sé e di autonomia delle proprie scelte,possibilmente all'interno della propria comunità di appartenenza. E' Il contrario del principio di prestazione puntuale che si è affermato in sanità. Per sviluppare relazioni e per essere “architetti delle connessioni” di cura e del prendersi cura,**bisogna che il personale dei servizi cessi di diminuire in continuazione** e vengano ristabilite adeguate proporzioni all'interno delle equipe, non più a scapito di assistenti sociali ed educatori. Poiché l'inclusione si crea con le relazioni è necessario che i progetti di “recovery” si aprano alle opportunità offerte dalla società civile, alla partecipazione del volontariato,al protagonismo dei diretti interessati tramite la creazione di opportunità che motivano e attivano le persone.

C'è un diritto individuale da trasformare da diritto scritto sulla carta in fatto concreto:che le persone in stato di bisogno siano tutelate ed accompagnate a perseguire la massima autonomia possibile. E' un percorso che riguarda le singole persone,non le categorie. Il progetto deve essere individualizzato,a partire da una valutazione multi disciplinare **che tenga conto dei deficit ,ma anche delle loro risorse;dei bisogni sanitari ,ma anche delle dimensioni della vita che forniscono senso e speranza: casa, lavoro, socialità**. E' il cuore del PTRS:un progetto definito insieme alle persone ed in cui sono individuati gli strumenti per realizzarlo. Nel fare un progetto di comunità,per una salute mentale di comunità, si fa anche prevenzione e cultura,contrastando lo stigma che preclude le opportunità di inclusione.

1.**L'obiettivo** da incrementare nella prassi dei servizi è il **Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato**, che si declina sui principali determinanti sociali di salute (casa,formazione-lavoro, socialità), consente di integrare le risorse di diversi servizi e istituzioni che,in base alle specifiche competenze,convergono nel restituire un orizzonte di dignità e di migliore qualità della vita alle persone coinvolte. **Esempio di buona prassi**: il DSM –DP RM 6 ,che dal 2014 è impegnato in un progetto sperimentale che coinvolge nella co-progettazione e co-gestione del PTRP,con diversi livelli di intensità oraria e con diversi pesi economici,18 cooperative sociali del territorio confluite in un Elenco Aziendale a seguito di Avviso pubblico da parte della Asl.

2 Lo strumento principale ,per realizzare il PTRS è il **budget di salute** che si è rivelato il mezzo più adeguato di inclusione sociale per le persone in cura con bisogni socio-sanitari complessi. In quanto approccio “capacitante”.consente di tenere insieme il proprio progetto di vita con il percorso di recovery, sui tre assi portanti che sono abitazione ,lavoro, socialità,anche nel passaggio dall'esperienza in residenze psichiatriche al cittadino che fruisce nel suo territorio dei servizi di cui ha bisogno. **Buone prassi**: il Progetto nazionale CCM “Soggetto persona cittadino” in collaborazione tra la Regione Emilia Romagna, l'I.S.S e l'Ausl di Parma; l'esperienza di 12 anni condotta dal Consorzio cooperative sociali Cascina Clarabella di Iseo , che, tramite il budget di cura, ha consentito l'inclusione sociale di 600 persone con disturbi psichici gravi,avviando progetti personalizzati. Intervenendo sul contesto territoriale (**sistema delle opportunità**),costruendo percorsi di abilitazione delle persone (**sistema delle capacità**), e raccordando interventi sanitari,abitativi, lavorativi e di socialità (**sistema delle politiche integrate**),si è fortemente ridotto il ricorso all'istituzionalizzazione residenziale,alimentando la valorizzazione e la responsabilizzazione delle persone e del coinvolgimento territoriale.

3. Inserimento lavorativo. I cittadini con disagio mentale continuano ad essere esclusi dal mercato del lavoro. Per loro non c'è esigibilità del diritto al lavoro. La loro formazione attuata nei Centri Diurni si ferma a fronte di **reiterati tirocini lavorativi che quasi mai esitano in un contratto di lavoro.** Secondo l'**A.Re.Sa.M** (Associazione Regionale Salute Mentale)Odv Lazio, la strada più praticabile rimane quella della cooperazione di tipo B, che a sua volta dipende dalla aleatorietà e precarietà delle gare e degli appalti da parte degli Enti Locali. **Si chiede il rispetto della legge 381/1991 che riserva il 5% di fornitura** di beni e servizi alle cooperative di inclusione sociale.

