



Per una
**SALUTE MENTALE
DI COMUNITÀ**

“PER UNA SALUTE MENTALE DI COMUNITÀ”

2^a Conferenza Nazionale per la Salute Mentale,
promossa dal Ministero della Salute

Roma 25 - 26 giugno 2021



Ministero della Salute

Per una salute mentale di comunità

La 2^a Conferenza Nazionale per la Salute Mentale, promossa dal Ministero della Salute, tenutasi a Roma nei giorni 25 e 26 giugno 2021 a vent'anni dalla prima, rappresenta un momento di sintesi che muove dalle numerose iniziative già da tempo avviate come, ad esempio, il “Ciclo di seminari nazionali tematici sulla salute mentale” e i lavori di analisi e studio che stanno conducendo i componenti del Tavolo Tecnico per la Salute Mentale, istituito presso il Ministero della Salute.

La Conferenza, quale spazio di confronto tra tutti coloro che affrontano quotidianamente l'esperienza della sofferenza mentale, ha visto la partecipazione attiva di decisori politici, professionisti, utenti, familiari e responsabili di strutture di settore che hanno condiviso la necessità di ridisegnare i percorsi di cura per renderli sempre più vicini ai bisogni concreti e profondi delle persone.

In questi 20 anni il sistema di cura per la Salute Mentale in Italia ha dovuto far fronte a profonde trasformazioni imposte anche dalle nuove forme di sofferenza, non ultime quelle manifestatesi durante la pandemia. I Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) hanno dovuto confrontarsi con bisogni nuovi e sempre più impegnativi: dalla gestione territoriale dei pazienti psichiatrici autori di reato, al disagio psichico di persone che presentano contemporaneamente disturbi psichiatrici e abuso di sostanze, alla sofferenza psichica in età adolescenziale. Tutte condizioni di disagio psichico confermate, peraltro, anche dall'incremento dell'uso di psicofarmaci.

La 2^a Conferenza Nazionale per la Salute Mentale ha perseguito i seguenti obiettivi prioritari:

- riaffermare il principio secondo cui non c'è salute senza salute mentale, e che essa è condizione per lo sviluppo economico e sociale delle comunità, come sostenuto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità;
- ribadire la responsabilità pubblica delle politiche per la Salute Mentale, per garantire in modo uniforme sul territorio nazionale il diritto alla cura e all'inclusione sociale delle persone con disturbi mentali;
- rendere conto in modo pubblico, partecipato e trasparente del reale funzionamento dei sistemi locali per la salute mentale, dei modelli organizzativi adottati, delle risorse umane ed economiche effettivamente impiegate, del grado di raggiungimento degli obiettivi dei Piani Regionali e Nazionali, oltre che dei livelli di efficacia ed inclusione sociale conseguiti.

I lavori della Conferenza sono stati aperti con la lettura dei messaggi del Santo Padre e del Presidente della Repubblica italiana che ne hanno condiviso e sostenuto gli obiettivi. Sono quindi intervenuti rappresentanti del Governo, delle Regioni e Province autonome, degli Enti locali, impegnati a riflettere sulle criticità presenti in questo delicato ambito della sanità pubblica ma interessati anche ad avanzare proposte utili a rimuoverle, affermando l'importanza di garantire i diritti universali su tutto il territorio nazionale e in tutti i contesti: diritto alla salute mentale nei luoghi di lavoro, nelle carceri e per tutte le fasce fragili della società.

Nella sessione pomeridiana del 25 giugno i lavori si sono articolati in 8 sessioni parallele, a conclusione delle quali sono stati elaborati rapporti di sintesi presentati da ciascun rapporteur nella seconda giornata dei lavori.

Le tematiche affrontate nei gruppi di lavoro, individuate tra le centinaia di proposte e contributi pervenuti, hanno riguardato la qualificazione dei servizi e la salute mentale dei minori; le azioni preventive e la presa in carico nelle popolazioni migranti e nei contesti custodiali; il lavoro d'equipe, le professioni e la formazione; le buone e le cattive pratiche di presa in carico, l'inclusione sociale e il sostegno alla vita indipendente; il ruolo delle associazioni di utenti, familiari e del volontariato.

I lavori della seconda giornata della Conferenza hanno visto la partecipazione di rappresentanti istituzionali che hanno contribuito a completare l'ampio dibattito.

Le conclusioni, curate dal Segretariato Generale del Ministero della Salute, hanno tratteggiato uno spaccato dell'attuale situazione della salute mentale in Italia e, a partire dalle riflessioni emerse dai lavori dei gruppi, hanno delineato le proposte per le politiche future, valorizzando le buone pratiche e assumendo la salute mentale di comunità quale modello efficace da garantire in modo uniforme su tutto il territorio nazionale, sottolineando, altresì, l'importanza di affermare la tutela del diritto alla cura e all'inclusione.

www.salute.gov.it/conferenzasalutementale



Ai partecipanti
alla Conferenza Nazionale della Salute Mentale

Rivolgo un cordiale saluto a quanti prendono parte alla seconda *Conferenza Nazionale della Salute Mentale*, promossa dal Ministero della Salute Italiano. Questo evento mi offre l'opportunità di esprimere la stima della Chiesa e mia personale per i medici e gli operatori sanitari coinvolti in questo delicato campo. Il loro impegno nel venire incontro alle condizioni di quanti soffrono di disturbi psichici, offrendo loro terapie opportune, è un grande bene per le persone e per la società. Risulta, pertanto, di massima importanza acquisire sempre più consapevolezza dei requisiti professionali e umani richiesti per la cura di questi nostri fratelli e sorelle. Essi, nella sensibilità che accompagna la loro fragilità, hanno avvertito con particolare gravità i devastanti effetti psicologici della pandemia.

È dunque auspicabile che da una parte non manchi il potenziamento del sistema sanitario di tutela della malattia mentale, anche mediante il sostegno alle realtà impegnate nella ricerca scientifica su tali patologie, e dall'altra parte si promuovano le Associazioni e il volontariato che si pongono accanto ai malati e ai loro familiari. È tanto importante coinvolgere il contesto vitale nel quale si trova inserito il paziente, affinché non gli venga a mancare

il calore e l'affetto di una comunità. La stessa professionalità medica trae beneficio dalla *cura integrale della persona*. Curare il prossimo, infatti, non è solo un lavoro qualificato, ma una vera e propria missione, che si realizza pienamente quando la conoscenza scientifica incontra la pienezza dell'umanità e si traduce nella tenerezza che sa avvicinare e prendere a cuore gli altri.

Auspico dunque che il Simposio, al quale contribuiscono illustri esperti, susciti nelle istituzioni, nelle agenzie educative e nei vari ambiti della società una rinnovata sensibilità nei confronti di chi soffre disagi di salute mentale, per infondere maggior fiducia in tanti nostri fratelli e sorelle segnati dalla fragilità. Si tratta anche di favorire il pieno superamento dello stigma con cui è stata spesso marchiata la malattia mentale e, in generale, di far prevalere *la cultura della comunità* sulla *mentalità dello scarto*, secondo cui si prestano cure e attenzioni maggiori a chi apporta vantaggi produttivi alla società, dimenticando che quanti soffrono fanno risplendere, nelle loro esistenze ferite, la bellezza insopprimibile della dignità umana.

La pandemia ha posto gli operatori sanitari di fronte a enormi sfide, mostrando a tutti la necessità di disporre formule appropriate di assistenza sanitaria per non lasciare indietro nessuno e prendersi cura di tutti in modo inclusivo e partecipato. La vostra Conferenza

nazionale va in questa direzione e, nel ringraziare voi e quanti a vari livelli si impegnano ad alleviare il dolore di chi soffre, desidero esprimere il mio caloroso incoraggiamento a proseguire sulla feconda via della *cura solidale*.

Nel formulare sinceri auguri di ogni bene per le giornate di studio e di confronto che vi attendono, assicuro il ricordo nella preghiera per i pazienti, i familiari, i volontari e tutto il personale sanitario, mentre di cuore invoco su ciascuno la benedizione di Dio.

Papa Francesco

Rome, San Giovanni in Laterano, 14 June 2021

POSTE ITALIANE S.P.A

Pagina 1 di 2 - Prog. Stampa 119

ZCZC WGB7D704BD1001

IGRM CO IGRM 167

00100 CENTROGESTIONENAZIONALE 167 23 2018 NESSUNA NOTA AGGIUNTIVA

ON ROBERTO SPERANZA MINISTRO DELLA SALUTE (119)
LUNGOTEVERE RIPA, 1
00153 ROMA



DESIDERO RIVOLGERE UN SENTITO SALUTO ALLA SECONDA CONFERENZA NAZIONALE DELLA SALUTE MENTALE, REALIZZATA DAL MINISTERO DELLA SALUTE A VENTI ANNI DALLA PRIMA EDIZIONE: OFFRE L'OCCASIONE DI RIFLETTERE SULLE RELATIVE PATOLOGIE.

L'ITALIA E' STATA PIONIERA IN TEMA PONENDO LE BASI PER IL SUPERAMENTO

DI LIMITI E BARRIERE NELLA TUTELA DELLE PERSONE CON MALATTIE PSICHICHE. LA CURA DELLA MALATTIA MENTALE COSTITUISCE UNA SFIDA

COMPLESSA E RICHIEDE CHE I PIU' FRAGILI SIANO SEGUITI E TUTELATI IN

CONFORMITA' AI DIRITTI COSTITUZIONALI.

VA RIVOLTA ATTENZIONE ALLE FAMIGLIE CHE, CON SACRIFICIO E DEDIZIONE,

SUPPLISCONO AI LIMITI STRUTTURALI DI UN SISTEMA CHE ANCHE LA PANDEMIA HA CONTRIBUITO A METTERE ULTERIORMENTE A DURA PROVA.

COMPITO DELLE ISTITUZIONI E' QUELLO DI METTERE IN CAMPO OGNI AZIONE

PER PROMUOVERE LA SOLIDARIETA' NEI CONFRONTI DEI PIU' DEBOLI, RIMUOVENDO GLI OSTACOLI ALL'INTEGRAZIONE E ALLA CRESCITA DELLA PERSONALITA' NELLA SOCIETA' CIVILE, GARANTENDO IL RISPETTO DELLA

DIGNITA' DEL MALATO.

NEL RINNOVARE L'APPREZZAMENTO PER L'INIZIATIVA E PER L'IMPEGNO QUOTIDIANO A SERVIZIO DEI PIU' FRAGILI, FORMULO I MIGLIORI

AUGURI DI

BUON LAVORO.

SERGIO MATTARELLA

MITTENTE:

SEGRETARIATO GEN. PRESIDENZA REPUBBLICA

PALAZZO DEL QUIRINALE

00187 ROMA

Roberto Speranza | **Ministro della Salute**

Sono lieto di dare il benvenuto a tutti coloro che, presenti di persona o collegati via streaming, partecipano ai lavori della 2ª Conferenza Nazionale promossa dal Ministero della Salute *“Per una salute mentale di Comunità”*.

Voglio innanzi tutto ringraziare il Presidente della Repubblica, Sergio Mattarella, il cui messaggio rappresenta un forte stimolo ad un impegno sempre più serio su un terreno di primaria importanza.

Voglio rivolgere un pensiero di gratitudine al Santo Padre, papa Francesco, il cui messaggio ci invita a *“far prevalere la cultura della comunità sulla mentalità dello scarto”* e ci incoraggia a *“proseguire sulla feconda via della cura solidale”*.

Colgo l'occasione per esprimere ancora una volta il mio personale grazie a tutti gli operatori e a tutte le operatrici, di ogni ruolo e di ogni livello, strutturati o volontari, per la dedizione e l'impegno con il quale hanno affrontato - e ci hanno consentito di affrontare - questi lunghi mesi di pandemia.

La pandemia ci ha resi tutti più consapevoli della centralità del bene salute, intesa come salute fisica e salute mentale, e dell'importanza delle relazioni umane e sociali. Abbiamo capito che da una pandemia nessuno può uscire da solo e che le parole chiave della sanità del futuro sono *prossimità, comunità, presa in carico globale della persona, domiciliarità*.

Queste parole sono essenziali soprattutto quando ci occupiamo di sofferenza mentale, perché *il disagio mentale nasce nei luoghi di vita e di lavoro delle persone, si cura nelle comunità in cui vivono le persone e con l'apporto delle comunità stesse*.

Voglio infine esprimere un pensiero di profonda attenzione per tutti coloro che in questi anni hanno sperimentato periodi di sofferenza mentale ma non sempre hanno trovato servizi adeguati ai loro bisogni, sono stati accolti in strutture a volte poco accessibili e non sempre hanno potuto contare su un vero e proprio progetto terapeutico riabilitativo. Situazioni che non valorizzano sia le capacità delle persone sia le competenze degli operatori. Personalmente sento il peso e la responsabilità delle sfide che dobbiamo affrontare per superare le debolezze che ancora esistono in molte parti del Paese e per sostenere le buone pratiche che a volte faticano ad essere riconosciute. Questa Conferenza vuole proprio contribuire ad avviare un percorso di lavoro per i pazienti, le loro famiglie, le comunità di appartenenza e per tutti gli operatori. So che non sarà facile, ma dobbiamo *tutti*, a partire da me, impegnarci a lavorare superando divergenze e frammentazioni, per iniziare a programmare un futuro migliore del presente.

In questo percorso, la pandemia, che oggi stiamo guardando con maggiore fiducia rispetto al passato ma che dobbiamo continuare ad affrontare con lo stesso senso di responsabilità di cui siamo stati capaci nei mesi scorsi, ci costringe a rompere con il passato, a partire da una lettura profonda dei mutamenti in atto, con concretezza e determinazione, avendo come punto di riferimento solo il benessere delle persone, delle persone con disturbo mentale e delle loro famiglie, delle persone che operano nei servizi di salute mentale e, più in generale, di tutte le persone che vivono nel nostro Paese, perché la “salute mentale” è un obiettivo che riguarda tutti noi.

Dopo oltre 20 anni

La Conferenza arriva a oltre 20 anni di distanza dalla prima Conferenza promossa dal Ministero della Sanità (così si chiamava allora il nostro Ministero) e che, allora come oggi, aveva visto la partecipazione di 3 Ministri (Sanità, Solidarietà sociale, Pubblica Istruzione) e di molte istituzioni pubbliche (Conferenza delle Regioni, Anci, Comitato Nazionale di Bioetica presieduto da Giovanni Berlinguer, ISS, DAP ecc).

Da allora (2001) la Conferenza non è stata più organizzata. Ci sono stati solo eventi autoconvocati da molte realtà della società civile (associazioni di pazienti e familiari, organizzazioni sindacali, mondo professionale e scientifico, volontariato, terzo settore, ecc.), le quali da tempo hanno chiesto alle istituzioni un'occasione nazionale di confronto e un impegno esplicito del Ministero della Salute e dell'intero Governo. A tali organizzazioni va il mio ringraziamento per aver tenuto alto il dibattito sulla salute mentale. Come pure permettetemi di ringraziare per l'organizzazione di questi due giorni Sandra Zampa, Nerina Dirindin e Fabrizio Starace che hanno molto creduto in questa sfida oltre che Mariella De Sanctis e tutti gli uffici competenti per quanto fatto.

L'impegno

Questa Conferenza vuole essere l'occasione per ribadire l'impegno mio personale e del Ministero per promuovere e rilanciare l'assistenza *territoriale* per la salute mentale (e in particolare domiciliare), assumere la *comunità* come cornice di riferimento, proteggere *i diritti umani e la dignità* delle persone con sofferenza mentale, favorire ovunque possibile una *presa in carico inclusiva e partecipata*, migliorare la qualità e la sicurezza dei servizi a beneficio di pazienti e operatori.

A tal fine voglio condividere con voi l'intento di promuovere un importante cambiamento culturale e organizzativo, a partire dal rinvigorimento della struttura ministeriale che si occupa di salute mentale, procedendo con azioni sia legate alla situazione emergenziale sia di carattere strutturale.

Non c'è salute senza salute mentale

Vorrei avviare questa giornata facendo mie le parole pronunciate dal segretario Generale delle Nazioni Unite Antonio Guterres in occasione della giornata mondiale della salute mentale (10 ottobre 2020) *“Non c'è salute senza salute mentale e non c'è buona salute mentale e benessere senza adottare un approccio basato sui diritti umani. È urgente investire di più nella salute mentale. Tuttavia, il denaro non dovrebbe essere il valore più alto nei dibattiti sulla salute globale in generale e sulla salute mentale in particolare. C'è un valore intrinseco e universale nel sostenere la dignità e il benessere: inoltre, è un imperativo dei diritti umani”*.

Non c'è salute senza salute mentale e, vorrei aggiungere, *senza salute mentale non c'è né ripresa né resilienza*. Le politiche per la salute mentale sono infatti una parte importante delle azioni necessarie per contrastare la pandemia da Coronavirus (e i suoi effetti sul benessere delle persone) e per promuovere sviluppo economico e coesione sociale.

Italia punto di riferimento per l'OMS

Il nostro Paese è considerato dall'OMS un importante punto di riferimento per la salute mentale. Per più ragioni.

Innanzitutto per la chiusura dei manicomi civili voluta con la legge 180/1978, nota come legge Basaglia, dal nome del medico che, nel 2001 (proprio in occasione della prima Conferenza della salute mentale), il premio Nobel Rita Levi Montalcini ebbe a definire una *“splendida figura di scienziato al quale tutti noi dobbiamo molto”*.

In secondo luogo per la chiusura dei manicomi giudiziari, concretamente avviata con la legge 81 del 2014, la cui attuazione è ancora in corso e richiede ancora molto impegno.

La chiusura dei manicomi (civili - prima - e giudiziari - poi) costituisce, nel panorama internazionale, un motivo di riconoscimento del nostro Paese. Una scelta di civiltà che dimostra la capacità delle nostre istituzioni, del nostro Parlamento, di essere coerenti con l'articolo 32 della Costituzione che dispone che *“la legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”*.

Infine, l'Italia è punto di riferimento internazionale per la scelta di prevedere l'attivazione di una rete di servizi *territoriali* per la salute mentale.

Le criticità

Nonostante le scelte coraggiose e di grande valenza etica effettuate dal nostro Paese, la realtà continua tuttavia a presentare criticità e le persone con disturbi mentali continuano a ricevere risposte non sempre pienamente adeguate.

Criticità sono state evidenziate anche dal *Tavolo Tecnico sulla salute mentale* istituito nel 2019, che ringrazio per il lavoro che continua a svolgere.

Dobbiamo riconoscere che, negli ultimi decenni, l'attenzione dedicata alla sofferenza mentale non sempre è stata all'altezza; ne è conferma, fra l'altro, la ricognizione effettuata dal Tavolo Tecnico circa l'attuazione del *Piano di Azioni Nazionale per la Salute mentale* (approvato in Conferenza Unificata il 24 gennaio 2013):

- i dati ci dicono che, a oltre 8 anni dalla sua approvazione, solo il 49.5% degli obiettivi prioritari sono stati oggetto di provvedimenti a livello regionale (di recepimento o attuazione).

Fra le principali criticità evidenziate, voglio rammentarne alcune:

- le ampie *diseguaglianze* che ancora persistono fra regioni e all'interno delle regioni stesse (nell'accesso alle cure, nell'offerta assistenziale, nelle risorse disponibili, nel ricorso ai Trattamenti Sanitari Obbligatori, TSO, nello sviluppo della rete territoriale, ...), con conseguenze non semplici per le persone; e rispetto alle quali dovrà essere rafforzato- fra l'altro - il sistema di monitoraggio del rispetto dei Livelli Essenziali di assistenza;
- *l'organizzazione* dei servizi: da più parti si rileva una carenza di risorse professionali ed economiche e una difficoltà degli operatori a fronteggiare le sfide che le riorganizzazioni e gli accorpamenti dei Dipartimenti di Salute Mentale impongono;
- *la necessità di rafforzare la cultura dell'assistenza territoriale*, della presa in carico integrata e globale delle persone, coinvolgendo tutte le professioni, tutte le istituzioni e tutti i soggetti che operano nelle comunità, evitando - per quanto possibile - di allontanare i pazienti in strutture che rischiano di escluderli dalla società anziché favorirne il reinserimento;
- *la necessità di rafforzare l'attenzione alle nuove forme di disagio*, osservate già prima, ma aggravate nel corso della pandemia, in particolare fra gli adolescenti e i giovani adulti nei confronti dei quali dobbiamo essere capaci di mettere in atto azioni più incisive, a partire dalla prevenzione.

Dobbiamo certamente anche riconoscere che esistono esperienze concrete e virtuose, diffuse in varie parti del Paese. Dobbiamo valorizzare meglio.

Come possono essere affrontate le criticità

Le evidenze scientifiche e le esperienze concrete dimostrano che è possibile organizzare i servizi in modo da assicurare risposte inclusive e partecipate, rispettose dei diritti e capaci di prendersi veramente cura di chi vive condizioni di emarginazione e sofferenza.

Sul piano concreto si tratta di: rilanciare il lavoro sul territorio prendendo come riferimento le comunità, la *prossimità* e la *domiciliarità*; qualificare i servizi dal punto di vista delle risorse e degli habitat (i centri di salute mentale sono fra le strutture da attenzionare di più del Ssn); promuovere una robusta integrazione con gli enti locali; stabilire collaborazioni interistituzionali (in primo luogo con le Politiche sociali, la Giustizia,

la Pubblica Istruzione); innovare i percorsi formativi (curricolari e di aggiornamento continuo); favorire la ricerca sui servizi; privilegiare la metodologia di “partire dal basso” e la partecipazione dei fruitori dei servizi alle decisioni che li riguardano.

Specifica attenzione merita il tema dell’assistenza sanitaria garantita alle persone private delle libertà personali (detenute negli istituti penitenziari), dei percorsi di cura e riabilitazione (PTRI) necessari alla tutela della salute delle persone affette da patologia psichiatrica al momento in cui hanno commesso un reato, nonché dell’esecuzione delle misure di sicurezza, in particolare presso le Rems rispetto alle quali stiamo lavorando con il Ministro Cartabia, le Regioni e Province autonome e sulla quale è intervenuta proprio ieri la Corte Costituzionale con l’ordinanza n. 131 “finalizzata ad acquisire specifiche informazioni indispensabili ai fini della decisione”, alla quale daremo seguito con sollecitudine a partire dalla istituzione dell’osservatorio di monitoraggio su cui siamo in attesa della nomina dei rappresentanti delle regioni.

Le risorse

Non mi sottraggo al compito di affrontare il tema delle risorse culturali, economiche e strutturali necessarie per rafforzare i servizi per la salute mentale. Dopo anni di non adeguato investimento nella sanità pubblica non è infatti più possibile avviare azioni, ambiziose come quelle sulle quali stiamo lavorando, facendo ricorso alla usuale formula “a parità di risorse”.

A questo proposito voglio assicurarvi il mio impegno personale e l’impegno del Ministero per individuare e proporre ipotesi volte a sostenere concretamente i servizi per la salute mentale, evitando che alle affermazioni di principio non facciano seguito atti concreti capaci di cambiare le esperienze di vita delle persone con sofferenza mentale, cui dobbiamo garantire i percorsi di presa in carico previsti dai Livelli Essenziali di Assistenza (ben delineati nel DPCM del 2017).

Sono convinto che la prima risorsa che dobbiamo essere capaci di mobilitare è quella culturale, attraverso la quale possiamo migliorare la qualità dell’assistenza, riallocando le risorse oggi spese verso interventi più efficaci. È necessario a tal fine un processo formativo e di condivisione delle buone pratiche da realizzare con il concorso delle Regioni, delle Province autonome e delle Aziende del SSN.

Tuttavia, anche se “il denaro non dovrebbe essere il valore più alto nei dibattiti sulla salute mentale” (come diceva il segretario generale dell’ONU) sono consapevole che le sfide che abbiamo di fronte richiedono anche una maggiore dotazione di risorse.

Dobbiamo assicurare risorse aggiuntive, dentro questa nuova fase espansiva della spesa pubblica in sanità, risorse che dovranno essere destinate a qualificare le risposte che dobbiamo dare alle persone, diffondendo le buone pratiche, innovando nella integrazione interprofessionale e intersettoriale. Un primissimo segnale abbiamo provato a darlo nel decreto 34 del 2020 e nel “ristori bis” ma serve molto di più.

Possiamo lavorare con le Regioni e le Province autonome su almeno due possibili fonti di finanziamento

- quota parte dei fondi 2021 vincolati al perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale
- i fondi ex articolo 20 (edilizia sanitaria) per la riqualificazione di quelle strutture territoriali dedicate alla salute mentale;

Stiamo inoltre negoziando l'utilizzo dei fondi strutturali che potrebbero essere destinati alla salute mentale delle 7 regioni del sud con specifici progetti di intervento e con un forte impegno del livello nazionale a sostegno delle realtà meno attrezzate.

“Superamento della contenzione meccanica nei luoghi di cura della salute mentale”

Concludo con una breve riflessione su un importante risultato: nei giorni scorsi il Gabinetto del Ministero ha inoltrato alla Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome, la bozza di documento e lo schema di Accordo per il Superamento della contenzione meccanica nei luoghi di cura della salute mentale.

Il documento è stato discusso e approvato dal *Tavolo Tecnico sulla salute mentale* ed è stato predisposto a partire da contributi di istituzioni ed esperti, con il coordinamento dalla dott.ssa Giovanna Del Giudice, presidente della Campagna Nazionale “... e tu slegalo subito”, che ringrazio per l'impegno profuso.

Si tratta di un provvedimento che considero di grande valenza etica, oltre che di indirizzo, e che risponde alle numerose sollecitazioni e raccomandazioni di vari enti e istituzioni.

Non possiamo infatti dimenticare che il Comitato Nazionale di Bioetica, nel 2015, si è espresso per il superamento della contenzione nei confronti delle persone con problemi di salute mentale, nonché degli anziani istituzionalizzati in strutture socio sanitarie (sui quali sta lavorando la *Commissione per la riforma dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria della popolazione anziana*, presieduta da Monsignor Vincenzo Paglia).

È utile inoltre precisare che il documento è teso a promuovere e garantire pratiche di cura rispettose della *Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità* del 2006, ratificata nella Legge 18 del 2009 dal Governo italiano, e va nella direzione indicata, da ultimo nel 2018, dal *Consiglio delle Nazioni Unite sui Diritti Umani*, che nel suo rapporto annuale ha condannato i trattamenti psichiatrici coercitivi e chiesto agli Stati aderenti il superamento delle pratiche contenitive. Riconosciamo l'obiettivo di promuoverne il suo definitivo superamento in tutti i luoghi della salute mentale, entro un triennio 2021-23.

In conclusione, nel ringraziare ancora tutti i partecipanti, vorrei ribadire che la salute mentale è una priorità per l'azione del nostro governo ed è questo il tempo

giusto per una grande iniziativa, larga e partecipata, che rimetta la rimetta al centro delle nostre politiche a partire dal mandato luminoso dell'art. 32 della nostra Carta Costituzionale.



Marta Cartabia | *Ministra della Giustizia*

Saluto il ministro della Salute, saluto il ministro del Lavoro e delle politiche sociali; il presidente della Conferenza delle Regioni; il presidente dell’Anci; e saluto il direttore del dipartimento salute mentale dell’ Oms. Il mio saluto va anche a tanti relatori, che interverranno in questi due giorni di dibattito e a coloro che ci stanno seguendo in streaming.

Voglio anche io unirmi al ringraziamento verso il Presidente della Repubblica e verso il Pontefice, che hanno voluto far arrivare un loro messaggio a quest’importante appuntamento.

Importante per il tema che viene affrontato e per la gravità con cui si sta imponendo all’attenzione di tutti. Ringrazio in modo particolare il ministro Speranza che ha avuto la sensibilità di voler organizzare, dopo vent’anni, una seconda conferenza nazionale e di intitolarla “Per una salute mentale di comunità”.

È un titolo che sottolinea la dimensione comunitaria del problema: come sempre, nei problemi di salute, c’è una dimensione individuale e una collettiva; c’è l’interesse del singolo e c’è il bene dell’intera comunità. Lo abbiamo sperimentato ogni giorno da quando è deflagata la pandemia e la nostra Costituzione ha ben presente questo duplice volto del diritto alla salute: “La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività”. È per il bene della persona e per il bene comune che occorre approntare adeguati strumenti di cura della salute mentale.

Amplificato dagli effetti della pandemia, il disagio psichico si è imposto con tutta la sua urgenza. E in molti settori – compresi quelli di mia più diretta competenza – è ormai chiara la necessità di provvedimenti non più rinviabili. L’ho già detto in più circostanze: considero la tutela della salute mentale in carcere una priorità assoluta. A garanzia di tutti, sul fronte tanto della salute del singolo quanto della sicurezza collettiva. A tutela dei detenuti e di chi presta il suo servizio lavorativo in carcere. Il carcere è una comunità, una comunità stretta e chiusa dove i problemi di salute psichica latenti vengono all’evidenza e portano gravi disagi e rischi per tutti.

Mi rivolgo alle autorità sanitarie, ad oggi le sole competenti per la cura della salute mentale in carcere, perché assicurino una adeguata assistenza ai detenuti, perché prestino attenzione a cosa accade al di là delle mura. Per il rispetto della dignità dei malati e per prevenire i troppo frequenti episodi di aggressione e di violenza che si verificano. Violenza dei detenuti contro sé stessi, violenza contro gli agenti della polizia e gli operatori degli istituti.

I suicidi in carcere sono troppo numerosi.

Suicidi detenuti anno 2020: 62

Suicidi detenuti anno 2021: 26

Suicidi personale anno 2020: 6

Suicidi personale anno 2021: 4

E troppo numerosi sono gli episodi di aggressione al personale che lavora nelle carceri.

Dove manca la cura della salute mentale, il carcere diventa una polveriera.

Nelle carceri, servono più medici e soprattutto servono più medici specializzati nella cura della mente, oltre che delle ferite del corpo.

Il problema della salute mentale in carcere richiede interventi a vari livelli: ci sono i malati che devono essere seguiti nelle cosiddette Rems, le residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza, e ci sono i detenuti con disturbi tali da non richiedere il ricovero, ma ugualmente col diritto di ricevere l'assistenza necessaria, di nuovo: per il bene del singolo e di tutta la comunità carceraria.

La domanda di ricovero nelle Rems - come ben noto al ministro Speranza, alla ministra degli affari regionali Gelmini e agli altri responsabili con cui condivido confronti e scambi sul problema - è ben più alta della capacità di accoglienza. Le Rems sono 30 sul territorio nazionale, per 709 posti complessivi. Ma ci sono molte persone in liste di attesa, in attesa di essere ricoverate. E soprattutto oggi abbiamo un problema urgentissimo e assai grave che è stato portato anche all'attenzione della Corte europea dei diritti dell'uomo: 71 persone che si trovano in carcere mentre dovrebbero essere ricoverate nelle REMS. Stiamo prendendo provvedimenti urgentissimi perché questa situazione è semplicemente inaccettabile e richiede un intervento indifferibile.

Chiedo a tutti di osservare anzitutto i dati di realtà: la realtà mostra che il bisogno di cura mentale in ambiente protetto (anche per ragioni di sicurezza) è di gran lunga superiore alle capacità di accoglienza, con la conseguenza che nei nostri penitenziari ci sono persone che lì non dovrebbero starci.

Mi chiedo e vi chiedo: tutto questo è accettabile in un paese civile?

Chiedo soprattutto alle Regioni qui rappresentate di fare uno sforzo del tutto particolare per trovare una soluzione immediata almeno per queste 71 persone.

Sulla gestione delle Rems, proprio ieri la Corte Costituzionale ha disposto un'istruttoria, per cui i ministeri della Giustizia e della Salute, ma anche la Conferenza delle Regioni e l'Ufficio parlamentare di bilancio entro 90 giorni dovranno fornire informazioni sulle "difficoltà nell'applicazione concreta delle misure di sicurezza - cito dal comunicato della Corte - nei confronti degli autori di reato infermi di mente e socialmente pericolosi". La questione è arrivata al Palazzo della Consulta, dopo che un giudice del Tribunale di Tivoli ha sollevato una questione di legittimità costituzionale della disciplina sulle Rems, che di fatto affida esclusivamente ai sistemi sanitari regionali la competenza. Ebbene, la Corte - con l'ordinanza num. 131, relatore Francesco Viganò - stabilisce ora che la normativa in vigore, sollevando il ministro della Giustizia da ogni responsabilità, contrasta in

particolare con la sua competenza in materia di “organizzazione e funzionamento dei servizi relativi alla giustizia”, prevista dall’articolo 110 della Costituzione. Dunque, con urgenza dovremo rimettere mano al funzionamento e alla gestione delle Rems, con un maggiore coinvolgimento anche del sistema Giustizia.

Ma come già dicevo in apertura di questo mio breve intervento, altrettanto urgente è la situazione dei detenuti con disturbi psichiatrici e psicotici di vario tipo, che invece sono ospitati a giusto titolo negli istituti penitenziari, dove scontano la pena. Negli istituti penitenziari sono previste le Articolazioni per la Tutela della salute mentale: luoghi cioè che dovrebbero offrire un’assistenza psichiatrica dedicata. In non poche strutture, l’assistenza è molto ridotta; non di rado, gli investimenti sono esigui e i bandi vanno pressoché deserti. Questa condizione mi angustia, lo confesso. So - per averle viste e per averle ascoltate da tanti direttori di carcere, da agenti della polizia, dal garante dei detenuti - di tante, troppe storie di disagio e malattia mentale, anche con epiloghi tragici. Se il carcere già di per sé, è un luogo di sofferenza, per chi soffre di disturbi psichici lo è a volte a livelli insostenibili. E tutti noi dobbiamo farci carico di questa sofferenza: ci appartiene come “comunità”, come giustamente ricordate nel titolo.

Ci riguarda, in nome delle garanzie costituzionali che restano immutate anche al di là degli alti muri di cinta, per le esigenze di tutta la comunità. La Repubblica non si arresta alle porte di ingresso del carcere: ciò che accade dietro quelle mura troppo spesso sfugge all’attenzione, ma ci riguarda. È parte della nostra vita comune.

Anche questo significa il bel titolo di questo convegno: salute mentale di comunità.

Andrea Orlando | **Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali**

Buongiorno a tutti e un saluto a tutti i partecipanti. Sono davvero molto contento di poter partecipare a questa 2ª CONFERENZA NAZIONALE DELLA SALUTE MENTALE “PER UNA SALUTE MENTALE DI COMUNITÀ”.

Vorrei iniziare questo mio intervento con un grazie.

Un grazie sincero, per la vostra fatica, il vostro impegno ad affrontare i difficili compiti di vita in questo tempo di pandemia. Grazie per la vostra capacità di resilienza ma anche per lo spirito innovatore con cui avete affrontato i problemi inventando nuove soluzioni a nuovi bisogni. Anche in emergenza.

Grazie per aver sollecitato le istituzioni ed il governo affinché il tema della salute mentale tornasse a pieno titolo al centro dell’agenda politica di welfare del nostro Paese sollevando le famiglie da una condizione di solitudine che non meritano. Di questo un merito particolare va al Ministro della salute Roberto Speranza.

La mia quindi non è solo una doverosa presenza istituzionale ma testimonia una convinta adesione ad una rinnovata attenzione al tema della salute mentale. Un bene prezioso che riguarda tutti. Troppo spesso derubrichiamo, ma la pandemia ci dice anche che ci sono ripercussioni sugli equilibri così delicati di questo profilo della salute e che si intersecano con tanti aspetti della vita.

Non vi è alcun dubbio che il lavoro rappresenta per tutti un decisivo e potente elemento di inclusione sociale. Riveste un ruolo cruciale: può contribuire a sanare e curare ferite profonde ma può, purtroppo anche essere un luogo “di non riconoscimento” e, quindi, un luogo in cui ci si può ammalare.

Sì, promuovere la salute mentale nel lavoro significa operare a favore della qualità dello sviluppo economico. Significa far leva sul valore delle persone e dei gruppi sulla loro capacità generativa, creativa e coesiva. Se la nostra vuole essere una “economia sociale di mercato” questa è la strada da percorrere, soprattutto in questa delicatissima fase di ripresa dall’impatto della pandemia che ha cambiato e sta cambiando i modelli organizzativi del lavoro.

C’è tanto lavoro da fare, in ciascuno degli ambiti cui ho accennato, per fare in modo che cambi il paradigma del valore del lavoro e della persona che lavora. La cultura delle organizzazioni produttive e il funzionamento dei sistemi dell’istruzione e della formazione dovranno essere interpellate e coinvolte in un grande progetto a favore della qualità del lavoro come fattore decisivo per lo sviluppo economico e per il livello di

salute complessiva del nostro paese con una nuova attenzione alle persone più fragili. Questa posizione è stata, peraltro, riaffermata nel corso della sessione congiunta lavoro-istruzione del G20 tenutosi questa settimana a Catania.

Ma “attenzione alla salute mentale” significa per me (e con lo stesso livello di importanza strategica riservato alle politiche per il lavoro): attenzione alla qualità dei servizi sociali alla persona. Qualità e sviluppo di un sistema integrato di servizi socio-sanitari capaci di sostenere, ovunque e diffusamente, sul territorio: la genitorialità, l’infanzia e l’adolescenza, il lavoro delle donne, la vita buona e attiva delle persone anziane, le condizioni di quelle ammalate e non autosufficienti e delle loro famiglie. Occuparsi e prendersi cura delle persone in tutti questi casi significa operare perché la condizione di fragilità non si cronicizzi in una condizione di svantaggio sociale da cui non si esce più. Significa darsi da fare “con le persone” perché la loro vita sia migliore e, quindi, più autonoma e più ricca di buone relazioni personali e sociali.

Significa fare in modo che le diseguaglianze non si accaniscano con chi è già più fragile. L’integrazione socio-sanitaria, a partire dallo sviluppo fondamentale del progetto “case di comunità” e delle varie iniziative previste nell’ambito del PNRR, ha bisogno di un decisivo passo avanti. I servizi sociali e i servizi sanitari debbono allearsi strutturalmente affinché, ciascuno nel proprio ambito di competenza ma insieme (si chiama cooperazione e dobbiamo riuscire a realizzarla), concorrano alla presa in carico delle persone che ne hanno bisogno.

Credo di poter interpretare un elemento che deriva dalla vostra esperienza sul campo: occuparsi di malattia, vulnerabilità, salute mentale ci ha insegnato che la competenza, in entrambe le sue varianti, deve essere messa al centro di una relazione tra istituzioni e operatori.

Ci attendono, dunque, mesi di collaborazione decisiva per le scelte che riguardano anche l’uso delle risorse del PNRR. Lo faremo su disabilità e non autosufficienza e dobbiamo farlo anche per la salute mentale.

- Le attuali complessità sociali e le trasformazioni del welfare non consentono di lasciare indietro nessuno. È anche questa l’eredità della pandemia che dobbiamo cogliere in positivo. E questo non può che essere un compito “pubblico”, con la collaborazione del privato sociale, del terzo settore, della preziosissima rete dell’associazionismo.
- La condizione di fragilità ed i fattori di rischio per la salute psicologica e relazionale riguardano potenzialmente tutti gli esseri umani, è per questa ragione che vanno individuati percorsi inclusivi, non segreganti.
- Un approccio inclusivo deve quindi guardare alle necessità anche organizzative perché siano garantiti spazi di partecipazione e di azione civile, perché siano valorizzate e riconosciute le migliori competenze professionali di soggetti pubblici e privati.
- Intendo procedere, d’accordo con tutti i soggetti che compongono la Rete della protezione dell’inclusione sociale, nel percorso di definizione di livelli essenziali dell’assistenza sociale perché si riducano le differenze territoriali e si sviluppino

servizi moderni e competenti in grado di contribuire allo sviluppo economico e alla buona occupazione, al benessere e, mi sento di aggiungere, alla democrazia delle nostre comunità territoriali.

- Voglio evocare -a titolo di esempio e per concretezza- il lavoro da fare di cui avverto l'urgenza: nel campo dell'inserimento lavorativo delle persone con disabilità (anche psichica), dell'accompagnamento nei percorsi di inclusione sociale delle persone sostenute con gli strumenti di integrazione del reddito e di lotta alla povertà, del contrasto alla povertà educativa e al disagio giovanile, disagio che purtroppo risulta essere cresciuto durante la pandemia e la cui portata effettiva sarà tutta da verificare nel prossimo futuro.

Quando pensiamo a interventi di inclusione sociale, lavorativa, abitativa, richiamiamo i concetti di intersectorialità, interprofessionalità, interistituzionalità che sono ormai di patrimonio comune poiché strategie e policies orientate in tal senso contengono la dispersione di risorse e ottimizzano il risultato inclusivo.

- Ci sono ora, certamente, le straordinarie opportunità offerte dal PNRR che ci potranno consentire di dar vita a molti interventi che sarebbero, altrimenti, rimasti fuori dalla nostra portata per ragioni di sostenibilità finanziaria complessiva. Tuttavia, credo che il nostro compito istituzionale sia quello di accompagnare questo processo di sviluppo e rafforzamento del nostro sistema con scelte capaci di far superare l'autoreferenzialità che ha spesso limitato l'efficacia complessiva del nostro sistema di servizi alla persona. Da qui il mio impegno e il mio rinnovato invito a scrivere insieme a tutti voi una pagina nuova nella storia dello sviluppo dell'integrazione dei servizi socio-sanitari.
- Io penso che dobbiamo farlo per rispetto nei confronti dei cittadini e delle persone più fragili ed in difficoltà: che sono spesso disorientati e confusi di fronte alla mancanza di accessibilità e di cooperazione da parte dei servizi che dovrebbero aiutarli.
- Ed infine penso che dobbiamo farlo per rispetto nei vostri confronti perché nella vostra storia, in quella di tante famiglie, associazioni, professionisti c'è il senso e la memoria preziose di un impegno per ottenere ed attuare riforme che hanno fatto del bene al nostro Paese.

Sono sicuro che in questo tempo di ripartenza, facendo tesoro anche di questa drammatica esperienza legata all'emergenza sanitaria, abbiamo tutte le opportunità per costruire una società più giusta ed umana a cui saprete dare ancora una volta un contributo prezioso. Grazie e buon lavoro.

Donato Toma | *Presidente Regione Molise*

Ringrazio il Ministro Speranza per l'organizzazione di questa Conferenza, il Presidente Bianco e proto i saluti e i ringraziamenti del Presidente delle Regioni e delle Province Autonome Massimiliano Fedriga ed entro subito in argomento

L'emanazione della legge 180 del 13 maggio 1978, segnò una vera e propria rivoluzione nell'assistenza alle persone con disturbi mentali. Sull'onda di un movimento anti istituzionale si giunse ad un rifiuto dei metodi, dei luoghi e delle concezioni consolidate in due secoli di attività e che costituivano i pilastri della pratica manicomiale. Nello stesso anno in cui fu istituito il Servizio Sanitario Regionale, l'Italia sancì norme per rendere esigibile il diritto alla cura, contrapposto alla custodia per le persone con disturbi mentali. Tutt'ora la riforma psichiatrica italiana è l'esempio di deistituzionalizzazione più radicale e completa del mondo occidentale. A questa riforma che ha portato alla chiusura degli ospedali psichiatrici civili si è più recentemente affiancata la chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, a favore di un approccio che coniuga le esigenze di sicurezza con quelle della cura delle persone all'interno dei servizi ad essa dedicati. Queste riforme hanno richiesto e richiedono una particolare cura e attenzione nella loro applicazione. Le Regioni e le Province autonome hanno un compito non facile che non si riduce all'erogazione delle prestazioni sanitarie di qualità. Premessa indispensabile è, infatti, il sostegno ad un sistema di salute mentale di comunità. La tutela della salute mentale della popolazione non è di competenza esclusiva del mondo sanitario o della psichiatria. Lotta allo stigma sociale, tutela dei diritti, inserimento lavorativo per le persone fragili e vulnerabili, supporto alla permanenza della persona nel proprio contesto di vita, obiettivi questi che vanno perseguiti con una sinergia tra politiche sanitarie, sociali, educative e del lavoro.

Per quanto riguarda i servizi sanitari le direttrici tracciate dal Piano nazionale salute mentale del 2013, redatto in collaborazione con le Regioni e approvato in Conferenza Stato-Regioni, sono ancora valide, anche se meritano ulteriori approfondimenti. Il Piano, infatti, individua 4 aree prioritarie di intervento: 1) area esordi: intervento precoce; 2) area disturbi comuni ad alta incidenza e prevalenza come la depressione, disturbi d'ansia; 3) area disturbi gravi persistenti e complessi come le psicosi, la depressione, il disturbo bipolare, i disturbi di personalità; 4) area disturbi dell'infanzia e adolescenza.

Il modello organizzativo di intervento proposto è quello del percorso PDTA. Inoltre, con lo stesso modello organizzativo il Piano mette a fuoco altri temi, come i disturbi di personalità e autismo; dipendenze da sostanze, i disturbi del comportamento alimentare su alcuni dei quali furono emanate indicazioni ad hoc. Le regioni hanno autonomamente

proceduto ad un monitoraggio dello stato di attuazione del Piano nel corso del 2018. Tale monitoraggio è stato replicato nel 2019 e a inizio 2021 ed è stato messo a disposizione del Tavolo nazionale salute mentale dove è stato esaminato e discusso proprio in previsione di questa Conferenza. Si evidenzia un buon livello di recepimento per alcuni settori: presenza di pianificazione generale regionale, recepimento dei requisiti di accreditamento delle residenze psichiatriche. Mentre altri, ad esempio, tutela e promozione della salute fisica, programmi per persone con disturbi psichiatrici e dipendenze da sostanze, presidi del passaggio da quelli per minori a quelli per l'età adulta, mentre altri risultano meno omogeneamente affrontati.

Questa Conferenza è l'occasione per rilanciare la necessità di una maggiore uniformità tra le diverse Regioni. Per aumentare il livello di confronto le Regioni osservano che il sistema informativo nazionale salute mentale, cosiddetto SISM, alimentato dai flussi regionali, ha raggiunto un buon livello di completezza e attendibilità. Si tratta di una ricchezza informativa estremamente interessante che potrebbe essere maggiormente analizzata congiuntamente tra Ministero della salute e Regioni, ricavandone elementi utili alla programmazione. Infatti, anche dalla lettura di questi dati, tendenze emergono differenze inter-regionali che fanno riferimento a modelli organizzativi diversi. In alcune Regioni la programmazione spinge molto sul livello territoriale mentre in altre il sistema ospedaliero residenziale è più centrale. Nel solco del Piano andrebbero messe maggiormente a fuoco alcune emerse con più chiarezza negli ultimi anni. I dati epidemiologici ormai, da una decina d'anni, ci dimostrano una modificazione quali-quantitativa delle forme di disagio psichico in adolescenza come: il ritiro sociale, i disturbi alimentari, consumo di sostanze, comportamenti trasgressivi, utilizzo compulsivo del mondo digitale, rappresentano segnali e, a volte, veri e propri disturbi di fronte ai quali, i servizi sanitari ed educativi non sono ancora in grado di rispondere adeguatamente, se non con interventi emergenziali. Gli effetti della pandemia sulla salute mentale degli adolescenti e giovani, come pure della popolazione generale sono all'attenzione dei professionisti e dei programmatori. Il modello proposto per la futura sanità dopo la pandemia con un forte accento sul territorio orienta gli interventi a favore di adolescenti e giovani verso servizi di prossimità: non connotati, accoglienti, che vedano la presenza di professionisti esperti con diverse competenze: psicopatologia dei minori, degli adulti, trattamento del consumo e dipendenze da sostanze e non in grado di collaborare costantemente con il mondo della scuola. È fondamentale il mondo della scuola! Le associazioni dei pazienti chiedono con forza di valorizzare le competenze e le capacità di cui la persona con disturbi mentali è portatrice, favorendo il passaggio da un approccio paternalistico ad una vera condivisione del progetto assistenziale che si deve attuare il più possibile in contesti di vita ordinaria. Questo presupposto deve condurre anche ad azioni mirate a ridurre il ricorso a trattamenti coercitivi quali le contenzioni meccaniche e i trattamenti sanitari obbligatori a favore di modalità di attiva ricerca di costruzione di consenso ai trattamenti.

Le persone con disturbi mentali hanno bisogno di essere accolti in contesti di cura non stigmatizzanti che favoriscano l'accesso e che siano in grado di rispondere ai bisogni sanitari della mente ma anche del corpo. Purtroppo, la morbilità e la mortalità per patologie fisiche delle persone con disturbi mentali è molto più elevata della popolazione generale, sia per problemi cardiovascolari e metabolici dovuti a stili di vita e ai farmaci antipsicotici, sia per uno scarsissimo accesso di questa popolazione ai controlli di screening e ai monitoraggi della salute fisica. Le case di comunità, ove venga prevista la presenza dei centri di salute mentale naturalmente, rappresentano un'importante possibilità in questa direzione, favorendo il lavoro comune dei professionisti della salute mentale e delle cure primarie. Si stanno diffondendo modelli di intervento personalizzati basati sulla metodologia del budget di salute attraverso una progettazione condivisa tra persone, sanità e sociale si costruisce un percorso il cui obiettivo è quello di mantenere la persona nel proprio contesto di vita, intervenendo su tutti i determinanti sociali di salute e benessere: abitare, lavoro e formazione, vita sociale e affettività. Questo strumento fa evolvere il sistema da un modello basato sul trattamento in residenze specializzate a un modello più territoriale e comunitario. Tutte le Regioni e Province autonome stanno partecipando a un progetto nazionale sul tema, finanziato dal Ministero della salute per condividere modelli e strumenti e diffondere omogeneamente la metodica a livello nazionale. In un momento storico in cui si rischia di confondere il diritto alla cura della persona con disturbi mentali autrici di reato e le esigenze di sicurezza è importante mantenere un dialogo con la magistratura e l'amministrazione penitenziaria senza mai abdicare al mandato di tutela della salute che è proprio del servizio sanitario nazionale. La pandemia ha messo in luce la scarsa coerenza tra la programmazione di bisogni del personale sanitario e la concreta disponibilità dei professionisti. In questo settore che sta vivendo un'importante ricambio generazionale si riscontrano difficoltà nel reperimento di psichiatri, medici dei SERT, neuropsichiatri infantili, ma anche di infermieri, educatori professionali, terapisti della riabilitazione psichiatrica, logopedisti, psicomotricisti. Queste difficoltà sono accentuate nei servizi situati nelle zone più difficilmente raggiungibili o in contesti più sfidati come le carceri o le residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza. Il recente incremento delle borse dedicate ai medici specializzandi è una misura importante che va accompagnata ad una maggiore disponibilità delle professioni sanitarie. Particolarmente delicato, poi, è il passaggio di consegne tra una generazione di professionisti e l'altra per trasmettere il sapere e la cultura professionale e organizzativa che ha caratterizzato questo ambito. Sarà importante supportare questa trasmissione di competenze alle nuove generazioni di professionisti.

Vi ringrazio per l'attenzione e fin d'ora mi riprometto di condividere i risultati di questa importante conferenza all'interno della Conferenza delle Regioni.

Enzo Bianco | *Presidente del Consiglio Nazionale di Anci* Associazione Nazionale Comuni Italiani

Sono davvero lieto di prendere la parola in questa importante iniziativa e porto il saluto del Presidente dell'ANCI, Sindaco di Bari, Antonio De Caro e degli 8.000 comuni italiani che affrontano ogni giorno le mille emergenze della vita del nostro paese, con passione ed entusiasmo, nonostante le difficoltà che tutti quanti noi conosciamo, ma con la voglia di dare, ogni giorno, il contributo e rendere migliore il nostro Paese.

Ringrazio davvero di cuore il Ministero della salute per aver promosso, a vent'anni dalla prima Conferenza sulla salute mentale, questa iniziativa di cui avvertiamo in modo assolutamente evidente la necessità, soprattutto dopo la pandemia. Ci sono molti problemi aperti; dobbiamo avere il coraggio di affrontarli in modo adeguato.

Insieme ai ringraziamenti porto anche la disponibilità dei Comuni italiani a svolgere il loro ruolo in questo ambito. Sappiamo di essere attori indispensabili in un approccio che non è soltanto scientifico o sanitario, ma è anche socio-sanitario, ambito in cui noi abbiamo responsabilità e che dobbiamo essere messi in condizione di poter assolvere al meglio.

La pandemia ha oggettivamente aggravato i problemi, anche nell'ambito della salute mentale. I dati che abbiamo e che leggiamo con molta attenzione, sono preoccupanti. Senza allarmismo, sono più preoccupanti di quanto non sia la percezione che oggi si ha nel sistema paese, e molto più profondi i segni di turbamento che restano nella vita degli uomini e delle donne a seguito di questa drammatica vicenda. Dobbiamo esserne pienamente consapevoli che questo riguarda anzitutto le fasce più deboli della popolazione, a partire dai giovani. EURISPES ha appena pubblicato un'analisi che invito a leggere per capire quanto, per esempio, nelle nuove generazioni, a seguito della pandemia ci sia una crisi evidente e grave dei valori etici di riferimento; di come si scatenino forme di aggressività, anche legate al nulla, che sono diventate oggi, purtroppo, anche molto più frequenti e gravi. Mi riferisco anche agli anziani e alle persone sole; mi riferisco alle aree sociali, economiche e geografiche del paese, più deboli e più svantaggiate. Siamo in presenza di una condizione in cui stanno aumentando enormemente, soprattutto in queste fasce, fenomeni di autolesionismo e di suicidio e, naturalmente, come è già stato detto dalla Ministra della giustizia, il fenomeno delle carceri, rappresenta anch'esso un problema da evidenziare.

A fronte di tutto questo noi diciamo che, purtroppo, il sistema Italia con i tagli che si sono susseguiti nel corso dei decenni precedenti, anche in materia di salute e sanità,

hanno colpito, inevitabilmente, anche il settore della salute mentale. In Italia, oggi, viene dedicato alla salute mentale solo il 3,5 % del Fondo Sanitario Nazionale, nonostante tutti stimino come soglia minima indispensabile il 5%, dato riferito a prima della pandemia. Quindi, aver avuto oggi la tempestiva capacità, che riconosco al Ministro della salute, di promuovere immediatamente questa iniziativa, indica la volontà e la consapevolezza della gravità del problema e la volontà di affrontarlo.

Noi paghiamo anche in questo settore il prezzo di scelte che si sono poste in essere nel corso dei decenni precedenti e che hanno colpito, soprattutto durante la pandemia, la medicina territoriale, presente e diffusa nel territorio. Come Sindaci, come amministratori locali confermiamo la nostra disponibilità a farci carico anche di questa problematica che pensiamo non debba essere affrontata soltanto con le strutture sanitarie tradizionali. È indispensabile avere una capacità di collaborazione tra le attività socio-sanitarie, ambito in cui i Comuni hanno una parte essenziale.

Dobbiamo essere consapevoli che anche nel settore della salute mentale ci sono dei divari molto marcati e molto accentuati tra le Regioni. Anche per questa materia, avverto l'esigenza di ripensare, dopo la pandemia, ad un equilibrio tra le responsabilità in ambito europeo, in ambito nazionale e poi l'articolazione a livello regionale che è importante ma che deve vedere una salvaguardia anche a livello nazionale.

A cosa siamo interessati e, ovviamente, disponibili noi Sindaci e amministratori locali? A rafforzare i servizi territoriali dedicati alla salute mentale. Sappiamo che qui si gioca una partita importante. Naturalmente con professionalità diverse che vanno dalla presenza di psicologi e assistenti sociali, perché è lì che si gioca la partita nella vita di tutti i giorni. Non c'è solo l'aspetto, importantissimo, del profilo medico e scientifico ma anche quello di assistere, nella vita di ogni giorno, con competenze, molte delle quali sono affidate ai comuni. E su queste, noi siamo disponibili a lavorare insieme, anche costituendo nel territorio esperienze come quelle che abbiamo realizzato a Catania, città di cui sono stato a lungo Sindaco.

Io sono partito dalla considerazione che il Sindaco metropolitano, di una grande città, non può non occuparsi di salute; non nel senso vecchio del termine, nel senso delle USL. A Catania abbiamo promosso la Conferenza permanente della salute, in cui il Sindaco, che è la prima autorità nell'area di una comunità, presiedeva un incontro con i Direttori delle aziende sanitarie e ospedaliere, insieme all'Ordine dei medici, alle strutture universitarie e all'Assessore regionale alla sanità. Molte volte, le strutture ospedaliere presenti in una città sono diverse, a Catania, per esempio, ne abbiamo tre, e ognuna di esse è un'isola in cui il Direttore generale può lavorare anche benissimo, ma da solo e, magari, non sa quello che fa l'altra azienda. Io li ho "costretti" a diventare una squadra e a lavorare in questo senso. Questa idea della "squadra" è un'idea importante anche in questa materia. Per concludere vorrei dire che bisogna partire dai territori: non c'è salute individuale senza salute collettiva e senza benessere sociale. I Comuni italiani sono disponibili a svolgere una funzione. Metteteci nella condizione di lavorare insieme. Utilizziamo le

risorse, anche quelle che ci arrivano in maniera straordinaria per aumentare la capacità di presidio di questa materia con strutture che abbiano questa caratteristica e per dare piena attuazione a quella straordinaria intuizione che fu la riforma della cosiddetta legge Basaglia.

L'ANCI è pienamente disponibile. Siamo pronti sia in Conferenza unificata, sia in ogni altra sede a svolgere la nostra parte perché sappiamo che su questa materia ci giochiamo una partita decisiva, importante e seria per il nostro paese.

Grazie per l'invito ma soprattutto per questa iniziativa importante, tempestiva ed esemplare per il nostro Paese!

Devora Kestel | **Direttore Dipartimento Salute Mentale e Abuso di Sostanze dell'OMS**

Ministri, ospiti distinti, cari colleghi, signore e signori, Vi ringrazio innanzitutto per l'opportunità di partecipare a questo prestigioso panel. È un onore per me.

Come alcuni di voi già sanno, e questo spiega anche il mio parlare in italiano, anche se un pò arrugginito, io devo all'Italia, a Trieste in particolare, la mia formazione professionale. Sono arrivata a Trieste appena laureata nel mio paese d'origine, l'Argentina, e durante i 10 anni successivi ho avuto il privilegio di lavorare con alcuni tra i migliori professionisti della salute mentale al mondo, in una delle esperienze di sistema di salute mentale tra le migliori che ci siano. Il rispetto e l'attenzione per i diritti delle persone con disagio mentale, degli utenti dei servizi, la centralità della presa in carico e della continuità della cura, così come la possibilità concreta per ogni persona con sofferenza mentale, indipendentemente dalla severità della malattia, di vivere in comunità, sono, tra gli altri, i principi che mi accompagnano da allora. Devo a quell'esperienza l'essere arrivata al ruolo che oggi occupo.

Il titolo della Conferenza italiana *Per una salute mentale di comunità* fa riferimento agli stessi contenuti dell'iniziativa recentemente lanciata dall'OMS: "*Iniziativa Speciale per la Salute Mentale: copertura sanitaria universale per la salute mentale*", su richiesta del Direttore Generale, Dr Tedros, che dall'inizio del suo mandato considera la salute mentale come una delle sue priorità. Noi abbiamo inteso che il modo giusto per farlo era assicurare un percorso di trasformazione che determinasse a tutti i livelli l'integrazione della salute mentale nei sistemi di salute, che garantisse il rispetto dei diritti umani ed una importante partecipazione dei beneficiari dei servizi e della società civile in generale. Attraverso quest'iniziativa intendiamo aumentare significativamente il numero di persone che possano avere accesso ai servizi della salute mentale, se lo necessitano.

Evidentemente, non sapevamo allora che ci sarebbe stata una pandemia che avrebbe aumentato, ingigantito forse, la visibilità e l'attenzione ai temi di salute mentale (anche se al momento si parla tanto, ma non si vedono ancora troppe azioni concrete a livello paese). In questo contesto, un mese fa, durante l'Assemblea Mondiale della Sanità, si è parlato molto di salute mentale, ed è stata approvata una Risoluzione "*Promuovere la preparazione e la risposta alla salute mentale per le emergenze di salute pubblica*", che pone l'enfasi sulla necessità di stanziare più fondi per la salute mentale, di aumentare la formazione dei professionisti della sanità e di studiare gli esiti da COVID-19 sui disturbi

mentali, neurologici e da uso di sostanze. La Risoluzione approva anche l'aggiornamento delle appendici del Piano di Salute Mentale Globale, che va fino al 2030.

Nonostante oggi sia più diffusa la conoscenza a livello mondiale sull'OMS, lasciatemi spiegare brevemente, per chi non ne è consapevole, che cosa l'OMS fa, a livello tecnico, in tempi normali - intendo dire quando non ci sono pandemie. Prioritariamente portiamo avanti i "mandati" - come vengono chiamati - che gli Stati Membri decidono siano importanti, come il piano d'azione sulla Salute Mentale, di cui vi ho appena parlato. Una volta che i documenti sono concordati tra tutti, è compito dell'OMS la produzione dei documenti normativi, la validazione dell'evidenza scientifica e dell'informazione prodotta da noi o da altri, lo sviluppo di materiale formativo, e quant'altro sia necessario per facilitare il raggiungimento degli obiettivi dei Piani d'azione da parte dei paesi.

Oggi in questa Conferenza tengo a sottolineare che il modello di riforma italiano, con le tante esperienze pionieristiche sviluppate attraverso gli anni, è senz'ombra di dubbio un esempio di salute mentale pubblica per i tanti paesi impegnati a migliorare la situazione dell'assistenza in salute mentale. Un sistema di salute pubblica che si fa carico dei problemi di salute mentale tanto quanto quelli di natura fisica, è quello che si promuove nel Piano d'azione dell'OMS, ed è il modello che noi proponiamo attraverso diverse strategie di collaborazione con i paesi. Per dirlo con le vostre parole: "la responsabilità pubblica delle politiche per la Salute Mentale, per garantire in modo uniforme sul territorio nazionale il diritto alla cura e all'inclusione sociale". Cioè, uno stato che, nelle diverse forme amministrative che i paesi propongono, sia responsabile della salute mentale e delle sfide che questo rappresenta particolarmente quando si vuole uscire dal modello degli ospedali psichiatrici tradizionali per sviluppare una salute mentale integrata al sistema di salute, e basata sui servizi di salute mentale comunitari.

Un'altra parte del nostro lavoro consiste nella produzione di materiale di natura più tecnica sui vari temi di cui ci occupiamo (salute mentale, ma anche demenza, suicidio, dipendenza da alcol e droghe, ecc). In questo contesto qualche settimana fa abbiamo lanciato un documento sulle buone pratiche in Salute Mentale, che raccoglie una quindicina di esperienze di servizi di salute mentale comunitaria centrati sulla persona e sul rispetto dei diritti umani. Questa guida illustra le esperienze di servizi di vari paesi nel mondo, ma introduce anche esempi di sistemi di salute mentale che rispondono ai bisogni più diversi delle persone con malattia mentale. Uno di questi esempi è Trieste (gli altri due sono Lille in Francia e Campinas in Brasile, tutt'e due ispirati alle pratiche di Trieste) in relazione alla rete di servizi di salute mentale integrati, capaci di farsi carico, in maniera integrata con gli altri servizi del territorio, dei bisogni differenziati dei soggetti, sia relativamente ai diversi livelli di severità della malattia mentale, sia relativamente ai determinanti sociali della malattia mentale, che questa determina o dai quali si è sviluppata.

Per finire, nei tempi i cui i bisogni di Salute Mentale emergono più chiaramente a livello mondiale, mi auguro che questa conferenza vi sia utile per rinforzare, laddove sia

necessario, il modello di salute mentale comunitaria già presente nel paese. Noi dell'OMS siamo interessati a collaborare con le numerose esperienze di buone pratiche dei servizi pubblici, quelle più consolidate e quelle più recenti, perché la vostra eccellenza nazionale possa essere messa al servizio di tutti i paesi del mondo

Vi ringrazio nuovamente per quest'opportunità.



Benedetto Saraceno | *Segretario Generale del Lisbon Institute of Global Mental Health*

Autorità politiche, Amministratori pubblici, Operatori della Salute Mentale, La Conferenza nazionale Salute Mentale del 2019 si concludeva formulando dieci richieste al Governo, al Parlamento, alla Conferenza delle Regioni e all'ANCI. Dieci richieste che riassumevano le persistenti e talvolta gravi lacune in molte aree del paese ma anche le conquiste di quarant'anni di riforme.

In quella Dichiarazione conclusiva, infatti c'erano speranze, ottimismo e l'impegno a continuare il cammino aperto da Franco Basaglia.

È molto difficile prendere la parola oggi, a meno di 24 mesi da quella temperie culturale e politica.

Troppi mutamenti ha portato la pandemia e, dobbiamo riconoscere che, al di là delle retoriche sulla ripresa, vi sono state indubbie fragilità di alcuni settori della sanità e, nello specifico della salute mentale, operatori e servizi hanno dovuto fare i conti con un nemico terribile e incompatibile con il lavoro per la salute mentale, ossia la perdita del contatto umano ravvicinato.

Dunque, anche la salute mentale e i servizi a essa preposti sono stati, e sono, parte della tragedia di questi ultimi 18 mesi:

- contiamo più di 121.000 morti,
- un numero non ancora ben noto ma certamente grande di sopravvissuti alle non occasionali sequele gravi della malattia,
- moltissime le persone in lutto per la perdita di un familiare, e, infine,
- milioni i cittadini resi vulnerabili dalla crisi economica, siano essi rimasti senza lavoro (le donne soprattutto) oppure colpiti nelle loro attività produttive.

Dunque, come prendere la parola in una platea di tecnici fingendo che solo di questioni tecniche dobbiamo occuparci?

Credo, o almeno questo è il mio personale sentire, che sia indispensabile una certa parsimonia di parole.

Dunque, bast, per entrare nel vivo tecnico dei temi di questa assemblea, evocare poche questioni che costituiscono il fardello di orgoglio, responsabilità e ottimismo che abbiamo il dovere di derivare dalla lezione della pandemia. Abbiamo constatato:

primo che avevamo ragione, che l'Italia tutta ebbe ragione quando inaugurò la stagione delle riforme della assistenza psichiatrica. Fino dall'inizio, avevamo

ragione: le istituzioni totali uccidono il corpo e la mente. E, infatti, la crisi dovuta al virus ha reso evidente la *débâcle* del modello residenziale per tutti i soggetti portatori di disabilità o di vulnerabilità (penso agli anziani nelle RSA) e ha mostrato in alcuni casi, un drammatico deficit di sanità e welfare territoriali. Un deficit, questo, imputabile all'incrocio fra una desolante cecità culturale e irresponsabili scelte politiche. Il modello della psichiatria istituzionale, che era stato messo in salutare crisi da Basaglia, era stato progressivamente abbandonato in favore di una prospettiva attenta ai diritti e ai bisogni dei malati. Ebbene, quel modello oggi si ripropone in modo pervasivo, e ben oltre la psichiatria, per "contagiare" l'intero universo delle disabilità e vulnerabilità psicosociali. E proprio da questo ritorno regressivo e neo-istituzionale delle separatezze e dell'esclusione sociale bisognerà ripartire, ritrovando l'attualità delle pratiche della Deistituzionalizzazione, parola che per fortuna non mostra segni di invecchiamento. Dovremo quindi impedire che al bisogno di assistenza e cura delle persone vulnerabili, non autosufficienti, disabili, si risponda con una acritica riproduzione di nuove istituzioni residenziali.

"E tu slegalo subito", si è detto, e non lo si ripeterà mai abbastanza: dunque, non creiamo altri luoghi fatti per legare.

secondo tutti insieme avevamo ragione, seppure con molte e non irrilevanti differenze, anche su un'altra grande questione: è una organizzazione dei servizi basata su un investimento forte nel e del territorio che rappresenta la via regia per la salute mentale e per la cittadinanza. Welfare e Salute sono le componenti inseparabili per la costruzione di percorsi per vivere, di opportunità di vita, per promuovere luoghi di socialità e libertà invece che spazi separati.

terzo avevamo ragione a ritenere che la riabilitazione psicosociale non fosse l'affare di qualche atelier che costruisce posaceneri ma il faticoso processo di ricostruzione della contrattualità affettiva e sociale delle persone attraverso la vita quotidiana, l'abitare, il produrre valore sociale, lo scambiare.

E a confermare che avevamo ragione, che l'Italia seppe vedere con maggiore lungimiranza politica, morale e tecnica, oggi disponiamo di conferme derivate da una importante massa critica di evidenze epidemiologiche e di ricerca. La Organizzazione Mondiale della Salute dal 2001, e senza interruzione, ha confermato il valore della riforma italiana e, ultimamente, nel 2018 un consorzio internazionale di ricercatori ha confermato, attraverso la Lancet Commission, come ipotesi o intuizioni di trenta anni fa oggi debbano essere ritenute certezze dimostrate.

Ma, certamente, la pandemia ha anche reso visibili i rischi inerenti a ogni deficit di democrazia sia nella salute (le cosiddette *social inequalities*) sia nella sanità e nelle sue prestazioni. Da diritto fondamentale e universale, talvolta, la salute è considerata un costo fra i tanti e il sistema sanitario, che dovrebbe promuoverla e proteggerla, si è prestato, in certi casi, a trasformarla in un prodotto da comprare e da vendere. Questo

deficit va colmato con la promozione di processi di “democrazia dal basso”: una medicina e un welfare integrati e rafforzati e una riappropriazione della salute da parte delle comunità locali.

In questo processo complesso abbiamo tuttavia un potente alleato che non utilizziamo abbastanza e magari neppure conosciamo: mi riferisco alla Convenzione delle Nazioni Unite per i diritti delle persone con disabilità, firmata e ratificata dal governo italiano: quella legge, poiché di legge ormai si tratta, che ci consente di transitare finalmente dalla etichetta, dal *politically correct* della generica evocazione dei diritti, alla concreta Etica delle libertà inestricabilmente legate agli interventi di cura, e, finalmente, incarnate dalle leggi.

Ma, ce la faremo?

Certamente non possiamo farcela se accettiamo una sanità pubblica inefficiente che prepara magari il terreno a un privato rapace.

Le amministrazioni locali regionali e comunali devono, possono e molto spesso sono il grande alleato ma anche, ahimè, possono divenire il grande ostacolo (ed è per questo che quaranta anni di esperienza triestina, stanno ricevendo in queste settimane migliaia di attestazioni internazionali di stima e sostegno).

Ma, dunque, ce la faremo?

Io credo di sì, se sapremo capire con la nostra intelligenza e agire con la nostra professionalità, che deficit di democrazia e deficit di umanità si combattono con lo sviluppo di nuova innovazione locale e con un rinnovato sforzo intellettuale per fare avanzare localmente un pensiero generale.

Dovremo studiare e capire meglio i fattori di resilienza che hanno permesso a molti di sopravvivere malgrado il confinamento, dovremo inventare nuove forme di connessione sociale, dovremo rivisitare e rinnovare radicalmente nozioni come “empowerment” delle persone che utilizzano i servizi o come “comunità”, sempre meno definibile come contiguità spaziale ma sempre più come contiguità virtuale.

Allora, facciamo uno sforzo di ottimismo della ragione e avviamo una nuova stagione di pensiero guidato dalla Speranza trasformata in progetto politico e mettiamo in campo pratiche, non agite all’insegna del pessimismo difensivo ma, al contrario, ispirate da una salutare dose di utopia strategica.

TAVOLO 1

“LA QUALIFICAZIONE E L’ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI PER UNA SALUTE MENTALE DI COMUNITÀ”

Coordinatori

Roberto Mezzina

già direttore del DSM di Trieste, Centro Collaboratore OMS per la Ricerca e la Formazione; Vicepresidente e responsabile per l'Europa della World Federation for Mental Health; Presidente dell'International Mental Health Collaborating Network

Mila Ferri

Coordinamento del gruppo Salute mentale della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome della regione Emilia-Romagna

Introduzione alla sessione su: **La qualificazione e l'organizzazione dei servizi per una salute mentale di comunità**

I Servizi post-riforma dovevano fornire alternativa globale alle istituzioni manicomiali. L'Italia ha accettato questa sfida, unica nel mondo a dover costruire servizi che fanno a meno di contenitori istituzionali. Tuttavia, è l'ultimo tra i paesi avanzati in quanto a investimenti in salute mentale, avendo "risparmiato sulle istituzioni", ma non reinvestito adeguatamente sui nuovi servizi. Abbiamo consapevolezza dell'inevitabile influenza delle politiche, delle visioni del mondo e dell'uomo, delle questioni etiche che sottostanno alla scienza e all'assistenza. Da un alto, la psichiatria è 'funzione della politica', dal suo uso nei regimi totalitari di ogni segno, alle politiche liberiste, alla stagione delle riforme strutturali e dei movimenti per i diritti civili e sociali in molti paesi (di cui l'Italia è il massimo esempio), all'attuale momento storico di grande incertezza con impostazioni che intaccano i diritti umani e sociali e gli stessi servizi attraverso politiche neoliberiste, come si sta verificando ora a Trieste e nel Friuli Venezia Giulia, tuttora esempio mondiale per l'OMS di rete completa di servizi centrati sulle persone e fondati sui diritti (WHO, 2021).

Dall'altro, i tecnici hanno una grandissima responsabilità nell'indicare la via. I servizi devono essere in grado di descrivere le loro pratiche guardando non tanto al content ma al *delivery of care*, ovvero all'impatto complessivo di un sistema di servizi, anche sull'intera comunità e non solo sui singoli; per questi ultimi, alla costruzione di processi di cura che diano risposte complessive all'intero ventaglio dei bisogni di vita, in integrazione coi sistemi e servizi di welfare. Vanno quindi favorite ipotesi di lavoro che vadano oltre il modello medico e/o quello psicologico, per aggredire i determinanti sociali di salute mentale, e che dunque si muovano per l'integrazione tra sociale e sanitario. In tal senso è necessario soprattutto che essi si declinino come integrazione tra pubblico e ONG,

ONLUS - privato sociale, e coproduzione con gli *stakeholders*, utenti e familiari.

a. PONSM: strutture, non funzioni

La definizione delle strutture componenti il Dipartimento di Salute Mentale nel PONSM del 1998-2000 (Centri di Salute Mentale; SPDC; Strutture Residenziali; Centri Diurni; Day Hospital) appare oggi alquanto sorpassata. Si tratta di una visione statica fondata su componenti, ma ogni struttura non esaurisce le diverse funzioni cui deve rispondere, e non si possono identificare i due ambiti. Occorre peraltro rispondere a questioni di fondo riguardanti la natura e gli obiettivi dei servizi territoriali. Dopo la legge di riforma, fino alla chiusura finale degli OP, in Italia non si è evidenziato tanto un revolving door, quanto piuttosto un sovraccarico sulle strutture residenziali, a volte diventate sistemi di sequestro dal territorio. Ciò nel permanere di un *treatment gap*, tra domanda e risposta terapeutica, come evidenziato dai dati di prevalenza nazionali, che risultano tra i più bassi tra i paesi OCSE (OECD, 2018).

b. Livelli e percorsi esigibili: i LEA territoriali

Una riflessione è quindi necessaria sui percorsi di cura, appena accennati nel PANSM (2013), laddove le componenti di risposta integrata anche sociale si aggiungono in modo gradualmente più consistente. Il Budget di Salute interviene al livello di massima complessità. Utile riferirsi all'approccio agli standard dei percorsi nei servizi (es. Australia). Alcuni concetti di base 'old fashioned' da rifocalizzare sono preliminari:

- la Presa in carico come fatto centrale: intesa come assunzione della domanda dell'utente e del suo contesto in tutto il suo portato sociale
- il Circuito (di servizi e di cure) e di circolazione della domanda: oggi è definito in termini di percorsi di cura e di integrazione sociale, ma si perde la connotazione di riflessione critica (anti)istituzionale. Di fatto, la cronicità vi si riproduce in maniera strisciante ma continua.

c. Organizzazioni basate su principi

I tre livelli (Weick, 1998) - principi, procedure, interazioni tra gli attori - vanno soddisfatti insieme, e vincolati tra loro. Tra i principi, vanno considerati quelli enunciati dall'OMS nell'Action Plan (ora prorogato fino al 2030): servizi *rights-based (person-centered)*, *empowerment*, *multisectoral approach*. Il tema dei diritti, tradizionalmente connesso in Italia al tema della cittadinanza delle persone con disturbo mentale, viene oggi attualizzato all'orizzonte dei diritti umani stabilito dalla Convenzione sui Diritti delle Persone con Disabilità (CRPD) delle Nazioni Unite, ratificata dall'Italia nel 2009. Alcuni esempi di aree sensibili al tema dei diritti sono la contenzione fisica, meccanica, chimica; le alternative all'uso dei farmaci; e più in generale, la riduzione dell'uso della coazione. Occorre rendere reale ciò che la legge prescrive, ossia la ricerca del consenso e la messa in campo di tutte le misure alternative territoriali prima di richiedere un TSO. L'esperienza dimostra ad esempio che per ridurre i TSO bisogna cercare di agganciare le persone e i loro familiari, il che richiede attitudine attiva, mobilità e flessibilità del servizio, e altre componenti quali un accesso facile e rapido; proattività, assertività e continuità di cura;

un approccio *whole life*, che integrare attività 'extracliniche' e risposte ai determinanti sociali; l'orientamento alla *recovery* e l'inclusione dei *peer*.

d. Servizi 24 ore

Perché i sistemi territoriali funzionino in alternativa agli ospedali, occorre che garantiscano una risposta sulle 24 ore (richieste dal Piano d'Azione Europeo di Helsinki, 2005). Ciò richiede:

- Porre in relazione una risposta rapida e mobile alla crisi e la continuità successiva di presa in carico (attraverso diversi modelli EB territoriali, dal team di crisi al CSM 24 ore).
- una riabilitazione sviluppata nella sua dimensione territoriale, che si lega ai processi di inclusione.

Va concepito un CSM multifunzionale, con un ampio range di risposte, in grado di determinare un'offerta terapeutica relativa alla risposta alla crisi e ad altre necessità di permanenza finalizzate a progetti terapeutico-riabilitativi. La dimensione abitativa di tipo domestico nel CSM 24 ore favorisce la maggior normalizzazione possibile dell'esperienza psicotica, a porta aperta e in relazione col territorio e le sue reti sociali.

e. Specializzazione

Rispetto all'emergere di nuove fasce di bisogno, esiste una tensione tra servizi *comprehensive vs specialized* nei paesi ad alto reddito. A nostro parere, non si può andare a specializzare (es. per i giovani) se non si sono risolte e garantite le basi del *care* ed un *early intervention / open access* per tutta l'utenza. Vanno definite piuttosto funzioni specialistiche invece che servizi distinti, onde evitare il rischio di frammentazione. Non va pensata una sommatoria di interventi, lineare e orizzontale, ma una sinergia verticale. Occorre quindi rovesciare il *balanced care model* (Thornicroft and Tansella, 2013), intendendolo come sistema bilanciato di risposte territoriali, fino alla piena inclusione e allo sviluppo di comunità.

f. Benchmarking di modelli di sistemi territoriali

Pur non perdendo una visione evolutiva del sistema salute mentale, appare d'altro canto necessario pensare ad una standardizzazione (o meglio modellizzazione) delle migliori esperienze di *community based services*, spesso accusate di restare empiria. Proposte di benchmarking (OECD, 2018) si riferiscono a principi e relativi indicatori, anche se ancora troppo generici.

Sarebbe opportuno pertanto definire:

- Indicatori di complessità (ecosystems, Rosen and Carulla, 2020)
- Un'epidemiologia dei diritti e relativi indicatori (Tognoni, 2010).

Un esempio potrebbe essere costituito dalla misurazione degli esiti del CSM o meglio del sistema 24 ore territoriale attraverso macroindicatori epidemiologici, quali tassi di TSO, di proiezione territoriale, di istituzionalizzazione (SR, misure di sicurezza, etc), minor uso farmaci, costo-efficacia complessiva e sostenibilità.

In conclusione, è opportuno ormai sancire, a livello teorico e pratico, il passaggio

da psichiatria a salute mentale di comunità. Quest'ultima deriva direttamente dalla deistituzionalizzazione, attraverso sistemi costruiti intorno agli individui ed alle comunità (Mezzina 2014, 2016), e rimanda ad un approccio globale ed olistico che pone in relazione la medicina ai sistemi di welfare in una sinergia potente.

INTERVENTI

Giuseppe Cardamone^o e Edvige Facchi*

^o Direttore UFC SMA Prato DSMD Azienda USL Toscana Centro

* Direttore U.O.C. Psichiatria DSM Azienda USL Toscana sudest

La pandemia ha reso evidente un concetto fondamentale, già chiaro agli operatori della salute mentale e cioè l'importanza del territorio e del lavoro territoriale.

La regione Toscana ha da anni insistito sul concetto fondamentale di continuità ospedale-territorio: favorendo organizzazioni sul modello delle Unità Funzionali con équipe unica, ha dimezzato di fatto l'indicatore nazionale di 1pl ogni 10.000 abitanti, portandolo a 0.6 p.l. ogni 10.000 abitanti.

Il lavoro sul territorio (e con le dimensioni comunitarie che lo attraversano) è l'assioma per declinare la Salute Mentale di Comunità. Questo modo di lavorare favorisce l'intercettazione precoce dei disturbi e delle situazioni critiche e permette quindi di declinare interventi a valenza preventiva e di promozione della salute, così come di realizzare un'azione di filtro rispetto al livello ospedaliero.

Gran parte dell'efficacia di un SPDC è da correlarsi alla capacità dei servizi territoriali di intervenire in modo tempestivo: prima (evitando il ricovero se possibile ed utile), ma anche durante e dopo la fase ospedaliera.

L'attuale contesto pandemico ci sta di fatto facendo registrare un progressivo ed implacabile aumento di pressione sui canali dell'urgenza di utenza sempre più giovane e sconosciuta ai servizi.

Per far fronte a questa domanda che rischia di divenire critica è necessario garantire LEA organizzativi e l'appropriata dotazione di risorse "umane".

In tutto il territorio nazionale si registra una mancanza di medici specialisti e per superare questa situazione sono opportuni un ripensamento della composizione multiprofessionale e una rivalutazione dei rapporti tra le diverse professionalità rappresentate.

Il cambiamento strategico richiesto:

- è innanzitutto di ordine quantitativo, andando nel senso, a parità di dotazione organica complessiva, della riduzione del rapporto medici+infermieri/psicologi+educatori

professionali+assistenti sociali;

- ma dovrebbe anche essere di ordine qualitativo, andando nel senso dell'introduzione di figure professionali capaci di mediare e connettere con i molteplici mondi che compongono il territorio attuale dei servizi (dalle culture cibernetiche e virtuali a quelle veicolate dalle comunità migranti) attraverso pratiche innovative, caratterizzate da maggiore flessibilità e capacità di integrazione multiprofessionale e multidisciplinare.

Entrambi questi ordini di cambiamento possono introdurre nel sistema innovazioni nelle culture e nelle metodologie operative capaci di bilanciare, e sperabilmente di superare, paradigmi eccessivamente orientati al riduzionismo biologico e adesi al mandato sempre più esplicito di controllo sociale.

Da rimarcare è la necessità che gli interventi siano caratterizzati da eticità, appropriatezza, competenza tecnica e con il coinvolgimento attivo delle famiglie e della comunità.

Solo attraverso un lavoro integrato, democratico e partecipato è possibile contrastare pratiche di restraint.

In questo modo ci sembra possibile riorientare i servizi, permettendo loro di svolgere effettivamente azioni e interventi "complessi" orientati alla *recovery* ed alla Salute Mentale di Comunità.

Elementi innovativi da introdurre nelle pratiche sono innanzitutto, in questa logica, la concreta partecipazione di facilitatori sociali e di utenti e familiari esperti. In questa direzione diventa fondamentale sostenere le Associazioni di categoria, l'istituzione di Consulte per la salute mentale e Comitati di partecipazione.

Si tratta di creare le condizioni strutturali attraverso cui chi usufruisce dei servizi pubblici possa interloquire con chi li eroga al fine di interrogare, mettere in discussione, comprendere ed eventualmente criticare i saperi ed i poteri su cui si fondano gli interventi, esprimendo la propria soggettività e progettualità. In questo modo le prospettive degli utenti, anche nelle loro forme critiche, possono andare a sostanziare il carattere democratico che necessariamente deve essere la cifra dei servizi pubblici.

Altra interazione e collaborazione importante è con il privato sociale e con tutto il terzo settore, con cui, nella corretta interpretazione della legge del 2017, è necessario co-progettare e lavorare.

L'architettura attuale dei servizi tende ad irrigidirne il funzionamento e l'operatività, rendendola scarsamente adeguata alle necessità dei territori. Viene in effetti favorita la loro chiusura in unità-silos fra loro scarsamente comunicanti. La scarsità del dialogo organizzativo ed operativo si osserva soprattutto nelle situazioni di maggiore complessità dove la dimensione psicopatologica si intreccia con l'uso di sostanze e difficoltà abitative, lavorative e sociali. Emerge allora in tutta la sua chiarezza la difficoltà nel realizzare la necessaria integrazione socio-sanitaria e la collaborazione fra servizi ed unità funzionali diversi.

Occorre ragionare in un'ottica di percorsi e di programmi individualizzati che attraversano in maniera trasversale, fluida e flessibile diverse dimensioni istituzionali e comunitarie.

Strategica è in questa direzione la chiara identificazione del case-manager e dei profili di responsabilità delle diverse istituzioni, delle diverse professioni ed eventualmente delle diverse dimensioni comunitarie coinvolte.

In altri termini occorre continuamente, e in qualche misura nuovamente, smantellare le mura dei servizi, “deistituzionalizzarli”, renderli aperti, abitati e partecipati. A tal fine, oggi è necessario però mettere in discussione non tanto confini fisici (mura manicomiali), quanto confini divenuti principalmente immateriali (composti da procedure e misure amministrative, sistemi di registrazione e identificazione, ecc., che nel complesso creano ingessature burocratiche e vincoli operativi nell’azione di cura e ancor più nella vita stessa degli utenti).

La formazione e la motivazione degli operatori hanno un ruolo cruciale, nonché l’acquisizione, accanto a specifiche competenze tecniche, di abilità relazionali e di mediazione (sociale, comunitaria e culturale).

In ultima istanza, auspichiamo un lavoro culturale e politico diffuso e partecipato, in grado di rimettere la salute mentale al centro dell’attenzione generale e delle Agende di governo locale e nazionale. Una simile centralità è indispensabile non solo per il benessere complessivo dei cittadini e delle comunità, ma può diventare anche la chiave di volta, in questo particolare momento storico a carattere pandemico, di ogni possibile resilienza e rinascita economica.

De Mattia Gaetano

UOSM 21-22, Capua-S. Maria C.V.(CE) del DSM ASL di Caserta
Centro di Salute Mentale H24, Accoglienza Diurna/Notturna

Premessa: La crisi pandemica ha reso evidente le criticità del nostro sistema sanitario in termini di risorse umane e capacità organizzative, ancora troppo diseguali.

La riforma di cui c’è bisogno deve partire dal capovolgere la consuetudine, che relega le cure domiciliari in un’area marginale della medicina territoriale e della salute mentale e di tanto in tanto ne invoca il rafforzamento.

È indispensabile che il personale del servizio sanitario posseda le competenze per produrre salute, e non solo interventi riparativi

Thomas Insel, ex Direttore del National Institute for Mental Health, afferma che è stato possibile «pubblicare molti articoli, di bravi scienziati, a costi elevati» ma «non abbiamo ridotto i suicidi, i ricoveri o migliorato gli esiti di guarigione delle persone con problemi di salute mentale».

Il riduzionismo assistenziale (poca assistenza domiciliare, poca rete nelle comunità locali, un’escalation di impiego farmaci a lunga azione, carenti interventi per l’inclusione sociale) è in perfetta linea con la “trilogia” predominante: visita ambulatoriale, ricovero in SPDC, invio in strutture residenziali, un circuito che favorisce la cronicità e non la

ripresa e la guarigione delle persone.

STORIA: Partiamo da uno scritto poco noto di F. Basaglia ne "L'utopia della realtà"

"Quando ci si prefigge di organizzare un servizio sanitario, la difficoltà sta nel trovare risposte concrete a domande concrete che provengono dalla realtà in cui si agisce. Ma le risposte aderenti alla realtà dovrebbero insieme trascenderla (attraverso l'elemento utopico), tentando di trasformarla. In questo senso, nell'ipotizzare una organizzazione sanitaria si corre il rischio di cadere in due errori opposti: da un lato, quello di proporre risposte che vanno oltre il livello di realtà in cui si muovono i bisogni, creandone altri attraverso la produzione di nuove realtà ideologie cui le misure adottate sono pronte a rispondere; dall'altro, quello di restare così aderenti alla realtà, da proporre risposte chiuse nella stessa logica che produce il problema che si vuole affrontare. In entrambi i casi la realtà resta immutata e le risposte si limitano a definire e a circoscrivere la problematica di ogni settore specifico...Ciò che deve mutare per poter trasformare le istituzioni e i servizi psichiatrici è il rapporto tra il cittadino e la società, nel quale si inserisce il rapporto tra salute e malattia.

COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA SULL'EFFICACIA E L'EFFICIENZA DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - Relazione 2013

- Gli interventi sanitari e sociali devono essere più integrati e individualizzati per contenuti e risorse, attraverso una revisione dei LEA e l'istituzione di DRG di percorso, in cui l'intervento sanitario e sociale possa non essere più omologato per tipologia di struttura: l'approccio integrato deve tradursi in una valorizzazione e remunerazione economica dell'intero percorso di cura del paziente, superando il concetto di rimborso per singola prestazione e/o per diagnosi...
- CSM 24 ORE: ha come riferimento la UOSM di Capua/S.Maria C.V. (CE) del DSM dell'ASL di Caserta, che insiste su di un territorio di 336,49 km², con una popolazione totale di 137,478 abitanti.

"Il servizio è costituito da una molteplicità di luoghi/opportunità comunicanti, permeabile e dinamico, dove le opportunità, ovvero le risorse e le occasioni negoziali, sono continuamente a disposizione di utenti, operatori, cittadini."

«La storia naturale della malattia» non incontra modelli e tecniche ma incontra «storie naturali di servizi».

La UOSM diventa così luogo di vita, di incontro e partecipazione, fucina di relazioni e idee.

Nella nostra esperienza la domiciliarità, la contaminazione tra servizi pubblici e privato sociale, tra salute e malattia, tra utenti e comunità diventano strumento di cura.

Il lavoro di salute mentale prende avvio e si espleta nel territorio, nei contesti di vita della persona, dove nasce e si sviluppa la sofferenza.

Ciò di cui hanno bisogno i pazienti gravi è forse il "viandante", un compagno di strada capace di una presenza sincera, non intrusiva e piena di rispetto per le caratteristiche peculiari di ogni paziente.

CONCLUSIONI: Spesso nelle strutture psichiatriche pubbliche, sedotti dalla presunzione di poter catalogare ogni forma di disagio psichico riconducendola a impersonali formule generali abbiamo imparato a dare moltissime risposte, ma ci siamo dimenticati delle domande.

Centro progettuale, e quindi “mente” e “cuore” del sistema resta il Centro di Salute Mentale, in quanto detiene la continuità di cura ed il senso del progetto. Averlo concepito come un servizio territoriale a 24 ore, in definitiva, non ha significato aggiungere una funzione ad un servizio ambulatoriale (ad esempio, la disponibilità di letti all’interno di un servizio territoriale o in strutture ad esso collegate; o l’estensione dell’orario di apertura dello stesso; o la sua integrazione operativa con un servizio di reperibilità notturna sul territorio). Per CSM a 24 ore intendiamo invece una scelta forte e significativa, che determini la trasformazione profonda dell’operatività e della filosofia di un servizio territoriale.

Silvia Grazzini

ESTAR Toscana

Il percorso di de-istituzionalizzazione dei processi di presa in carico e di cura, ormai consolidato in Salute Mentale, costituisce terreno fertile per procedere oltre, nella direzione dell’abbattimento definitivo dello stigma.

Il passo che permette di avvicinarsi a questo obiettivo, è quello di cominciare a considerare l’intervento pubblico, rivolto alla salute mentale, e anche a tutto il settore dei servizi socio-sanitari territoriali, non più come “servizio”, ma come “investimento”: si tratta di un cambio di mentalità, che permette di passare dal concetto di “servizio”, e quindi dall’immagine di “bene di consumo” o di “compito caritatevole”, al concetto di “investimento”, che comprende in sé l’idea di valore e di opera pubblica durevole nel tempo.

ESTAR, nella sua attività di centrale per gli acquisti per gli enti del Servizio Sanitario Regionale, ha cominciato ad utilizzare lo strumento della co-progettazione pubblico-privato, nella convinzione che le Stazioni Appaltanti devono porsi l’obiettivo di oltrepassare definitivamente la prassi di comprare un servizio, di aggiudicarlo o affidarlo a terzi. Diversamente è opportuno pensare a riprogettare, o meglio a ri-co-progettare con il privato sociale, un contesto inclusivo, dove sia possibile investire sulla persona, valore di per sé, generare benessere, impatto sociale e sviluppo del territorio.

Passare dall’idea di servizio a quella di investimento permette di approcciarsi alla riprogettazione dei processi produttivi di salute e benessere, per garantire, oltre alla corretta presa in carico della persona, la realizzazione del suo progetto di vita e del progetto di vita di tutte le persone coinvolte, dalla famiglia agli operatori sanitari, al gestore, alla parte pubblica, verso la realizzazione della persona, nel rispetto delle proprie

abilità specifiche e del proprio vero sé.

D'altra parte, non ci può essere salute, se non si sviluppano sane relazioni: per questo è imprescindibile co-progettare e co-sviluppare reti tra enti pubblici e soggetti del privato sociale, reti economiche, reti territoriali di servizi, reti relazionali, personali e amicali, affinché i processi produttivi di cura, di salute e benessere, divengano anche progetto di vita per il territorio e per la sua collettività.

A seguito della co-progettazione, la parte pubblica deve, secondo la normativa regionale toscana, rendicontare l'impatto sociale della stessa. Il progetto di investimento, deve pertanto prevedere anche indicatori di risultato:

- Indicatori Input/Output, dove Input sono le azioni programmate e Output le azioni effettivamente eseguite;
- Indicatori Outcome, che misurino come le azioni eseguite abbiano modificato (migliorato) i processi produttivi dei servizi.
- Indicatori Impact, che misurino quanto le azioni realizzate abbiano effettivamente modificato il contesto risolvendo situazioni indesiderate e prodotto benessere, fornendo evidenza dell'impatto delle politiche intraprese.

Questo è il risultato al quale deve condurre il superamento dell'immagine del servizio, come "centro di costo" o spesa corrente, a favore di quella di investimento, posta dinamica, ammortizzabile e remunerativa in un orizzonte temporale di medio/lungo periodo.

Tiberio Monari

Osservatorio di salute mentale FPCGIL Medici e Dirigenza sanitaria

La Repubblica tramite l'articolo 32 della Costituzione tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività. Non si parla solo di cure, perché per salute non si intende la sola assenza di malattia, ma il completo benessere psicofisico e sociale. Questo implica un campo di azione molto più ampio, che coinvolga anche gli ambiti socio-economico, il lavoro, l'istruzione...

Riteniamo che la presa in carico del paziente con problematiche di salute mentale non sia solo un atto medico ma riguardi anche le relazioni con la comunità di appartenenza e i familiari, in modo da strutturare un progetto condiviso attorno alle risorse del paziente e da svolgersi nel suo territorio di vita.

Per cui è di assoluta importanza che accanto alla effettiva e concreta applicazione dei LEA, siano istituiti e finanziati anche i Livelli Essenziali delle Prestazioni in ambito sociale in modo da dare concretezza ed efficacia agli interventi sociosanitari.

Riteniamo che sia indispensabile, per dare una adeguata risposta ai bisogni di salute mentale, una ricerca continua sulle buone pratiche e sui modelli più adeguati e validati, mettere al centro la persona, i suoi bisogni e i suoi diritti, coinvolgere attivamente i rappresentanti degli utenti e della società e programmare delle attività di prevenzione.

Ma se non vi sono delle adeguate risorse questo modello non è realizzabile.

Vi è una differenza della percentuale di spesa per la salute mentale fra Regione e Regione che non è accettabile: si passa dal 7,5 % al 2,4 % (Dati 2018). Va stabilita una percentuale uguale per tutte le regioni, al di sotto della quale non è possibile andare, proponiamo il 6%. In termini di investimenti dei Paesi europei il Lussemburgo investe il 13% del bilancio totale per la sanità, la Francia l'8%.

Nel Rapporto sulla salute mentale del Ministero della Salute del triennio 2015-2017, si evidenzia che in tale periodo vi è stata una diminuzione di 500 medici, 100 psicologi e 1000 infermieri professionali, nonostante questi dati in questo triennio i pazienti sono aumentati di 80.000 unità.

Vi è infatti una evidente correlazione fra il personale in servizio e la risposta assistenziale che il servizio è in grado di erogare all'utenza.

È indispensabile che vengano definite con precisione per ogni tipologia di struttura dei precisi standard numerici di operatori suddivisi per ruolo professionale, che devono essere assolutamente rispettati, pena una inadeguata assistenza

Lunghi percorsi nelle strutture riabilitative fanno pensare ad una logica di contenimento più che a un percorso di cura.

La stigmatizzazione del malato mentale è ancora molto presente e al contrario sono molto sporadiche le attività di prevenzione e di lotta alla stigmatizzazione.

Permane un modello ospedalocentrico nel quale il territorio è un'appendice a cui non viene dato il dovuto riconoscimento.

Riteniamo inoltre di estrema importanza:

- Valorizzazione del ruolo delle cure primarie, perno centrale del sistema per la sua funzione di promozione della salute, di diagnosi precoce, di cura delle acuzie e di assistenza al paziente cronico;
- Sottolineare infine la centralità della persona, per la libertà di scelta e corresponsabilità nei percorsi di cura.
- Favorire lo sviluppo sul territorio nazionale di servizi per la prevenzione, la ricerca e la presa in carico precoce
- Definire linee guida per prevenire l'istituzionalizzazione a favore di soluzioni per il lavoro, l'abitare e la vita indipendente.
- Potenziare la ricerca e la formazione continua degli operatori

Irene Pontarelli

Commissione d'Albo nazionale Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica; Federazione Nazionale Ordini Professioni Sanitarie

L'approccio clinico - operativo "Early Intervention"

Il 2-3% di adolescenti e giovani adulti sviluppa un disturbo psicotico, fra i più gravi e

invalidanti. Circa due terzi di quanti svilupperanno una psicosi presentano nei due-tre anni precedenti l'esordio dei sintomi prodromici, come ad esempio stati di ansia, umore depresso, difficoltà nell'attenzione, nella risoluzione di problemi complessi, ritiro sociale e difficoltà generali nel funzionamento personale e sociale, o ancora problemi scolastici, ma spesso l'intervento arriva tardivamente, anche dopo più di 2 anni, da questi primi segnali.

L'approccio "*Early Intervention*" rappresenta un punto cruciale per la salute mentale. Il decorso e la prognosi della malattia psichiatrica sono fortemente condizionati dalla tempestività e dalla qualità degli interventi terapeutici offerti nelle fasi precoci del disturbo.

Questo concetto comune a tutti gli ambiti della salute non è ancora di facile acquisizione nell'ambito della salute mentale. Il ritardo nel trattamento è influenzato da numerosi fattori quali: la negazione della malattia, sia da parte della persona che della famiglia; la presenza di sintomi negativi, che non vengono riconosciuti come tali; lo stigma, ma anche da caratteristiche dei servizi di salute mentale, quali la poca visibilità e accessibilità e la scarsa capacità di risposte appropriate. Negli ultimi 20 anni si è assistito ad un cambiamento paradigmatico del modello di cura che dovrebbe tradursi verso l'adozione di un approccio preventivo, questo presuppone l'implementazione di programmi strutturati di interventi precoci di tipo integrato: farmacologici e riabilitativi, rivolti sia agli utenti che alle famiglie, come indicano le Linee Guida del National Institute for Health & Clinical Excellence, NICE 2010, e il Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale, PANSM 2013.

La presenza del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica nei Servizi di Salute Mentale è indispensabile per erogare interventi precoci EBM per i giovani sulla base di programmi strutturati.

Gli interventi devono essere agiti però all'interno di servizi che è necessario vengano ri-organizzati ridefinendo la struttura e l'articolazione attuale, pensata per "strutture" (CSM, SPDC, Comunità, centri diurni, residenze, ecc), riteniamo che questo sia un modello di governance ormai obsoleto, non sostenibile perché non rispondente ai nuovi bisogni di salute, sostituendola con un'organizzazione dei servizi per "funzioni" (prevenzione, acuzie, giovani con specifici bisogni, autori di reato, psicogeriatría, formazione e ricerca). Il futuro della salute mentale deve essere orientato alla promozione della salute e ad una presa in carico specifica per bisogni di salute. L'obiettivo è garantire i diritti di cittadinanza per gli utenti e contrastare i percorsi di cronicizzazione, con risparmi in termini di sofferenza degli utenti e delle loro famiglie oltreché con risparmi in termini economici, in relazione all'attenuazione del forte ricorso alla residenzialità usato frequentemente come risposta ai bisogni di salute mentale.

Quindi, l'obiettivo della Riabilitazione non è solo garantire il recovery e i diritti di cittadinanza agendo precocemente, ma anche diminuire il forte ricorso alla residenzialità, evitando «l'espulsione delle persone assistite dal loro contesto di vita».

Intervento precoce non significa solamente fare prima ma soprattutto fare “diversamente” e fare “meglio”.

Daniela Rebecchi

psicologa psicoterapeuta - Componente del Tavolo Tecnico Salute Mentale del Ministero

“La Psicologia nei servizi di salute mentale adulti e infanzia - Per una Sanità delle persone”

1. Inserimento della Psicologia quale Disciplina del Ssn

La Psicologia è disciplina del S.S.N. riservata agli psicologi con specializzazione in psicoterapia riconosciuta dal MURST e riguarda le attività di prevenzione, promozione della salute, diagnosi e cura, riabilitazione, l’assistenza alla cronicità e l’attività di supporto al personale e all’organizzazione. La sua azione è di tutela della salute e di garanzia del benessere psicologico, in un ruolo che dal rapporto con l’utente “portatore di disagio” guarda al contesto multidimensionale, con un orientamento al cliente, ai servizi e al territorio.

Nell’ultimo decennio le esigenze e le complessità dei pazienti accrescono l’esigenza di una “presa in carico multidisciplinare corredata da programmi terapeutici individualizzati [...] basati su metodi e strumenti sottesi dalle più avanzate evidenze scientifiche” (LEA, 2017 e PNC 2016).

Anche nell’ultimo “Piano delle Azioni della Salute Mentale” del 2019 si suggeriscono linee di indirizzo per garantire risultati efficaci e verificabili, ma nei “principi, metodologie e strumenti” viene assunta quale riferimento la sola disciplina di psichiatria-neuropsichiatria. Si ritiene che nei Servizi di Salute Mentale debba rientrare a pieno titolo la disciplina di psicologia, a garanzia dei LEA e degli interventi di psicologia e psicoterapia di efficacia presenti e citati in plurime linee guida nazionali e internazionali.

2. Monitoraggio delle attività psicologiche, indicatori di processo ed esito

Negli ultimi trent’anni gli studi di efficacia dei trattamenti psicologici hanno visto un notevole impulso e sono stati affiancati a studi di efficienza e a valutazione dell’impatto economico. Dai dati SISM 2019 le sole attività rilevate a livello nazionale risultano essere quelle di psicoterapia, rappresentate dal 6,4% delle prestazioni totali erogate nei servizi territoriali. Riteniamo prioritario che vengano implementate a sistema tutte le attività/prestazioni psicologiche (LEA) nei vari setting di cura, di attivarne la rilevazione/monitoraggio e di definire gli indicatori di processo e di esito in riferimento agli obiettivi del PANSM.

3. Presenza di psicologi

Dal 2013 al 2018 l'organico degli psicologici-psicoterapeuti nel SSN è stato ridotto di un quinto, in modo difforme a livello regionale. Se confrontiamo la presenza di personale psicologico, abbiamo 8,3 unità per 100.000 abitanti, rispetto alle 48,7 della Francia e alle 49,5 della Germania. Di fatto oggi il SSN riesce ad erogare una quota minima di attività psicologica e psicoterapica, situazione enormemente aggravata dalla pandemia. Chiediamo pertanto di garantire un numero di psicologi in organico in grado di raggiungere un livello di copertura appropriato, tale da consentire livelli di copertura appropriati al bisogno, sostenibili ed efficace.

4. Modello Organizzativo della Psicologia

Nelle Aziende lo psicologo è collocato trasversalmente nelle UO in dipartimenti organizzati verticalmente e come indicato dalla L. 176/2020, si auspica "l'ottimizzazione e razionalizzazione" delle risorse nell'organizzazione delle attività degli psicologi in un'unica Funzione Aziendale di Psicologia.

TAVOLO 2

**“LA SALUTE MENTALE DEI
MINORI, DEGLI ADOLESCENTI E
DEI GIOVANI ADULTI: SERVIZI,
FAMIGLIA E SCUOLA”**

Coordinatori

Maria Antonella Costantino

Neuropsichiatra Infantile

Presidente Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza

Direttore Unità Operativa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza,

Fondazione IRCCS "CÀ Granda" Ospedale Maggiore Policlinico, Milano

La promozione della salute mentale di bambini e adolescenti è fondamentale, e purtroppo spesso molto trascurata. Particolarmente critica è poi la situazione per quei bambini e adolescenti che presentano un disturbo neuropsichico, e per le loro famiglie.

I disturbi neuropsichici sono molto diversi tra loro (dall'autismo all'epilessia, dalla disabilità intellettiva al disturbo di linguaggio, dalla depressione alle malattie neurodegenerative rare) e in genere determinano un impatto rilevante in termini di disabilità e carico di sofferenza per i ragazzi e per le loro famiglie. Si presentano in una fase della vita particolare, caratterizzata da specifici compiti evolutivi e dal ruolo fondamentale dell'ambiente, che richiede risposte età e fase di sviluppo specifiche con un coinvolgimento costante della famiglia e del contesto di vita allargato.

È un ambito che ha sempre visto un livello di stigma e di colpevolizzazione delle famiglie molto elevato, come se i disturbi fossero "conseguenza diretta" dei modelli educativi e non invece, come oggi sappiamo, determinati da un intreccio complesso di fattori genetici, neurobiologici e ambientali.

Le conoscenze scientifiche, insieme alle importanti esperienze fatte in questi decenni da utenti, famiglie e operatori, ci dicono che abbiamo ormai molti trattamenti efficaci, e come per tutti i disturbi, prima si interviene maggiori sono gli spazi di cambiamento e migliori le ricadute sulla qualità di vita delle persone.

Molto sappiamo ormai degli "ingredienti" che fanno buoni percorsi. Innanzitutto, gli interventi devono sostenere e/o abilitare anche i contesti di vita più significativi (famiglia, scuola, ambiti di socializzazione, lavoro ecc), e utenti e famiglie devono essere coinvolti attivamente nelle scelte e nei percorsi, in un'ottica pienamente partecipativa, in rete con gli altri interlocutori e servizi. In secondo luogo, gli interventi vanno personalizzati in base ai punti di forza dei singoli utenti, ai loro profili funzionali e agli specifici bisogni prioritari, in modo specifico per ogni fascia d'età (2-4 anni; 4-7 anni; 7-11 anni, 11-13 anni, 13-18 anni; in prospettiva verso l'età adulta). Infine, è fondamentale monitorare in modo sistematico nel tempo i risultati, tenendo conto dei diversi punti di vista e dei diversi bisogni e punti di forza.

Questi aspetti erano già stati tratteggiati nel Piano d'Azione Nazionale Salute Mentale e sono ben approfonditi nelle Linee di indirizzo sui disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza, oggetto di intesa in Conferenza Unificata nel luglio 2019. In queste ultime, le 4 aree NPIA (disturbi psichiatrici, disturbi neuropsichici che determinano disabilità complesse, disturbi specifici e disturbi neurologici) sono elencate in ordine decrescente relativamente alla necessità e urgenza di interventi sulla base della analisi della situazione esistente ad oggi a livello nazionale. Per ciascuna sono descritte le linee di intervento prioritarie, mentre le ulteriori linee di intervento opportune sono descritte nel corpo del documento.

Ciononostante, l'effettiva applicazione del PANSM e delle Linee di Indirizzo è molto parziale, e ogni regione resta un mondo a sé. I dati ricavabili dai pochi sistemi informativi specifici regionali o da approfondimenti mirati evidenziano innanzitutto una grave disomogeneità nell'organizzazione della rete dei servizi di NPIA nelle diverse regioni italiane, che determina disomogeneità nei percorsi e rende complesso garantire equità di risposte e uniformità della raccolta dei dati e della programmazione. In molte regioni non è stato strutturato un sistema di servizi di NPIA: quando esistenti, essi non sempre sono integrati in una rete coordinata di cura. In particolare, mancano non solo i letti di ricovero dedicati, ma soprattutto le strutture diurne, indispensabili per garantire interventi a maggiore complessità e intensità e per prevenire, per quanto possibile, il ricorso al ricovero ospedaliero e alla residenzialità terapeutica. Nei servizi territoriali, spesso non sono previste e adeguatamente presenti tutte le figure multidisciplinari necessarie per i percorsi diagnostici, terapeutici e riabilitativi e vi sono significative difficoltà nel garantire la presenza anche solo delle figure mediche indispensabili, già sottodimensionate e di cui molte verranno collocate a riposo a breve senza che vi sia un numero sufficiente di neospecialisti per sostituirle.

Negli ultimi 10 anni si è osservato il raddoppio degli utenti seguiti nei Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, in tutti e 4 gli ambiti di riferimento (neurologia, psichiatria, disabilità complessa, disturbi specifici) ma in particolar modo in ambito psichiatrico, a parità di personale, e senza comunque riuscire a garantire le risposte adeguate agli utenti. Già prima della pandemia, 200 bambini e ragazzi su 1000 avevano un disturbo neuropsichiatrico (ovvero 1.890.000 minorenni) ma solo 60 su 200 riuscivano ad accedere ad un servizio territoriale di NPIA e solo 30 riuscivano ad avere risposte terapeutico-riabilitative territoriali appropriate, comunque con estrema variabilità regionale, e tempi d'attesa molto elevati.

Anche l'andamento dei ricoveri negli ultimi anni evidenzia abbastanza bene la carenza di risposte appropriate. Tra il 2017 e il 2018 (ultimi dati disponibili!), i ricoveri per disturbi neurologici tra 0 e 17 anni sono aumentati dell'11% e quelli per disturbi psichiatrici sono aumentati del 22%. Di 43.863 ricoveri complessivi avvenuti nel 2018, solo 13.757 hanno potuto avvenire in reparto NPIA e hanno pertanto ricevuto l'assistenza di cui avrebbero avuto necessità. Il 20% sono stati ricoverati in reparti psichiatrici per adulti.

Molti ragazzi in grave stato di bisogno non hanno ricevuto alcuna risposta e sono stati rimandati a casa dal Pronto Soccorso o hanno dovuto rivolgersi privatamente. Per molti altri, il ricovero si è reso indispensabile per il peggioramento dei sintomi conseguente alla carenza di risposte di intensità assistenziale adeguata nel territorio.

La pandemia e le strategie indispensabili per il suo contenimento non solo hanno aumentato lo stress e il sovraccarico su bambini e ragazzi e sulle loro famiglie, in particolare sulle situazioni più vulnerabili, ma hanno reso non più praticabili le strategie di tamponamento che venivano messe in atto in precedenza, sia dai singoli che dalla collettività.

Pronto soccorso, degenze pediatriche e degenze di psichiatria dell'adulto sono saturi di altri bisogni, e non sono più in grado di gestire neanche transitoriamente le situazioni critiche. Ai 325 letti di NPIA esistenti a livello nazionale si chiede di garantire risposte per più del doppio dei pazienti che sarebbero in grado di assorbire, a cui si aggiungono le nuove criticità portate dalla pandemia, e senza alcuna possibilità di fare affidamento su adeguati interventi intensivi nel territorio.

In alcune realtà si è assistito ad un raddoppio degli accessi per tentati suicidi o atti autolesivi gravi, in altre le richieste sono in aumento, ma paiono ancora compatibili con il trend precedente. È ancora difficile prevedere le effettive conseguenze della pandemia sulla salute mentale dei bambini e degli adolescenti, sia nell'immediato che in futuro, ma certamente è già evidente che la tipologia e qualità delle risposte messe in atto e delle concrete esperienze di vita incontrate in questo anno così complesso determinano differenze molto significative.

Le risposte date nel corso delle prime fasi dell'emergenza sanitaria per riuscire a mantenere la funzionalità della rete dei servizi di NPIA hanno rappresentato non solo un impegno di carattere etico e di responsabilità sanitaria per tutti gli operatori, ma hanno consentito di generare forme nuove, incoraggianti, di risposta ai bisogni. Tuttavia, non solo l'applicazione è stata molto disomogenea nelle diverse realtà locali, con numerose amministrazioni che non sono state in grado di mettere a disposizione la strumentazione tecnologica per attivare interventi di telemedicina e teleriabilitazione o addirittura che si sono rifiutate di farlo nonostante le chiare indicazioni in questo senso, interrompendo a lungo il servizio per l'utenza, ma particolarmente critico è stato e continua ad essere il riavvio delle attività dopo il lockdown, che richiede di affrontare molti nuovi problemi clinico-organizzativi e che evidenzia ovunque come l'asimmetria tra domanda e risposta non sia più gestibile.

Liviana Marelli

Membro esecutivo nazionale CNCA

Presidente LA GRANDE CASA Società Cooperativa Sociale ONLUS – Sesto San Giovanni (Milano)

PER UNA SALUTE MENTALE DI COMUNITÀ

La predisposizione di questa introduzione ai lavori del gruppo 2 “la salute mentale di minori, adolescenti e giovani adulti: servizi, famiglia e scuola” - tiene conto sia dei contributi arrivati dai membri del gruppo sia del momento storico particolare in cui ci troviamo consapevoli che la situazione di pandemia, di isolamento, di chiusura forzata tra le mura domestiche ha colpito tutti, ma soprattutto le persone, le famiglie fragili e soprattutto i bambini e i ragazzi.

Le misure di contenimento dell’infezione e di prevenzione del contagio da covid 19 hanno di fatto ridotto - se non annullato - le opportunità di relazione, di accompagnamento, di ascolto, di prevenzione delle situazioni di fragilità che si sono trovate senza supporti, senza luoghi di relazione (la scuola che non è solo didattica, i luoghi di aggregazione, i centri per le famiglie, ecc. ..), con territori ancora più desertificati, sguarniti, poveri di opportunità relazionali e di “antenne” sociali.

Tutto questo ha certamente influito sulla salute mentale dei bambini, dei ragazzi, delle loro famiglie aumentando il disagio e peggiorando le loro condizioni di vita.

Questo lavoro di gruppo ha dunque l’obiettivo di rimettere al centro la complessità dei processi atti a garantire l’esigibilità del diritto alla salute intesa come “Uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza dello stato di malattia o di infermità.”(OMS), la salute come unità fisica - mentale- sociale. occorre quindi partire necessariamente dalla cura attenta della promozione della salute e dalle misure di prevenzione, quali questioni importanti e connesse ai processi di cura, presa in carico, trattamento, garantire continuità degli interventi terapeutici nella transizione tra servizi a favore di minori e di adulti, garantire politiche a sostegno dell’inclusione e dell’autonomia nel rispetto di quanto sancito dall’ articolo 24 della Convenzione sui diritti dell’Infanzia e dell’Adolescenza (Convention on the Rights of the Child - CRC-1989) che riconosce a tutti i bambini e gli adolescenti il diritto di godere del miglior stato di salute possibile e di beneficiare di servizi medici e di riabilitazione e prevede che gli Stati si sforzino di garantire che nessun minore sia privato del diritto di avere accesso a tali servizi, nonché di dare piena attuazione a tale diritto.¹

Per garantire la tutela della salute mentale dei bambini/e e dei ragazzi/e occorre dunque operare per la realizzazione di un sistema integrato sanitario - sociale - educativo tale da superare settorializzazioni (un sistema “a canne d’organo”) per costruire complementarità e interrelazione, attento lavoro di rete tra professionisti e istituzioni Per costruire un sistema reciprocamente interrogante, corresponsabile, sinergico: la costruzione del sistema integrato socio-sanitario- educativo è dunque un primo obiettivo

irrinunciabile su cui lavorare.

“Al fine di garantire il governo del lavoro in rete e cura della comunità locale è necessario adottare una visione complessiva che valorizzi l’apporto di ciascuna professionalità (neuropsichiatra, assistente sociale, pediatra, pedagogo, educatore, psicologo, terapeuta della riabilitazione, insegnante) e di ciascun servizio coinvolto, ognuno portatore di un sapere “differentemente esperto” indispensabile a garantire sia la specificità degli interventi, sia il potenziamento e il buon funzionamento delle reti inter-istituzionali. Il buon funzionamento, la specificità e l’adeguata presenza di risorse di ciascun servizio coinvolto è fondamentale per poter garantire risposte mirate e necessarie ed è la base della strutturazione di una rete integrata efficace. È importante sottolineare come l’assenza o l’insufficiente funzionamento di nodi essenziali della rete ne determina il malfunzionamento complessivo. Una specifica attenzione, in questa ottica, va posta alla sensibilizzazione e formazione interdisciplinare e alla reciproca trasmissione di competenze, coinvolgendo anche gli operatori educativi e scolastici e i soggetti della comunità locale. In questa direzione è necessario valorizzare ed implementare la programmazione di interventi educativi e socio-sanitari nei contesti scolastici dedicati ai bambini, ai ragazzi e alle famiglie. Da qui l’importanza di realizzare servizi e interventi di prossimità, grazie ad operatori e professionisti - istituzionali e non - qualificati, specificamente formati, costantemente aggiornati e soprattutto capaci di dialogare in rete tra loro e di creare relazioni empatiche con le famiglie e con le persone di minore età”². in tale ottica si inquadrano i PATTI SOCIO-EDUCATIVI di comunità così come previsti dall’emanando V Piano Infanzia e adolescenza

Operare per garantire l’esigibilità del diritto alla salute intesa nella sua complessità così come definito dall’OMS e sopra riportato, significa trattare compitamente e costruire complementarietà tra diverse dimensioni che qui di seguito vengono solo sinteticamente richiamate per avviare il dibattito

- Cura e Garanzia di ascolto e partecipazione dei ragazzi, giovani, famiglie nel rispetto di quanto sancito dall’art. 12 della Convenzione sui diritti dell’Infanzia e dell’Adolescenza (CRC - 1989) che afferma il principio di partecipazione e rispetto per l’opinione del minore, ovvero dispone che tutti i bambini, le bambine, i ragazzi e le ragazze hanno il diritto di esprimere liberamente le loro opinioni ed essere ascoltati in tutti i processi decisionali che li riguardano, e il corrispondente dovere, per gli adulti, di tenere in debita considerazione le loro opinioni.
- Rafforzamento del sistema sociale e di welfare territoriale attraverso la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni per i servizi sociali e educativi territoriali, omogenei sull’intero territorio nazionale e garantirne l’attuazione a partire da quanto prevista nel V piano infanzia con la definizione almeno del rapporto AS/abitanti: 1 AS ogni 5000 abitanti.³
- Garantire il superamento delle sperequazioni territoriali in riferimento agli investimenti sociali a favore di bambini, ragazzi e le loro famiglie al fine di superare

le disuguaglianze e garantire pari opportunità.⁴

- Garantire il rispetto dei LEA sanitari e socio-sanitari con modalità omogenee sull'intero territorio nazionale al fine di superare le attuali disuguaglianze e garantire l'esigibilità dei diritti per tutti i bambini/ragazzi presenti a qualunque titolo sul territorio nazionale
 - Garantire Investimenti economici certi e strutturali garantendo gli interventi a sostegno delle fragilità familiari con particolare riferimento
- Al consolidamento e estensione in tutti gli ambiti sociali del territorio nazionale del programma P.I.P.P.I (promosso dal Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali) e concernente misure e interventi di prevenzione dell'allontanamento familiare nell'ottica del lavoro sostegno a favore delle famiglie con bambini/ragazzi in situazione di vulnerabilità e fragilità e di promozione del benessere attraverso un competente accompagnamento multidimensionale al fine di limitare le condizioni di disuguaglianza provocate da condizioni di vulnerabilità e fragilità familiare.⁵
- Cura attenta primi mille giorni di vita attraverso la garanzia di interventi multiprofessionali integrati garantiti in modo omogeneo sull'intero territorio nazionale quale livello essenziale delle prestazioni. In tale contesto si inquadra anche la riflessione sull'offerta dei servizi 0/6 con particolare riferimento al NIDO e al sostegno alla qualità professionale e gestionale dell'offerta (non solo alla costruzione degli edifici). Il nido inteso come diritto del bambino e non esclusivamente come servizio di conciliazione, in ottica universalistica e non a domanda individuale. Riconoscere la necessità di garantire investimenti di risorse in prossimità e lavoro qualificato di rete per garantire una visione d'insieme della salute mentale in adolescenza strutturando luoghi stabili di incontro/coordinamento a livello nazionale, regionale, locale. In tale contesto si inquadrano le sollecitazioni e le raccomandazioni dell'Autorità Garante Infanzia e Adolescenza laddove afferma: "Serve una visione complessiva che valorizzi l'apporto di ciascuna professionalità: pediatra, NPI, assistente sociale, psicologo, pedagogo, educatore..) così come va garantita la continuità dei percorsi intrapresi in ambito sociale e educativo superando la frammentazione delle competenze e dei sistemi -È necessario garantire una visione di insieme all'ambito della salute mentale in adolescenza, strutturando luoghi stabili di coordinamento (tavoli) a livello nazionale, regionale e locale tra le istituzioni preposte e le professionalità coinvolte. I processi e gli interventi di promozione, prevenzione e cura della salute mentale in età evolutiva devono essere connotati da almeno tre fattori: investimento, prossimità e lavoro qualificato di rete. La finalità principale risulta l'organizzazione di un sistema di servizi contigui dove ogni passaggio sia strettamente connesso a una visione d'insieme. Occorre ricordare che nei servizi coesistono professionalità differenti, con presupposti epistemologici e metodologici eterogenei, e che gli interventi efficaci richiedono la contemporanea presenza di specializzazione e integrazione, ragion

per cui appare opportuno implementare una formazione trasversale che permetta il dialogo tra linguaggi diversi e avvicini l'uno al punto di vista dell'altro nella condivisione di una visione comune.⁶

- Occorre garantire Flessibilità delle risposte e infrastrutture i territori. occorre certamente incrementare i posti di ricovero ospedaliero (è pesante e nota la mancanza di posti) ma occorre anche avere cura della qualità di vita e delle opportunità nei contesti abituali in cui si sviluppa la vita delle persone attraverso la valorizzazione e la diffusione di servizi diurni socio-educativi – sanitari, servizi semiresidenziali a valenza integrata socio-educativa -sanitaria al fine di accompagnare le famiglie e gli adulti in relazione con i ragazzi con disagio/disturbo psichico garantendo ascolto, accompagnamento ma anche adeguata formazione interdisciplinare e supervisione per gli operatori. Anche in tale contesto è utile richiamare quanto sostenuto in proposito dall'Autorità Garante Infanzia e Adolescenza laddove afferma: “È necessario diversificare le risposte superando la rigidità di soluzioni precostituite, totalizzanti e scarsamente dialoganti tra loro e favorendo invece la promozione di risposte flessibili e integrate, rapidamente attivabili, ad intensità variabile a seconda dei bisogni, anche a carattere diurno – semiresidenziale, domiciliare -, tra loro dialoganti e capaci di costruire complementarietà nei processi di prevenzione, presa in carico e cura, sostenibilità e attivazione di risorse informali del contesto”⁷
- cura attenta ai luoghi dell'accoglienza di bambini e ragazzi temporaneamente fuori famiglia d'origine a scopo di protezione e tutela (comunità educative, comunità familiari, affidamento familiare) i ragazzi che arrivano in comunità educativa sono prevalentemente pre-ado e ado (73% spesso con disagi/disturbi psichici). Occorre quindi avere uno sguardo attento al sistema dell'accoglienza per garantirne la qualità nel superiore interesse dei bambini, dei ragazzi accolti e delle loro famiglie⁸ attraverso adeguate risorse professionali, organizzative e economiche con particolare riferimento a:
 - garantire accesso prioritario ai servizi di cura e presa in carico socio-sanitaria/ specialistica
 - garantire continuità delle cure e degli interventi
 - garantire lavoro di rete tra tutti i soggetti coinvolti nel progetto
 - garantire rivisitazione dei percorsi formativi (anche accademici) e formazione continua per tutti i professionisti coinvolti

1 In particolare, ai sensi dell'art. 24 par. 2 CRC, gli Stati devono adottare “ogni adeguato provvedimento per: a) diminuire la mortalità tra i bambini lattanti e i fanciulli; b) assicurare a tutti i minori l'assistenza medica e le cure sanitarie necessarie, con particolare attenzione per lo sviluppo delle cure sanitarie primarie; c) lottare contro la malattia e la malnutrizione, anche nell'ambito delle cure sanitarie primarie, in particolare mediante l'utilizzazione di tecniche agevolmente disponibili e la fornitura di alimenti nutritivi e di acqua potabile, tenendo conto dei pericoli e dei rischi di inquinamento dell'ambiente naturale;

d) garantire alle madri adeguate cure prenatali e postnatali; e) fare in modo che tutti i gruppi della società, in particolare i genitori e i minori, ricevano informazioni sulla salute e sulla nutrizione del minore, sui vantaggi dell'allattamento al seno, sull'igiene e sulla salubrità dell'ambiente e sulla prevenzione degli incidenti e beneficino di un aiuto che consenta loro di mettere in pratica tali informazioni;

f) sviluppare le cure sanitarie preventive, i consigli ai genitori e l'educazione e i servizi in materia di pianificazione familiare”

2 La salute mentale degli adolescenti – documento di studio e di proposta – Autorità Garante Infanzia e Adolescenza – Roma 2017

3 in tale contesto si segnala che l'obiettivo di 1 AS: 5.000 abitanti è stata positivamente assunta dal PIANO NAZIONALE DEGLI INTERVENTI E DEI SERVIZI SOCIALI - 2021/2023 (Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali/ agosto 2021) - 1.4.2 "il servizio sociale professionale e i lavoratori del sociale - pag. 20

4 PIANO NAZIONALE DEGLI INTERVENTI E DEI SERVIZI SOCIALI - 2021/2023 (Ministero del lavoro e delle politiche sociali/agosto 2021) - pag. 31: il carattere più sorprendente della spesa sociale è la sua sperequazione territoriale: si va da 19 € pro-capite della Calabria ai 508 € della Provincia autonoma di Bolzano, a fronte di una spesa media pro-capite nazionale di 106€, nel Nord si spendono 130 € e nel mezzogiorno poco più di 79 €

5 in tale contesto si segnala che il PIANO NAZIONALE DEGLI INTERVENTI E DEI SERVIZI SOCIALI - 2021/2023 (Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali/agosto 21) - prevede il programma P.I.P.P.I quale Livello essenziale delle prestazioni sociali (LEPS). 2.3.2.1 - pag. 40

6 La salute mentale degli adolescenti - documento di studio e di proposta - Autorità Garante Infanzia e Adolescenza - Roma 2017

7 La salute mentale degli adolescenti - documento di studio e di proposta - Autorità Garante Infanzia e Adolescenza - Roma 2017

8 si richiamano in tale contesto le "linee di indirizzo nazionali per l'accoglienza nei servizi residenziali per minorenni - Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali - Roma -2017

INTERVENTI

Antonella Anichini

SCU NPI OIRM - Città della Salute e della Scienza di Torino

SALUTE MENTALE IN ETÀ EVOLUTIVA: UN PONTE TRA OSPEDALE E TERRITORIO, UN "LABORATORIO" DI SINERGIE INTERISTITUZIONALI

Profonde trasformazioni sociali negli ultimi anni hanno portato ad un aumento della complessità della patologia psichiatrica in età evolutiva, all'abbassamento dell'età di insorgenza e all'incremento dei ricoveri per condotte distruttive (disturbi alimentari, tentativi di suicidio, "cutters"). Adolescenti, invisibili e inconsistenti, figli di una modernità liquida, in cui si osserva la caduta dell'etica del limite, affollano i Servizi di NPIA.

Quando un reparto di Neuropsichiatria infantile rischia di diventare un "deposito umano" di ragazzi che fanno "tana" nelle strutture di Salute mentale, gli operatori sentono la responsabilità di cercare nuovi modi di prevenire e curare, sconfinando anche nei campi della cultura e dell'arte, per combattere lo stigma della malattia mentale e ricostruire un "Patto di Comunità".

"*Bridging the gap*" è il modello del Progetto "Un ponte tra ospedale e Territorio" promosso nel 2009 dalla Struttura Complessa di Neuropsichiatria Infantile dell'Ospedale Regina Margherita di Torino, realizzato in collaborazione con Cooperativa Mirafiori, CasaOz, Scuola in Ospedale. Il progetto, avviato grazie alla Fondazione Compagnia di SanPaolo, è un programma integrato di cura che punta alla ripresa evolutiva di adolescenti con psicopatologia grave e complessa.

Educatori e insegnanti sono ponti relazionali che escono dall'Ospedale e traghettano i ragazzi nel mondo esterno, consentendo loro di fare esperienze nella propria età e di ritornare gradualmente alla normalità, in sinergia con volontari, operatori della comunicazione, delle arti. "La finalità è quella di sostenere le parti sane promuovendo salute mentale intesa come possibilità di accedere a una mente vitale creativa e aperta

alle relazioni

Cardini sono la multidisciplinarietà e l'interistituzionalità: culture professionali differenti, dialogano in sinergia tra loro; centrale la struttura di accoglienza "una casa", collegata all'Ospedale (CasaOz) che funziona da area intermedia per facilitare il rientro a casa e il reinserimento sociale.

Al centro delle attività i laboratori a mediazione artistica (teatro, musica, cinema, fotografia, fumetto, arti visive ecc.): attraverso l'azione espressiva sostengono la funzione riflessiva, creano legami e tessuto psichico. I laboratori sono condotti dalla Cooperativa Mirafiori, "in collaborazioni con reti artistiche (es. Museo Nazionale del Cinema di Torino) sono embricati con gli interventi sanitari, istituzionali e in sinergia con la Scuola Ospedaliera. Degno di rilievo è il Big Bang Festival, che "crea" inclusione attraverso i linguaggi artistici.

Sono oltre 200 gli adolescenti tra i 13 e i 20 anni, e con loro i peer educatori che dal 2009 hanno beneficiato delle attività del progetto. Il 90% ha conseguito un diploma e si è inserito in una rete solidale di coetanei. Il progetto contribuisce a ridurre la dispersione sociale e costituisce anche "un ponte", verso l'età adulta, un passaggio delicato che può far sentire un vuoto importante, aprendo a rischi di ricadute. Una regolare supervisione del team ha fatto del Ponte un «laboratorio di pensiero», che si è tradotto in una buona pratica sancita dal Protocollo d'intesa interistituzionale nel 2017. Il Ponte ha saputo creare una sinergia efficace, efficiente ed economica, con l'obiettivo di dare continuità di cura e accompagnamento grazie a contesti normalizzanti ai ragazzi con psicopatologia grave e alle loro famiglie. La ricerca sull'impatto sociale ne ha validato l'efficacia e riconoscendolo come un forte moltiplicatore di risorse a diversi livelli (non solo economico)

Possiamo dire di aver vinto una sfida?

CasaOz, una "casa" nata, sul Territorio, per le famiglie che incontrano la malattia fisica dei loro bambini, ha aperto le porte al disagio mentale, offrendo speranza, intesa come possibilità di fare esperienza a molti ragazzi in situazione di grave blocco evolutivo. Ha potuto così rappresentare negli anni una terra di mezzo, un humus che sostiene gli individui e le istituzioni e favorisce crescita, evoluzione, pensiero sociale

BIBLIOGRAFIA

AAVV T.Baldini (a cura di) Un viaggio nei laboratori del simbolico "Creatività" XII,2,2017 in monografia "Creatività", AeP T.Baldini et al. (progetto e Coordinamento di) Laboratori- psicoanalisi applicata nel trattamento dei ragazzi al limite- Un'esperienza nazionale Vecchiarelli, Roma, 2021
ML Camurati, E. Rainò, A. Anichini P.Massaglia (a cura di) Confluenze. L'arte terapia nei percorsi di cura integrati per il ritiro sociale in adolescenza, Prinp,2019 Torino
S. Massia, A. Anichini, P.Massaglia (a cura di) In Covidtime: prima e dopo. Setting e Trasformazioni in situazioni di ascolto e di cura, Kemet, 2021 Torino

SITOGRAFIA

"Un ponte tra Ospedale e Territorio - valutazioni e indici di efficacia del programma di trattamento" - 12 dicembre 2020:
https://youtu.be/_CrrMbitxAo REGISTRAZIONE WEBINAR
<https://www.psicooanalisiessociale.it/laboratori-psicoanalisi-applicata-nel-trattamento-dei-ragazzi-al-limite/>

Roberta Balestra

Direttore Dipartimento delle dipendenze Azienda Sanitaria Universitaria giuliano-isontina; Vice Presidente nazionale FeDerSerD

Consumi e dipendenze giovanili. L'utenza under 25 al centro dell'attenzione dei SerD

Rispetto alla globalità dei soggetti presi in carico dai 562 SerD in Italia (circa 300.000 persone), la popolazione con età "under 25" rappresenta ancora una percentuale molto bassa, sotto il 10%, essendo presente un rilevante bisogno inespresso.