Il Coordinamento Toscano delle Associazioni per la Salute Mentale lamenta che la legge 68/1999 sul collocamento delle categorie protette discrimina i disabili psichici (art.9 comma 4). La possibilità offerta dall'art. 11 della stessa legge che dispone l'attivazione di convenzioni dedicate all'avviamento al lavoro delle persone con disabilità psichica, osta con l'assenza di qualsiasi bando in merito. **Si chiede pertanto sia la modifica dell'art.9, che l'applicazione dell'art. 11.** Altrimenti l'unica strada percorribile è nuovamente da ricercarsi all'interno del PTRP, che è sancito dai LEA. **Altre contraddizioni** incomprensibili: **chi riceve un'invalidità di 277 euro non può lavorare part-time,** pena il venire meno del sussidio, quando un qualsiasi disoccupato può arrivare fino ad 8.000 euro! Perché chi ha un disturbo psichico il cui controllo della patente avviene ogni anno, **ogni anno deve pagare la tassa relativa al rinnovo, e non ogni 10 anni come tutti gli automobilisti?**

Per contro la metodologia per l'inserimento lavorativo della persone con disturbi mentali si è affinata e sviluppata . **Buona prassi:** l'APS Ipsilon, col progetto Individual Placement and Support, la cui pratica è certificata "evidence –based", valorizza capacità e punti di forza della persona. Come housing First, l'inserimento lavorativo è immediato, non si tiene conto della gravità della diagnosi, ma l'inserimento è integrato subito dal sostegno di un'equipe multiprofessionale. La valutazione di efficacia sfiora il 50% dei successi.

4. Abitare. Spesso i servizi sono chiamati a re-inventare con le persone coinvolte lo stesso concetto di casa e a tentare di realizzarlo. La capacità di vivere in un appartamento, significa anche essere capaci di abitare il territorio fuori. **Serve un piano nazionale sull'abitare. Non esistono al proposito linee guida.** La soluzione non è l'inserimento in struttura residenziale, che ha costi economici alti, sottraendo risorse ad altre soluzioni possibili; non protegge affatto la salute (dei 121.000 decessi pandemici, il 41% è avvenuto in residenze "protette"). Ancor oggi **non è sempre sufficiente la "civile abitazione"** per allestire un appartamento di convivenza guidata. Concetto cardine è l'**Housing First**, soprattutto per le persone con disturbo psichiatrico senza fissa dimora. Consentire con meccanismi non premiali l'accesso ad un'abitazione favorisce la compliance alla cura e consente di stringere un legame più adeguato con i servizi. Buone prassi: CSM di Gorizia; Progetto Visiting DTC, che, dal 2012, configura **un processo di accreditamento dal basso**, tra pari di servizi abitativi per la grave patologia mentale. Gli stake-holders del percorso di accreditamento sono le persone col problema, familiari, i professionisti dei servizi, gli amministratori locali, che costruiscono un consenso con la comunità locale.

5. Il "Dopo di noi". Si lamenta la difficoltà per i malati psichiatrici, di ottenere il progetto personalizzato del "dopo di noi", a cui dà loro diritto la legge 112/2016, che nell'art. 2 disciplina per le persone con disabilità grave, prive di sostegno familiare, la programmazione del loro futuro in assenza di chi a loro provvede. Dovrebbe essere un proseguo del PTRP (quando viene realizzato), in modo da evitare i rischi di istituzionalizzazione, e dovrebbe delinearli con i familiari ancora presenti. Perché si è così indietro a distanza di ormai 5 anni dalla legge? Manca l'informazione agli stessi operatori; non c'è stata formazione; si sollevano spesso impedimenti ad indicare la cooperativa a cui affidare il servizio del "Dopo di noi".