La dipendenza da sostanze in adolescenza è correlata con elementi di vulnerabilità quali: immaturità dello sviluppo neurocognitivo, identità personale fragile e condizionabile da fattori esterni, offerta del mercato sempre più capillare, economicamente accessibile e caratterizzata da un elevato numero di sostanze pericolose, fattori familiari e ambientali sfavorevoli. Le conseguenze di un uso precoce, che spesso inizia in prima adolescenza, possono essere molto negative, proprio alla luce della specifica vulnerabilità.

Il contatto autonomo con i servizi istituzionali da parte dei ragazzi e delle famiglie è reso più difficile dalla diffidenza verso i servizi, dalla paura dello stigma, dalla difficoltà di "dare un nome" al malessere che si sta vivendo, ma anche dalla scarsa accessibilità/ adeguatezza dei servizi.

L'attuale organizzazione dell'offerta non sempre consente la lettura precoce del disagio:

- carenza di formazione specifica sulle problematiche adolescenziali
- pochi interventi territoriali di prossimità nel contesto territoriale, nei luoghi di aggregazione giovanile
- pochi SerD con équipe/servizi dedicati all'utenza under 25
- percorsi condivisi di presa in carico con NPI e DSM sono ancora carenti

Per i Servizi rappresenta oggi una priorità ripensare e innovare la propria offerta, per favorire l'accesso dei più giovani e assicurare la presa in carico più appropriata ed efficace, in rete con i servizi sociosanitari per l'età evolutiva. Essenziale è il contributo attivo dei ragazzi e delle famiglie per strutturare questi nuovi servizi e i nuovi percorsi di presa in carico.

Il ritardo nella presa in carico peggiora la situazione clinica e la prognosi, elevando i tassi di morbilità e mortalità.

La "maggior parte dei disturbi psichiatrici che si evidenziano in età evolutiva, se non adeguatamente e tempestivamente individuati e trattati, permangono anche in età adulta, con evidenti conseguenze sulla salute dei soggetti e delle loro famiglie, con inevitabili ricadute sulla società nel suo complesso" (Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza).

L'Osservatorio Nazionale Adolescenza e il Centro Nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza riportano il suicidio come la seconda causa di morte tra i giovani in Italia; i tentativi di suicidio tra i teenagers sono raddoppiati. Il 24% degli adolescenti ha pensato almeno una volta al suicidio. La fascia più a rischio è quella dei

13-17 anni.

Infine, la gestione dei problemi di salute mentale nella fase di transizione tra minore e maggiore età rappresenta ancora una criticità, in quanto è ancora molto carente il lavoro integrato e multidisciplinare tra dipendenze, salute mentale e neuropsichiatria infantile. I SerD sono servizi specialistici territoriali che richiedono urgentemente un investimento di attenzione e di risorse per poter garantire le prestazioni previste dai nuovi LEA e per rispondere ai nuovi bisogni delle persone.

Claudio Bencivenga

Università degli Studi di Parma; Laurea magistrale in programmazione e gestione dei Servizi sociali; Associazione per le Comunità Terapeutiche e residenziali "Mito e Realtà"; Fenascop Federazione Nazionale Strutture Comunitarie Psicoterapeutiche; Referente clinico SRTRe adolescenti Eimi/codess Roma

Per una Comunità terapeutica trasformativa

È importante ricordare che intorno al tema della salute mentale dell'adolescente c'è stato un dibattito acceso che ha causato un rallentamento di una proficua politica sanitaria, per una difficoltà a tollerare la possibilità di contemplare l'esistenza di disturbi mentali in età evolutiva. Il disagio psichico adolescenziale, può essere considerato fisiologico e destinato a risolversi naturalmente, ma esiste una frangia che può evolversi, a seconda di una serie di variabili, in veri e propri disturbi psicopatologici. Tra l'altro la possibilità di un intervento precoce limita la probabilità di evoluzioni sempre più disabilitanti con l'aumento della possibilità di cronicizzazione con un'inevitabile ricaduta a 360° sull'individuo, sulla famiglia, sulle energie da mettere in campo e sulla spesa pubblica.

Vi è necessità a seconda dei quadri diagnostici di un ventaglio di risposte, soluzioni, risorse di volta in volta modellate sui differenti momenti e necessità dell'evoluzione clinica che, in maniera strategica e pensata, possano spaziare - reciprocamente e viceversa - dal sanitario al sociale.

A tutt'oggi non tutte le regioni hanno recepito e fatto proprie le normative nazionali con il risultato di una disomogeneità esistente tra regione e regione -> ne segue -> fenomeno della macchia di leopardo, spostamenti onerosi per i familiari da una regione all'altra, sradicamento degli utenti.

Ma trattiamo delle Comunità terapeutiche. Abbiamo parlato di una filiera di interventi: dall'ambulatorio territoriale della ASL che dovrebbe fungere da "regia" a tutta un'altra serie di dispositivi calati sul momento clinico del paziente e che possa dare risposte coerenti. Ora è chiaro che un Ospedale di neuropsichiatria infantile che dovrà "contenere" una fase di acuzie con un intervento quindi di breve durata dovrà essere caratterizzato da un certo tipo di mission e di pari passo da un certo tipo di organigramma, che vedrà privilegiare, insieme ad altre figure, un personale maggiormente medico infermieristico. Laddove interventi snelli di domiciliarità specializzata, sul tipo del compagno adulto non

sono applicabili, potrebbe esserci la necessità, fuoriusciti da una fase di acuzie, di una residenzialità - permeabile agli scambi sociali - dove il fattore tempo - fino ad un massimo di 2 anni - sia finalizzato alla cura e alla riabilitazione; qui la multidisciplinarietà dovrà vedere privilegiare figure formate per rinarrare una storia, ritessere delle relazioni familiari cortocircuitate, "mettere in parola" e significare vissuti poco mentalizzabili per favorire una trasformazione e un riavvio di un processo evolutivo che per molteplici fattori e cause si è interrotto. Per fare tutto ciò ci vuole tempo e bisogna avere il coraggio di dirlo.

Una residenzialità curativa, in rete con la scuola, in grado di fare un lavoro con la famiglia ma che sia caratterizzata appunto da un personale ad hoc; non si può accettare, come avviene in alcune regioni, che non venga previsto nell'organigramma la figura dello psicoterapeuta o che lo psicologo sia quasi una sorta di eccezione. Oggi c'è molta confusione. In alcuni contesti le Case di cura psichiatriche (Cliniche) si sono convertite in comunità terapeutiche, forse per la fretta di rispondere ad un fabbisogno, tradendo però la mission di quello che dovrebbe essere una comunità, a stampo democratico, che ricordiamo non deve superare i 20 posti letto (per i minori sarebbe meglio 10). Con l'"invenzione" dei moduli è possibile formalmente non superare i 20 posti ma di fatto ne posso avere 80, 100 spesso con divisioni promiscue tra gli ambienti addirittura a volte tra minori e maggiorenni.

Le Comunità residenziali estensive per la cura e riabilitazione per l'adolescente, non possono assomigliare, a piccoli ospedaletti, anonimi, a una sorta di "non luoghi" perché la mente come sappiamo si è formata e costruita in un ambiente domestico caratterizzato da interazioni strette e nutrienti. Insomma c'è residenzialità e residenzialità tutte utili se inserite all'interno di una filiera di una progettualità pensata e che segua l'evoluzione e la trasformazione clinica di un quadro di sofferenza psicopatologica.

Ribadiamo dunque la specificità dell'intervento della Comunità terapeutica dove la residenzialità e l'organigramma ha e deve avere altre caratteristiche rispetto a quelle di un Ospedale, dove il tempo limitato e progettato con la rete fin dall'immissione (max 2 anni di permanenza) non è un tempo statico e allocativo ma un tempo dinamico che preveda un lavoro con le famiglie, un progetto individualizzato, dove esiste un lavoro sulla valutazione degli esiti, una supervisione, dove avviene una risignificazione della biografia personale degli ospiti e dove vi sia - all'interno di una eterogeneità di figure professionali (educatori, terap, assistente sociale, neuropsichiatra infantile, infermiere) una cospicua componente di formazione "psico" e dove, in conformità alla disciplina legislativa attuale che ha superato la logica custodialistica, viene promossa la partecipazione diretta del paziente; ove il peculiare clima di domesticità e quotidianità deve rappresentare lo sfondo sul quale si muove l'intervento che per sua natura e filosofia resta lontano da logiche alienanti.

Spesso ci troviamo di fronte a normative "appiattite" su quelle che devono essere le caratteristiche strutturali (numero di stanze, distribuzione degli spazi) con una minore

riflessione sulla componente specialistica delle professionalità che è opportuno che in esse operino. Vengono proposte figure para/infermieristiche (più idonee tra l'altro per un'utenza caratterizzata da disabilità) in numero sproporzionato rispetto a funzioni professionali più attente e preparate nel leggere e decodificare le dimensioni interne dei pazienti, venendo tale personale relegato in un ruolo residuale. Purtroppo nei tavoli decisionali delle regioni non vengono coinvolti addetti ai lavori che con la loro esperienza sul campo possono offrire un utile contributo. Tralascio il tema della retta giornaliera in alcune regioni del tutto insufficienti (nel Lazio, le più basse) a discapito di un intervento professionale e con standard elevati.

La posta in gioco è troppo elevata: proporre istituzioni inerti caratterizzate da routine ripetitive e prive di senso, "depositi" poco attenti a ricostruire significati e rinarrazioni in una logica meramente allocativa, o apparati affettivi e nutritivi dove circolino elementi dinamici, maturativi, emancipativi e dove l'intero percorso sia pensato, connotato e ispirato da un'intenzionalità terapeutica ?

Maurizio Bonati

Dipartimento di Salute Pubblica;

Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS, Milano

La salute mentale in età evolutiva per una salute mentale di comunità

Il subitito cambiamento delle attività quotidiane causato dalla pandemia ha acuito il bisogno e la conseguente domanda di assistenza e cura per stress psicologici e disturbi mentali anche nei giovani. Gli esiti peggiori li hanno subiti quei bambini e quegli adolescenti già in condizioni di: disagio/disturbo di relazione, comportamento e apprendimento; bisogno economico, sociale e sanitario. Già in condizioni pre-pandemiche oltre la metà delle famiglie era costretta a rivolgersi al privato facendo fronte a costi e a difficoltà di reperire professionisti e strutture, nell'incertezza della qualità delle risposte. L'inadeguatezza, per numero e qualità di offerta di cura, dei servizi pubblici di neuropsichiatria infantile è cronica e la sola disponibilità di risorse economiche e umane annunciate potrà efficacemente trasformare. Dignità e benessere necessitano anche di risorse culturali affinché i diritti umani siano garantiti con una presa in carico inclusiva, partecipata e duratura. Le disuguaglianze nell'offerta e nell'accesso ai servizi ospedalieri, territoriali e alle comunità di cura, e la mancata condivisione dei percorsi di cura tra neuropsichiatria e psichiatria, sono enormi su tutto il territorio nazionale, accentuando i bisogni inevasi e i diritti negati per i pazienti e le famiglie.

Sono stati necessari vent'anni per organizzare la seconda Conferenza Nazionale per la Salute Mentale e in questa occasione ha trovato spazio anche un tavolo sulla salute mentale dei minori: segni di dimenticanze, di irresponsabilità politiche e professionali. La pandemia, la Conferenza e lo stanziamento di risorse possono rappresentare una

nuova occasione per una nuova salute mentale (anche) in età evolutiva. Scoprire oggi la comunità come setting specifico delle cure lo può essere per altre aree e discipline, non per la salute mentale che da oltre mezzo secolo si dovrebbe esser sciolta nel territorio. Purtroppo modelli individuali, autoreferenziali, basati sulle prestazioni o sui numeri di posti letto si sono rafforzati, seppur ridimensionati, in un inadeguato servizio pubblico. Riscoprire la comunità, non come sede di un poliambulatorio territoriale, ma come insieme di relazioni e di bisogni da “curare”. Caratteristiche e bisogni che sono propri di una comunità, forse anche simili ad un’altra, ma non identici. Le “buone pratiche esistenti” necessitano di valutazione condivisa e di generalizzazione. Gli esiti (outcome) di progetti risultati efficaci devono andare a regime e quindi divenire essenziali nella pratica e non limitati alla citazione in una normativa disattesa. Un’organizzazione dei servizi per la salute mentale in età evolutiva basata su progetti temporali, prestazioni, tempi indeterminati, supervisioni di terzi... difficilmente potrà essere garante di percorsi di cura efficaci e indipendenti dalle difficoltà dell’istituzione (in-put); difficilmente l’output sarà dipendente dai bisogni dei “comunitari” di cui ci si fa carico. Infine, una delle scommesse per una salute mentale di comunità è la prevenzione. I percorsi di cura e i PDTA partono dalla prima visita, il tempo di attesa del bisogno, la gestione inappropriata nella comunità è parte dell’anamnesi. Promuovere il benessere (anche mentale) implica quindi che l’“andare verso” e per tempo è parte del percorso di salute mentale in una comunità attraverso un lavoro efficace sia terapeutico che relazionale, organizzativo e preventivo.

Corrado Celata

DG Welfare – UO Prevenzione - Struttura Stili di vita per la prevenzione, Promozione della Salute, Screening

PROMUOVERE SALUTE A SCUOLA (e non solo) IN LOMBARDIA Strategie, Programmi, Collaborazioni

La Regione Lombardia ha sviluppato negli ultimi 10 anni un sistema preventivo che coinvolge la Scuola (USR/UST, 500 direzioni scolastiche, oltre 10.000 docenti) e le Famiglie di circa 500 mila studenti, all’interno di programmi educativo-promozionali *evidence based* – LifeSkills Training, Unplugged, Educapari - per rafforzare competenze di vita e di salute (*life skill*). Dirigenti, Docenti, Operatori dei Servizi del territorio, collaborano alla realizzazione di interventi che valorizzano e rinforzano le competenze di studenti e adulti nell’affrontare sfide e rischi per la salute e il benessere, e migliorano qualità delle relazioni sociali e il clima nelle comunità scolastiche (famiglie comprese). Su questa alleanza si fonda la “Rete delle Scuole che Promuovono Salute (SPS) – Lombardia”, esito dell’Intesa tra Regione (DG Welfare) e USR Lombardia del 2011 (rinnovata nel 2020), che considera ogni istituto quale contesto educativo e di relazioni sociali nella comunità

locale.

La forza della partnership ha permesso di reggere l'impatto dell'epidemia, supportando dirigenti, docenti e studenti, sia nella gestione dei casi Covid+ sia nell'affrontare le conseguenze psicosociali della pandemia, rafforzando:

- abilità trasversali per la salute (fisica e mentale) individuale e collettiva;
- pratiche favorevoli al benessere degli studenti, del personale e delle famiglie;
- modalità di insegnamento inclusive, attente alle differenze nell'apprendimento e nel fronteggiamento dell'emergenza;
- sviluppo di competenze positive e protettive (health literacy, empowerment) utili anche fuori da scuola.

Con i docenti già formati sono stati costruiti nuovi sussidi utilizzabili a distanza ("Pillole di LST Lombardia", "Quick Unplugged") ed è stato rimodulato il programma "Educapari". (vedi: <https://www.scuolapromuovesalute.it/buone-pratiche/>)

Grazie alle piattaforme via via disponibili e all'ingaggio di ulteriori competenze (nel 2020/21 sono stati formati oltre 250 operatori, in particolare dei Consulenti Familiari accreditati), la collaborazione fra SSR e Scuola - per la prima volta impegnati a fronteggiare i bisogni dell'intera popolazione scolastica - non si è mai interrotta. Gli sforzi, come confermano i dati, hanno permesso "di tenere":

- nel 2019/20 oltre l'80% delle sec. I e II grado ha portato a termine le attività programmate
- nel 2020/21 circa due terzi hanno proseguito nei programmi, coinvolgendo - grazie al lavoro dei docenti formati e supportati - oltre 37.000 studenti
- 7.500 studenti delle sec. II grado hanno animato percorsi Peer rivolti ai compagni più giovani, ideando e diffondendo sui social spunti per affrontare, oltre al rischio di contagio, le difficoltà e il disagio provocati da: isolamento, distanziamento, condivisione forzata di spazi e tempi a casa

Nella Primaria, in presenza, si è concluso l'adattamento del LST. Dal 2021/22 potrà essere quindi proposto - dal III anno della Primaria fino al termine della Secondaria - un articolato programma *evidence based* integrato con il curriculum didattico (Prim/I grado: LST + II grado: Unplugged e Educapari), studiato per rafforzare l'alleanza Scuola-SSR (formazione docenti, ingaggio studenti in classe, supporto operatori e coinvolgimento famiglie) per la promozione della salute fisica e mentale nelle comunità scolastiche in stretto raccordo con la rete dei Servizi.

Cristiana Coviello

componente Osservatorio Nazionale Infanzia e Adolescenza, in rappresentanza del Ministero della Salute

Il Ministero della Salute è tra i componenti di diritto dell'Osservatorio Nazionale Infanzia

e Adolescenza, organismo che ha il compito di redigere il “piano nazionale d’azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva”

I lavori dell’Osservatorio, e in special modo quelli del gruppo di lavoro “Promozione e tutela della salute intesa come benessere integrale della persona di minore età”) hanno incentrato l’attenzione sulla necessità di politiche di prevenzione partendo dalla Scuola. La Scuola, infatti, se da un lato rappresenta il luogo nel quale bambini e ragazzi sperimentano il loro essere, dall’altro si configura come un luogo di confronto privilegiato per il mondo sanitario in quanto può istruire e formare a vivere in modo più sano rendendo possibile un’efficace promozione della salute.

Anche nel nuovo Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025, il setting “Scuola” assume un ruolo fondamentale tanto da prevedere un programma predefinito, vincolante e uguale per tutte le Regioni dedicato alle “Scuole che promuovono salute”.

I dati a disposizione evidenziano come sia fondamentale accentuare l’attenzione rispetto alle politiche di prevenzione e intervento nell’area della salute mentale. Rispetto a quest’ultima è importante considerarne l’eccezione estesa a tutto il benessere psicologico. Assumono rilevanza i temi della violenza (subita, assistita e agita), dell’educazione alla sessualità, all’affettività e alla parità di genere, gli sviluppi atipici e i comportamenti dei minori che accedono alla rete e ai social network nei risvolti della “personalità digitale” e del “ritiro sociale” per arrivare fino al “cyberbullismo”, “sexting”, adescamento e pornografia minorile, i comportamenti alimentari e i disturbi connessi e le dipendenze. Pertanto, l’Osservatorio ha previsto alcune azioni in grado di dare risposte ai bisogni di bambini e ragazzi. Gli obiettivi hanno l’intento di introdurre/ampliare/amplificare le idee e le linee di azione migliorative in materia di “benessere integrale della persona di minore età” come intervento e supporto immediato in risposta alle conseguenze dell’emergenza epidemiologica da Covid-19 e successivamente come pratica permanente, in maniera sistematizzata.

Nello specifico:

1. Prevenire il disagio e promuovere il benessere integrale di bambini e ragazzi in età scolare.
 - 1.1 sostegno e supporto psicologico di bambini e adolescenti all’interno e per il sistema scolastico attraverso l’istituzione di un Servizio di Psicologia Scolastica presente nelle scuole di ogni ordine e grado. Il servizio dovrà essere parte integrante dell’offerta formativa e dovrà essere garantito su tutto il territorio nazionale. I professionisti dovranno garantire qualità e competenza specifiche per l’ambito scolastico e dovranno appoggiarsi a strumenti professionali validati e attendibili, utilizzando anche il gruppo, come strumento formativo privilegiato rivolto sia agli studenti sia ai genitori.
 - 1.2 collegamento (governance) tra scuola e territorio attraverso i Consultori familiari che forniranno il servizio di psicologia scolastica con progettualità e professionisti dedicati. Lo psicologo, direttamente o indirettamente, dovrà sempre avvalersi del-

le competenze dell'equipe multidisciplinare consultoriale per la programmazione e realizzazione di attività con gli studenti all'interno della scuola. Andrà, quindi, effettuata una ricognizione del personale esistente (anche attraverso l'utilizzo del rapporto sui consultori effettuato dall'ISS) e la valutazione dei professionisti necessari tenendo conto del numero delle scuole, il numero di alunni e la dislocazione sul territorio. Allo stesso tempo sarà necessario rafforzare i Consultori dotandoli di risorse e strumenti dedicati non solo relativamente alle figure degli psicologi necessari per l'attivazione del servizio nelle scuole ma anche rispetto alle figure presenti nelle equipe.

1.3 Individuazione e costruzione di politiche integrate per il rafforzamento e la costruzione di reti locali tra scuola, territorio (servizi territoriali, servizi sociali, Garantiti regionali e comunali per l'infanzia e l'adolescenza), servizi sanitari (pediatri, aziende ospedaliere, distretti sanitari) e terzo settore. Punto nevralgico della Rete saranno, in ogni caso, i Consultori familiari. Sarà necessario definire Linee di indirizzo generali per identificare: processi di formazione multidisciplinare, programmi, obiettivi, azioni, attori, processi di governance, indicatori di valutazione, strumenti e accordi/protocolli specifici per l'invio/presa in carico del minore ed eventualmente del nucleo familiare. Dovranno, altresì, essere varate soluzioni normative specifiche atte a consentire la possibilità di accesso diretto (autodeterminazione rispetto al consenso informato) alle prestazioni professionali e ai servizi nell'ambito della salute mentale da parte degli adolescenti a partire dai 14 anni.

2. Promuovere il benessere psicologico e fisico delle persone di minore età nei servizi educativi e nelle scuole di ogni ordine e grado attraverso l'implementazione di programmi centrati sulle life skills

2.1 Stabilizzare iniziative integrate scuola-territorio su corretti stili di vita (life skills, educazione alimentare e allo sport, bullismo/cyber-bullismo, dipendenze, utilizzo della rete e social-media)

Al fine di promuovere il benessere psicologico e fisico delle persone di minore età nei servizi educativi e nelle scuole di ogni ordine e grado e nel pieno rispetto di quanto stabilito dal Piano Nazionale Prevenzione 2020/2025, dal Protocollo di intesa tra Ministero della Salute e Ministero dell'istruzione del 20.02.19 e dall'Accordo raggiunto in Conferenza Stato Regioni del 17.01.19 sulle scuole che promuovono la salute, dovranno essere definiti e realizzati programmi nazionali atti a prevedere regolari e stabili iniziative integrate scuola-territorio su: corretti stili di vita (educazione alimentare e allo sport, utilizzo della rete e social-media). È altresì necessario mettere in campo progetti strutturati sull'implementazione di competenze trasversali (life skills) e realizzare progetti specifici per la prevenzione del bullismo/cyber-bullismo e delle dipendenze.

2.2 implementare l'educazione all'affettività/sexualità e alla parità di genere (così come stabilito anche dalla Convenzione di Istanbul e dalla legge 107/2015).

Giancarlo Rigon

Psichiatra e Neuropsichiatra infantile, Bologna

Psichiatria degli adulti e Neuropsichiatra dell'età evolutiva a confronto per la tutela della salute mentale

Nella storia della tutela della salute mentale in Italia, vi sono due eventi e due date importanti:

la chiusura degli ospedali psichiatrici prevista dalla Legge 180 del 1978, che diede origine alla psichiatria di comunità per l'età adulta; la chiusura delle scuole speciali e delle classi differenziali stabilita l'anno precedente, nel 1977, dalla Legge 517, che fu all'origine dei Servizi Territoriali di Neuropsichiatra dell'infanzia e dell'adolescenza, ovvero, della neuropsichiatra di comunità per l'età evolutiva.

Psichiatria generale e neuropsichiatra infantile si sono sviluppate in Italia seguendo percorsi separati, in particolare dagli anni '70 in poi, proprio quando prendeva forza la stagione del cambiamento che portò alle grandi riforme sopra citate.

Differenze e diversità che non si sono mai confrontate fra loro sino a quando, in questi ultimi anni, e solamente in alcune realtà regionali, la Neuropsichiatra dell'età evolutiva è entrata a far parte del Dipartimento di Salute Mentale.

Diversamente da quanto avvenuto negli altri Paesi europei e negli Stati Uniti, e come avvenne in Italia fra il 1970 e il 1976 quando la Psichiatria e la Neurologia degli adulti si resero reciprocamente autonome, la Neuropsichiatra infantile italiana non ha operato la separazione fra l'area neurologica e quella psichiatrica.

Si potrebbe dire che quando la Psichiatria si è separata dalla Neurologia ha "dimenticato" l'età evolutiva, rinunciando ad affermare la propria competenza nello studio dei fenomeni psicologici e nella cura di quelli psicopatologici caratteristici della età evolutiva, impoverendo di conseguenza la capacità di comprensione di quanto si realizza nell'adulto.

Questa separazione ha altrettanto impoverito nella Neuropsichiatra dell'Infanzia e dell'Adolescenza la capacità di valutazione e la conoscenza diretta degli sviluppi che quei fenomeni hanno in età adulta.

La scelta di denominare il Dipartimento con il termine di Salute Mentale segnala il superamento della visione "psichiatrica" dei problemi di settore, centrata sulla patologia, per acquisire quella della "salute mentale" che vede nella prevenzione la propria ragion d'essere, e spinge pertanto al collegamento con la neuropsichiatra dell'età evolutiva in considerazione del forte valore preventivo che interventi precoci ed appropriati hanno per la tutela della salute mentale.

Certamente, questo ritrovato rapporto delle due discipline paga il prezzo di una assenza di dialogo durata decenni, alla quale occorre oggi porre rimedio favorendo occasioni di confronto che sia paritario nella formazione, nella pratica clinica, nella gestione del servizio e rispettoso delle caratteristiche di ciascuna disciplina e improntato alla disponibilità ad apprendere ciò che ciascuna può apportare all'altra.

La NPIA può contribuire portando il proprio contributo metodologico: la globalità di approccio, la multidisciplinarietà, l'organizzazione in équipe multidisciplinari, l'attenzione al lavoro di rete, in particolare con la scuola, i Servizi Sociali e con i genitori, la dimensione evolutiva, il modo di intendere il rapporto fra normalità e patologia.

Affinché tale confronto sia proficuo, occorre che il DSM adotti il criterio della continuità nell'arco della vita della tutela della salute mentale intesa come "benessere psicosociale degli individui e delle comunità" [Saraceno, B., Discorso globale, sofferenze locali, Milano, Il Saggiatore, 2014].

Erika Russo

Save the Children Italia

Save the Children dal 1919 si impegna a migliorare la vita di bambini/e e adolescenti in tutto il mondo, soprattutto in contesti di emergenza, mantenendo lo sguardo rivolto ai più vulnerabili, ai "most deprived", coloro che sono maggiormente a rischio di esclusione sociale e marginalizzazione e che affrontano quotidianamente piccole e grandi sfide e avversità e la cui salute mentale e fisica è spesso a rischio. La povertà minorile infatti, in poco più di dieci anni ha raggiunto nel 2020 il suo massimo storico degli ultimi 15 anni: 1 milione e 346 mila minori (il 13,6% dei bambini e degli adolescenti in Italia), ben 209mila in più rispetto all'anno precedente, sono in condizioni di povertà assoluta. Save the Children ha quindi l'obiettivo di tutelare e garantire i Diritti dei bambini e adolescenti in tutto il territorio nazionale ed in particolare nei contesti più deprivati attraverso l'implementazione di Programmi di contrasto alla povertà educativa e alla dispersione scolastica, contro ogni forma di maltrattamento e abuso, e di supporto ai minori migranti. In merito ai principali diritti legati alla salute, fisica e mentale, l'organizzazione ha realizzato e realizza interventi Psicosociali con la finalità di promuovere benessere e resilienza nei bambini/e e ragazzi, rafforzando anche le competenze degli adulti di riferimento in merito alle capacità genitoriali, educative e di lettura dei primissimi segnali di disagio e/o malessere emotivo e psicologico. Attraverso il supporto emotivo e psicologico individuale rivolto ai genitori, webinar per adulti di riferimento con esperti di Psicologia dello sviluppo e emergenze, formazioni e kit didattici specifici su approccio Psicosociale rivolti agli insegnanti, webinar tematici per sfruttare al meglio il periodo estivo e rafforzare le relazioni tra pari e un Repository Psicosociale rivolto a genitori, insegnanti, servizi educativi e ragazzi www.benessere.savethechildren.it si vogliono offrire attività, approfondimenti, ricerche, consigli utili e guide per accompagnare al meglio bambini e ragazzi nel processo di crescita e prevenire qualsiasi tipo di disagio grave e rafforzare le risorse interne dei più piccoli. Azioni come queste sono centrali per il lavoro dell'organizzazione soprattutto in questo periodo di emergenza pandemica.

Maria Luisa Scattoni

Istituto Superiore di Sanità, Osservatorio Nazionale Autismo: azioni strategiche in età evolutiva

I disturbi dello spettro autistico sono caratterizzati da deficit persistenti nell'interazione e comunicazione sociale in molteplici contesti e comportamenti/interessi/attività ristretti e ripetitivi. Le caratteristiche della sintomatologia possono essere estremamente eterogenee sia in termini di complessità che di severità e possono presentarsi molto frequentemente diverse comorbilità neurologiche/psichiatriche/mediche. L'Osservatorio Nazionale Autismo riporta una prevalenza di 1 su 77 bambini con disturbi dello spettro autistico in Italia per cui si stimano circa 500.000-600.000 famiglie con una persona nello spettro autistico nel nostro territorio. Urge pertanto una riflessione sulle azioni strategiche di Sanità Pubblica da intraprendere.

Una recente review sistematica dell'Istituto Superiore di Sanità sui *pathway of care* ha evidenziato alcune criticità nel nostro Sistema Sanitario Nazionale sulla presa in carico di questo importante disturbo quali: 1. la necessità di definire e monitorare di percorsi di riconoscimento precoce e valutazione clinico-diagnostico-funzionale; 2. una reale integrazione rete sanitaria-sociale-educativa per garantire la continuità delle cure (transizione); 3. attuare interventi differenziati sulla base delle preferenze, dei diversi bisogni, del livello di funzionamento e delle eventuali condizioni mediche/psichiatriche associate per attivare la massima autonomia possibile e il miglioramento della qualità della vita.

Dal 2016 il Governo stanziava il Fondo Autismo, coordinato dal Ministero della Salute, attraverso il quale l'ISS, le Regioni e le Province Autonome portano avanti le attività delineate nella legge autismo 134/2015. In Italia purtroppo c'è ancora grande disomogeneità a livello dei servizi e della relativa assistenza prestata. Andrebbero messe a sistema diverse azioni: una sorveglianza pediatrica della popolazione pediatrica nei Bilanci di salute; una sorveglianza per i neonati/bambini ad alto rischio - prematuri, piccoli per età gestazionale e fratellini di bambini con disturbo dello spettro autistico - attraverso protocolli condivisi nelle Unità Operative di Neuropsichiatria Infantile (UONPIA) e le Neonatologie/Terapie Intensive Neonatali; l'invio in *fast-track* al Nucleo Operativo Territoriale (Team Livello I) costituito dalle UONPIA e dai Dipartimenti di Salute Mentale per la definizione del progetto di vita con piani terapeutici riabilitativi individualizzati e calibrati sulla base dell'*assessment* del funzionamento e delle preferenze e percorsi integrati e differenziati per l'intervento nei diversi contesti (sanitario, educativo/scolastico, autonomie - abitativa, lavorativa, life and Social Skills); l'invio al Team di II Livello per approfondimenti clinici ed eziopatogenetici, l'identificazione e trattamento di comorbilità e per le emergenze comportamentali e al TEAM di III LIVELLO per l'accoglienza e assistenza medico ospedaliera sul modello DAMA per approfondimenti internistici e emergenze/ricoveri ordinari. Per garantire l'appropriatezza e l'efficienza

dell'intero percorso, andrebbe sistematizzato e garantito il monitoraggio a tutti i livelli, non solo degli esiti clinici, affinché venga garantito a tutte le persone autistiche il raggiungimento di una vera e propria qualità di vita.

I bisogni e le preferenze delle persone nello spettro autistico dovrebbero sempre guidare la scelta del percorso assistenziale specifico e le loro famiglie essere sempre coinvolte nelle decisioni sulla loro salute e cura.

Tiziano Vecchiato

Presidente Fondazione E. Zancan, Padova

Ripensare il noi professionale*

La pandemia ha amplificato contraddizioni che da tempo mettono in sofferenza i servizi di salute mentale con ingiustificate chiusure professionali e incapacità di dare risposte ai bisogni delle nuove generazioni. Durante la pandemia sono emerse con le fragilità professionali e istituzionali, mentre il confinamento è diventato paradossalmente un luogo sicuro per tutti, enfatizzando la diffusa incapacità di far leva sulla gruppalità e sul noi professionale, che sono condizioni vitali per un servizio pubblico, liberato dalle autoreferenzialità. Sono contraddizioni difficili da accettare per dare risposte all'aumento del disagio psichico tra i più giovani. Si sono chiesti quanto fidarsi di istituzioni incapaci di protezione e promozione, perdendo il contatto tra loro e con la vita condivisa.

I servizi si sono scoperti affetti da cronicità insorte ben prima della pandemia caratterizzate da una diffusa frammentazione dei percorsi professionali, da sclerotizzazioni operative, da difficoltà di misurarsi con i nuovi bisogni, dai tempi ingiustificati dell'accesso, del diagnosticare, del decidere, del curare, del promuovere salute.

È anche emersa la necessità di nuovi bilanciamenti tra "Io servizio e Noi servizio", valorizzando la dimensione gruppale, l'integrazione delle capacità e delle responsabilità per contrastare il rischio del "curare senza prendersi cura" e del fare senza esiti, assecondando un diffuso prestazionismo. È urgente ripensare il noi professionale, oltre i modelli individualistici, incapaci di evolvere nel "Noi Servizio", confinandosi in un narcisismo incapace di affrontare i problemi. È emersa anche la costosità del prestazionismo povero di risultati, che istituzionalizza "i curati" e i curanti" in una relazionalità rischiosa e pericolosa.

Se io "non posso aiutarti senza di te" e tu "non puoi aiutarti senza di me" va ripensato il "rapporto di potere" tra chi aiuta e chi è aiutato, riposizionandolo nell'arco terapeutico. Gli esiti infatti non dipendono dall'input del servizio (le risorse professionali) ma anche dalle capacità delle persone in "concorso al risultato" virtuoso e gruppale, che rende tutto più conveniente.

Va anche ripensata la formazione, evitando che contribuisca al mantenimento degli equilibri consolidati. Lo stesso vale per la ricerca clinica e organizzativa, incapace di

collaudare soluzioni professionali e organizzative basate su evidenze all'altezza delle sfide da affrontare, con umiltà e competenza, accettando di essere valutati con indici di efficacia coerenti con il compito di garantire i livelli essenziali di assistenza.

Ma non si può innovare con vecchie organizzazioni e con vecchie professioni. Anche i servizi di salute mentale sono chiamati ad affrontare questa sfida, "vino nuovo in otri nuovi", abbandonando la clinica incapace di esiti, che continua a separare diagnosi, prognosi, piani assistenziali, trattamenti, valutazione..., come se fossero pietre da cantiere e non architetture cliniche da collegare in modi autoportanti e generativi nell'arco terapeutico. Il disagio in età evolutiva è per queste ragioni una sfida simbolica per far dialogare i Lea, con pratiche basate su modelli gruppali, necessari per superare il materialismo metodologico che non valorizza le persone e le professioni.

*Sintesi documento "Crisi di welfare: come è potuto accadere? Proposte per affrontare il disagio psichico" redatto da Ivan Ambrosiano, Cinzia Canali, Fiorenza Milano, Enrico Stenico, Tiziano Vecchiato, scaricabile da <https://shop.fondazionezancan.it/product/studi-zancan-2021-2/>

TAVOLO 3

**“AZIONI PREVENTIVE E PRESA
IN CARICO NELLE POPOLAZIONI
MIGRANTI E NEI CONTESTI
CUSTODIALI”**

Coordinatori

Gianfranco Costanzo

Direttore sanitario Istituto Nazionale Salute Migrazioni e Povertà, Roma

Mauro Palma

Garante Nazionale dei diritti delle persone detenute o private della libertà personale

La sezione del tavolo 3, dedicata alla salute mentale delle persone migranti, si svolge appositamente dopo quella dedicata alla salute mentale in ambito custodiale perché, in accordo con il dott. Palma, non si è voluto dare alcuno spunto logico di relazione tra lo status di migrante e la commissione di reati.

Entrando nell'argomento, c'è da dire che il peso dei disturbi mentali tra i rifugiati appena giunti e tra i richiedenti asilo in Europa è stato oggetto di 6 revisioni sistematiche negli ultimi 4 anni. La prevalenza dei disturbi mentali è molto variabile tra gli studi e i gruppi di popolazione e la sua rilevanza tra i rifugiati e i migranti dipende da come si manifesta in relazione al fenomeno tra la popolazione ospitante.

Le evidenze disponibili ci dicono che, oltre ai fattori di rischio che agiscono prima di stabilirsi nel paese ospitante, esiste un carico psicologico dovuto alle preoccupazioni per la famiglia lasciata nel paese d'origine o quella che si sta stabilendo nel nuovo paese, per le condizioni di vita difficili, per la mancanza di una buona integrazione sociale, per la presenza di atteggiamenti culturali ostili o a causa della disoccupazione.

Poiché i fattori che influenzano la salute mentale nei rifugiati e nei richiedenti asilo sono molto complessi, la variabilità del problema all'interno della popolazione migrante è elevata ed è quindi difficile trarre conclusioni generalizzate. Tuttavia, studi qualitativamente validi

tendono a mostrare una minore prevalenza di disturbi mentali tra i migranti rispetto alla popolazione ospitante. Tenterò di dare un quadro non esaustivo sulle maggiori evidenze scientifiche in tale contesto.

Depressione

Una revisione del 2016 ha mostrato che i tassi di prevalenza della depressione nei rifugiati adulti sono superiori a quelli osservati nella popolazione generale (8-12 %), nonostante la loro ampia variabilità (dal 5 al 44 %). Oltre alla depressione, revisioni successive evidenziano un aumentato disturbo post-traumatico da stress (PTSD) tra i rifugiati.

PTSD

Uno studio tedesco mostra che la prevalenza del disturbo post-traumatico da stress (PTSD) è del 24,3% tra i rifugiati, mentre del 35,7% tra i richiedenti asilo di lingua araba nei centri di accoglienza collettiva. Inoltre, il PTSD è stato riportato nel 60,7% dei richiedenti asilo in Svezia provenienti da Afghanistan, Eritrea, Iraq, Somalia e Siria reinsediati. In una ampia meta-analisi si riscontra una sostanziale eterogeneità tra gli studi, e le analisi dei sottogruppi indicano che la prevalenza del PTSD è significativamente più alta per le donne, per coloro che hanno lo status di rifugiato e per coloro che provengono dall'Africa. La durata del viaggio migratorio sembra non avere avuto un impatto significativo sulla prevalenza del PTSD e suggerisce uno stato di influenza nell'ambiente post-migratorio.

Ansia

La prevalenza dell'ansia è invece più alta per gli individui sfollati di recente. I fattori che contribuiscono all'ansia potrebbero essere l'incertezza del processo di reinsediamento e la partecipazione al processo di riconoscimento del rifugiato, che potrebbe giocare un effetto negativo sul suo benessere psicologico. Tuttavia, sono necessarie conferme in questo campo e la prevalenza di disturbi d'ansia sembra essere in linea con i risultati osservati tra le popolazioni generali.

Psicosi

I disturbi psicotici sono stati valutati solo in studi clinici e non negli studi di popolazione, rendendo impossibile riportarne la prevalenza che, comunque, sembra essere in linea con i risultati osservati tra le popolazioni generali. Invece, il rischio di trattamento sanitario obbligatorio sembra essere più alto per gli individui provenienti da paesi subsahariani, mediorientali e nordafricani. Lo stesso rischio risulta più elevato nei quartieri delle città più densamente popolati.

Suicidio

In un ampio studio di coorte di 5.083.447 di individui di età compresa tra i 16 e i 64 anni residenti in Svezia nel 2004 (196.757 erano rifugiati), i tassi di tentativi di suicidio tra coloro che associavano un disturbo mentale sono risultati inferiori tra i rifugiati rispetto agli individui nati in Svezia. Per la schizofrenia, il disturbo bipolare e il disturbo di personalità, i tentativi di suicidio e i suicidi erano risultati invece comparabili tra i rifugiati e gli individui nati in Svezia.

Abuso di Alcool

Da uno studio svizzero, la prevalenza del consumo abituale di alcool tra i richiedenti asilo è risultata di molto inferiore rispetto ai pazienti nazionali. Da uno studio svedese, i giovani rifugiati sono stati ricoverati meno frequentemente per disturbi legati all'alcool rispetto ai nativi svedesi. Il rischio di ospedalizzazione è stato più basso per le giovani

donne rifugiate.

Diagnosi

Una recente indagine condotta in Italia sui rifugiati ricoverati per problemi mentali ha evidenziato che le diagnosi hanno fatto frequentemente riferimento al codice ICD-9 “altre psicosi non organiche” e questo potrebbe celare difficoltà diagnostiche per gli psichiatri italiani a riconoscere quadri associati a esperienze traumatiche.

Stigma

I problemi mentali sono altamente stigmatizzati in molte parti del mondo e i concetti di salute mentale e fisica differiscono culturalmente. L'auto-stigmatizzazione può essere più elevata tra i migranti e influenzare il loro comportamento di ricerca di un buono stato di salute, elemento che potrebbe spiegare i tassi più elevati di ospedalizzazione.

Barriere

Le Unità Operative di Salute Mentale che operano con il supporto di personale specializzato (antropologi medici, mediatori culturali, psichiatri e psicologi), sembrano invece riconoscere più correttamente i quadri clinici di queste persone, anche quando esse appartengono a comunità «hard-to-reach”.

Presa in carico

Allo stato di salute delle persone migranti contribuisce quindi fortemente la capacità del SSN di farsene carico, eliminando le barriere di accesso, incluse quelle determinate da problemi di residenza anagrafica per la continuità della riabilitazione. Altresì, il SSN dovrebbe implementare in modo omogeneo le linee di indirizzo per il riconoscimento precoce e la presa in carico di vittime di violenza intenzionale e tortura.

INTERVENTI

Massimiliano Aragona

Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti ed il contrasto delle malattie della Povertà (INMP)

Salute psichica e pandemia nelle persone più fragili

La fragilità sociale è legata a doppio filo con le problematiche di salute mentale: le difficili condizioni sociali ed economiche aumentano la sofferenza mentale, e questa aumenta

il rischio di marginalizzazione sociale. Per questo i Dipartimenti di Salute Mentale sono stati pensati già dall'origine con un'impronta fortemente sociale: radicamento forte nel tessuto collettivo (il concetto di territorialità), preferenza per gli interventi di prossimità, promozione di attività pro-sociali e di inserimento lavorativo.

Purtroppo nel tempo questa spinta è venuta meno in molte realtà italiane, con un conseguente aumento delle difficoltà di accesso ai servizi territoriali, che in alcune realtà sono preclusi a chi non ha la residenza, a chi non ha una delle gravi patologie previste nei LEA, a chi non riesce a fare valere con la sufficiente forza i propri diritti, etc.

Su tutto ciò è piombata l'emergenza pandemica, con effetti negativi generali (es. perdita di lavoro, soprattutto per chi già aveva un lavoro precario) e specifici (blocco delle attività gruppalì e riabilitative, aumento delle difficoltà di accesso ai servizi territoriali con conseguente rischio di maggior ricorso ai servizi di urgenza/emergenza).

Oltre a questi problemi generali, i migranti appaiono a maggior rischio per: 1) barriere culturali/linguistiche; 2) stress intrinseco alla migrazione; 3) barriere d'accesso ai servizi (spesso i migranti non hanno la possibilità di affittare una casa con regolare contratto, e quindi non hanno la residenza); 4) scarsa capacità degli operatori nel cogliere le determinanti culturali sottese ad alcune forme di sofferenza mentale dei migranti; 5) maggior prevalenza di storie psicotraumatiche (soprattutto nei richiedenti asilo); 6) scarso supporto sociosanitario per le cronicità; 7) peggioramento, negli ultimi anni, delle condizioni di vita nei centri di accoglienza ed aumento del numero gli homeless.

Stando così le cose, si possono avanzare alcune proposte di miglioramento.

Sul piano della prevenzione, occorre contrastare l'aumento delle disuguaglianze sociali del lavoro nero e precario. Occorre promuovere attivamente l'arrivo legale e in sicurezza (ad es. con i corridoi umanitari e la riattivazione dei flussi per i migranti economici), migliorare le condizioni di accoglienza nei centri, avere tempi certi e ragionevoli per avere il permesso di soggiorno, favorire l'empowerment con l'avvio precoce al lavoro.

Nell'organizzazione dei servizi bisogna ridurre la soglia d'accesso ai servizi territoriali, che dovrebbero accogliere chiunque in atto stia vivendo sul territorio di competenza, indipendentemente da domicilio o residenza. Ciò per consentire trattamenti precoci prevenendo i ricoveri d'urgenza. Per chi ha subito violenza intenzionale bisogna organizzare in ogni DSM almeno una équipe dedicata, secondo quanto previsto dalle linee guida del Ministero della Salute.

Infine, bisogna aumentare la formazione degli operatori al lavoro transculturale e implementare la disponibilità di mediatori culturali nei setting di salute mentale.

Stefano Cecconi
Osservatorio STOPOPG

Come è possibile tutelare la salute mentale delle persone nei contesti custodiali? Lo

sappiano è molto difficile: i luoghi le forme della privazione della libertà, pur quando necessari, ostacolano salute e cura delle persone. Sono spesso “periferie dei diritti”. Per questo non dobbiamo avere l’ossessione di trovare nuovi “luoghi di cura speciali” (nuovi posti in carcere, nuove Rems ...). Non sono i luoghi ma i percorsi di cura per le persone quelli che contano; e i più efficaci sono quelli che si realizzano nei contesti della vita quotidiana, negli ambienti di vita, di lavoro, di relazioni sociali, dunque con misure non custodiali.

La restituzione dei “folli” alla vita nella comunità, alla cittadinanza, è stata la grande rivoluzione della riforma Basaglia che ha chiuso i manicomi, ed è stata ripresa poi dalla legge 81/2014 che ha chiuso gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. Sappiamo però che i muri del manicomio sono duri da abbattere, gli indizi sono tanti: l’uso della contenzione meccanica, abusi nell’esecuzione dei TSO, crescita di strutture residenziali cronicari che allontanano le persone dalla loro comunità, la pressione per aumentare i posti Rems, il persistere di misure detentive. E pensiamo allo stigma che continua ad associare follia a pericolosità sociale.

È bene ricordare che la chiusura degli OPG non ha abolito il “doppio binario” per i folli rei giudicati socialmente pericolosi, che, non imputabili, sono prosciolti ma vengono destinati al binario speciale della misura di sicurezza. E finché resiste questo doppio binario resiste la logica manicomiale. Tuttavia tra le novità della legge 81 c’è quella di aver reso residuali le misure di sicurezza detentive (“Rems come extrema ratio”) e ciò significa che l’OPG non è stato sostituito dalle Rems ma dal sistema di welfare di comunità, di cui fa parte il Dipartimento di Salute Mentale. E più in generale richiama la necessità di curare le persone con gravi disturbi mentali con misure non detentive, e ciò riguarda evidentemente anche il carcere.

Questo orientamento favorevole alle misure non detentive, è stato confermato dal pronunciamento recente della Corte Costituzionale (sentenza 99/2019) con l’equiparazione dell’infermità mentale a quella fisica per poter accedere a misure alternative al carcere, ma anche dal Consiglio Superiore della Magistratura (Risoluzioni del 19.4.2017 e 24.9.2018) e dal parere del Comitato nazionale per la Bioetica (“Salute mentale e assistenza psichiatrica in carcere” 2019). Il punto è che il ricorso alle misure non detentive – vera soluzione per evitare le liste di attesa, i ricoveri impropri in Rems e offrire un’alternativa al carcere - presuppone un ruolo forte dei servizi socio sanitari pubblici. Ed esige un rapporto di collaborazione tra Salute e Giustizia, come sollecitato dal recente pronunciamento della Corte Costituzionale (131/2021).

Alcune proposte per la Conferenza

Di fronte a questa situazione, indico alcune possibili proposte, che possono trovare già in questa Conferenza una prima risposta, almeno come impegni da realizzare:

1. Riattivare l’Organismo nazionale di monitoraggio sul superamento degli OGP composto da Ministeri Salute e Giustizia, Magistratura, Conferenza Regioni, Anci e associazioni della società civile

2. Un protocollo di collaborazione nazionale, e nelle regioni, tra i soggetti impegnati nell'attuazione della Riforma OPG (Salute, Giustizia, Regioni, Comuni), anche con momenti di formazione comune.
3. L'approvazione di una legge che superi la logica manicomiale del "doppio binario", insita nella non imputabilità.
4. Il potenziamento dei DSM: adeguando finanziamenti e personale senza i quali non si realizzano percorsi di cura delle persone.

Francesco Colosimo

Azioni preventive e presa in carico nelle popolazioni migranti

Emergono numerose problematiche nell'accesso delle persone straniere ai Servizi di Salute Mentale e alle cure. Esistono barriere di accesso (giuridico-legali, economiche, burocratiche-amministrative e organizzative), gli ostacoli che il migrante può incontrare già in fase di richiesta di cure ad un Centro di Salute Mentale e barriere di fruibilità, ossia barriere che possono essere incontrate nelle azioni successive all'accesso (barriere linguistiche, comunicative, interpretative e comportamentali) e che possono ostacolare la possibilità della persona di avvalersi di tutti i servizi offerti dai Dipartimenti di Salute Mentale. Queste difficoltà possono essere dovute alla mancanza di un approccio transculturale da parte del personale sanitario, a elevati livelli di burocrazia, alla carenza di personale all'interno dei servizi e alla difficoltà a svolgere un lavoro di rete, in un'ottica di mediazione di sistema. Tra le barriere burocratiche-amministrative all'accesso ai servizi di Salute Mentale la principale barriera in alcune regioni, come ad esempio il Lazio, è la residenza anagrafica: affinché la persona portatrice di un bisogno di salute possa rivolgersi al servizio deve risiedere in quel territorio. Questa limitazione costituisce un serio ostacolo per quelle persone che pur essendo presenti sul territorio, e pur avendo spesso un titolo sanitario, per svariati motivi non hanno la residenza in quel territorio oppure non la hanno per niente, come ad esempio persone che vivono per strada, richiedenti asilo e rifugiati che vivono in centri di accoglienza o persone con altri titoli di soggiorno e con tessera sanitaria che non riescono ad accedere ai servizi di salute mentale anche quando sono portatori di severi disturbi psichici. In realtà il progetto Obiettivo per la Salute Mentale indicava che il criterio di accesso ai servizi fosse la presenza delle persone sul "territorio". Vi sono inoltre Barriere linguistiche e culturali: le difficoltà comunicative e di lettura dei diversi codici culturali connesse alla carenza di mediazione culturale può determinare difficoltà nella diagnosi e differenze importanti nel trattamento. Sono presenti sul territorio nazionale diverse esperienze di mediazione culturale che possono consentire di superare alcune di queste barriere, ma queste esperienze sono spesso temporalmente limitate, poco diffuse e non vengono messe a sistema spesso anche in quei territori con alta presenza di popolazione straniera.

Tra la popolazione migrante esistono poi sottopopolazioni a maggior rischio di sviluppare disturbi psichici: richiedenti asilo e rifugiati, con problematiche di salute mentale: da alcuni studi italiani e internazionali è stato messo in evidenza come fattori di stress post-migratori, come ad esempio condizioni di vita precarie in grandi e sovraffollati centri di accoglienza, producono effetti negativi sulla salute mentale dei rifugiati e dei richiedenti asilo al pari delle violenze subite nei paesi di origine o lungo la rotta migratoria. Spesso queste persone non riescono ad accedere ai servizi; bisogna anche osservare che gli interventi di salute mentale per rifugiati e richiedenti asilo sono stati in gran parte incentrati sulla cura del trauma e poco sulle condizioni di accoglienza post-migratorie che meriterebbero di essere considerate nell'ottica di una prevenzione del disturbo da stress post-traumatico. Si registra così una difficoltà, se non l'impossibilità, di individuare ed attivare luoghi tecnicamente idonei all'assistenza di queste persone.

Franco Corleone

Chiusura degli Opg: rivoluzione e riforma

La legge 180, approvata nel maggio del 1978, stabilì la chiusura dei manicomi civili, ma non affrontò la questione dei manicomi giudiziari che tre anni prima erano stati ribattezzati dalla legge di riforma penitenziaria Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG), rimasti in vita fino alla approvazione della legge 81 del 2014 che ha decretato la chiusura della peggiore istituzione totale, carcere e manicomio insieme.

Nel 1991 al Senato e nel 1996 alla Camera presentai un progetto di riforma radicale con lo scopo di eliminare la previsione dell'incapacità di intendere e volere e, di conseguenza, il doppio binario costituito dalla pena e dalla misura di sicurezza previsto dal Codice Rocco. Proponevo dunque di abolire il proscioglimento e la misura di sicurezza che lo accompagnava e che spesso comportava un cosiddetto "ergastolo bianco" e comunque la conseguenza di una pena che aveva una durata superiore a quella che sarebbe stata irrogata a un soggetto "capace".

La chiusura degli OPG ha rappresentato una rivoluzione. Le difficoltà e le contraddizioni esistono e vanno affrontate con onestà intellettuale.

Ciò che è invece inaccettabile è la strumentalizzazione delle criticità di una faticosa sperimentazione con la riproposizione e la nostalgia della logica manicomiale.

Il Governo nominò un Commissario per superare i ritardi nella realizzazione di un obiettivo di grande civiltà. Toccò a me, in un anno esaltante di impegno totale, tra il 2016 e il 2017, chiudere gli OPG ancora aperti e aprire tutte le Rems, le residenze per le misure di sicurezza, destinate ad accogliere i soggetti provenienti dai manicomi giudiziari e i nuovi folli rei.

Il delicato equilibrio tra cura e custodia è stato reso possibile dal rispetto rigoroso di alcuni principi fondamentali che hanno evitato che le Rems si trasformassero in miniOpg o in

strutture contenitive e non terapeutiche: il rispetto della territorialità, l'affermazione del numero chiuso, l'assenza di polizia all'interno delle strutture, il rifiuto della contenzione meccanica.

Il Consiglio Superiore della Magistratura e il Comitato Nazionale di Bioetica hanno approvato documenti per il rispetto e la coerenza della riforma, invitando a considerare il ricovero in Rems come ultima ratio, privilegiando misure come la libertà vigilata.

Purtroppo si è dovuta constatare una presenza eccessiva di soggetti in misura di sicurezza provvisoria, pregiudicando l'efficacia dell'intervento destinato alle misure di sicurezza definitive.

È stata costante la polemica sulle cosiddette liste d'attesa e da ultimo ha destato scandalo la presenza in carcere di 65 prosciolti al 19 aprile 2021. La ministra Cartabia ha chiesto giustamente la cancellazione di una detenzione senza titolo.

Sono due fenomeni che vanno analizzati e risolti attraverso interventi intelligenti di governo della realtà, senza però imboccare la strada dell'aumento dei posti disponibili e del numero delle Rems. Avremmo infatti in poco tempo più ospiti di quelli presenti negli OPG prima della loro chiusura.

Il Tribunale di Tivoli ha investito della questione la Corte Costituzionale e in Parlamento è stata depositata la proposta di legge 2939 a prima firma Magi, frutto del lavoro di molte associazioni, per scegliere la via del giudizio per le persone affette da gravi disabilità psicosociali, per riconoscere la loro dignità di soggetti, restituendo loro la responsabilità e la possibilità di comprensione delle loro azioni, respingendo lo stigma perenne.

La scelta chiara è tra la prosecuzione in un processo di civiltà e di umanità del diritto o il ritorno indietro, verso la barbarie.

Stefano Costa, Lorenzo Giamboni, Simona Chiodo, Giulia Magnani, Raffaella Campalastri

DSM-DP AUSL Bologna – UOSD Psichiatria e Psicoterapia Età Evolutiva, UOC NPJA Attività Territoriale, Programma Integrato Dipendenze Patologiche e Assistenza alle popolazioni vulnerabili.

Minori stranieri non accompagnati e minori autori di reato: modelli di valutazione e presa in carico

L'Autorità Garante per l'infanzia e adolescenza (2017), nella relazione sullo stato della salute mentale degli adolescenti, afferma che "minorenni autori di reato, insieme agli adottivi e ai migranti, sono particolarmente a rischio di sviluppo di disagio psichico".

In letteratura emerge che il 60-95% dei minori arrestati mostra criteri per un disturbo psicopatologico mentre nei Minori Stranieri non accompagnati (MSNA) la prevalenza va dal 33 al 56%.

Per affrontare questa situazione sono stati elaborati uno screening di valutazione e

modelli di presa in cura. Poichè oggi le patologie di più frequente riscontro e di maggiore rilevanza clinica sono il PTSD e l'autolesione, è necessario che modelli di valutazione e trattamento siano adattati a questi quadri.

Le caratteristiche che deve avere uno screening di valutazione psicopatologica sia per i minori autori di reato, sia per i MSNA sono: velocità di somministrazione e siglatura, disponibilità in più lingue, utilizzo di strumenti standardizzati, sensibilità rispetto alle patologie più rilevanti.

Lo SCREENING elaborato, che nasce da una esperienza ventennale, prevede:

1. colloquio strutturato che indaga l'ambito sociale, precedenti agiti auto-etero lesivi, percorsi sanitari in ambito psichiatrico, sintomi di ansia o psicosomatici, elementi relazionali.
2. YSR (Achenbach) questionario autocompilato, tradotto in 90 lingue, valuta i problemi emotivo-comportamentali di diversi quadri psicopatologici internalizzanti ed esternalizzanti.
3. CRIES(Children's Revised Impact of Event Scale)breve questionario autosomministrato sui sintomi da stress post traumatico, disponibile in oltre 20 lingue.

MODELLI DI TRATTAMENTO

1) MSNA: è stato organizzato un Servizio di accoglienza e presa in carico nelle interfacce fra servizio sanitario, sociale ed educativo; una equipe multidisciplinare che offre: spazio di consulenza alla Comunità che accoglie il minore; in presenza di sintomi indicativi, valutazione e osservazione mirata all'interno del Servizio o osservazione nel contesto domiciliare; presa in cura specialistica.

2) AUTORI DI REATO: a tutti i minori arrestati, dal 2008, viene applicato un protocollo di valutazione. Per i minori in cui vengono rilevanti sintomi significativi (attorno al 38% dei casi) viene avviato un percorso di presa in cura con colloqui clinici periodici a cura di psicologo o del medico NPI.

La terapia farmacologica solleva molteplici aspetti etici, clinici ed istituzionali: spesso i ragazzi ristretti richiedono farmaci, ad esempio per dormire; la prescrizione diviene quindi occasione un possibile confronto sul reale stato di malessere, sulla sua origine e sulle possibili strategie da attivare per affrontarlo.

È stato elaborato un protocollo per la prevenzione del suicidio che ha previsto una formazione congiunta di tutti gli operatori in merito all'osservazione durante la detenzione identificando le situazioni potenzialmente stressanti (contatti coi parenti, notifiche di atti giudiziari, rientro da udienze) e le azioni da mettere in atto in senso preventivo o di trattamento (definizione delle condizioni di alloggio, attivazione di equipe multi-professionale, grande sorveglianza, servizi specialistici).

Giulio Fornero

Associazione Camminare Insieme

Camminare Insieme: fuori le mura - Da ambulatorio migranti a prevenzione e cura di prossimità

Camminare Insieme è un'Associazione di Volontariato, che opera dal 1993 a Torino, per fornire assistenza sanitaria qualificata e gratuita per circa 5.000 persone assistite complessivamente ogni anno, presso il poliambulatorio per persone straniere e indigenti, in cui oggi vengono erogate gratuitamente prestazioni sanitarie in una trentina di specialità mediche, oltre ad attività socio-assistenziale e di promozione della salute per donne straniere nel Centro Salute Mamma e Bambino e alla collaborazione con la ASL di Torino per aumentare l'adesione ai programmi di screening oncologico per migranti e senzatetto.

La crisi pandemica ha fatto maturare la decisione di superare le mura dell'ambulatorio, per avvicinarsi alle persone che hanno maggiore bisogno, avviando la prevenzione e le cure di prossimità per fasce di popolazione particolarmente fragile ed emarginata, nei luoghi in cui vivono le persone.

A fine 2020, è incominciata la partecipazione, insieme con OMCeO Torino e altre Associazioni, a programmi regionali di test diagnostici antigenici rapidi gratuiti per migranti e senzatetto. Dall'inizio del 2021, su richiesta del Comune di Torino, Camminare Insieme ha avviato interventi di prevenzione e assistenza sanitaria di prossimità a favore delle persone ospitate nei Centri di Accoglienza del Comune: stranieri regolari e non, persone senza fissa dimora e, in particolare, persone con problemi di salute mentale e di dipendenza patologica soprattutto da alcol. Ad aprile, Camminare Insieme ha iniziato, nuovamente con OMCeO Torino e altre Associazioni, la collaborazione continuativa con la ASL presso i Centri Vaccinali, per la vaccinazione COVID-19 della popolazione generale e a luglio, sempre d'intesa con la ASL, ha avviato la vaccinazione COVID-19 di persone migranti e senzatetto.

Il Comune di Torino ha chiesto poi, in accordo con il Dipartimento di Salute Mentale ASL, collaborazione a favore delle persone senza dimora in strada, con le competenze dei medici volontari e dei professionisti della Salute Mentale di Camminare Insieme, che utilizzeranno lo strumento di relazione per avvicinare le persone più "resistenti" per progetti di assistenza personalizzata. La ASL di Torino ha anche domandato cooperazione a sostegno dell'allattamento al seno a domicilio, a partire dalla dimissione dall'ospedale delle madri migranti che hanno partorito. Queste attività di Camminare Insieme saranno avviate entro la fine dell'estate 2021, insieme con un progetto di 'prossimità digitalÈ, che permetta di seguire a distanza le persone prese in carico continuativo.

La decisione di potenziare le attività preesistenti e di avviare attività di prevenzione e cura di prossimità, comprese nuove attività per la Salute Mentale, a favore di persone migranti e senza fissa dimora è stata accolta favorevolmente dalle persone assistite,

dalla ASL e dal Comune di Torino, che hanno chiesto l'avvio di ulteriori programmi di prevenzione e cura di prossimità, e ha contribuito al raddoppio da sessanta a centoventi del numero dei medici volontari coinvolti.

L'insieme delle attività descritte mira alla promozione della salute e alla erogazione di assistenza sanitaria equa ed accessibile a favore di diverse popolazioni e anche allo sviluppo di sistemi innovativi di gestione sanitaria orientati alla salute per tutti i cittadini.

Tommaso Maniscalco, Francesco Enrichens

AGENAS, Gruppo di lavoro "Individuazione di elementi migliorativi nell'ambito delle REMS" Francesco Enrichens (AGENAS, Coordinatore), Nerina Dirindin (Consulente Ministro della Salute), Tiziana Coccoluto (Ufficio di Gabinetto del Ministero della Salute), Antonio Bianco (Ufficio di Gabinetto del Ministero della Giustizia), Roberto Tartaglia (Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria), Francesco Gualtieri (Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria), Tommaso Maniscalco (AULSS 7 Veneto), Angelo Fioritti (AUSL Bologna), Pietro Pellegrini (AUSL Parma), Gianfranco Bonfante (AULSS 6 Veneto), Riccardo Curreli (ATS Sardegna).

Nell'ottica di individuare elementi migliorativi nell'ambito delle REMS il GdL, pur rimarcando fisiologiche differenze di punti di vista, ha condiviso positivamente una serie di punti. Nello specifico si è congiuntamente ritenuto indispensabile sollecitare un aumento complessivo delle risorse strutturali dei Dipartimenti di Salute Mentale, individuare adeguate strutture tecniche di governance a livello centrale e regionale, introdurre meccanismi per la rivalutazione della pericolosità sociale di tutti i soggetti in lista di attesa da almeno 6 mesi definendo al contempo criteri univoci per la gestione delle liste di attesa con introduzione di criteri di flessibilità, confermare il principio di territorialità (ipotizzando peraltro un meccanismo di soccorso interregionale, da adottarsi una tantum). Infine, sono state ribadite la necessità di stretta collaborazione con i periti, di revisione della disciplina codicistica delle misure di sicurezza e di formazione comune inter-istituzionale.

Donatella Miccinesi

Associazione Italiana per la Salute Mentale

PROGETTUALITÀ AISMe su IMMIGRAZIONE e SALUTE MENTALE

La nostra associazione opera sin dal 1993 all'interno del network europeo del Mental Health Europe (MHE) con la finalità principale di promozione del self help nel settore della salute mentale e di attività ponte con i servizi. Da oltre otto anni ci occupiamo di salute mentale della popolazione migrante. Un primo passo ha riguardato un progetto di integrazione, realizzato con l'Associazione Nissa Al Maghreb (donne del Marocco) in

collaborazione con Regione Toscana, Comune di Firenze. Il progetto è iniziato presso il circolo ARCI Casa della Cultura di Firenze nel 2013, attraverso scambi culturali, linguistici e supporto ai figli minori dopo gli orari scolastici. Nel 2016 è stato attivato un punto ascolto rivolto a donne immigrate con problemi di salute mentale, gestito da un mediatore culturale e da un counselor. Si notò una certa reticenza delle donne a raccontare la loro sofferenza; infatti, inizialmente quest'ultime si rivolgevano esclusivamente per chiedere un alloggio e un lavoro. Nei locali vi erano gruppi di auto aiuto per donne con problemi di salute mentale che vennero successivamente aperti anche alle donne immigrate. Tale scelta si dimostrò vincente perché queste cominciarono a raccontare le loro sofferenze e gli abusi subiti sia nel paese di origine che durante la tratta, permettendo una maggiore integrazione, condivisione di esperienze e l'individuazione di soluzioni appropriate.

La nostra esperienza nell'ambito delle problematiche di salute mentale dei migranti è stata cruciale per individuare criticità. Una delle suddette è la difficoltà della presa in carico delle persone migranti, in particolare gli irregolari, da parte dei servizi di salute mentale. Questo ritardo è dovuto soprattutto ai lunghi tempi di attesa che spinge le persone ad abbandonare i percorsi intrapresi. La presa in carico degli immigrati non rappresenta una priorità per i servizi pubblici. È stata rilevata una sottovalutazione delle condizioni di salute psicosociale dei migranti che incide negativamente sulla loro qualità di vita. Questa criticità si è palesata in modo evidente anche dai risultati del progetto, realizzato nel 2018, Mapping, Tracking and Advocating for Funds to Address Migrants con le organizzazioni partecipanti: European Public Health Alliance (EPHA), Mental Health Europe (MHE), Associazione italiana per la Salute Mentale (AISMe) e Associazione Ellenica salute mentale. Il progetto ha riguardato un monitoraggio europeo (tramite la somministrazione di un questionario alle ONG Italiane, alle associazioni in gestione di fondi europei e a Enti istituzionali quali Ministero dell'Interno, Regioni ed Enti di secondo livello). Il progetto si è concentrato sul finanziamento europeo tramite fondi FAMI, in particolare l'obiettivo era valutare non solo la loro attivazione per i servizi essenziali di presa in carico dei migranti, ma anche la loro sensibilità a progettualità relative alla salute mentale, al fine di individuare priorità, criticità e soggetti coinvolti.

L'importanza di non sottovalutare le problematiche di salute mentale dei migranti hanno spinto a costituire la Migration Task Force all'interno del Mental Health Europe (MHE). A tale Task Force, presieduta da AISMe, hanno preso parte Italia, Grecia, Irlanda, Spagna e Belgio. Insieme al Centro Nazionale per il Volontariato (CNV), AISMe ha presentato alla Task Force del MHE un progetto con i seguenti obiettivi: i) migliorare le condizioni di salute della popolazione straniera al termine del percorso migratorio, ii) favorire una presa in carico immediata dei bisogni di salute mentale, iii) sviluppare un maggior coordinamento tra i servizi pubblici e privati operanti nei contesti di marginalità. Ad oggi, nei confronti della popolazione migrante, riteniamo fondamentale riferirsi a modelli orientati alla prospettiva comunitaria.

La tutela della salute mentale delle persone nelle condizioni di privazione della libertà.

La presa in carico sanitaria nei casi di applicazione di una misura di sicurezza, in REMS o altri ambiti, o di una misura cautelare o una pena, non può prescindere, nell'attuale contesto normativo, da una specifica collaborazione tra il Servizio Sanitario e l'Autorità Giudiziaria. Nel caso delle misure di sicurezza collegate a infermità mentale, già il DPCM 01.04.2008 aveva indicato la necessità di una completa ristrutturazione dell'offerta dei servizi dei DSM, "idonea a consentire alla Magistratura di disporre lo svolgimento delle misure di sicurezza in contesti sanitari ordinari, con garanzie di equità di trattamento rispetto alla popolazione psichiatrica generale", necessariamente da associarsi alle misure per la tutela della salute mentale negli Istituti Penitenziari. La distanza tra le prassi e le norme proprie e/o abituali dei sistemi sanitari, giudiziari e penitenziari, rende necessarie nuove e specifiche definizioni operative. Nell'area del superamento degli OPG, come specificato solo in Deliberazioni del Consiglio Superiore della Magistratura (12.04.2017; 24.09.2018), rilevano: a) la piena integrazione tra i servizi di salute mentale sul territorio e l'ordine giudiziario, idonea ad assicurare che i rapporti di conoscenza dell'offerta terapeutica e riabilitativa sul territorio siano saldi e costantemente aggiornati, rendendo disponibile un ventaglio di plurime soluzioni applicative; b) i principi della priorità della cura sanitaria necessaria e la centralità del progetto terapeutico riabilitativo individualizzato, del ricovero in REMS come *extrema ratio*; la conseguenziale necessità di prendere in considerazione il ricorso alla misura di sicurezza detentiva, cioè diversa dalla libertà vigilata, solo quando essa si appalesi l'unica soluzione utile e praticabile e non quando essa appaia, meccanicisticamente, la via più immediata per la neutralizzazione della sua carica di pericolosità; c) la possibilità di impostare la risposta trattamento dell'indagato affetto da patologie psichiatriche tale da determinare una prognosi di pericolosità sociale sin dalla fase delle indagini preliminari d) la possibilità di prospettare al giudice soluzioni per adeguare il contenuto delle misure di sicurezza alle effettive necessità terapeutiche del non imputabile in qualsiasi fase del processo penale, con un programma terapeutico adeguato al caso singolo e costantemente aggiornato in funzione dell'andamento nel tempo del disturbo psichico (tipicamente cronico, con esacerbazioni acute ed esiti variabili dalla restitutio ad integrum funzionale, alla risoluzione con difetto, e al deterioramento progressivo); e) il principio di territorialità che stabilisce che la presa in carico dei servizi di salute mentale deve essere effettuata presso il territorio di residenza o comunque di provenienza dell'interessato; f) la riduzione del fenomeno dei c.d. cripto-imputabili, "ovvero quei soggetti che, pur vivendo l'esperienza del disturbo mentale, non sarebbero da considerare propriamente non imputabili, e dovrebbero soggiacere alla sanzione penale ordinaria per il reato commesso e veder protetto e tutelato il loro bisogno di cure, in sede di esecuzione penale ordinaria". Laddove realizzata, l'implementazione

delle suddette finalità in idonee forme di collaborazione ha determinato un progressivo miglioramento degli esiti applicativi della legge n. 81/2014, confermando l'opportunità di analoghe definizioni condivise a livello nazionale.

Giuseppe Nicolò

DSMDP ASL Roma 5, Collegio Nazionale Dipartimenti di Salute Mentale

REMS quale presente? quale futuro? Punti di forza e criticità del Sistema REMS

Le Rems sono state ideate nella certezza (falsa) che all'interno degli OPG si trovassero quasi esclusivamente pazienti abbandonati dei servizi di salute mentale. Si era convinti che la violenza e l'aggressività fossero trattabili con percorsi di tipo psichiatrico, che non fosse necessaria alcuna vigilanza delle persone ritenute pericolose, e che la gestione di tale problematica dovesse essere restituita a chi in teoria aveva generato il problema ovvero i dipartimenti di salute mentale. In realtà il controllo dei dati ha dimostrato che l'80% degli utenti internati era in carico ai dipartimenti di salute mentale.

Alcuni magistrati hanno definito recentemente le REMS (Patarnello 2020) "in termini di disciplina ideologica, assenza di risorse in cui i pazienti autori di reato psichiatrici e gravemente pericolosi sono stati abbandonati in un groviglio normativo denso di ipocrisie, silenzi e trascuratezze".

Va però ribadito che l'introduzione della Rems ha di certo migliorato le condizioni di vita dei pazienti autori di reato che all'interno degli OPG non avevano un'adeguata assistenza sanitaria.

Va precisato che l'alta intensità assistenziale psichiatrica è correlata a riduzione del rischio di recidiva sono nei casi in cui il soggetto è affetto da un disturbo mentale maggiore, non ha elementi di psicopatologia o di antisocialità. Nei casi in cui il soggetto sia farmacoresistente o poco complicante al trattamento farmacologico le Rems sono certamente la soluzione migliore e più appropriata.

Il modello attuale è basato su un concetto giuridico, non scientifico, di infermità o semi infermità, tali definizioni nulla ci dicono riguardo le necessità assistenziali del soggetto o il grado di pericolosità sociale che consenta la collocazione entro un sistema di cure che sia proporzionale per intensità assistenziale e per livello di sicurezza.

Le REMS trattano i disturbi psichiatrici più gravi, ma solo in quei casi in cui il disturbo, psicotico, ha uno stretto nesso causale con il fatto che costituisce reato. Le persone con diagnosi di disturbo antisociale e psicopatologia non dovrebbero accedere ad un contesto sanitario/riabilitativo, in quanto nessun trattamento psichiatrico o psicoterapeutico può incidere sulla loro pericolosità, nessuno! Ma d'altra parte si assiste al ricorso sempre più frequente alla sentenza della corte di cassazione a sezioni riunite 9163 del 2015 per favorire inserimenti inappropriati in REMS, ovvero di gravi disturbi antisociali e psicopatici o peggio di delinquenti comuni o spacciatori internazionali a cui nessuno

nega la diagnosi di disturbo di personalità.

Per l'intera comunità scientifica internazionale non esistono trattamenti sanitari efficaci per questa tipologia di problemi e quindi per queste persone. In quasi tutto il mondo civile il trattamento di questi soggetti avviene in ambito carcerario, in sistemi umanizzati, ma con un sistema di regole assertivo e coerente. È opportuno che la psichiatria sia fuori dalla gestione di problematiche che esulano dal campo scientifico di competenza.

Ciò che accomuna tutti gli attori in tale scenario è la convinzione che il sistema così come è non funzioni e non possa proseguire senza una sostanziale modifica dei problemi:

- a. la sicurezza degli operatori.
- b. il sistema di assegnazione per ordine cronologico senza alcuna valutazione del livello di pericolosità sociale, non risolvibile fino a che non venga condiviso un sistema nazionale di valutazione e gradazione della stessa
- c. presenza di soggetti con versatilità criminale in assenza di patologie psichiatriche maggiori.
- d. lista d'attesa insostenibile.
- e. le dimissioni al massimo a scadenza della pena edittale possono avvenire anche in presenza di pericolosità.
- f. assenza di un sistema di monitoraggio nazionale, per cui è vero che in 4 anni a livello complessivamente sono transitati nel sistema REMS 1580 persone e che il 65,1% è stato dimesso.

Con che esito? Dove si trova adesso l'utente? Come sta? La gran parte è in Comunità terapeutica, dove si è prodotto un intasamento delle liste d'attesa per la gran numerosità di utenti autori di reato con misura di sicurezza non detentiva o dimessi dalla REMS.

TAVOLO 4

“IL LAVORO DI EQUIPE IN SALUTE MENTALE: PROFESSIONI E FORMAZIONE”

Coordinatori

Maria Grazia Giannichedda

Presidente Fondazione Basaglia

Rossana Ugenti

Direttore Generale della Direzione generale delle Professioni sanitarie e delle Risorse Umane del SSN del Ministero della Salute

Intervento introduttivo

Mi presento rapidamente: ho insegnato sociologia dei fenomeni politici, ho collaborato con Oms, Unicef, Commissione europea, enti locali e del privato sociale in attività di ricerca, docenza, valutazione e supervisione organizzativa. La mia formazione deve molto a Franco e Franca Basaglia e attualmente presiedo la fondazione a loro intitolata.

1. Premessa: una salute mentale di comunità

Vorrei proporvi alcune considerazioni sulla prima parte del titolo del nostro gruppo: il lavoro di équipe.

Già nella seconda metà del secolo scorso, con la psichiatria sociale, si cominciò a parlare di lavoro di équipe sia dentro l'ospedale psichiatrico che nei presidi esterni che nascevano in alcuni esperimenti di rinnovamento della psichiatria pubblica in Francia e Regno Unito. Ha dunque una storia relativamente lunga il concetto di lavoro di équipe in psichiatria, e ha bisogno perciò di essere riformulato per il mondo di oggi. Questa Conferenza dà una spinta importante per questa riscoperta, dà un orientamento, un quadro di riferimento che è la salute mentale di comunità, tema della Conferenza e cornice di tutti i gruppi di lavoro.

Salute mentale di comunità non è un eufemismo, non è un altro modo di denominare la psichiatria di comunità (alcuni interventi introduttivi lo hanno sottolineato). Salute mentale di comunità è un modo nuovo e diverso di essere del servizio pubblico, che richiede un nuovo tipo di organizzazione del servizio, del sistema della salute mentale, del circuito dei servizi sanitari e sociali che con cui questo sistema si interfaccia. Salute mentale di comunità richiede anche un modo diverso di rapportarsi del servizio con le singole persone che vi accedono o vi sono indirizzate, con il loro contesto di vita e la comunità nel suo complesso. Questi due temi - le nuove forme di organizzazione e il diverso rapporto con l'utenza - sono oggetto di altri gruppi di lavoro; qui dovremmo mettere a fuoco un terzo tema strettamente connesso ad essi e che caratterizza la salute mentale di comunità. Si tratta del diverso modo di declinarsi di ciascuna delle professioni

che operano nel sistema della salute mentale al fine di realizzare quel lavoro di équipe senza il quale non si può parlare di salute mentale di comunità.

2. Il lavoro di cura come compito della équipe di salute mentale

Il lavoro di cura con e sulle persone con sofferenza mentale ha molte e diverse dimensioni, che corrispondono alle dimensioni della vita delle persone: è l'approccio cosiddetto biopsicosociale, che ha guadagnato centralità sul piano teorico ma stenta a farsi strada nelle sue conseguenze sull'organizzazione e sull'operatività dei servizi.

La prima di queste è che anche il lavoro di cura deve essere biopsicosociale, attento e impegnato cioè sulle diverse dimensioni della malattia, della salute e della vita delle persone. La cura dunque non può essere considerata funzione, appannaggio principale, quando non esclusivo, di alcune figure professionali. In un sistema di salute mentale di comunità, il lavoro di cura è multidimensionale ed è compito e risultato dell'impegno di una équipe in cui ciascuna professione integra le proprie conoscenze, tecniche, attività con quelle delle altre figure. Senza dimenticare l'apporto al lavoro di cura che viene dalle persone che svolgono mansioni tecniche (addetti alle pulizie, alle cucine ecc.), dai volontari, dagli utenti stessi e dai loro familiari e amici. In questo senso l'équipe, pur essendo un organismo che ha consistenza e responsabilità proprie e specifiche, non è un sistema chiuso, ma al contrario tende a coinvolgere la comunità e a coinvolgersi nella sua vita.

Costruire e far funzionare un organismo di questo genere, cioè una équipe in senso proprio, è questione complessa e terreno di conflitti, come sa bene chi lavora in questa direzione. Vi invito a una discussione concreta, che metta a fuoco gli ostacoli, i conflitti e gli strumenti che nei vari contesti sono stati via via messi in opera per superarli e dare vita a questa équipe, che dunque non può consistere in più o meno frequenti riunioni fra operatori.

Non tutti gli ostacoli al lavoro di équipe né gli strumenti che lo facilitano sono alla portata del servizio o del sistema di servizi nel suo complesso. Alcuni ostacoli sono di ordine "strutturale" per così dire, e impongono al sistema pubblico di salute mentale un lavoro addizionale per il loro superamento. Vorrei richiamare la vostra attenzione su due di questi, sui quali si sofferma anche il documento conclusivo del Tavolo di lavoro sulla salute mentale organizzato dal ministero della salute: la formazione universitaria e il sistema informativo.

3. La formazione universitaria

Le università italiane forniscono nella gran parte conoscenze e tecniche di intervento centrate sull'individuo e sulla malattia, distanti quando non estranee allo spirito e alla cultura del servizio pubblico, della salute di comunità, del lavoro di équipe. Con pochissime eccezioni, nelle facoltà di medicina e nelle scuole di specializzazione in psichiatria non si studia né si fa ricerca sul lavoro di comunità; lo stesso avviene nelle facoltà di psicologia, che pure prevedono che il tirocinio obbligatorio possa svolgersi nei servizi pubblici, e accade altrettanto nelle facoltà per assistenti sociali; sono rari infine i corsi di scienze

infermieristiche che prevedono un addestramento specifico per il lavoro sul territorio. Anche l'offerta formativa degli istituti privati presenta gli stessi caratteri di estraneità al lavoro di comunità e alla cultura della équipe. La pandemia ha messo in evidenza l'insufficienza quando non la pericolosità dei sistemi sanitari ricchi di posti letto e poveri di servizi comunitari, ed ha accelerato la necessità di un ri-orientamento importante dei sistemi e delle culture. Anche la formazione degli operatori deve essere riorientata. L'urgenza di questo cambiamento impone probabilmente la necessità di approntare nuovi strumenti che possano essere messi in opera in tempi rapidi.

4. Il sistema informativo

Nonostante i mutamenti avvenuti nel sistema della salute mentale - dalla legislazione all'operatività dei servizi - il sistema informativo continua a codificare prestazioni definite in modo tradizionale (farmaci, psicoterapia) e incentrate sul trattamento individuale. Ne emerge un'immagine dei servizi da cui è assente la gran mole di attività di taglio socio sanitario che spesso, anche se non sempre, i servizi portano avanti: si pensi al lavoro di costruzione dell'abitare, alla ricerca o organizzazione del lavoro, ai processi di inclusione sociale che sono componenti essenziali dei percorsi di ripresa delle singole persone e del lavoro di comunità, e sono il cuore del lavoro di cura correttamente svolto dall'équipe di salute mentale. Il sistema informativo non coglie queste realtà e finisce così coll'essere, se non viene urgentemente modificato, uno specchio deformante che offre agli operatori un'immagine distorta del loro lavoro e non serve come strumento di conoscenza e di programmazione.

INTERVENTI

Gian Luigi Bettoli

Presidente Legacoopsociali, Friuli Venezia Giulia

Quando si parla del personale della Salute Mentale, sembra si faccia riferimento al solo personale pubblico; nel documento di sintesi del Tavolo Tecnico presentato alla Conferenza, manca perfino ogni riferimento alla cooperazione sociale ed al T.S. Cooperatrici e operatori sociali sono risorse umane spesso dimenticate dalle analisi di settore e dai programmi formativi, anche se rappresentano forse la metà del personale disponibile e possiedono alti livelli culturali e di scolarizzazione, oltre che specifiche capacità professionali, non fornite dall'ordinamento accademico. La "legge Iori" ha fornito un riconoscimento a questa area, che va considerata adeguatamente, e non ostacolata da assurde tendenze corporative.

Purtroppo, la “miopia” mirata al solo personale pubblico produce effetti negativi su due aspetti: il primo è la programmazione degli accessi ai corsi di laurea di area medica, enormemente sottodimensionata (in periodo di crescente disoccupazione giovanile e femminile!); il secondo è la regolazione delle professioni, tendenzialmente corporativa, ed incapace di fare tesoro di quei provvedimenti che hanno posto le premesse per il riconoscimento di decine di migliaia di “operatori privi di titolo” (salvo poi scoprire che la categoria più numerosa tra essi è quella degli psicologi). A parte i problemi di gestione delle risorse umane, la corporativizzazione – da ultimo con l’istituzione dei 19 albi dell’Ordine TSRM-PSTRP e le polemiche sguaiate di qualche loro esponente - irrigidisce in modo assurdo professioni che, invece, dovrebbero essere centrate sull’interdisciplinarietà. Chiunque pensi abbia un qualche senso la distinzione tra diversi tipi di educatore professionale (e sono non meno di 5, come ha ricordato la Conferenza delle Regioni alla 7ª Commissione del Senato), forse non ha mai gestito un’équipe, dove la divisione per “competenze” e le differenze categoriali costituiscono il primo impedimento al lavoro riabilitativo.

L’attuazione della riforma ha coinvolto la cooperazione sociale, con una leva – ormai professionalmente matura – di operatrici ed operatori con una formazione vocazionale, prima che formale. Più la riforma si è spinta avanti, più queste figure sono diventate pervasive, con la loro professionalità rivolta ad abilitazione, inclusione sociale ed inserimento lavorativo produttivo degli utenti (in particolare, tramite le cooperative sociali B). Invece, secondo il documento della Conferenza Stato Regioni del 13 giugno 2013, «L’équipe degli operatori deve prevedere la presenza di medici psichiatri, psicologi, infermieri, terapisti della riabilitazione psichiatrica, educatori, operatori sociosanitari (OSS)»: si è così riproposto il modello dei superati servizi ospedalieri, piuttosto che quello della medicina sociale articolata nel territorio.

Nel territorio serve piuttosto un modello di “agente unico”, estraneo alle tendenze medicalizzanti ed alle pratiche istituzionali, e vocato piuttosto all’integrazione sociosanitaria, con forti capacità di agire sulle pratiche dell’inclusione sociale, dell’inserimento lavorativo, dell’abitare, della partecipazione democratica, della valorizzazione delle competenze individuali. Semmai, forse bisognerebbe pensare ad escludere una figura meramente assistenziale come l’OSS dai servizi di salute mentale.

Infine: quando al punto 2.6 del documento si parla di integrazione sociosanitaria, non si deve dimenticare quel formidabile strumento di abilitazione – sperimentato! - che sono le cooperative sociali “B” - così come i SIL - per concentrarsi sulle esperienze “nuoviste” di Trp ed Ips.

Angelo Bottini

Terapista Occupazionale, Cda nazionale Terapisti Occupazionali della FNO TS-RM-PSTRP

Il contributo del terapeuta occupazionale nell'equipe multidisciplinare

Il terapeuta occupazionale (TO) ha una storia che inizia nei primi del '900 che interagisce con l'evoluzione della salute mentale in Europa, Brasile, Australia, Giappone, Sudafrica e negli Stati Uniti dove si intreccia con il percorso della recovery e dell'IPS.

Oggi il TO è parte integrante dell'equipe multidisciplinare in oltre 100 nazioni e lavora in tutti i contesti della salute mentale. Negli ultimi 30 anni ha dimostrato interesse ed efficacia sempre maggiori per l'intervento di comunità operando in perfetta sinergia con tutta l'equipe sia in età evolutiva che in età adulta.

Una lunga storia significa disporre di una ricca letteratura, di 23 riviste scientifiche dedicate, di framework e modelli teorici e pratici che guidano il nostro ragionamento clinico e la pratica, una ampia scelta di strumenti di osservazione e misurazione.

I modelli di TO più utilizzati nella salute mentale sono il MOHO, il KAWA e l'italiano MOVI. In particolare il MOHO, il modello di occupazione umana spiega in che modo le persone sono motivate e compiono scelte per partecipare alle occupazioni; analizza i valori, gli interessi e le convinzioni della persona sulla propria capacità di fare; studia come vengono stabilite e mantenute le routine della vita quotidiana, le abitudini lavorative e ruoli espressi sul posto di lavoro; valuta la performance occupazionale, dunque quali abilità fisiche e mentali facilitano o ostacolano la persona.

La nostra prospettiva è centrata sull'occupazione, che è il nostro modo di pensare alla persona, alle occupazioni, al ragionamento clinico e all'intervento. Il nostro metodo è basato sull'occupazione, quindi ingaggiamo la persona in vere occupazioni sia per le valutazioni che per il trattamento. Il TO riconosce che la performance occupazionale, cioè la qualità del fare della persona, è l'esito dell'interazione, della transazione continua di molti fattori, dei quali la condizione clinica della persona è solo uno.

L'intervento del TO è nativamente centrato sulla persona perché raccoglie le informazioni necessarie per comprendere la persona, i suoi punti di forza e le sue preoccupazioni e tutto ciò che riguarda i contesti delle sue attività; determina, con lei, quali siano le occupazioni delle quali vorrebbe migliorare la performance e delle quali essere più soddisfatta. Poi il TO misura, analizza la performance attraverso strumenti specifici adatti all'attività e al contesto per poter ragionare su quali siano gli elementi che influenzano la performance, l'esperienza e la partecipazione.

L'intervento può essere sia sulla persona, per svilupparne abilità e competenze, sia sull'attività per adattarla alle risorse della persona, che sull'ambiente fisico e sociale per ridurre gli elementi che disturbano la performance.

Ad esempio, in ambito lavorativo, il TO aiuta la persona a individuare strategie e modalità per gestire in maniera adeguata la routine quotidiana in modo che favorisca

il suo ruolo di lavoratore (cura di sé, stile di vita, mobilità, relazioni sociali, compiti lavorativi, gestione della fatica fisica ed emotiva, gestione della terapia e dei suoi effetti collaterali, riconoscimento e nella gestione dei momenti critici e delle crisi). Poi il TO aiuta i datori di lavoro e i colleghi a comprendere e affrontare le esigenze della persona apportando adeguamenti ambientali e sociali ragionevoli che possano favorire una buona performance lavorativa.

Cristina Brandolin

Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche

Da diversi decenni in Italia gli infermieri sono parte integrante dei Servizi di Salute Mentale del territorio, nei contesti avanzati operano con un approccio di comunità, contribuendo attraverso il lavoro d'equipe, ai percorsi di presa in carico, di reinserimento sociale e di recovery. Il rispetto dei diritti umani delle persone che attraversano l'esperienza del disagio e della malattia mentale, il contrasto allo stigma, l'approccio alla recovery, sono parte delle buone pratiche che gli infermieri condividono con l'equipe, forti di una cultura organizzativa basata su comuni principi, valori e operatività. Gli infermieri rappresentano il 45,1% degli organici dei S.S.M. Lo sviluppo di una Salute Mentale di Comunità e del lavoro d'equipe deve prevedere per le professioni che operano in quest'area interventi finalizzati all'evoluzione formativa e culturale e dotazioni appropriate. La FNOPI ha sviluppato proposte per raggiungere l'obiettivo di qualificare le competenze del personale infermieristico nelle aree ad elevata specializzazione prefigurando entro un decennio un 20% di professionisti con elevata specializzazione. Sono necessari un maggiore riconoscimento di ruolo e competenze e modelli organizzativi che rispondano all'evoluzione del SSN.

Paola Carozza

DAISMDP Ferrara, Comitato Scientifico UNASAM

Priorità formative orientate alla Salute Mentale di Comunità

Negli ultimi 40 anni la psichiatria nel mondo si è gradualmente spostata da un'assistenza basata sulle istituzioni psichiatriche ad un'assistenza offerta nei luoghi di vita delle persone con malattia mentale, dando vita a Servizi di Salute Mentale di Comunità (SMC). Una formazione in salute mentale orientata alla SMC deve:

- Essere ispirata ai suoi principi fondanti. Definiamo "Salute Mentale di Comunità" una prassi di salute mentale focalizzata sull'individuazione, la prevenzione, il trattamento precoce, la riabilitazione e l'inclusione sociale delle persone con disturbi emotivi e cognitivi, desocializzazione e marginalità e devianza, tenendo conto dei loro percorsi

evolutivi nei loro contesti di vita e non limitandosi a “visitarle in ambulatorio” o a “collocarle in strutture psichiatriche”.

- Essere fondata sulla conoscenza delle caratteristiche attribuite dalla Organizzazione Mondiale della Sanità ai servizi di salute mentale, basati sulla comunità e responsabili di territori definiti, che devono includere tutte le componenti necessarie in modo integrato (comprehensive), essere accessibili ed efficaci, nonché orientati a difendere e sostenere i diritti umani e alla recovery, capaci di favorire l’empowerment individuale e collettivo, di ridurre l’esclusione sociale e contrastare l’abbandono, l’abuso, il maltrattamento e la violazione dei diritti umani delle persone con malattie mentali.
- Promuovere l’integrazione tra servizi territoriali (CSM, UONPIA, SerD, centri nevralgici della cura) e setting ospedalieri, per consentire la massima collaborazione possibile.
- Offrire strumenti per la prevenzione primaria (promozione di condizioni per prevenire lo sviluppo di disturbi mentali), per la prevenzione secondaria (trattamento precoce per prevenire l’ulteriore sviluppo del disturbo e la sua più grave conseguenza, ossia la disabilità) e per la prevenzione terziaria (applicazione di misure riabilitative per ridurre la disabilità e lo svantaggio sociale).
- Offrire strumenti per comprendere l’impatto del contesto sociale e culturale sulla salute/malattia mentale e sui processi di cura e per conoscere, individuare ed isolare i fattori sociali, culturali e ambientali, che contribuiscono alla genesi delle malattie mentali, come anche ai processi di recovery e di inclusione sociale.
- Comprendere il ruolo dei processi migratori (nazionali e internazionali) nella genesi e nel mantenimento dei disturbi mentali
- Offrire strumenti per lo sviluppo di servizi di salute mentale onnicomprensivi, con particolare attenzione ai servizi ambulatoriali ed extramurali, per supportare il maggior numero possibile di persone nei loro luoghi di vita, evitando di far ricorso a nuove forme di istituzionalizzazione, di emarginazione e di reclusione.
- Offrire strumenti per lo sviluppo di una rete comunitaria, risultato degli sforzi di tutte le organizzazioni a vario titolo implicate nella promozione della salute mentale (ospedali generali, dipartimenti sanitari, scuole, servizi sociali, associazioni religiose e laiche, mondo dell’imprenditoria e dell’industria, sindacati, organi legislativi, tribunali e carceri, terzo e quarto settore).
- Offrire strumenti per lavorare secondo il modello basato sulle risorse e centrato sul soggetto utilizzatore dei servizi.
- Favorire la conoscenza e l’applicazione dei principi del *recovery* e della riabilitazione psichiatrica.

Da quanto finora affermato si evince che per orientare le pratiche dei servizi alla Salute Mentale di Comunità sono necessarie specifiche conoscenze, abilità ed attitudini. Tali competenze professionali non sono finalizzate ad apprendere l’uso di specifiche

tecnologie (TAC, RNM) o ad interpretare analisi laboratoristiche, ma ad orientare i comportamenti degli operatori della salute mentale, il loro modo di comunicare, il loro modo di interpretare i comportamenti dei pazienti e il loro modo di evidenziare gli esiti alla luce dei principi della *recovery* e dell'inclusione sociale, al fine di essere «efficaci».

Quindi, maggiormente che in altre branche della medicina la formazione è finalizzata ad acquisire un «tecnica umana» (Anthony 2003) dato che la tecnologia (ossia gli strumenti con i quali si fa diagnosi e trattamento) sono gli operatori che quotidianamente hanno rapporti con gli utenti e con le loro famiglie. A questo proposito è necessario che gli interventi formativi siano orientati ai seguenti modelli:

- Formazione pratica intensiva (*Expertise Training*) che si propone di sviluppare ulteriormente le abilità, inducendo negli operatori cambiamenti comportamentali. Il focus del training è la dimostrazione pratica di abilità da parte di operatori esperti direttamente con i pazienti, seguita da un role play effettuato dagli operatori prima in vitro (ossia in ambiente simulato) e poi in vivo, ossia direttamente con gli utenti e con le famiglie.
- Formazione fondata sul Training Interattivo di Equipe, consistente in incontri dei formatori con i componenti dell'équipe e con i dirigenti sul luogo di lavoro, in modo da affrontare direttamente e collegialmente eventuali fattori ostativi all'applicazione delle nuove metodologie di intervento e di far crescere la cultura complessiva del gruppo.
- Programmi formativi condotti da Utenti "Esperti". Un'incidenza ancora maggiore sulle attitudini del personale, nel senso di predisporlo più positivamente verso la realtà del disturbo psichiatrico, si ottiene dai training formativi sul posto di lavoro condotti da utenti e da ex Utenti "Esperti". La particolare efficacia dei programmi nei quali utenti esperti sono i docenti è dovuta al fatto che il ruolo radicalmente diverso da quello usualmente rivestito (di paziente psichiatrico) incrina i pregiudizi e gli stereotipi sulla malattia mentale, presenti anche tra gli operatori, i quali scoraggiano l'offerta di trattamenti efficaci e appropriati.
- Programmi formativi condotti da Familiari "Esperti" per:
 - o aiutare i politici e i professionisti dei servizi a comprendere le esigenze di salute mentale delle famiglie e a lavorare con le famiglie per soddisfare queste esigenze;
 - o promuovere il superamento di attitudini colpevolizzanti, giudicanti o moralistiche da parte dei servizi, sviluppando una prassi caratterizzata da valorizzazione delle risorse delle famiglie, coinvolgendole nelle scelte di trattamento e considerandole agenti di cambiamento;
 - o contribuire all'individuazione di indicatori di qualità e di efficacia dei servizi, considerati rilevanti per le famiglie
 - o dotare i servizi di strumenti per sostenere la salute mentale della famiglia, senza avere paura della malattia mentale, ma de-stigmatizzandola e trattandola allo stesso modo in cui si approccia la malattia fisica, al fine di ridurre al minimo

l'impatto della malattia su tutta la famiglia.

- o Aiutare il personale dei servizi a riconoscere che le famiglie sono membri capaci e apprezzati che, con un supporto efficace, possono 'contrastare' la malattia e vivere in modo più pieno e soddisfacente.

Ambiti di applicazione:

Corsi di laurea e di specializzazione, dando la priorità a:

- i corsi di laurea in medicina, formalizzando meglio le modalità del tirocinio in psichiatria, alla luce dei principi esposti;
- i corsi di specializzazione in psichiatria, invitando alla costruzione di una base comune per insegnamento e tirocinio che tenga conto del quadro da noi delineato, dai corsi in psichiatria sociale e di comunità all'epidemiologia dei servizi;
- i corsi di laurea in psicologia e di specializzazione, con l'obbligo di formazione nel servizio pubblico per il tirocinio (triennale e specialistica)
- i corsi di laurea in tecnico della riabilitazione psichiatrica e in educatore professionale, introducendo i contenuti del nostro documento in coincidenza col tirocinio nei servizi. Dovrebbe essere garantito a tali figure il pieno sbocco professionale nel SSN (non solo nel privato o nel privato sociale)
- i corsi di laurea per infermiere, introducendo l'insegnamento specifico sulla psichiatria di comunità e il tirocinio nei servizi nel triennio di specializzazione. I tirocini devono essere rigorosamente strutturati (tutoraggio, supervisione, supporto didattico individuale e di gruppo)

Devono essere organizzati specifici corsi di formazione manageriale per dirigenti dei DSM introducendo tematiche dell'organizzazione dei servizi e della leadership motivazionale e trasformativa

Corsi post-laurea:

- Master di 1 Livello, facilitati nella realizzazione e nella partecipazione dei discenti, tramite supporto delle aziende sanitarie alle quote di iscrizione), riconosciuti nei CV per P.O., di coordinamento e di dirigenza.
- Master di 2 Livello: promossi in collaborazione l'ISS
- Corsi di aggiornamento professionale, aperti almeno a livello regionale, sulle tematiche da noi espresse, includendo l'aggiornamento e la riqualificazione professionale, che deve essere obbligatoria per gli operatori che non hanno un sufficiente bagaglio formativo in salute mentale.

Facciamo appello al Ministro dell'Università, oltre che a quello della Salute, perché si abbandonino i "numeri chiusi" a selezionare gli accessi ai corsi di laurea e di specializzazione nelle Scuole universitarie per Infermieri, Assistenti Sociali, Educatori, Terapisti della Riabilitazione, Psicologi, Medici e Psichiatri. È necessario e urgente che le Università diplomino operatori professionali in numero adeguato a coprire gli organici dei DSM, da tempo drammaticamente carenti.

Marco D'Alema

Equipe: dialogicità e integrazione funzionale

In premessa vorrei dire che parlo in continuità con quanto espresso dalla dottoressa Giannichedda sulla necessità di rilanciare la prospettiva della salute mentale di comunità e con quanto ha detto il dottor Barone sulla stessa linea. Sono psichiatra, psicanalista, psicoanalista multifamiliare e terapeuta Open Dialogue, approccio che ha una grande mole di evidenze di efficacia. Dico questo per chiarire che quello che dico non è contro le psicoterapie ma quando si focalizza il discorso sulla singola professione, come abbiamo visto in questa sessione, l'equipe scompare. L'idea di lavorare in equipe mantiene invece la sua centralità in salute mentale perché si fonda sulla complessità costitutiva della salute mentale stessa. La dimensione multiprofessionale dell'equipe tuttavia non è sufficiente a qualificarla. Voglio ricordare uno dei miei maestri, lo psicoanalista Zapparoli, che a rileggerlo è di una modernità straordinaria, che pone come centrale la questione della integrazione funzionale; non solo quella tra i vari operatori che si occupano dello stesso caso, ma, prima di tutto, integrazione tra i bisogni e le finalità del paziente e i bisogni e le finalità degli operatori. Ogniqualvolta il paziente psicotico risponde con una resistenza all'intervento dobbiamo chiederci se siamo in una situazione di integrazione con lui o se le nostre e le sue finalità divergono. Questa divergenza è all'origine dell'insuccesso terapeutico e assistenziale. Il folle è fondamentalmente una persona che ha certamente dei limiti ma anche una sua filosofia di vita, suoi bisogni e desideri, che in qualche modo esercita un suo potere e ci impone di considerare i nostri limiti come persone e come operatori. Proseguendo su questa linea il concetto di lavoro di equipe va oggi profondamente riconsiderato; il processo di cura è accompagnamento al percorso personale di recovery, con una forte proattività del paziente con gli operatori e con il proprio network, in un clima di reciproca trasparenza e rispetto. Il concetto di equipe allarga così i propri confini a tutti questi attori. In questa prospettiva ciò che risulta importante, oltre ad alcune competenze necessarie e responsabilità definite, è proprio la qualità delle relazioni che si riescono a creare tra i vari attori del processo, in un contesto che non ha più al centro la dimensione gerarchica. A questo fine è determinante la costruzione di un rapporto sin dall'inizio del primo incontro con la persona, definendo un setting aperto, nel quale divenga possibile formulare una diagnosi condivisa e un programma di cura costruito sulle necessità che emergono dal contesto sofferente. Il gruppo di lavoro degli operatori si costituisce così in un'esperienza condivisa che è cognitiva ed emotiva nello stesso tempo e nella quale gli operatori si devono porre come persone oltre che come professionisti. Zapparoli ma anche altri, per esempio Badaracco e non solo, dicono che l'incontro di cura è un momento conoscitivo dove si possono cogliere le evidenze cliniche, che non sono quelle tabellari dei vari manuali diagnostici ma riguardano i bisogni personali e le modalità relazionali della persona sofferente e il suo contesto, colte attraverso un pieno coinvolgimento anche emotivo degli operatori. In questo modo emerge come

prenderci cura dei pazienti debba anche comprendere il prendersi cura di sé da parte degli operatori. L'importanza della cura delle relazioni, affinché si possano sviluppare in una modalità dialogica improntata all'ascolto e al rispetto tra pari e finalizzata alla risoluzione dei problemi, deve estendersi anche alle collaborazioni interistituzionali, spesso necessarie nei percorsi di cura. Si stanno sperimentando, col dialogo aperto, nuove modalità di lavoro fra equipe di diverse istituzioni, proprio per favorire il dialogo e evitare quello che spesso accade cioè lo scontro. Questo modo di vedere comporta un profondo cambiamento dei modelli formativi sia nella formazione universitaria sia nella formazione continua degli operatori, che è centrale per un buon funzionamento dei servizi. In questa direzione è altrettanto importante sostenere la ricerca riguardo ad approcci relazionali efficaci. Quindi il discorso dell'intervento psichiatrico, psicoterapico è importante, non lo disconosco, e ha sempre fatto parte della mia pratica come clinico e come dirigente, però il problema è quello dell'integrazione funzionale. Dobbiamo pensare questi interventi all'interno di un programma di cura che sia condiviso col paziente e la famiglia e del quale questi interventi facciano parte integrandosi tra di loro. Quindi la direzione dell'equipe è molto complessa e comporta soprattutto, ripeto, la cura delle relazioni fra i vari componenti e le varie funzioni, e questa cura è fondamentale e deve essere dialogica, improntata al rispetto, all'ascolto e a un pensiero orientato a risolvere i problemi del paziente e non a enfatizzare la qualità della propria terapia, magari portando evidenze che, come sappiamo, non sempre sono molto evidenti. Grazie

Secondo Fassino

Ordinario di Psichiatria, già Direttore Scuola di Specializzazione in Psichiatria
Università di Torino, già Presidente Soc. Ital. Psicoterapia Medica, sezione Soc.
Ital. Psichiatria

La nuova psichiatria di comunità necessita di uno sguardo psicoterapeutico

La crisi attuale della psichiatria è evidente: il modello Biopsicosociale, riduce il dogmatismo psichiatrico, ma spesso esita in mera giustapposizione di farmaci e pochi colloqui, trascurando patogenesi e progetto terapeutico ad personam. Il paradosso della psichiatria contemporanea è che evidenze scientifiche straordinarie sull'efficacia delle cure si accompagnano a scoraggianti risultati in the real world. La legge 180 ha visto gli psichiatri del territorio, divenuti assistenti sociali managers delle necessità pratiche dei pazienti, sospendere le conoscenze psicopatologiche rinunciando al modello esplicativo della malattia del proprio paziente, senza un approccio veramente terapeutico (British J. Psychiatry 2010). Gli psichiatri per tornare terapeuti devono riappropriarsi degli aspetti specifici (tecnici) della professione medica da un punto di vista formativo e scientifico. Essi dovrebbero reclamare di più il loro ruolo diagnostico-terapeutico, come innovatore ed efficace! Il 40% dei pazienti abbandonano i servizi di cura entro 12 mesi, più del 40% interromperà le terapie subito dopo le dimissioni da un ricovero. Contrariamente alle

aspettative, gli antipsicotici di seconda generazione non migliorano la compliance. L'aumento dei contatti del paziente con il curante migliora la compliance. Dovremmo ascoltare e parlare di più con i nostri pazienti? (World Psychiatry 2013). *Epidemiology and Psychiatric Sciences* (2018), osserva che dopo 40 anni di legge 180 “non pochi psichiatri italiani hanno deciso di combattere solo e con e per i diritti dei poveri (dentro o fuori le istituzioni) molti dei quali malati di mente trasferendo il loro impegno in una più ampia arena sociopolitica nel concetto di «intellettuale organico» di Gramsci. Tuttavia, il terreno professionale e tecnico sarà sempre lì per essere coperto. Speriamo che gli psichiatri italiani non dimentichino la loro professione.” Il Governo Inglese tramite *Improving Access to Psychological Therapies* (IAPT) da dieci anni promuove la psicoterapia nei Servizi di salute mentale: 10.500 nuovi psicoterapeuti ogni anno curano 560.000 pazienti che per il 50% si riprendono e il 75% conseguono utili miglioramenti. I guadagni clinici, etici e anche economici sono evidenti (Wakefield & Kellet BJCP 2021). Aumentare i trattamenti psicologici migliora la salute e anche le casse dello Stato. I Decisori Politici in Italia sono di fronte alle loro responsabilità: sapranno promuovere una cultura psichiatrica avanzata scientificamente e socialmente, nell'interesse dei cittadini e di chi si prende cura di loro? Molti paesi stanno sperimentando progetti sull'esempio inglese. Evidenze neurobiologiche confermano che ogni relazione è un agente biologico di trasformazione che interagisce, favorevolmente o no, col farmaco. Nessun psichiatra dovrebbe essere privo della capacità professionale riferita alla teoria dell'attaccamento (BJP 2018), alla base delle comunicazioni non verbali implicite oltre che esplicite. Il problema non è inserire psicoterapia sì o no: una relazione adeguata è psicoterapeutica! Il problema, oltre che scientifico, è etico ed economico. Per accrescere qualità è urgente riconsiderare per ogni azione clinica la competenza, saper fare, la capacità, saper essere, di per sé psicoterapeutiche, dello psichiatra. Urgono profonde revisioni della formazione individuale, di gruppo, anche dopo la specializzazione, alla buona pratica di curare il disturbo psicopatologico oltre al sintomo.

Per la bibliografia completa: cfr. Abbate Daga G.& S. Fassino Verso una formazione di per sé psicomica dello psichiatra nell'era delle neuroscienze? Riv. Psicol. Indiv.151-198, 2020

Luigi Janiri

Presidente FIAP (Federazione Italiana delle Associazioni di Psicoterapia), per conto anche di CNSP (Coordinamento Nazionale Scuole di Psicoterapia) e SIPSIC (Società Italiana di Psicoterapia)

IL BISOGNO DI PSICOTERAPIA formazione, cooperazione, integrazione

L'emergenza pandemica ha drasticamente imposto la necessità di implementare gli interventi a difesa della salute mentale pubblica. Attualmente solo il 6,5% di questi interventi è rappresentato dalla psicoterapia e in alcune realtà l'accesso a prestazione

psicoterapeutiche è del tutto indisponibile. Il SSN, per preservare la salute mentale e il benessere dei suoi cittadini dalla insorgenza di disturbi vecchi e nuovi che non ricevono trattamenti adeguati, e dai relativi ingenti costi che ne derivano, è chiamato a provvedere a queste gravi carenze attraverso l'assunzione di psicoterapeuti, psichiatri o psicologi, nei servizi territoriali. Le strutture private potrebbero collaborare con il SSN con modalità regolamentate, come in altri ambiti della salute pubblica, ad es. per via di convenzioni. Sulla base dei bisogni nuovi, ma anche di antichi quanto insoddisfatti bisogni quali sono quelli di psicoterapia, finora trascurati, almeno in ambito pubblico, a favore di altri interventi, come riabilitazione e farmacoterapia, si avverte la crescente necessità di prevedere, organizzare e validare percorsi di presa in carico in psicoterapia. Tali percorsi non sono né semplici né talvolta lineari. L'indicazione generica a un trattamento psicoterapeutico deve essere seguita da quella personalizzata e calata sui bisogni specifici del paziente, all'interno di un progetto terapeutico condiviso con l'equipe curante del Dipartimento di Salute Mentale. La proposta deve essere formulata al paziente in modo chiaro, comprensibile e accettabile così che egli possa emettere un valido consenso. La scelta della tipologia di psicoterapia, "ragionata" sulla base delle caratteristiche cliniche del paziente e della sua situazione psico-sociale, è la naturale premessa all'invio all'operatore professionista individuato. Seguirà dunque il primo colloquio con lo psicoterapeuta, chiamato a collaborare con le altre figure professionali coinvolte nel progetto terapeutico. Si delinea così un processo articolato in più fasi, complesso e delicato, che si gioca tutto sull'adesione informata e sulla motivazione del paziente a un percorso di conoscenza di sé fondamentale per il suo recupero.

Da qui nasce l'esigenza di una formazione per lo sviluppo di competenze e di sensibilità psicoterapeutiche anche per chi non svolge, all'interno del servizio pubblico, tale funzione. La psicoterapia, che si propone un cambiamento stabile e significativo delle condizioni di salute mentale dell'individuo, deve dunque integrarsi in un più ampio progetto di recupero, di cui è parte essenziale. A tal fine si formulano le seguenti proposte:

- a. il rispetto e l'aggiornamento dei LEA nei servizi che operano nel campo della salute mentale;
- b. l'incremento del numero di operatori specialisti in psicoterapia nell'ambito dei medesimi servizi;
- c. il riconoscimento della necessità di uno psicoterapeuta addestrato per intervenire sulle crisi e sulla resilienza sia nella fase di emergenza che in quella del disagio protratto e cronicizzato;
- d. interventi specificamente dedicati nelle differenti fasi del ciclo vitale (infanzia, adolescenza, maternità, senescenza) e nei differenti setting (coppia, famiglia, gruppo);
- e. il coinvolgimento tramite accordo o convenzione con il SSN di Centri Clinici afferenti a Scuole di Psicoterapia legate ad Associazioni scientifiche, che attualmente garantiscono in Italia la maggior parte della formazione psicoterapeutica.

Silvana Mordeglia

Professoressa a contratto di Servizio sociale presso l'Università degli Studi di Genova
Presidente della Fondazione nazionale degli Assistenti sociali

Accompagnare i cammini di vita delle persone che vivono l'esperienza della sofferenza mentale è la scommessa che anima e accomuna tutte le professioni nel mondo della cura.

In salute mentale la cura è sanitaria ma anche psicologica e sociale. Solo interagendo, le tre anime esprimono il loro potenziale. Affronto la tematica dal punto di vista del Servizio sociale che ha una lunga storia di pratica e innovazione nel settore, sin dal movimento che ha portato alla deistituzionalizzazione.

Gli assistenti sociali si occupano di processi d'inclusione e, nello specifico, delle conseguenze della malattia mentale sull'individuo, sulla famiglia e sulla comunità e hanno, nel contesto dell'équipe, la funzione di collegare il team di trattamento alle questioni più ampie del benessere familiare, dell'alloggio, della sicurezza del reddito, della comunità e del senso di appartenenza.

In questi ultimi anni l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha prodotto evidenze scientifiche che dimostrano come tre sono i fattori che determinano evoluzioni più positive e dunque appaiono in grado di modificare il decorso della malattia e produrre salute mentale: la casa, il lavoro e la rete sociale. Il quadro di riferimento professionale orientato allo sviluppo della giustizia sociale e alla pratica anti oppressiva e anti stigma può facilitare o ostacolare il rapporto con altre professioni che hanno profili e approcci culturali di tipo sanitario: Tuttavia, la cura intesa come care implica una prospettiva olistica e l'ibridazione di competenze e l'importanza di mettere a sistema i saperi di diverse discipline si ritrova nella storia della salute mentale.

Quello del servizio sociale non è un apporto marginale: dal documento di sintesi risulta percentualmente alto l'intervento sociale e riabilitativo nei servizi di salute mentale; emerge un 9.6% di supporti assistenziali e 19.5% di funzioni socio-riabilitative nonostante il numero degli assistenti sociali sia diminuito negli anni non solo per questioni economiche ma anche per politiche di sanitarizzazione di tutti i servizi territoriali delle ASL. Nei percorsi di supporto alle persone con sofferenza psichica, possiamo distinguere il lavoro di équipe su diversi livelli: focalizzato sui pazienti, in connessione con professionisti esterni all'organizzazione o in una chiave comunitaria. In ogni caso, per lavorare con prospettive efficaci è necessario coinvolgere diversi attori e istituzioni nell'ottica di relazioni che curano ma anche di reti che curano.

La questione si snoda tra le diverse culture professionali e organizzative; tra il riconoscimento dell'apporto delle diverse professioni e l'integrazione istituzionale e gestionale. Altrimenti le differenze nei paradigmi creano fraintendimenti e portano frustrazione e cattiva comunicazione tra i membri dell'équipe. Paradigmatica, in questo senso, è l'area di confine degli "adulti fragili" in cui i servizi sociosanitari sono

chiamati a collaborare. È un'area che più di altre richiede un investimento conoscitivo e di costruzione di accordi perché impone di superare le tradizionali suddivisioni e le conseguenti visioni separate e unilaterali delle problematiche affrontate.

Nel tempo, l'approccio degli assistenti sociali alla salute mentale - ai diversi paradigmi che coesistono, si incontrano e si scontrano nelle organizzazioni - non è stato tanto di tracciare un terreno distinto, ma piuttosto operare sullo stesso terreno condiviso con un occhio all'ambiente più ampio. L'introduzione del budget di salute, ad esempio, permette di implementare "psichiatria di comunità": uno strumento che serve all'équipe dei professionisti per accompagnare la persona nella quotidianità, di mettersi vicino a chi chiede di essere aiutato a riprendere in mano la propria vita. Perché nel campo della salute mentale occorre la capacità di lavorare in modo collaborativo e le aree di conoscenza e abilità vanno quindi enfatizzate nella formazione oltre all'accompagnamento dei gruppi di lavoro con percorsi di supervisione, centrati da un lato sul rafforzamento dell'équipe e sulle strategie di gestione dello stress.

I programmi di formazione delle diverse professioni che si incontrano sul terreno della salute mentale sono diversi tra loro. Ad esempio, medici, infermieri e assistenti sociali prevedono una pratica all'interno del corso di studi ma solo per una parte degli assistenti sociali questa avviene nei servizi psichiatrici. Per gli psicologi è spostata dopo la laurea. Per gli assistenti sociali la parte di formazione teorica e pratica al lavoro di équipe è una costante, non così per altre professioni. E così via.

Per quanto riguarda l'istruzione universitaria in servizio sociale, nei programmi va ampliata la base di conoscenza in campo psichiatrico sia come insegnamenti di base sia opzionali e va organizzata una formazione post-laurea che offra la possibilità di una specializzazione specifica sulla salute mentale. È una lacuna da colmare perché si tratta di un settore ad alta specializzazione da non delegare alla formazione permanente. A proposito di quest'ultima, oltre alle collaborazioni con gli atenei, un'ottima iniziativa è quella di costruire protocolli tra ordini professionali e con associazioni di cittadini per collaborare a formazioni interdisciplinari comuni.

Dando uno sguardo ad altri paesi, nello specifico all'Australia e al Canada, dove ricercatori di servizio sociale hanno svolto indagini nel merito, iniziative nel campo dell'istruzione e della formazione delle professioni della salute mentale hanno dimostrato che imparare insieme ha aiutato a riconoscere la base condivisa di conoscenze, abilità e valori per la pratica e ciò si riflette nella ricerca di standard di pratica comuni tra le discipline.

In un altro studio sul lavoro di équipe in salute mentale, gli autori hanno analizzato sul campo le équipe. Gli esiti riferiscono che esso è appreso meglio attraverso la pratica piuttosto che essere insegnato. Un approccio di questo tipo mette in primo piano le complessità e i dilemmi della politica, dei modelli di pratica e dei modelli di lavoro. Di conseguenza, i discenti costruiscono la loro formazione non su un modello ideale (o ottimale) ma apprendono nell'habitus quotidiano, reale nei contesti di lavoro.

Dobbiamo lavorare mettendo in comune conoscenze, abilità e risorse per accompagnare

un cambiamento. Io ci credo. Perché se non si va oltre le parole la realtà cambierà ben poco.

Domenico Tancredi

SPDC San Severo (FG)

Organizzazione di un SPDC No RESTRAINT Il modello bio-psico-sociale e il lavoro in equipe multidisciplinari

Gli SPDC vengono formalmente istituiti con la 180/1978 poi inclusa nella legge di riforma del SSN n. 833/78. Nati in fretta, per l'incalzare del referendum sulla chiusura dei manicomi, all'indomani del ritrovamento del cadavere di Aldo Moro, non possono far altro che adeguarsi all'organizzazione di un qualsiasi altro reparto Ospedaliero, il modello organizzativo è di tipo biomedico. Non vi sono studi recenti che ci indicano il livello di funzionamento degli SPDC, gli unici documenti a riguardo sono: 1) Il *progress acuti*, la cui raccolta dati è del 2001-2003; 2) Il documento della commissione parlamentare d'inchiesta sull'efficacia-efficienza del Servizio sanitario Nazionale che risale al 2013. Entrambi i documenti giungono alle stesse conclusioni, non molto lusinghieri per gli SPDC; riporto sinteticamente quelle della relazione della Commissione del Senato: "gli SPDC, uniche strutture presenti dentro l'ospedale, rimangono per la maggior parte luoghi chiusi e con ancora largamente diffuse pratiche di contenzione (talora attuate illegittimamente come se fossero terapie). Frequentemente privi di possibilità d'interventi riabilitativi e sociali, che possano fungere da collegamento con i servizi territoriali come prevenzione della cronicità: molto della cura è affidata alla psicofarmacologia e la qualità della vita dei ricoverati è spesso limitata ai soli bisogni primari..."

Alla luce di questi studi Il modello Bio-medico si è rivelato fallimentare purtroppo però è ancora ampiamente applicato in gran parte degli SPDC in Italia. Il modello Biomedico si sviluppa in fasi molto rigide nella successione che ammettono poca elasticità, verte sugli assi: Esame Obiettivo -> Formulazione Ipotesi Diagnostica -> Prescrizione di Accertamenti -> Terapia -> Prognosi. Connesse a questo modello vi sono determinate caratteristiche nella comunicazione e nelle relazioni tra le diverse persone che abitano lo SPDC, possiamo così sintetizzarle: 1) Comunicazione di tipo verticale nell'equipe; 2) Qualità della relazione operatore-paziente fortemente condizionata dal ruolo; 3) Visita medica effettuata secondo i paradigmi classici; 4) Interpretazione rigida dei ruoli 5) rigida osservanza delle regole del reparto da parte del PZ. (uscite, fumo, visite dei familiari, assunzione della terapia etc.)

In Italia vi sono circa 380 SPDC, solo in 20 di essi non si pratica la contenzione meccanica. Il modello organizzativo di riferimento utilizzato in questi SPDC No Restraint è il modello Bio-Psico-Sociale, rappresenta il modello che più efficacemente consente di dare delle risposte ai bisogni dei nostri PZ i quali sono bisogni complessi e richiedono quindi

risposte complesse. Le diverse competenze richieste per l'approccio olistico non possono essere concentrate in un unico, pur colto professionista, di conseguenza l'unica strategia per realizzare l'approccio bio-psico-sociale è quella che prevede attività di équipe multiprofessionali interagenti al proprio interno e con il paziente. Nel nostro paese manca la cultura dell'integrazione e la comunicazione interprofessionale, la formazione è in mano ad un mondo accademico molto distante dagli obiettivi di salute mentale citati dagli stessi dispositivi legislativi.

Per chi volesse approfondire questi argomenti è possibile il download dal sito "e tu slegalo subito - pagina SPDC No Restraint" - degli Atti - VIII Convegno Nazionale SPDC No Restraint svoltosi a Foggia.

Annamaria Tanzi

Socio Fondatore Società Italiana di Scienze Infermieristiche in Salute Mentale - S.I.S.I.S.M.; Consigliere/Segretario e Responsabile Formazione S.I.S.I.S.M.

Formazione/azione dell'infermiere in salute mentale e all'interno dell'équipe multiprofessionale.

La capacità di lavorare in équipe richiede un impegno forte da parte dei professionisti coinvolti che devono sapere, saper fare, saper essere e non ultimo saper divenire.

Parole chiave in questo intervento sono:

- Formazione di base
- Competenze specifiche e avanzate
- Confini professionali
- Complementarietà, interscambiabilità, integrazione.

Formazione di base e competenze specifiche e avanzate

Per l'Infermiere che opera nelle équipe di tutte le strutture e servizi del Dipartimento di Salute Mentale, la formazione continua, dovrebbe essere conditio sine qua non per un agire competente su diversi piani: clinico-assistenziale, organizzativo, riabilitativo e educativo.

La FORMAZIONE fortemente richiesta riguarda il lavoro di Comunità, necessario per quella Psichiatria di Comunità che partendo dalla differenziazione dei percorsi di cura per intensità assistenziale secondo i bisogni di salute emergenti, vede l'insediamento proprio di una EQUIPE MULTIPROFESSIONALE che deve saper operare in diversi setting: al domicilio, in ambulatorio, in ospedale, in residenze a vario grado di protezione, nei Centri Diurni, nel contesto sociale più ampio (rete formale e informale).

Ci sono delle criticità a partire dalla formazione infermieristica di base, quindi il contesto della laurea triennale, in cui un GAP è rappresentato dalla co-esistenza sul territorio nazionale di Corsi di Laurea in Infermieristica (CdL) che contemplano nei programmi

curriculari un modulo di Infermieristica Clinica in Salute Mentale (con pacchetto di ore variabile da 30 a 8 ore) e CdL che non lo includono.

FORMAZIONE DI BASE – Laurea Triennale

PROPOSTE AGLI ATTUALI ORDINAMENTI DIDATTICI

- L'insegnamento di Infermieristica Clinica in Salute Mentale anticipata al 1° Semestre del 3° Anno di Corso o anche 2° Semestre nel 2° Anno di Corso e poter espletare il Tirocinio Pratico in ogni struttura e servizio del Dipartimento di Salute Mentale, sia in ospedale (SPDC) sia sul Territorio (CSM e a domicilio del paziente, Strutture Residenziali e/o Semiresidenziali, dove sono presenti i Day Hospital Psichiatrici)
- Selezione specifica del personale docente che dovrebbe essere scelto in base ad un curriculum che attesti l'effettiva e ATTUALE esperienza in Salute Mentale.
- Accesso alle banche dati ed alle riviste internazionali specialistiche in infermieristica della salute mentale. Non tutti i docenti a contratto (purtroppo ancora la maggior parte dei docenti in infermieristica) hanno l'accesso garantito alla documentazione on-line delle biblioteche universitarie, dove spesso i testi specialistici di infermieristica sono poco presenti.

FORMAZIONE POST BASE

S.I.S.I.S.M. nel 2018 ha collaborato con l'Università Cattolica di Roma e di Torino per il progetto che ha visto poi già nell'Anno Accademico 2018/2019 l'offerta formativa di Master di primo livello dedicato agli Infermieri che vogliono specializzarsi nel settore dell'Infermieristica in Salute Mentale. Il primo Master a Torino si è concluso nell'Aprile dell'anno in corso.

Non c'è larga diffusione sul territorio nazionale di formazione universitaria post base dedicata alla Salute Mentale e soprattutto non è garantita la spendibilità di un titolo post base in questo ambito.

Confini professionali

È importante tenere presente che il lavoro in équipe non significa che tutti possono fare il lavoro di tutti: ogni professionalità deve mantenere il proprio specifico professionale accettando, di confrontarsi con quello altrui e di contribuire alla elaborazione di una proposta di intervento che sarà data dall'azione concertata di ognuno o, alle volte, di uno degli operatori che potrà avvalersi della consulenza degli altri.

I confini professionali saranno noti e rispettati se sono noti a tutta l'équipe il ruolo e le funzioni dei suoi membri.

Complementarietà, interscambiabilità, integrazione

Cardine nel lavoro in psichiatria è proprio la CULTURA DELL'EQUIPE: LA PSICHIATRIA FUNZIONA SE L'EQUIPE FUNZIONA!

È nel lavoro d'équipe che può essere valorizzata, in tutta la sua portata metodologica, scientifica e clinica, la pratica dell'incertezza e della dialettica tra dipendenza e autonomia del singolo professionista. Non si può e non si deve quindi rinunciare alle singole culture e saperi professionali ma contemporaneamente bisogna evitare che diventino contrapposizione tra le varie professionalità.

Il lavoro di équipe è la dimensione capace di integrare i diversi ruoli e le diverse funzioni in un sistema teso alla realizzazione di obiettivi comuni e rappresenta: una vera e propria risorsa del lavoro sociale e sanitario all'interno di diversi servizi, una modalità organizzativa irrinunciabile. La RIUNIONE è lo strumento per eccellenza del lavoro in équipe. Il progetto terapeutico-riabilitativo rappresenta il risultato del lavoro in équipe dove le diverse professionalità devono sviluppare comportamenti di alleanza e capacità di comunicazione.

Conclusioni

Per quanto riguarda gli Infermieri, la S.I.S.I.S.M. ha tra gli obiettivi statuari quelli di favorire il progresso culturale e la valorizzazione delle Scienze Infermieristiche nell'ambito della Salute Mentale collaborando con i vari ambiti accademici per un aggiornamento continuo dei saperi specifici, oltre a promuovere per gli Infermieri che già operano in Psichiatria, programmi annuali di aggiornamento, formazione permanente e continua, residenziale e a distanza anche in collaborazione con altri soggetti terzi e altre Società Scientifiche.

Sicuramente un progetto ambizioso della S.I.S.I.S.M. ma in attuazione è quello di elaborare, aggiornare e diffondere indirizzi, standard, linee guida per il miglioramento della pratica assistenziale infermieristica in Salute Mentale anche in collaborazione con Istituzioni ed Enti pubblici e privati, proponendo idonei protocolli di validazione e sperimentazione degli stessi.

Dr. Sarantis Thanopoulos SOCIETÀ PSICOANALITICA ITALIANA

Il lavoro multidisciplinare, la cooperazione paritaria tra i saperi, è l'elemento portante della cura nella salute mentale. Ciò assegna una centralità indiscussa all'équipe territoriale, luogo in cui si integrano tra di loro i diversi approcci alla cura: 1) Il trattamento farmacologico che mira, coadiuvato da un paziente lavoro di sostegno relazionale e di accoglienza umana del dolore, al contenimento dell'angoscia acuta, invasiva e della depressione. 2) La cura ispirata alla teoria e alla clinica psicoanalitica (nelle sue varie forme: individuale, di gruppo, di coppia, di famiglia) e ai principi fenomenologici/

psicodinamici che promuove il lavoro di trasformazione psichica necessario al ritorno in gioco della soggettività desiderante. 3) La terapia delle relazioni che usa principi sistemico-familiari e cognitivo-dialogici. 4) Il lavoro di integrazione socio-culturale e lavorativa nella comunità in cui si vive che richiede una competenza specifica delle dinamiche psichiche della collettività, una grande sensibilità sociale e una collaborazione costante con gli ambienti della cultura umanistica, della letteratura, del teatro, del cinema, dell'arte. Questi ambienti hanno una funzione preziosa nella costruzione della comunità, nella configurazione delle reti condivise di significazione dell'esperienza che creano un senso di identità aperto alla differenza, all'alterità, non chiuso in sé stesso. 5) Un lavoro accurato di prevenzione basato sulle diagnosi precoci, sulla valorizzazione della psicoterapia dei bambini e degli adolescenti, sull'individuazione di realtà familiari fragili e sugli interventi di sostegno in ambienti sociali vulnerabili colpiti da fenomeni di degrado, nelle scuole, nei luoghi di lavoro, negli ospedali.

Il buon funzionamento dell'équipe ha un suo indispensabile complemento in un rigoroso lavoro epidemiologico e di ricerca clinica che affida la verifica del lavoro svolto soprattutto a criteri di qualità: lo sviluppo dei legami affettivi e erotici e della creatività e della libertà dell'espressione personale.

L'équipe richiede una buona formazione di partenza in tutte le sue componenti. Essa non è, tuttavia, la somma delle competenze che la compongono, non è un'attività poli-ambulatoriale. Non si identifica con una sede, la sua funzione si diffonde nel territorio e eccede la sua composizione in due sensi. Da una parte include nel suo lavoro il gruppo dei pazienti, i loro familiari, le forze culturali e sociali con cui interloquisce; dall'altra amalgama tra di loro le diverse prospettive che ospita nel suo interno creando una prospettiva unitaria, un lavoro complessivo di cura coerente. L'équipe è luogo di formazione e di ricerca permanente, lo spazio in cui la terapia della sofferenza grave si configura attraverso l'esperienza in modo autentico, vero.

La cura psichica non è un'applicazione di principi tecnici a cui si chiede alle persone sofferenti di aderire, falsificando il rapporto con loro. La sua prassi è un lavoro che segue principi scientifici, ma prende forma nell'ambito di relazioni personali, non anonime, come sapere artigianale che riconosce in ogni storia di sofferenza la sua particolarità, in ogni esistenza sofferente la sua trama originale. L'umanizzazione della cura non perde mai di vista gli strumenti farmacologici o i dispositivi relazionali che contengono l'angoscia e il campo di sperimentazione che li affina. La cura, tuttavia, è nella sua essenza un prendere cura della relazione con le persone che soffrono. Essa è, al tempo stesso, mezzo e fine, affermazione della soggettività

TAVOLO 5

“SISTEMA INFORMATIVO E VALUTAZIONE DELLE ATTIVITÀ NEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE”

Coordinatori

Gemma Calamandrei

Primo Ricercatore ISS

Fabrizio Starace

Componente del Consiglio Superiore di Sanità

INTERVENTI

Agostina Belli

Regione Campania

Il sistema informativo SMOP®.

SMOP® è un sistema realizzato su tecnologia web dal “Laboratorio territoriale di sanità penitenziaria Eleonora Amato” della Regione Campania e dalla ASL di Caserta nel 2012 (www.smopcampania.it). Inizialmente finalizzato alla realizzazione di un’omogenea e aggiornabile base informativa per supportare il percorso di superamento degli OPG e la programmazione dei servizi e delle strutture da realizzare, integra, per lo specifico contesto, e non sostituisce, gli ordinari sistemi informativi sanitari. Gestisce, per ciascuna persona, informazioni standardizzate anagrafiche, sanitarie, giuridiche e relative alla presa in carico da parte del SSR. Comprende funzioni di monitoraggio longitudinale dei percorsi individuali di assistenza attraverso il sistema penitenziario e quello sanitario, mettendo in rete i servizi coinvolti (DSM, REMS, Articolazioni per la salute mentale in carcere (ASM) e consentendo la condivisione delle informazioni e l’interrelazione operativa. I diversi utenti sono abilitati con privilegi e limitazioni che consentono un costante rispetto del Regolamento UE 2016/679. Il Sistema gestisce anche: - le liste d’attesa per le REMS e le Articolazioni per la Salute Mentale in carcere, comprensive di informazioni qualitative circa la presa in carico sanitaria (presente e adeguata/assente o critica), il progetto terapeutico riabilitativo individuale alternativo alla REMS (presente/assente), l’attuale allocazione (domicilio, struttura sanitaria, Istituto Penitenziario ecc.); la tipologia di misura applicata; l’Autorità Giudiziaria competente. -il monitoraggio dei percorsi di presa in carico delle persone in misure non detentive da parte dei servizi di salute mentale competenti; -la registrazione di dettaglio dei reati associati alla posizione

giuridica delle singole persone.

Attualmente il sistema è adottato, senza oneri, con diversi livelli di implementazione operativa, da 19 Regioni e P.A (Campania, Abruzzo, Lazio, Molise, Marche, Lombardia, Emilia-Romagna, Puglia, Veneto, Sicilia, Piemonte, Liguria, Toscana, Calabria, Basilicata, Sardegna, Umbria, Trento, Friuli V.G.), interessa il 99% della popolazione nazionale adulta, 130 DSM, 25 REMS e 726 operatori, e monitora 2141 pazienti con presenza in REMS.

Dal 2016 il Ministero della Salute accede al sistema per il monitoraggio ex L. n. 81/14 dei PTRI definiti dai DSM. Dal 2018 l'Autorità Garante Nazionale dei diritti delle persone detenute o private della libertà personale utilizza SMOP per il monitoraggio continuo e l'annuale Relazione al Parlamento. Per finalità di ricerca scientifica o storica o fini statistici, accedono al sistema il Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università di Torino, e il Dipartimento di Scienze Politiche dell'Università di Napoli Federico II. Con il Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università di Torino è stato pubblicato il 4 maggio 2021 un report di ricerca (https://frida.unito.it/wn_media/uploads/reportsm_1619608492.pdf) al quale si rimanda per una descrizione di dettaglio.

In Campania SMOP® assicura inoltre il monitoraggio sanitario delle persone detenute negli Istituti Penitenziari e sottoposte a provvedimento dell'Autorità Giudiziaria di collocamento in comunità terapeutiche.

Il sistema si configura come strumento specifico di monitoraggio già attivo e ampiamente condiviso tra i SSR, rendendo disponibile un flusso informativo nazionale idoneo a supportare i compiti istituzionali delle articolazioni sanitarie locali, regionali e nazionali, nonché delle Istituzioni cointeresate.

Mauro Giovanni Carta

Università di Cagliari e WHO Agreement per QualityRights nel Mediterraneo

QualityRights: anche un appoggio inclusivo al miglioramento continuo della qualità

Il contesto

Secondo l'Alto Commissario ONU per i Diritti Umani il porre fine a violazioni, discriminazioni e stigmatizzazione verso le persone con disabilità psicosociale è una priorità assoluta, così come il miglioramento della qualità delle cure.

In risposta a questa sfida l'OMS ha sviluppato il progetto QualityRights (QR) che applica i principi della Convenzione sui Diritti delle Persone con Disabilità (CRPD) alla disabilità psicosociale.

News e sentenze su "case protette", (pre e infra Covid), hanno chiarito che violazioni dei diritti più basilari sono comuni anche nei nostri contesti.

Il progetto si propone:

1. Migliorare la qualità nei servizi di cura, attraverso: a) verifica, con strumenti riproducibili e con produzione di dati replicabili, di tutte le fasi del miglioramento, b) utenti come protagonisti attivi del cambiamento, c) rispetto dei diritti come fulcro della valutazione. Il “QualityRight toolkit, scaricabile dal sito OMS anche in versione italiana, include strumenti per condurre la valutazione e monitorare il miglioramento e fornisce indicazioni pratiche. La valutazione si basa su interviste a utenti, familiari e operatori, nonché sull’osservazione e verifica della documentazione. Si valutano: le condizioni psicosociali e fisiche degli utenti; come siano promosse e supportate la capacità giuridica e le direttive anticipate; se siano contrastate violenze e abusi; il grado in cui i servizi promuovono l’inclusione nella comunità e supportino le capacità decisionale. Il gruppo WHO-QR ha recentemente presentato la “Guida dell’OMS sui servizi di salute mentale di comunità”. La Guida include pacchetti tecnici per il miglioramento di specifiche problematiche, con descrizione di come questi aspetti siano stati affrontati in servizi di eccellenza.
2. “Costruire capacità e competenze per comprendere e promuovere i diritti umani” attraverso il coinvolgimento congiunto di tutti gli attori compresi operatori e utenti. Anche per il miglioramento della qualità nei servizi è fondamentale che siano offerte opportunità di crescita e consapevolezza a chi deve essere un attore del cambiamento. Uno strumento essenziale è il corso on-line costruito sulla piattaforma e-learning WHO. Il corso sarà presto fruibile anche in italiano.
3. Promuovere e rafforzare i movimenti nella società civile di sostegno alle persone con disabilità psicosociale.
4. Riformare le politiche e la legislazione nazionali in linea con le migliori pratiche e gli standard internazionali in materia di diritti umani.

Ci limitiamo solo a citare gli ultimi due obiettivi, visto il poco spazio disponibile e lo specifico tema in discussione.

Crescita

QR si diffonde nel mondo, programmi su base nazionale sono in atto in Europa in Cechia e Germania. La nostra unità è stata parte attiva del gruppo che ha sviluppato QR, che ci pareva sintetizzasse gli approcci storici della medicina sociale italiana di Maccacaro e Basaglia. Con finanziamenti UE stiamo implementando QR in Tunisia, Libano, Ghana e Armenia.

Conclusione

QR pone al centro della trasformazione il miglioramento continuo delle cure attraverso anche azioni che stimolino crescita e soluzioni “dal basso” (ma supportate dalla sensibilizzazione politica e dal rafforzamento delle associazioni e degli attori sociali). Un sistema informativo può fornire una cornice utilissima ma un cambiamento che voglia realizzarsi come elaborazione di indirizzi che analizzino e rielaborano “dall’alto” flussi raccolti da operatori demotivati e deresponsabilizzati non risponde ai principi della CRPD e ai diritti dei cittadini.

Dott. Giulio Castelpietra

Dirigente Medico Psichiatra

Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera

Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità

Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia

Prevenzione e gestione infezione COVID 19 nella regione Autonoma Friuli Venezia Giulia

Con Nota del Vicepresidente della Regione FVG, prot. n. 572 del 22/04/2020, sono state approvate le “Indicazioni organizzative e gestionali per i Servizi per la salute mentale” relative alla prevenzione e gestione infezione COVID 19.

L'obiettivo del documento è di:

1. Supportare le Aziende Sanitarie nella rimodulazione delle attività cliniche e riabilitative realizzate dai Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) e da quello afferente agli Enti del Terzo settore;
2. Fornire indicazioni operative e gestionali che intervengono sulle modalità di offerta dei servizi di tipo ambulatoriale, domiciliare, di accoglienza nonché relative agli interventi di riabilitazione psicosociale nelle aree del supporto all'abitare, della formazione e inserimento lavorativo e della socializzazione;
3. Delineare lo sviluppo di una “Rete COVID” per la gestione delle persone prese in carico dai DSM, in cui i diversi soggetti coinvolti si integrano per garantire cure appropriate e sicure agli utenti, salvaguardando, per quanto possibile, i delicati percorsi delle persone e delle loro famiglie.

Il documento è stato integrato da un monitoraggio epidemiologico retrospettivo rispetto ai casi COVID e non COVID in carico ai DSM, alla cui base vi è anche una pubblicazione internazionale (Castelpietra G et al. “The impact of COVID-19 pandemic on community-oriented mental health services: the experience of Friuli Venezia Giulia region, Italy, Health Policy and Technology, 2021 (10) 143-150).

I dati più significativi hanno evidenziato calo importante dei ricoveri, in particolare su base volontaria, nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, ma non nei Centri di Salute Mentale sulle 24 ore nei primi 4 mesi del 2020 rispetto al 2019. Solo il 6% delle persone in carico ai DSM testate per Sars-Cov-2 erano positive. Inoltre, i DSM hanno rimodulato i servizi in linea con le indicazioni.

Gli esiti dimostrano che un sistema territoriale può meglio rispondere all'emergenza. Una stretta integrazione tra cure primarie, DSM e Terzo settore può favorire una maggiore flessibilità e velocità di riorganizzazione. L'approccio individualizzato può inoltre migliorare la riconversione degli interventi ed un modello comunitario può ridurre l'isolamento e la solitudine degli utenti.

Sistema informativo e valutazione delle attività nei servizi di salute mentale

Nell'ambito del NSIS è stato istituito, con decreto del Ministro della salute del 15 ottobre 2010, il Sistema Informativo per il monitoraggio e tutela della Salute Mentale (SISM).

Il SISM costituisce a livello nazionale la più ricca fonte di informazioni relativa agli interventi sanitari e socio-sanitari dell'assistenza rivolta a persone adulte con problemi psichiatrici e alle loro famiglie. Le finalità a livello nazionale e regionale sono quelle di

- monitoraggio dell'attività dei servizi, con analisi del volume di prestazioni e valutazioni epidemiologiche sulle caratteristiche dell'utenza e sui pattern di trattamento;
- supporto alle attività gestionali dei Dipartimenti di salute mentale, per valutare il grado di efficienza e di utilizzo delle risorse;
- supporto alla costruzione di indicatori di struttura, processo ed esito sia a livello regionale che nazionale.

L'insieme dei dati SISM è rappresentato da dati individuali non identificativi degli utenti adulti assistiti dai servizi di salute mentale, nonché dalle informazioni sulle attività svolte dai DSM, raccolte a livello regionale ed inviate al Ministero della salute.

Il SISM consente di rilevare le caratteristiche anagrafiche dell'utente, i dati di contatto e i dati di Attività dei servizi erogati per la tutela della salute mentale. I dati di attività vengono raccolti distintamente in funzione del setting assistenziale: tracciato territoriale, tracciato residenziale e tracciato semiresidenziale. I dati devono essere inviati al NSIS con cadenza semestrale e essere messi a disposizione entro sessanta giorni dalla fine del periodo di rilevazione. Eventuali rettifiche o integrazioni ai dati trasmessi possono essere effettuate, al più tardi, entro il mese successivo alla data limite d'invio.

A fronte dei dati forniti dalle Regioni e Province Autonome il sistema prevede elaborazioni standard predisposte e rese disponibili a livello nazionale. (Controlli formali, controlli di dominio e coerenza logica tra i dati)

A partire dal 2012 il gruppo di lavoro SISM Ministero -Regioni ha demandato ad uno specifico sottogruppo l'individuazione di un set di indicatori rappresentativo del fenomeno di assistenza. Gli indicatori, sintetizzati in un documento descrittivo, sono stati discussi nel dettaglio individuandone finalità e specifiche di calcolo.

Gli indicatori individuati sono consultabili attraverso il Cruscotto NSIS - Dashboard SISM, dai soggetti istituzionali come previsto dal decreto istitutivo permettendo il monitoraggio in forma grafica e geolocalizzata degli invii, l'analisi di completezza e qualità dei dati trasmessi, nonché la rappresentazione grafica di un set di indicatori rappresentativi del fenomeno di assistenza alla salute mentale. Tale strumento consente a ciascuna regione di verificare, in tempo reale, lo stato degli invii, nonché di effettuare analisi di benchmarking con le altre Regioni /Province Autonome.

Gli Indicatori disponibili a sistema riguardano l'analisi dell'offerta, analisi della prevalenza,

dell'assistenza in regime residenziale e semiresidenziale, regime territoriale, continuità assistenziale, e di recente gli indicatori PANSIM.

Inoltre i dati rilevati attraverso il flusso informativo per la salute mentale SISM e quelli rilevati dagli altri flussi del Sistema informativo sanitario nazionale (SIS-N) sono stati analizzati al fine di fornire un quadro esaustivo sulla salute mentale sia dal punto di vista delle risorse impiegate e della rete di offerta sia per quanto riguarda l'assistenza erogata e le caratteristiche degli utenti stiamo parlando del Rapporto sulla salute mentale



Il NSIS è in continua evoluzione, infatti grazie alla consueta collaborazione tra il Ministero della salute e le regioni, sono in fase di definizione i flussi informativi relativi ad ulteriori ambiti di assistenza, quali la riabilitazione territoriale, gli ospedali di comunità, screening e le cure primarie e recentemente è stato dato l'avvio ai lavori del gruppo di lavoro per la definizione del sistema informativo relativo alla Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza. Si tratta di estendere il SISM all'assistenza rivolta alla fascia di età dell'infanzia e adolescenza.

Inoltre con il "Regolamento recante procedure per l'interconnessione a livello nazionale dei sistemi informativi su base individuale del Servizio sanitario nazionale, sarà possibile ricostruire a livello nazionale il percorso dell'assistito tra i diversi setting assistenziali sulla base delle informazioni rilevate dai differenti sistemi informativi NSIS.

Il patrimonio informativo NSIS costituisce, pertanto, un imprescindibile prerequisito per la realizzazione di strumenti di analisi che consentano di elaborare indicatori di supporto per l'analisi della assistenza sanitaria in termini per esempio di appropriatezza, di mobilità sanitaria e di tempi di attesa, nonché di effettuare analisi integrate e trasversali ai diversi LEA. La disponibilità dei dati relativi a tutto il territorio nazionale consente

di effettuare analisi comparative tra le diverse realtà regionali e confronti relativi alle performance sanitarie ed economico-gestionali nell'ambito del SSN. Inoltre, permette di misurare il miglioramento della qualità dell'assistenza erogata ai cittadini e l'efficienza con la quale vengono utilizzate le risorse disponibili.

Particolarmente strategico a tale scopo è l'investimento 1.3 definito nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza: Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione

In particolare lo scopo del progetto è il rafforzamento del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), ovvero dell'infrastruttura e degli strumenti di analisi del Ministero della salute per il monitoraggio dei LEA e la programmazione di servizi di assistenza sanitaria alla popolazione che siano in linea con i bisogni, l'evoluzione della struttura demografica della popolazione, i trend e il quadro epidemiologico. Un più attento e completo monitoraggio dei bisogni sanitari può infatti trasformarsi in un utile strumento per la quantificazione e qualificazione dell'offerta sanitaria.

Il progetto prevede il potenziamento dell'infrastruttura tecnologica e applicativa del Ministero della Salute; il miglioramento della raccolta, del processo e della produzione di dati NSIS a livello locale; lo sviluppo di strumenti di analisi avanzata per studiare fenomeni complessi e scenari predittivi al fine di migliorare la capacità di programmare i servizi sanitari e rilevare malattie emergenti; la creazione di una piattaforma nazionale dove domanda ed offerta di servizi di telemedicina forniti da soggetti accreditati possa incontrarsi.

Alessio Saponaro, Mila Ferri, Fabia Franchi, Gandolfo Miserendino, Claudia Nerozzi, Salvatore Urso

Regione Emilia Romagna

Cartella CURE. Integrazione, innovazione e qualità della cura nei Servizi di Salute mentale e Dipendenze in Emilia-Romagna

La Regione Emilia-Romagna è impegnata nella realizzazione di un progetto di rilevanti dimensioni: la costruzione di CURE - Cartella socio-sanitaria informatizzata unica regionale del Dipartimento di Salute mentale e Dipendenze patologiche, che include le attività della Salute mentale adulti, Dipendenze patologiche, Neuropsichiatria infanzia adolescenza, Psicologia clinica e di comunità e Tutela minori. Un progetto orientato a supportare la gestione della documentazione socio-sanitaria degli assistiti, facilitare le integrazioni tra i professionisti e aumentare l'appropriatezza nella progettazione dei percorsi di cura individualizzati.

L'obiettivo primario è di definire nuovi protocolli di cura condivisi tra i diversi Servizi, pubblici e privati, finalizzati a migliorare la qualità delle cure erogate, attraverso la definizione e condivisione di obiettivi, strumenti, trattamenti e valutazione dei risultati.

Costruita con/per i professionisti del DSM-DP in collaborazione con esperti in organizzazione dei Servizi, farmacologia, privacy, medicina legale, rischio clinico e ICT, usa nomenclatori unici, gestisce i PDTA, contiene 170 test di valutazione di assessment e outcome, sistemi di alert per i farmaci, gestione del progetto terapeutico con obiettivi, trattamenti e risorse, accesso all'FSE. È implementato un sistema di Telemedicina, attraverso il quale è possibile effettuare, in maniera sicura, televisita e teleconsulto. Le tecnologie dell'informazione e della comunicazione (ICT), sono divenute uno strumento imprescindibile per i Dipartimenti per facilitare la comunicazione all'interno della rete di cura e tra professionisti, favorire la sicurezza delle cure, accedere a informazioni strutturate e in tempi rapidi, realizzare la dematerializzazione delle informazioni sanitarie.

Il progetto si è basato sui principi di base dettati dalla programmazione nazionale e regionale: linee guida su appropriatezza dei percorsi di cura, interazione tra i Servizi, indicazioni derivanti dalle conoscenze scientifiche e tecniche più aggiornate. Sono state praticamente realizzate le indicazioni fornite dal Piano di azioni nazionale per la Salute mentale e dai LEA sulla presa in carico per pazienti portatori di bisogni gravi e/o complessi con progetto terapeutico condiviso.

La cartella è un potente strumento organizzativo, in quanto porta progressivamente i Servizi da un modello a "silos organizzativi", suddivisi per stretta competenza di trattamento (NPIA, SerDP, Salute mentale adulti, Psicologia), verso una gestione integrata degli assistiti. Al centro del processo terapeutico riabilitativo vi è l'assistito, mentre i professionisti e i Servizi, pubblici e privati, collaborano tra di loro in rete, erogando prestazioni sanitarie e sociosanitarie, nell'ambito delle proprie competenze, operando su un unico dossier, con un unico progetto condiviso.

In questo modo si facilita lo sviluppo di programmi di trattamento integrato, interdisciplinare e multidimensionale, che valutano le diverse dimensioni della patologia psichica (biologica, psicologica e sociale) e intervengono sulle diverse aree di vita (lavoro, scuola, famiglia, abitazione, spazio sociale e ricreativo), non trascurando le comorbidità fisiche. Il sistema è orientato verso un modello che valorizza tutte le professioni sanitarie per la costruzione di relazioni negoziali in grado di favorire la messa in campo delle risorse e delle energie del cittadino utente.

Il nuovo approccio è veicolato anche attraverso attività di formazione erogate ai professionisti a più livelli, dalla logica dei nuovi processi culturali e organizzativi di condivisione e gestione dei progetti, all'uso più diffuso di strumenti standardizzati di valutazione dei risultati.

Infine è stato realizzato un nuovo approccio ai sistemi informativi: oltre alla garanzia di produzione dei flussi amministrativi regionali e ministeriali (SISM, SIND), il sistema consente l'utilizzo di informazioni fondamentali per attività di valutazione e ricerca clinica ed epidemiologica, avvalendosi anche dei risultati di outcome.

I servizi di Salute Mentale Infanzia Adolescenza (SMIA) si avvalgono di Flussi Amministrativi Correnti (FAC) per verificare le condizioni di salute della popolazione assistita, allocare risorse, orientare le politiche sanitarie. I FAC sono flussi informativi sanitari, solitamente strutturati in forma di database relazionali, basati su accordi tra professionisti circa la definizione e la modalità di raccolta dei dati. Taluni li ritengono una fonte di dati a basso costo, con scarso valore scientifico. Tale preconcetto è erraneo. Circa i costi: qualora il sistema informativo sia configurato come cartella clinica informatizzata, si stima che ogni dirigente vi dedichi non meno del 10% del proprio "tempo lavorato". Quanto al valore clinico-scientifico, esso dipende dal rigore con cui i dati sono raccolti ed elaborati, dalla definizione degli standard qualitativi richiesti agli operatori e dalla formazione all'utilizzo dei sistemi di classificazione. Con standard elevati, i FAC costituiscono una fonte insostituibile per studi population based: ne sono prova i rigorosi studi epidemiologici basati sui registri scandinavi, in particolare danesi. Pensiamo all'attuale interesse circa lo stato di salute mentale degli adolescenti in corso di pandemia Covid-19: in quale altro modo potremmo disporre in tempo reale di dati raccolti sul campo, sincronici e retrospettivi, per delineare trend epidemiologici? Il data set dei FAC di SMIA comprende: dati anagrafici, profilo di contatto (primo accesso, inviante, dimissione), prestazioni erogate, diagnosi clinica codificata (ICD-9, ICD-10). I FAC più completi documentano inoltre: etiopatogenesi, livello cognitivo, salute fisica, condizioni psicosociali associate, comportamenti adattivi (VABS), monitoraggio dei percorsi di cura (PEDI-CAT, PEM, CANS) e dei bisogni assistenziali (C-GAS). Alcuni esempi di utilizzo dei FAC. Il numero complessivo di utenti in contatto con il servizio (prevalenza) e il numero di nuovi utenti che hanno preso contatto per la prima volta con il servizio nell'anno solare (incidenza) determinano l'utilizzo dei servizi di SMIA da parte della popolazione minorile residente, eventualmente stratificata per classi d'età e genere. Gli stessi dati, riferiti a specifici raggruppamenti nosografici e confrontati con l'epidemiologia attesa, consentono invece di valutare il diagnostic gap. L'analisi delle prestazioni erogate in rapporto alle varie tipologie patologiche permette, infine, di verificare l'eventuale scostamento dei trattamenti erogati rispetto alle raccomandazioni espresse dalle linee guida specifiche per i diversi disturbi. A livello dipartimentale, il FAC SMIA può essere collegato a quello dei servizi dedicati agli adulti con l'obiettivo di studiare le traiettorie evolutive nella transizione alla maggiore età. A livello aziendale, il FAC SMIA può essere collegato a molte altre fonti: certificato di assistenza al parto, assistenza specialistica ambulatoriale, consumo individuale dei farmaci per classi ATC, accessi al Pronto Soccorso (DEA), ricoveri ospedalieri (SDO), registro di mortalità. Infine, i FAC convergono a livello regionale in data *ware house*, ove è possibile anonimizzare i dati mantenendo la tracciabilità dei singoli utenti nei vari archivi mediante un codice

identificativo univoco, diverso dal CF, in modo da garantire la protezione dei dati sensibili: un'interessante prospettiva di studio, poiché consente di ampliare la base dati rispetto agli ambiti dipartimentali e aziendali e favorisce il *benchmarking* interaziendale, anche per i dati economici.

Per il Gruppo Esordi Psicotici Regione Emilia-Romagna

Ilaria Tarricone*, **Ornella Bettinardi****, **Emanuela Leuci*****,
Fabrizio Starace****,

* Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Università degli Studi di Bologna;
Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, AUSL Bologna

** Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche, AUSL di Piacenza

*** Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche,
AUSL Parma

**** Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, AUSL di Modena

IL PROGRAMMA ESORDI PSICOTICI DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA

La Regione Emilia-Romagna (RER), con delibera della Giunta Regionale num. 2155/2011, ha finanziato nell'ambito del programma "Azioni innovative a sostegno delle previsioni del Piano Attuativo Salute Mentale 2009-2011 nell'area psichiatria adulti" il "Progetto Esordi Psicotici RER", che si propone di offrire alle persone con esordio di un disturbo psicotico (in età 18-35) e alle loro famiglie un programma terapeutico specifico "multi-componenziale", per consentire la più ampia e tempestiva *recovery* personale e integrazione sociale nella vita reale. Il progetto comprende interventi diagnostici precoci per ridurre il periodo di malattia non trattata (DUP); l'identificazione di un operatore di riferimento quale garante per l'applicazione del percorso terapeutico integrato; interventi farmacologici coerenti con le linee guida più accreditate ed aggiornate; l'Intervento psicoterapico individualizzato secondo il modello della *Cognitive behavioral therapy* (CBT); la psicoeducazione rivolta sia a familiari che agli utenti; i programmi di inclusione sociale finalizzati alla *recovery* e la promozione della salute fisica.

Sono, inoltre, contemplati periodici programmi di formazione e informazione rivolti al personale sanitario, alla popolazione, agli utenti e ai loro familiari per la lotta allo stigma e per diffondere la conoscenza dell'utilità di un rapido aggancio dei soggetti all'esordio di un disturbo psicotico.

Nel periodo 2011-2019 hanno beneficiato del percorso 1246 giovani con esordio psicotico di cui 69% uomini, età media è 23.4 ± 4.9 anni, 19% migranti, 93% celibe/nubile, 49% con licenza media superiore e 40% disoccupato. Da un punto di vista clinico, la popolazione dei giovani in cura al programma si è caratterizzata per un'elevata prevalenza di concomitante disturbo di personalità (31%) ed use sostanze (40%).

I punteggi medi ottenuti alla Scala Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS), misurati all'inizio (*baseline*) e a 12 mesi di *follow-up* per ogni giovane incluso nel programma,

hanno mostrato variazioni statisticamente significative ($p \leq 0,001$). Inoltre, la DUP nel corso del Programma si è dimezzata, passando da circa 11 settimane a circa 5 settimane (figure 1 e 2).

Figura 1. Variazione dei Punteggi medi Honos

	Baseline	Follow-up	p-value paired T-TEST
Problemi comportamentali Media (d.s.)	3,0 (2,4)	1,0 (1,5)	<0,0001
Impairment cognitivo Media (d.s.)	1,9 (1,8)	1,0 (1,3)	<0,0001
Sintomi psichiatrici Media (d.s.)	6,6 (2,6)	3,3 (2,4)	<0,0001
Problemi ambientali/sociali Media (d.s.)	6,5 (3,5)	4,2 (3,1)	<0,0001
Totale Media (d.s.)	18,0 (7,6)	9,5 (6,4)	<0,0001

Figura 2. Variazione DUP nel corso del Programma Esordi Psicotici RER



Le valutazioni effettuate mostrano un significativo miglioramento clinico e psicosociale di ogni persona inserita nel Progetto Esordi Psicotici RER e, parallelamente, una sempre più tempestiva intercettazione e presa in cura da parte dei servizi di salute mentale della RER di giovani all'esordio di un disturbo psicotico.

L'esperienza condotta con il Programma Esordi Psicotici della RER e i risultati delle valutazioni effettuate ci portano a ritenere che i Dipartimenti di Salute Mentale siano in grado di garantire ai giovani all'esordio psicotico e alle loro famiglie, nel contesto del "mondo reale" dei servizi di salute mentale, programmi sottesi da robuste Evidenze

Scientifiche, efficaci e sostenibili.

NOTE BIBLIOGRAFICHE

EPI (2010) Standards and Guidelines for Early Psychosis Intervention (EPI) Programs. Ministry of Health Service, province of British Columbia, 2010.

[https://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2010/Standards-and-guidelines-for-early-psychosis-intervention-\(EPI\)-programs.pdf](https://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2010/Standards-and-guidelines-for-early-psychosis-intervention-(EPI)-programs.pdf)

Ferrara M., Mungai F., Starace F. (2015). Strategie per implementare il monitoraggio della salute fisica in soggetti affetti da disturbi psichiatrici gravi: revisione della letteratura e presentazione dell'adattamento italiano del "Positive Cardiometabolic Health Algorithm". *Journal of Psychopathology*. 2015; 21:269-280.

NICE (2014). Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management Clinical guideline [CG178] Published: 12 February 2014 Last updated: 01 March 2014 Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178>

RER (2016). Raccomandazioni regionali per la promozione della salute e del benessere in persone all'esordio psicotico. Allegato alla Circolare n. 2 del 11/04/2016 della Direzione Generale Cura della persona, salute e welfare, Regione Emilia-Romagna. <https://salute.regione.emilia-romagna.it/normativa-e-documentazione/linee-di-indirizzo/archivio-documenti-tecnici/linee-guida/raccomandazioni-regionali-esordio-psicotico-2016>

Smith, L., Nathan, P., Juniper, U., Kingsep, P., & Lim, L. (2003). *Terapia Cognitivo Comportamentale per i Sintomi Psicotici: Manuale per i Terapisti Australia*: Centre for Clinical Interventions. Edizione italiana a cura di F. Starace, F. Mazzi AUSL Modena. Perth, Australia: Centre for Clinical Interventions. Psychotherapy, Research & Training.

Schmidt et al. (2015). EPA guidance on the early intervention in clinical high risk states of psychoses. *European Psychiatry*. 2015; 30(3),388-404

Wehman and Moon. *Vocational rehabilitation and supported employment*. Baltimore, Brookes Publishing, 1988.

Franco Veltro

Collegio Nazionale Dipartimenti Salute Mentale

L'epidemia Sars-Cov-2 ha rappresentato un Test-Stress anche per il sistema informativo salute mentale, che ha messo in luce l'indisponibilità di dati certi in un periodo delicato per l'assistenza alle persone con Disturbo Psichiatrico e disagio psichico. La indisponibilità di un minimo di informazioni ha avuto come conseguenza la diffusione di informazioni, come ad es., la chiusura di servizi di salute mentale territoriali, eccesso di episodi suicidali o di quadri nosografici categoriali specifici, che ancora non trovano riscontri. Ancora più critica e difficile da decifrare la situazione per l'età evolutiva. In aggiunta le informazioni attualmente disponibili oltre ad essere prontamente fruibili dovrebbero essere integrate da quelle in uso presso altri servizi o enti come quelle dell'igiene pubblica e relative all'età evolutiva, alle dipendenze, agli autori di reato, ecc. Per le problematiche che oggi si stanno vivendo relativamente all'epidemia COVID-19 emerge quanto sia importante disporre di un minimo set di dati, disponibili mensilmente come prevalenza ambulatoriale/domiciliare e incidenza di servizio, volume delle prestazioni, ricoverati volontari e in TSO, ammessi e dimessi da strutture residenziali e semiresidenziali, accessi al PS, gesti anticonservativi. Ne consegue che quattro sono le parole chiavi: tempestività, integrazione e inter-operabilità, minimo "data-set". Si è inoltre consapevoli che il SISM può rispondere solo per una parte degli aspetti evidenziati, mentre vi sarebbe bisogno di creare un insieme di DSM nell'ottica di servizi sentinella sul territorio per integrare i dati più specificamente di carattere epidemiologico. Sono infatti i DSM per legge titolari di una funzione socio-sanitaria con i compiti di tutela e di promozione della salute mentale. L'Istituto Superiore di Sanità ha intrapreso l'iniziativa dei DSM sentinella ed ha

anche promosso una indagine regionale in collaborazione con il Ministero per coprire il vuoto del debito informativo di questo anno, iniziativa che il Collegio Nazionale dei Dipartimenti di Salute Mentale ha fortemente sostenuto promuovendo questa iniziativa presso i Direttori DSM.

Sulla base di queste osservazioni torna utile quanto è stato previsto nel Programma – Documento di Intenti del neonato “Collegio dei Dipartimenti di Salute Mentale”, cioè la necessità di creare una Tecnostruttura presso la Direzione Generale del Ministero dotata di competenze che consenta al Ministero di garantire le proprie funzioni di verifica LEA e il monitoraggio degli indicatori, unitamente agli enti strumentali:

- l’Istituto Superiore di Sanità per gli aspetti di valutazione e ricerca;
- l’Agenas per le funzioni proprie degli aspetti di monitoraggio e di verifica anche di qualità dei processi dei flussi.

Si suggerisce inoltre che i dati siano disaggregati per Dipartimento e che vi sia bisogno di creare una funzione di verifica di raccordo con le Regioni non solo per una più puntuale trasmissione ma anche per un controllo di qualità delle estrazioni, consapevoli che una quantità di dati non sono trasmessi e quindi la stima fornita potrebbe essere sottostimata. Il Collegio Nazionale dei Dipartimenti di salute Mentale sottolinea dunque l’importanza di un Sistema Nazionale Informativo più flessibile e che sia in grado di produrre in modo tempestivo, accurato e riproducibile, alcuni dati, fondamentali, utili per orientare, come da scopo dei sistemi informativi, le azioni di fronteggiamento delle conseguenze di eventi simili. Allo stesso tempo evidenzia la necessità di strutturare una rete di servizi di salute mentale territoriali che possano funzionare da “Servizi Sentinella” con specifici indicatori di sorveglianza sulla base della “*Epidemic Intelligence*”. Sarebbe opportuno per tale scopo un segnale concreto di finanziamento per sostenere la indagine in corso promossa dallo ISS e sostenuta da molti DSM nei diversi contesti geografici del nostro paese.

TAVOLO 6

**“I PERCORSI DI PRESA IN CARICO:
BUONE E CATTIVE PRATICHE”**

Coordinatori

Giovanna Del Giudice

I percorsi di presa in carico nella salute mentale di comunità sono processi complessi che interessano la persona con sofferenza mentale, inserita nel suo contesto familiare e sociale, nella sua interezza e globalità di bisogni. Prevedono azioni su differenti piani, che coinvolgono differenti attori, del servizio e della comunità in generale. Si declinano nei luoghi di vita della persona, in una continuità spaziale e temporale.

In questa sessione intendiamo esplorare, a partire dalle pratiche concrete, i percorsi di presa in carico attuati dai servizi della salute mentale, leggendoli dal punto di vista degli operatori del servizio pubblico, delle organizzazioni territoriali del terzo settore, dei familiari e delle persone con sofferenza mentale. Intendiamo mettere in luce i percorsi virtuosi, ma anche evidenziare le cattive pratiche, e fornire proposte all'assemblea e al Ministero della Salute.

Alcune premesse.

Nelle pratiche di salute mentale di comunità la presa in carico fonda il suo approccio sul riconoscimento dell'essere la persona con sofferenza mentale titolare di diritti, pur se in una situazione di crisi severa, e sul rispetto della sua dignità.

La cornice istituzionale in cui si collocano i percorsi di presa in carico è il sistema dei servizi territoriali della salute mentale, il Dipartimento di Salute Mentale. In particolare è il Centro di Salute Mentale, punto di accesso alla rete dei servizi, che è responsabile e governa il processo di presa in carico e di cura, anche quando la persona si colloca temporaneamente in altri servizi del Dipartimento, quali il Servizio psichiatrico di diagnosi e cura, la Struttura residenziale, il Centro diurno, la Clinica psichiatrica.

Il dispositivo organizzativo

Il Centro di Salute Mentale al quale ci riferiamo che opera nello spirito e nell'attuazione della Legge 180/78, presente in varie parti del paese, è servizio di prossimità, a bassa soglia, aperto fino a 24 ore, ma almeno per 12, sette giorni alla settimana. È dotato di una équipe multidisciplinare e qualificata in termini di numero e formazione. Opera in un territorio definito, di piccola scala, 60-80 mila abitanti, non solo sul "paziente" designato ma sulla comunità nel suo complesso, di cui rileva e conosce i bisogni espressi ed inespressi, le aree vulnerabili, ma anche le risorse, sempre presenti, dei soggetti, dei gruppi, delle organizzazioni.

Servizio responsabile della presa in carico dell'esistenza sofferente del soggetto e del suo contesto familiare e sociale, che si fa a carico della persona nella sua complessità di bisogni, intervenendo sul nucleo della sofferenza, ma anche sui determinanti sociali della salute: casa, reddito, formazione, lavoro, affettività, relazioni.

Servizio che si declina nei contesti naturali di vita della persona attraverso risposte flessibili, interconnesse ed integrate con gli altri servizi del territorio, con le organizzazioni del terzo settore, con i gruppi informali.

Garantisce interventi precoci, continuità terapeutica, risposta alla situazione di crisi, in un'attenzione costante all'adesione e partecipazione del soggetto alla cura.

Verso un siffatto dispositivo organizzativo è necessario ri-orientare i servizi di psichiatria oggi diffusi nel paese e allocare le risorse con obiettivi chiari, finalizzati alla costituzione di servizi per una salute mentale di comunità, intervenendo sul depauperamento culturale e delle risorse, contrastando logiche e organizzazioni meramente ambulatoriali e prestazionali e il ricorso routinario al ricovero e all'istituzionalizzazione.

Il dispositivo organizzativo a cui ci riferiamo è quello che solo riesce a valorizzare e non rendere inefficaci le buone pratiche attuate da differenti soggetti, anche non istituzionali, in una comunità.

Caratteristiche dei percorsi di presa in carico.

I percorsi di presa in carico sono personalizzati, radicati nella storia del soggetto e dei suoi contesti relazionali, familiari e sociali, costruiti a partire dalla specifica situazione esperienziale e non dalla malattia o dalla diagnosi. Intervengono sul nucleo della sofferenza ma anche sulle condizioni concrete di vita del soggetto. Sostengono i suoi desideri e le sue capacità, anche residue. Vedono la persona protagonista del percorso di salute.

Sono percorsi integrati, a cui lavora un'equipe multidisciplinare, ma in cui sono parti attive la persona stessa, i familiari, i soggetti della comunità, le organizzazioni del terzo settore.

Hanno come obiettivo il benessere psicofisico del soggetto, l'accesso ai diritti di cittadinanza, l'inclusione socio lavorativa, l'uscita dal ruolo totalizzante di malato e la possibilità di declinarsi in ruoli e luoghi differenziati.

Oggi in più parti del paese sono presenti esperienze di buone pratiche da parte dei servizi di salute mentale e dei soggetti del terzo settore. Queste vanno riconosciute, valorizzate, sostenute, implementate.

Le cattive pratiche

Ma pure siamo testimoni che in molte parte del paese ancora, o forse di nuovo, le persone con sofferenza mentale, e i loro familiari, non ricevono risposte adeguate, ma solo trattamenti biomedici, prestazioni singole e inefficaci. A volte le persone, in particolare quelle che fanno fatica a rivolgersi al servizio, che presentano situazioni complesse,

non sono prese in carico, sono abbandonate o non viene garantita loro una continuità assistenziale. A volte sono pure oggetto di trattamenti inumani e degradanti, lesivi della dignità e dei diritti umani.

Appare quindi necessario rinnovare l'impegno dei tecnici e dei politici per:

- contrastare una psichiatria di attesa e prestazionale, che non va verso i luoghi di vita dei soggetti, che non prende in carico se non le persone per i quali il servizio ha risposte, preformate
- intervenire sui processi di neoistituzionalizzazione (sono oggi trentamila le persone con disturbo mentale istituzionalizzate)
- abolire le pratiche di violazione dei diritti umani, di trattamenti inumani e degradanti, prima fra tutti la pratica del legare. Va perseguito l'obiettivo del superamento della contenzione meccanica nei servizi del Dipartimento di Salute Mentale nel triennio 2021-23, da ampliare alle residenze per anziani e per persone con disabilità
- contrastare l'utilizzo del Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) come strumento di controllo sociale, confermandolo, nell'agire concreto dei servizi, come trattamento sanitario, atto di responsabilità per la cura della persona con disturbo mentale severo, temporaneamente non consenziente. Vanno ridefinite le procedure di attuazione del TSO, ribadendo la responsabilità nell'effettuazione del TSO degli operatori dei servizi di salute mentale territoriali.
- intervenire sulle pratiche riduzioniste biomediche, psicologiche e sociali, per attivare pratiche di presa in carico che si facciano carico del soggetto nella sua complessità e dei suoi contesti familiari e sociali, favorendo processi partecipati di guarigione, emancipazione ed inclusione.

Paolo F. Peloso

Direttore UOSM Distretto 9 del DSMD dell'ASL 3 della Liguria

Appunti introduttivi ai lavori dell'Area 6 "I percorsi di presa in carico. Buone e cattive pratiche".

Come scrivevamo con Ciancaglini e Ferrannini nel 2002 (Rivista Sperimentale di Freniatria, 124, 3, 190-197) la "presa in carico" (PIC) è un concetto maturato nell'esperienza dei servizi tra gli anni '70 e '90, e può essere definita come: l'insieme delle operazioni complesse che un'équipe multiprofessionale mette in atto quando una persona con problemi di salute mentale si rivolge, o viene segnalata, per una richiesta di intervento, che:

- in rapporto al tempo può essere più o meno urgente e avere una prospettiva più o meno lunga;
- in rapporto alla complessità può presentare una dimensione di carattere

prevalentemente tecnico-relazionale o investire altre dimensioni della vita (casa - lavoro - qualità della vita).

La complessità della PIC è data dal fatto che singoli atti di carattere tecnico-professionale ed emotivo volti al prendersi cura di una persona da parte del servizio (trattamenti), hanno luogo tra più operatori e più soggetti nello spazio e nel tempo.

Alcune definizioni aiutano a evidenziare i problemi ai quali la PIC può andare incontro: Ballerini (1994): “momento attraverso il quale un gruppo di lavoro opera una selezione rispetto all’utenza e consolida la propria identità”.

Norcio (1994): “capacità di occuparsi contestualmente della dimensione simbolica e della materialità dell’esistenza del soggetto”.

Berlincioni e Petrella (1997): “assunzione di responsabilità da parte di un’equipe nei confronti di un’utenza territoriale definita”.

Ambrosi e Petrella (1998): “momento cruciale in cui l’équipe definisce la sua identità culturale e tecnica in relazione alle esigenze e alle pressioni, ambigue e contraddittorie, del territorio”.

Primo problema: chi «prende in carico?». Ci sono due risposte:

La prima: Il Dipartimento di Salute Mentale nelle sue diverse articolazioni, che deve essere forte in organici e in risorse e consapevole della propria missione che consiste nel promuovere la salute mentale in un territorio, occupandosi in primo luogo di chi soffre maggiori problemi.

La seconda: La comunità alla quale il soggetto appartiene, che deve essere una comunità in senso proprio, non una mera convivenza come ha osservato oggi Saraceno, e quindi essere interessata al benessere di tutti coloro che si trovano (anche informalmente), sul suo territorio.

Si tratta in realtà di una falsa alternativa, in quanto la presa in carico riguarda sì il DSM, ma coinvolge anche: il soggetto, le istituzioni del territorio, i gruppi di autoaiuto e le associazioni, ogni interlocutore che è possibile individuare nella comunità. E i diversi contributi alla nostra area 6 rappresentano proprio alcune di queste realtà.

Secondo problema: chi viene «preso in carico?» Cioè qual è l’ampiezza della PIC? A questa domanda ciascun servizio e comunità può rispondere, in modo più o meno consapevole e più o meno esplicito, in vari modi:

- coloro che ne fanno richiesta perché lamentano una condizione di sofferenza e/o di difficoltà;
- coloro che ne fanno richiesta e soffrono di una «malattia mentale» (uso questo termine consapevole che si tratta di un’approssimazione);
- sia coloro che ne fanno richiesta che coloro per i quali qualcuno ne fa richiesta;
- coloro che soffrono di una «malattia mentale», anche se non c’è una richiesta (il servizio «cerca» attivamente il bisogno al quale deve rispondere).

Terzo problema: presa in carico, tempo, luoghi e «continuità terapeutica». Quello di continuità terapeutica è un concetto embricato con quello di PIC e ne rappresenta la capacità di durare ed evolvere nel tempo e nei diversi luoghi mantenendo una certa unitarietà di stile e di progetto.

Ballerini (1994) ne prende in considerazione cinque dimensioni:

1. continuità temporale (longitudinale): costanza temporale della presenza del servizio, la sua «fedeltà» rispetto al soggetto, alla famiglia e alla comunità;
2. continuità individuale: grado di personalizzazione della PIC nella relazione operatore/ soggetto rispetto alla PIC diffusa da parte del servizio;
3. continuità trasversale: unitarietà di stile, di cultura e di progetto tra i diversi momenti, luoghi, soggetti dell'intervento (meglio risolta nel modello CSM h24 dove un'unica équipe svolge diverse funzioni);
4. rapporto tra continuità e flessibilità: capacità del servizio di offrire diverse possibilità di intensità e di modalità di PIC, a seconda dell'evolvere della domanda nel tempo;
5. rapporto tra continuità e relazione: peso della dimensione affettiva dell'intervento (il clima in cui avviene) rispetto agli aspetti più tecnici e concreti.

Relativamente ai punti 2 e 5, mi pare che la PIC possa essere rappresentata da tre cerchi concentrici: in quello interno stanno i due protagonisti dell'incontro, operatore e soggetto; nel centrale, sul versante dell'operatore l'équipe, su quello del soggetto, se c'è, la famiglia; nell'esterno, sul versante di entrambi, la comunità.

Quarto problema - Esiste una selezione (più o meno consapevole) di chi può godere di una PIC più intensa? Sì, e alcune risposte potrebbero essere:

- chi ne ha maggiormente bisogno;
- chi ne fa maggiore richiesta, cioè chi «si lamenta di più» (tema caro a Petrella);
- chi è più sostenuto nella sua domanda dall'advocacy da parte di una famiglia o di altri soggetti (più facile abbandono di chi vive solo, è straniero ecc.);
- chi fa intravedere migliori prospettive di successo della PIC (p. es. i soggetti all'esordio, che hanno migliori prospettive di guarigione);
- chi si comporta in modo più fastidioso e/o «pericoloso» secondo la famiglia, la comunità, o il magistrato, ed evoca perciò maggiori lamentele e «rischi legali» per il servizio;
- chi non può essere «scaricato» su altri servizi o agenzie (esclusione p. es. di soggetti a doppia diagnosi verso i SerT, autori di reato verso il circuito penale ecc.);
- chi manifesta bisogni meno complessi e più corrispondenti all'offerta del servizio e del sistema di welfare della comunità (l'offerta come regolatore della PIC);
- chi si presenta come caso più interessante e desta curiosità rispetto alla formazione, all'identità, alle aspirazioni degli operatori;
- chi è più simpatico, più grato, fa meno paura e/o tende meno a entrare in conflitto col servizio e/o la comunità, e meno a sottrarsi alla PIC (coloro che soffrono di un

disturbo della personalità del cluster B sono più a rischio di esclusione di fatto).

Quinto problema: cosa fa il servizio per chi è in carico? Ciascun servizio dà una risposta nei fatti, che in genere non è consapevole né esplicita:

- offre interventi di carattere diagnostico e terapeutico;
- si occupa anche del rischio di solitudine che accompagna la «malattia mentale» offrendo interventi a carattere ricreativo/riabilitativo all'interno dei servizi;
- sostiene anche i soggetti nel mobilitare, individualmente e in gruppo, le proprie risorse (autoaiuto);
- sostiene le famiglie perché si rendano anch'esse soggetti attivi;
- opera nella/con la comunità per sostenere soggetti e famiglie, promuovere l'autonomia e prevenire l'istituzionalizzazione ("la città che cura").

INTERVENTI

Anna Maria Accetta

Centro Salute Mentale Settimo Torinese ASLTO4

Il CSM di Settimo Torinese ha come caratteristica fondante la propria prassi l'accoglienza, in particolare nella crisi, delle persone con sofferenza mentale, lavora per riconoscere l'esercizio di responsabilità ed autodeterminazione compatibilmente con un momento, quello critico, in cui i diritti di cittadinanza sono più a rischio. La pratica dell'accoglienza non è una tecnica ma un metodo, uno stile di lavoro che ha come strumenti le persone, l'ambiente, la vita quotidiana e la relazione con gli utenti e con le famiglie. Lo strumento utilizzato è l'équipe plurale che accoglie in sé una varietà di punti di vista e di pensieri; usa la soggettività come strumento per entrare in relazione con le persone, ne ricostruisce la storia attribuendo senso anche alle cose più strane. A tale costruzione di senso partecipano in modo democratico l'utente stesso, gli operatori ed anche gli altri utenti con esperienza, in una dinamica di reciprocità, utile ad evitare dipendenza e derive assistenziali. Questo stile di lavoro permette alla paura e alla rabbia di trovare legittimo spazio nella quotidianità, previene situazioni di escalation e gestisce momenti di aggressività attraverso il contenimento relazionale e del gruppo, evitando il ricorso a misure coercitive. All'interno del CSM esiste uno spazio diurno di accoglienza delle crisi non specializzato; ha la dimensione di una casa che, oltre alla presenza degli operatori, accoglie i tirocinanti ed è punto di riferimento anche per gli utenti che hanno precedentemente fruito di questo spazio per superare un momento critico. È un luogo

non istituzionale, simbolicamente rappresentato da una cucina aperta e attraversabile da cui arriva l'odore del cibo. Le persone in crisi con interventi territoriali e ambulatoriali seguite dal CSM, ospitate in questo spazio dal 2013 al 2020, sono state 92 per un totale di 154 momenti di crisi. Il 64% di queste proviene dal domicilio; la restante parte viene accolta dopo o durante un ricovero in collaborazione con il SPDC. Dai dati in nostro possesso, gli esiti del nostro lavoro non appaiono legati alla diagnosi, né all'età d'esordio, né al tempo intercorso tra la presa in carico e l'utilizzo di questo spazio. C'è invece una significativa correlazione con il tipo di risposta fornita dal servizio alla prima crisi: coloro che sin dall'inizio vengono accolti in diurno per la crisi hanno esiti migliori riguardo la prevenzione dei ricoveri e la permanenza al proprio domicilio. Il luogo delle crisi è il territorio, il weekend gli infermieri attuano interventi domiciliari o ambulatoriali per contattare le persone in crisi, i loro familiari e per l'eventuale somministrazione di terapie. L'équipe, formata da operatori del CSM e del privato sociale, lavora in partnership condividendo una visione del lavoro centrata sulla persona e non sul sintomo, in cui lo strumento terapeutico fondamentale è la relazione. La cultura della salute mentale di comunità, che rispetti i diritti dei cittadini, prevede un'organizzazione dei servizi costruita sui bisogni delle persone e non su politiche economiche e assetti di potere. Tecnicismo e gerarchizzazione, organizzazioni divisive e procedurali rischiano ovunque di pervertire le buone pratiche e svuotare di contenuti gli interventi, aprendo il campo a processi di neoistituzionalizzazione. Siamo convinti che oggi, oltre all'umiltà, la caratteristica fondamentale che un operatore dovrebbe avere per stare dalla parte degli utenti è il coraggio, quello che Foucault chiamava la *parresia*: il dire ciò che si pensa anche in disparità di potere.

Silva Bon

UNASAM Comitato Scientifico e Rete Nazionale Utenti

Sulla base della mia lunga esperienza di presa in carico presso il Dipartimento di Salute Mentale di Trieste, intendo testimoniare sulla necessità della attuazione delle buone pratiche improntate al rispetto delle persone con esperienza di sofferenza mentale, alla risposta ai bisogni primari che sono diritti alla inclusione sociale e alla cittadinanza. La valorizzazione della soggettività parte dalla implementazione delle capacità e competenze individuali, all'interno di Servizi aperti h. 24, 7 giorni su 7, dove non è praticata la contenzione meccanica né la contenzione farmacologica.

E aggiungo: Abbiamo solo la nostra storia ed essa non ci appartiene

Ho fatto il *coming out* molti anni fa. Ho trovato il coraggio di buttar fuori una mia esperienza al limite, che fa molta paura e suscita reazioni giudicanti e stigmatizzanti. Questo è successo a Milano per il City Book Festival, davanti a una folta platea di gente ignota: presentavo assieme al prof. Peppe Dell'Acqua il mio libro *Guarire si può*.

In questo libro ho raccontato parte della mia storia di vita vissuta, ma a Milano ho trovato il coraggio di dire quello che pubblicamente non avevo mai detto prima: che sentivo le voci.

Ho scritto e parlato molte volte di come è andato il mio destino difficile, soprattutto in Convegni di psichiatria, ma anche in molte altre situazioni protette.

Sono consapevole che fare dichiarazioni simili può creare moti di esclusione: le persone subito danno un nome, simile ad una diagnosi che cristallizza e blocca ogni altra considerazione. Eppure io ho dichiarato quello che sento, mossa da ragionamenti lucidi e razionali. Si può convivere con le voci.

Io ho attraversato molti momenti estremamente dolorosi, di sofferenza acuta; mi sono messa più volte in situazioni di pericolo mortale. Eppure oggi, dopo tanti anni, ho raggiunto la consapevolezza che sono in grado di affrontare tutti i problemi di una vita normale, pur sentendo le voci. Ogni cosa è ancora difficile, ma io sono più forte e ho più coraggio e determinazione.

Guarire significa anche questo: accettare quello che ci è toccato di vivere.

Emanuele Bruno e Ottavio Orlando

Recovery College di Ivrea

Emanuele Bruno

Il Recovery College è un luogo di formazione, un progetto attivo da circa tre anni, frutto dell'intenso lavoro di un gruppo di ventitré membri - operatori, utenti, familiari e volontari - appartenenti a enti e realtà del territorio dell'ASL To4: Fondazione Casa dell'Ospitalità, Asl To4, Università degli Studi di Torino, corso di laurea in Infermieristica presso l'Officina H (sede del Recovery College di Ivrea), l'Associazione di utenti e familiari di Settimo Torinese Più Diritti e Cooperativa Arte della cura di Ivrea.

L'obiettivo è diffondere e promuovere nell'ASL To4, come cultura e buona pratica, il modello della *recovery*. Gli strumenti sono corsi e laboratori. I primi, particolari nella loro pratica, durano dai tre ai quattro incontri. Ad oggi abbiamo promosso diverse edizioni di tre corsi con l'idea di rendere consolidare i contenuti da veicolare. Il corso base *La Recovery* ha proprio questo obiettivo: diffondere e creare un linguaggio comune e cercare di capire cosa intendiamo quando parliamo di *recovery*. Il corso *Il vissuto dei familiari* approfondisce l'esperienza e il fondamentale ruolo del familiare nei percorsi di cura. Infine il corso *Le voci*, sul tema degli uditori di voci.

I laboratori invece sono uno strumento parallelo. Caratterizzati da un approccio più "morbido": l'accesso è libero, costante e non c'è un limite nel tempo. Sono spazi di confronto e riflessione su temi specifici. Quelli che abbiamo individuato nascono da desideri di approfondimento intercettati nei nostri corsi: il laboratorio sulle voci che lavora al corso che vedrà la sua prima edizione a novembre 2021, quello di intervento nelle scuole sulla

lotta allo stigma, quello sulle storie di guarigione e sui differenti e possibili percorsi di cura, quello sui farmaci e sulla terapia farmacologica e infine quello sulla crisi.

I corsi e i laboratori sono aperti a operatori, utenti, familiari e alla cittadinanza del nostro territorio. La loro particolarità e la loro forza risiedono nel fatto che qualsiasi iniziativa e azione viene coordinata, elaborata e condotta sia da esperti per professione, quindi gli operatori, che da esperti per esperienza, utenti e familiari.

Ottavio Orlando racconta brevemente la sua esperienza di docente del Recovery College

Ottavio Orlando

Sono uno dei docenti, esperto per esperienza, in questo luogo di informazione innovativa che è il Recovery College. Il nostro mantra è il gruppo misto: operatori, utenti e familiari in una parificazione completa dei ruoli, ciascuno con il rispetto delle proprie competenze: sapere professionale degli operatori e sapere esperienziale di utenti e familiari. Il confronto risulta assolutamente aperto e alla pari.

Posso raccontare che gli utenti si sentono molto coinvolti in questo ambiente di confronto, gli operatori sono forse più silenziosi ma comunque molto interessati e disposti a mettersi in gioco.

Nei corsi emerge una volontà di partecipare, di continuare a partecipare al Recovery College nei suoi progetti formativi, i corsi e i laboratori, nel rispetto dei principi della coproduzione e coprogettazione. La partecipazione è aperta alla cittadinanza fattore, questo, che personalmente e lo riscontro anche nei discenti estremamente arricchente.

Emanuele Bruno

Concludo con due riflessioni finali che sono quelle che abbiamo intercettato in questi anni di lavoro. Da una parte questo tipo di formazione è estremamente ricca, coinvolgente, innovativa e favorisce degli spunti di riflessione che in altri percorsi formativi è difficile incontrare. Questo per il fatto che ogni tema viene affrontato e analizzato da più punti di vista. Inoltre, questo tipo di formazione ha una notevole ricaduta sul piano pratico promuovendo la centralità e il riconoscimento del sapere esperienziale di utenti e familiari.

Dall'altra, il percorso risulta molto complesso perché questo è un cambiamento culturale prima che organizzativo. C'è quindi la necessità di tempi lunghi, di continui spazi di incontro, di riflessione e a volte anche di scontro. Questo è il terreno sul quale ci stiamo muovendo e sul quale continueremo a muoverci negli anni a venire.

I nostri riferimenti sono il sito www.recoverycollege.it e la nostra mail info@recoverycollege.it.

Vi ringraziamo moltissimo per la disponibilità

Renzo De Stefani

referente nazionale Le parole ritrovate

I percorsi di presa in carico: buone e cattive pratiche

Cattive pratiche battono buone pratiche 8-2

Il modello di salute mentale di comunità italiano, si è detto, ha un forte riconoscimento internazionale. Vero! Ma è anche vero che tra modello e pratiche troppo spesso manca coerenza e le cattive pratiche la fanno da padrone. Da qui l'esigenza di 'cambiare passò! Un lavoro enorme in un intreccio di livelli molto complesso.

Il movimento nazionale de Le Parole ritrovate è in prima linea in questo 'cambio di passò, con la sua passione e le sue pratiche. Fiducia e speranza!

L'approccio de Le Parole ritrovate è il fareassieme, che coinvolge alla pari operatori, utenti e familiari nei percorsi di cura e nelle attività dei DSM. Da uguale valore al sapere professionale e al sapere esperienziale, crede nel cambiamento sempre possibile, vede prima le risorse e poi i problemi, investe nel supporto tra pari, nella coprogettazione e coproduzione, nei percorsi di Recovery.

BUONE e cattive pratiche

PRIMA ACCOGLIENZA. Quando la persona entra in un CSM, specie se è la prima volta e porta con sé un disagio importante, è carica di angoscia e sofferenza. Trovare calore sorriso fiducia speranza umanità è metà della buona cura!

Troppo spesso troviamo la cattiva pratica che ne è l'esatto contrario.

COINVOLGIMENTO DELLA FAMIGLIA. Sempre sempre sempre. Perché la famiglia è in 1ª fila nella sofferenza del suo congiunto ed è una risorsa fondamentale, quando correttamente accolta e valorizzata, nel suo percorso di cura!

Troppo spesso è in agguato la cattiva pratica: porte chiuse ascolto zero.

CENTRALITÀ E PARTECIPAZIONE ATTIVA DELL'UTENTE NEL SUO PERCORSO DI CURA. Parole ritrovate ha costruito e diffuso uno strumento coerente con questi assunti, I Percorsi di Cura Condivisi, con la presenza fondamentale di un Garante (un Utente Esperto) che assicura parità condivisione libertà.

No alla cattiva pratica dove al volante delle prese in carico ci sono sempre e solo professionisti.

CONDIVISIONE DEI SAPERI, SUPPORTO TRA PARI, PERCORSI DI RECOVERY. Si parte da quel laboratorio straordinario dove il sapere dei professionisti si incrocia e si implementa col sapere esperienziale degli utenti. Ne consegue l'ottima pratica del supporto tra pari e la messa in campo di veri percorsi di Recovery.

No alla pratica bio-medica, dove il professionista, con logica pedagogica, si intestardisce a 'insegnarÈ all'utente come e cosa deve fare della sua vita.

CRISI - TSO - CONTENZIONI. Un mare di sofferenze! Per uscirne 'vincitorÌ, prima cosa buttar via l'orologio! Con buona pace di chi vuole temporizzare tutto. E poi impegnarsi 70 volte 7, come dice il detto biblico.

Il risultato: la messa al bando della pessima pratica di quei medici che firmano TSO o contenzioni in 5 minuti. Per loro tante navette destinazione Marte.

DIRITTI DI CITTADINANZA. Ossia l'abitare il lavoro la socialità. Sono aree di 'lavorò che non possono mancare nel DSM. Quando ci sono e si giocano sulla responsabilità e sul protagonismo dell'utente profumano di Recovery. Pensiamo all'abitare che scommette sulle convivenze tra utenti e sulle accoglienze tra utenti e cittadini disponibili (ad esempio i richiedenti asilo come succede in alcune città) e chiude strutture ad alta protezione, costosissime e neomanicomiali!

In troppi DSM abitare lavoro socialità sono aree fantasma. Una pratica intollerabile.

Riccardo Fabbretti

AMICO Impresa Sociale

Ringrazio sentitamente chi ha permesso che io potessi essere qui per qualche minuto, in particolare tutti i miei colleghi che ogni giorno sono al servizio delle persone. Da loro ho imparato cosa significa stare accanto.

Sono Riccardo Fabbretti da Trieste, un amministratore di AMICO Impresa Sociale, una cooperativa di tipo A che opera in contesti di relazioni d'aiuto da molti anni nel territorio giuliano.

Siamo circa 100 soci, una realtà in continuo movimento, profondamente libera di pensare, agire ed investire assolvendo lo spirito mutualistico in compartecipazione con la rete dei servizi ed in particolare con le persone in contatto con essi. La nostra realtà locale dal punto di vista storico, antropologico e geografico ha tutte le caratteristiche per essere un luogo dove vi sono moltissime opportunità ma altrettanti rischi.

Le convenienze sono quelle di un territorio che rinnova quotidianamente le idee e produce necessariamente stimolo di crescita economica e si contamina di culture: insomma un grande porto e crocevia.

L'altra faccia della medaglia racconta di una considerevole difficoltà ad esprimere emozioni positive che narrino l'appartenenza alla comunità, disegnano solidarietà umana ed accoglienza. La paura di tutto ciò che è fugace ha cicatrici profonde. La solitudine dell'anima ha un prezzo molto alto. Il disagio emotivo genera la sofferenza mentale. Un'attenzione di prospettiva potrebbe essere, se ritenete ciò sia vero, che la sofferenza mentale è una grande opportunità di evolvere. Forse, e mi permetto di esagerare, se tutti perfezionassimo la follia e quel disagio emotivo, senza compensarlo con norme, logiche razionali o digitali, potremmo dirci di essere più felici.

Trieste ed il suo territorio è altrettanto un luogo ricco di riflessioni e rivoluzioni come quella Basagliana che pur restando perenne con il suo pensiero ideale ed illuminato ha bisogno di storicizzarsi, uscire dalle logiche politiche e cogliere sempre la corretta lettura dei bisogni delle persone senza mai dimenticare che le buone pratiche le fanno

gli operatori che stanno sulla frontiera e che entrano a casa delle persone. Sono le emozioni degli operatori che scardinano i meccanismi di dolore.

Per tentare di far fronte a tutto ciò ed anche di più, abbiamo l'idea che non ci possono essere delle soluzioni organizzative catalogate per far fronte a questa bellissima natura umana così sensibile ed esigente. La personalizzazione dunque deve essere la nostra rotta. In Cooperativa ad esempio e fra il resto, ci siamo molto semplicemente chiesti dove ci piacerebbe vivere se non potessimo più stare a casa nostra che resterebbe comunque prelazione di scelta. Ecco che nasce in partenariato con Regione Friuli Venezia Giulia e Comune di Trieste Domiciliarità Innovativa. Questo nuovo modo di assolvere il bisogno di casa con una casa, è stata fra il resto, spartiacque con la graduale chiusura di tutte le residenze istituzionali ed istituzionalizzanti.

Domiciliarità Innovativa racconta di frigorifero e cucina aperta, contratto di affitto per le persone residenti, nome sul campanello, libero di stare a casa in ciabatte o mezzo nudo o di uscire quando voglio e come posso e molto altro. Una casa di energia, non di prestazioni. Mi sento a casa o sono a casa, sono due cose diverse. Fuori dalla porta che è e resta aperta, c'è un territorio diffuso pullulante di opportunità, non mi resta che viverlo. Insomma un progetto immaginando dove e come vorremmo vivere noi. Semplicemente. Dalla sostanza alla forma, e viceversa abbiamo molti strumenti sofisticati:

- Il Fondo Autonomia possibile, FAP, che incrocia situazione economica personale, ISEE, e bisogni assistenziali;
- Budget di salute, grandioso congegno che permette di raccontare una visione culturale nuova fra il resto che il raggiungimento di obiettivi non è direttamente proporzionale all'intensità di intervento. Si può talvolta uscire completamente dalla logica della prestazione.
- risorse private delle persone per ciò che concerne gli aspetti assistenziali in equa compartecipazione

Questo puzzle di potenzialità che oltre a garantire la riuscita del percorso di vita parla di unità di intenti, di percorsi analogici e non digitali, di visioni comuni da parte dei servizi, i quali mettono la persona al centro e senza logiche di potere politico, di ruolo e di ego scelgono con la persona stessa che si autodetermina per quanto possibile che strada intraprendere. In questo momento diventiamo servizio: al servizio di. Un bel passaggio culturale. L'operatore può stare nelle more e dare spazio, citando il dott. Starace in un suo intervento recente, al fine di garantire quel volo di libertà che può nascere da un momento all'altro ed è forse in parte il senso della vita.

Questa visione, se trova la Vostra adesione, stravolge completamente le nostre giornate accanto alle persone.

Alla cooperativa viene chiesto di novellare un bilancio sociale accanto a quello economico, ecco, mi sembra un'ottima idea. Valutiamo gli impatti delle nostre attività e non soffermiamoci sulle prestazioni e loro rendiconti.

Spesse volte ci troviamo a confliggere sulla difficoltà di costruire azioni progettuali

ed intersecarle con le pratiche amministrative e relativi ostacoli e dissidi. Ecco credo che una rivoluzione vada intrapresa, l'allocazione delle risorse possono essere fulcro gestionale dove si costruisce l'arte delle politiche sociali. La legge regionale 22 con taluni suoi articoli da sogno può essere l'avamposto di questo cambiamento, ne leggo alcuni:

Articolo 7:

Il bisogno terapeutico, riabilitativo e assistenziale della persona è valutato in tutte le sue dimensioni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale, con esplorazione allargata alle risorse e alle preferenze personali, familiari e di coloro che si prendono cura dell'assistito, nonché in considerazione delle opportunità offerte dal contesto di vita della persona.

Articolo 8:

La valutazione dei bisogni, effettuata secondo quanto disposto dall'articolo 7, guida l'elaborazione del progetto personalizzato, nella considerazione prioritaria, oltre che delle cure terapeutiche, anche delle possibilità di domiciliarità e abitare inclusivo, apprendimento, espressività, affettività e socialità, formazione e lavoro, con assunzione di obiettivi di abilitazione e di capacitazione della persona assistita.

Insomma, c'è poco da aggiungere, io persona, sto al centro. Avanti così.

Concludo:

mi auguro che oltre alla condivisione costante e rinnovata delle buone pratiche, agli strumenti evoluti, ai progetti di altissimo livello e le testimonianze che emergono in questa conferenza nazionale, si possa tornare nelle nostre regioni con un'attenzione decisiva e definitiva ovunque in Italia:

Ovviamente No all'istituzionalizzazione. No alla standardizzazione. Sì alla creatività ed all'autodeterminazione.

Sì all'anima e le sue libere espressioni.

**Giovanni Fassone, Giancarlo Dimaggio, Giuseppe Nicolò,
Saverio Ruberti,
Francesco Mancini, Ilaria Baiardini, Riccardo Bertaccini,
Benedetto Farina, Mario Antonio Reda**

*GdL SITCC:

Il ruolo evidence-based della Terapia Cognitivo-Comportamentale (TCC) nei trattamenti psicologici in salute mentale: linee guida e buone pratiche. Attività del Gruppo di Lavoro istituito dalla Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva (SITCC)

Il GdL sulle linee guida (LG) della SITCC sta lavorando ad un progetto il cui obiettivo è di documentare il ruolo *evidence-based* dei modelli di Terapia Cognitivo-Comportamentale (TCC) nel trattamento psicologico dei principali disturbi. Sono stati pensati due livelli di evidenza: Il primo livello analizzato è quello di LG esistenti (linee guida NICE, APA, altre fonti), per un contesto di cura applicabile SSN, quindi rivolto alla sanità pubblica.

Ove non presenti LG per specifiche categorie di disturbi (secondo livello), è previsto che vengano vagliate indicazioni di c.d. buona pratica clinica, evidenziando altresì gli inevitabili *caveat* tra cui: qualità degli studi; trasferibilità e applicabilità al SSN; accettazione da parte dell'utenza, formazione e aggiornamento degli operatori, oltre ad ulteriori considerazioni più generali meritevoli di riflessione. L'obiettivo è quello di avere una panoramica del ruolo dei modelli di TCC nelle raccomandazioni attualmente disponibili per i vari disturbi, da utilizzare come base per a) per tavoli di confronto tra società scientifiche, b) in contesti istituzionali, c) per stimolare una riflessione sull'uso dei modelli di trattamento manualizzati in un contesto di pratica assistenziale pubblica in salute mentale; d) all'interno della SITCC, come materiale fruibile per i soci.

Considerazioni preliminari nell'analisi della letteratura disponibile, allo stato attuale di avanzamento lavori

Diverse categorie di disturbi ancora non dispongono di linee guida ufficiali, (alcuni disturbi in asse II secondo la nosografia del DSM V), in particolare, o disturbi in età evolutiva. In alcune categorie diagnostiche (per esempio il Disturbo Ossessivo-Compulsivo) l'efficacia, ben documentata, è limitata al 50% circa dei soggetti. Per i disturbi bipolari, a fronte di una rilevante quantità di studi RCT, la qualità dei medesimi è bassa o molto bassa (con alcune significative eccezioni). Per i disturbi depressivi esiste una mole notevole di studi di buona qualità, diversi dei quali un p⁰ datati, ma che nel loro complesso forniscono dati provenienti da studi RCT su un totale di quasi 13mila pazienti valutati in 139 studi. Sulla base dei resoconti presenti nelle LG NICE, nei disturbi dello spettro schizofrenico le terapie psicologiche e gli interventi psicosociali nel trattamento della schizofrenia hanno acquisito sempre maggior rilevanza negli ultimi tre decenni. Per esempio, il rapporto "*New Ways of Working*" (*British Psychological Society*, 2007) descrive in dettaglio la crescente domanda da parte degli utenti di avere accesso a interventi psicologici e il crescente riconoscimento dell'efficacia di questi interventi nel trattamento e nella gestione di gravi malattie mentali, inclusa la schizofrenia. Lo sviluppo del modello stress-vulnerabilità ha indubbiamente facilitato l'integrazione teorica e pratica di approcci terapeutici differenti. Le sfide particolari da affrontare nel trattamento della schizofrenia includono il ritiro sociale, i problemi cognitivi e di elaborazione delle informazioni, le difficoltà allo sviluppo di una visione condivisa fra terapeuta e utente sulla natura della malattia e l'impatto dello stigma e dell'esclusione sociale, oltre che la gestione dei contatti e della rete familiare e sociale di riferimento.

La redazione di suggerimenti di buona pratica clinica o di linee guida per il trattamento della dissociazione e dei disturbi dissociativi (DD) è ostacolata dal fatto che non esiste una definizione unitaria della dissociazione e delle sue manifestazioni. Anche per la categoria dei disturbi di personalità esistono livelli diversi di evidenza scientifica. Per esempio, la documentazione per le linee di trattamento per il disturbo borderline è ben delineata, mentre riguardo ad altri disturbi, più rari e quindi più difficili da studiare in modo sistematico (a livello di RCT), per esempio di disturbo evitante, i dati necessitano

probabilmente di un certo irrobustimento dal punto di vista della qualità degli studi. In conclusione, nella trasferibilità al SSN dei dati analizzati finora, si evidenzia il tema della pianificazione della formazione e aggiornamento degli operatori; in particolare, oltre alla specifica formazione degli operatori che gestiscono direttamente il paziente a vari livelli, si pone l'accento sulla necessità di un periodico lavoro di supervisione sia in relazione all'applicazione del modello di intervento, che sia di tipo TCC o altro modello di intervento, sia rispetto alla risposta del paziente che in relazione a problemi emergenti nel corso del processo di cura (rifiuto del trattamento, drop-out, efficacia parziale o insoddisfacente, follow-up a distanza di 3-6-12 mesi laddove pianificato, analisi delle variabili determinanti il processo e gli esiti). In tutte le linee guida si sottolinea l'importanza della valutazione del ruolo del paziente, dell'accettazione e delle preferenze da parte del medesimo rispetto al trattamento proposto, di un adeguato inquadramento del contesto socio-familiare e della rete di supporto per una adeguata presa in carico nel processo di cura. Infine, numerose linee guida tra cui le NICE, hanno effettuato valutazioni di economia sanitaria rispetto a diversi modelli utilizzati, valutandone la sostenibilità e l'applicabilità in termini di costo-beneficio per il sistema di sanità pubblica.

Giovanni Rossi

Presidente Club SPDC No Restraint (Associazione Nazionale)

La presa in carico orientata alla recovery ed ai diritti trova un ostacolo nel ricovero in spdc, dove spesso le persone subiscono la contenzione meccanica, fisica, farmacologica. Da qui è nata la decisione di censire in forma dinamica gli SPDC no restraint, che non praticano la contenzione.

Nel luglio 2021 5 milioni di italiani non rischiano di essere legati in caso di ricovero psichiatrico, ciò significa da un lato che è possibile azzerare il rischio, dall'altro che il 90% degli italiani vi è ancora esposto. Al 30 aprile i servizi censiti (criterio d'ingresso: non avere eseguito nessuna contenzione meccanica per almeno un anno nell'ultimo triennio) sono 20. Ve ne sono nelle province di Bolzano e Trento e nelle regioni Friuli Venezia Giulia, Veneto, Lombardia, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Puglia e Sicilia.

In tutti gli SPDC censiti sono bassi gli indici di aggressività ambientale: è consentito l'utilizzo di telefono e computer personale, non vi sono telecamere e porte blindate.

In tutti i servizi sono centrali la formazione, il gruppo di lavoro, la partecipazione degli stakeholders pur in presenza di una forte difformità dei contesti organizzativi.

Spesso accade che nell'ambito territoriale del medesimo dipartimento di salute mentale convivano SPDC no restraint e SPDC che praticano la contenzione. Ciò è evidente dove i processi di aggregazione dei servizi in dipartimenti di aree vaste sono stati particolarmente esasperati. Per esempio nella USL Toscana centro (1.600.000 ab) convivono 9 SPDC di cui 2 no restraint. Tuttavia anche in ambiti sanitari privi di un DSM aggregato si assiste ad

analoga difformità. È il caso dell'Alto Adige con 1 SPDC no restraint su tre. La presenza di CSM alternativi al ricovero perché aperti nelle 24 ore è caratteristica dei servizi no restraint del Friuli-Venezia Giulia.

Gli SPDC no restraint sono in gran maggioranza dislocati nelle aree del centro-nord, in città di medie dimensioni, comprese tra i 20.000 ed i 200.000 abitanti. (Udine, Ravenna, Siena, Grosseto, Terni, Trento, Mantova, Trieste, Prato, Parma, San Bonifacio, Merano, San Severo, Carpi, Caltagirone, Melegnano, San Giovanni in Persiceto, Pescia/Montecatini, Castiglione delle Stiviere). La media dei posti letto è di 1 ogni 22,000 abitanti. Tuttavia la relativa scarsità è compensata dalla offerta di servizi territoriali molto ampia ed integrata.

Gli SPDC sono diretti in forma unitaria nell'ambito territoriale di riferimento in Toscana, Umbria, Trento e Bolzano. O all'opposto per funzione specifica (emergenze, urgenze e ricoveri) a Ravenna, Trieste e San Severo. Altri hanno sulla carta una organizzazione integrata ma nella realtà sono a centralità ospedaliera come nel caso lombardo.

Gli SPDC censiti dispongono di una superficie media per posto letto di 50 mq, (max 83 a Merano, min 31 a Grosseto). La tipologia prevalente è la stanza a due letti, sono altresì presenti molte stanze singole. Solo negli SPDC lombardi sono presenti stanze triple.

Le stanze sono quasi tutte dotate di bagno. Sono presenti locali di soggiorno e mensa. In metà degli spdc è presente una sala fumo, mentre in molti altri casi si ovvia con l'utilizzo di giardino o balcone di cui sono dotati tutti gli SPDC. Nove SPDC sono collocati al piano terra. Il giudizio sulla qualità delle pulizie e delle manutenzioni è buono.

Noi riteniamo che l'esperienza degli SPDC no restraint debba essere valorizzata perché fornisce ottime indicazioni pratiche per la realizzazione di raccomandazioni che se solo calate dall'alto lasceranno il tempo che trovano.

Maria Rosa Santomauro

vice presidente Rete Utenti Salute Mentale Lombardia

tav.1. L'Esperto in Supporto tra Pari è partecipe ai percorsi riabilitativi. Ridefinire i servizi con il contributo dei beneficiari permetterebbe prassi migliori, Recovery Oriented. L'ESP raggiunge "luoghi" che l'operatore per studio difficilmente riesce ad esplorare. Il riconoscimento come professione di pari lavoratore, la sinergia tra i diversi saperi, renderebbero i percorsi di cura più efficaci.

tav.6. Buone pratiche sono quelle che vedono la persona protagonista che deve essere informata e dividerne ogni suo aspetto. Concordance, conoscenza di effetti collaterali dei farmaci rispetto alla dose minima/maggiore beneficio. Obiettivi chiari e condivisi. Escludere pratiche che porterebbero a forme di cronicizzazione.

tav.8. La Rete Utenti Lombardia è voce, diritti, istanze degli utenti, soggetto politico e sociale autonomo. Le associazioni di soli utenti, autonome, nascono come voce diretta e non demandata. È determinante creare una rete nazionale che persegua in autonomia obiettivi comuni.

Michele Sanza

direttore U.O. Dipendenze Patologiche AUSL Romagna – Cesena

Il Percorso di Cura dei Disturbi Gravi di Personalità

I Disturbi Gravi di Personalità (DGP) sono una sfida importante per il sistema di Salute Mentale pubblico. Negli ultimi anni si è assistito ad un incremento della domanda di trattamento per bisogni qualitativamente diversi da quelli tradizionali. Le problematiche della disregolazione emotiva, dell'impulsività, dell'autolesionismo e del comportamento dirompente hanno messo in difficoltà i Servizi di i cui setting operativi sono orientati al trattamento delle psicosi. I DGP rappresentano circa il 12% dei pazienti trattati dai Servizi di Salute Mentale italiani per adulti e il 20% dei ricoveri; spesso si presentano in associazione ad altri disturbi psichici (Disturbi dell'Umore 40%; Disturbi da Abuso di sostanze 60% dei casi). Almeno il 5% dei pazienti muore a causa di un suicidio con intenzionalità o a causa di morte fatale per parasuicidio. Queste condizioni sono indicate tra le priorità nel Piano Nazionale Salute Mentale del 2013 e nelle linee di indirizzo nazionali sui PDTA del 2014.

A lungo considerati intrattabili, oggi i DGP sono oggetto di linee guida che affermano l'efficacia dei trattamenti psicosociali, e in particolare di alcune psicoterapie manualizzate, prime fra tutte la Terapia Dialettico Comportamentale di Marsha Linehan. I problemi più rilevanti sono connessi all'implementazione delle raccomandazioni nella pratica clinica. Per questo motivo la regione Emilia Romagna, nel 2013, ha formulato le Linee di Indirizzo per il Trattamento dei Disturbi Gravi di Personalità e attivato un programma regionale per l'implementazione delle stesse.

Le principali raccomandazioni per i Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche riguardano i seguenti aspetti organizzativi ed operativi:

- 1. I principi del trattamento.** È data importanza a un atteggiamento non giudicante, al rispetto del principio di capacità di scelta dell'utente, alla cura come processo di empowerment. .
- 2. Il contratto di cura.** È il patto che lega l'equipe curante, il paziente e i suoi familiari su impegni e metodologie per raggiungere progressivamente gli obiettivi del trattamento.
- 3. Le transizioni dalla Neuropsichiatria infantile.** Assicurare la transizione ai servizi per adulti pazienti con disturbi della condotta, e altre diagnosi a rischio di evoluzione verso i DGP è funzionale agli interventi precoci.
- 4. Approccio psicosociale al trattamento.** Gli interventi di prima linea sono le

psicoterapie, le persone con DGP devono accedere primariamente ai trattamenti psicosociali individuali e agli interventi psicoeducazionali mentre occorre Limitare il trattamento farmacologico ai soli interventi strettamente appropriati.

5. **Trattamenti ospedalieri.** Le crisi vanno trattate nei setting territoriali nel rispetto dei principi di empowerment e responsabilizzazione, limitando i ricoveri, se indispensabili, al periodo necessario alla messa in sicurezza.
6. **Trattare le doppie diagnosi.** Le persone con DGP che presentano con comportamenti d'abuso di sostanze devono accedere a programmi integrati con i servizi per le dipendenze patologiche.

Stepped care. Intesa come la tendenza ad erogare il trattamento efficace meno invasivo, definisce la gerarchia delle priorità. Le linee di indirizzo regionali raccomandano di erogare le terapie intensive, le psicoterapie e i trattamenti psicoeducazionali, prioritariamente nelle fasi di esordio e nelle transizioni dalla NPI, individuando come target prioritario gli adolescenti e le persone giovani. Nei confronti degli adulti con problematiche sociali sono considerati più indicati, ed appropriati, interventi di sostegno alla ricerca e al mantenimento del lavoro, di tutela legale, di sostegno all'abitare e alla socializzazione con la metodologia del budget di salute.

Maria Cristina Soldi familiare

A questa seconda conferenza nazionale della salute mentale parteciperanno gli addetti ai lavori e io non sono nessuno accanto a loro, se non la sorella di Andrea Soldi morto il 5 Agosto del 2015 durante un TSO.

Collegandomi al punto 6 della conferenza: Andrea preso in carico dal suo psichiatra ed in che modo?

Desidererei fare memoria della tortura, del mancato soccorso e della morte di mio fratello perché non accada ad altri. Andrea non era di pericolosità sociale, quel TSO doveva essere evitato o trasformato in trattamento volontario: la presa in carico dovrebbe essere la cura e non un arresto.

Sicuramente vorrei poter spendere due parole sull'abbandono di noi famiglie nei 25 anni di malattia da parte dei servizi sanitari. Le cose sono certamente cambiate, ma non è ancora insufficiente. Le famiglie vanno aiutate. Grazie.

Grazia Zuffa

Presidente Società della Ragione, componente Comitato Nazionale di Bioetica

Salute mentale e diritti in prospettiva bioetica: il caso del Protocollo aggiuntivo alla Convenzione di Oviedo

In ambito bioetico, l'abbandono del paradigma manicomiale, che identificava la cura nella segregazione del malato mentale, segna un punto di svolta. Tale passaggio va approfondito, nel suo significato e nelle sue conseguenze. Secondo il vecchio paradigma, la sofferenza mentale è una malattia "speciale", poiché chi ne è affetto sarebbe "pericoloso a sé e agli altri" (non offrendo "garanzie cognitive per seguire la via della ragione", come affermato da Foucault). Dalla concezione della malattia mentale come "alienazione dalla ragione" discende il corollario della privazione/limitazione dei diritti attraverso l'adozione di "leggi speciali" per le persone affette da tale malattia. Come esempio, si ricordi in Italia il canale "speciale" di giustizia penale per "infermi" e seminfermi di mente, tuttora vigente. Di contro, il nuovo paradigma (definito "terapeutico") guarda alla "normalizzazione" della malattia mentale nell'ambito generale della clinica e dei principi dell'etica medica (principio di beneficenza, di non maleficenza, di rispetto dell'autonomia del paziente); allo stesso modo, nell'ambito dei diritti è sancita la equiparazione di capacità giuridica, superando le cosiddette "leggi speciali" per i malati di mente.

La Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità (CRPD) del 2007 è un punto di riferimento bioetico fondamentale. Essa condanna la riduzione dei diritti sulla base della disabilità mentale facendo leva sul cambio di paradigma: la sofferenza del malato mentale non è riconducibile solo all'eventuale deficit bio-psico individuale, ma va intesa seguendo il modello del "individuo nel contesto" (proprio della psicologia di comunità): i fattori socio-ambientali interagiscono con le caratteristiche individuali nel modellare/modulare l'evoluzione del disturbo. Dunque, lo stigma, la discriminazione, la "incapacitazione" giuridica e sociale hanno un ruolo e sono da combattere, come battaglia di civiltà. E sono aspetti importanti da considerare nel campo della prevenzione e della cura nella dimensione comunitaria. Perciò, è apprezzabile la nuova definizione di "disabilità psicosociale" - in sostituzione di "disabilità mentale" - che coglie appieno la nuova prospettiva.

Sul piano bioetico, l'attenzione è rivolta al definitivo superamento di pratiche manicomiali. Si vedano i ripetuti interventi del Comitato Nazionale di Bioetica italiano, come i pareri per la riduzione fino all'eliminazione della contenzione (2015), sulla cura delle persone con malattie mentali (2017), sull'assistenza psichiatrica in carcere (2019).

Di recente però, assistiamo ad un grave arretramento con la vicenda del protocollo aggiuntivo alla Convenzione di Oviedo in tema di *involuntary treatment e involuntary placement*.

La bozza di protocollo, che sarà votata nel novembre 2021 dal *Committee on Bioethics of the Council of Europe* (DH-BIO), legittima, col pretesto di "regolamentarle", pratiche

manicomiali in ragione della “pericolosità” della persona, come l’internamento e la contenzione. Ciò in aperta violazione della Convenzione ONU sulla disabilità e nonostante il parere contrario di molte autorità di garanzia internazionali, fra cui lo stesso Commissario per i diritti umani del Consiglio d’Europa; e a fronte dell’opposizione di un vasto arco di ONG, attraverso la campagna Withdraw Oviedo.

Sintetizziamo le ragioni del rifiuto attraverso le puntuali parole del Comitato di Bioetica spagnolo: The problem is not that some States do not have sufficient guarantees when taking involuntary measures. The problem is that these measures violate many rights of people with psychosocial disabilities because of their discriminatory nature.

TAVOLO 7

**“LAVORO, ABITAZIONE,
SOSTEGNO ALLA VITA
INDIPENDENTE: ATTORI E
STRUMENTI PER L’INCLUSIONE
SOCIALE”**

Coordinatori

Massimo Cozza

Direttore Dipartimento di Salute Mentale ASL Roma 2

Angelo Marano

Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

La nostra sessione affronta una tematica centrale per la promozione della salute mentale comunitaria rappresentata dal fattore sociale, uno dei tre assi portanti del paradigma bio-psico-sociale ormai riconosciuto dalle evidenze scientifiche internazionali.

Si tratta, però, di un aspetto che troppo spesso viene dimenticato, o quantomeno trascurato. Fin dalla formazione universitaria, gli psichiatri, gli psicologi e lo stesso personale infermieristico, non ricevono in modo adeguato le giuste conoscenze rispetto al ruolo fondamentale giocato dalla inclusione sociale, in particolare nell'ambito dei gravi disturbi mentali. Ancor meno hanno la possibilità di acquisire durante la formazione universitaria l'esperienza nelle pratiche territoriali dei dipartimenti di salute mentale per affrontare successivamente questo aspetto fondamentale per poter sviluppare un impegno reale verso l'integrazione socio-sanitaria.

Diversamente, le figure professionali degli assistenti sociali, dei terapisti della riabilitazione psichiatrica e degli educatori, quando si presentano nel mondo del lavoro in salute mentale presentano una formazione culturale e personale molto più consapevole ed aperta.

Il tema della formazione e della cultura, pertanto, rappresenta per l'inclusione sociale una tematica di grande rilevanza da affrontare in primo luogo nell'ambito della formazione universitaria, ma anche da sviluppare durante l'esperienza lavorativa.

Ciò dipende anche dalla impostazione che viene data nelle pratiche territoriali dei diversi dipartimenti di salute mentale, troppo spesso più centrate sugli aspetti farmacologici, e secondariamente sugli aspetti psicologi e psicoterapeutici, lasciando il sociale come aspetto minoritario.

Un secondo fattore generale è rappresentato dalla necessità non solo di investire nella formazione ma soprattutto nella possibilità di avere un numero adeguato di operatori rispetto al fabbisogno assistenziale.

In una logica di salute mentale comunitaria l'asse fondamentale è rappresentato dalla relazione interpersonale tra operatore e persona con disturbi psichiatrici, con i suoi familiari, con il suo contesto di vita. Ma se non ci sono gli operatori in numero sufficiente

questo processo appare realizzabile solo in modo parziale e limitato. Anzi si tende ad una psichiatria ambulatoriale/ospedaliera/istituzionalizzante, che richiede un numero più basso di personale. Per queste ragioni, a fronte dell'impoverimento delle risorse umane nei servizi pubblici delle ASL, e delle maggiori necessità assistenziali, implementate a seguito della pandemia da Covid-19, sarebbe auspicabile un piano straordinario di assunzioni per la salute mentale.

Per quanto riguarda gli strumenti per l'inclusione sociale, certamente bisogna partire dalla unicità della persona, dalla sua biografia, dalla sua vita in senso lato, e quindi dai suoi bisogni assistenziali, da un progetto terapeutico individualizzato nel contesto comunitario, in una integrazione virtuosa tra gli aspetti sanitari e gli aspetti sociali. In questo contesto il budget di salute individualizzato rappresenta l'elemento chiave sul quale poter fare affidamento, nell'ambito di una più complessiva presa in carico della persona con gravi disturbi mentali.

Bisogna abbattere il muro burocratico-istituzionale, troppo spesso invalicabile, che separa il sanitario dal sociale, avere la possibilità di vincolare quote finanziarie, di impegnare operatori qualificati, di integrare le risorse non solo pubbliche ma anche del terzo settore, degli stessi utenti e delle famiglie.

Un processo virtuoso di cura e di sostegno/promozione alla vita indipendente, alternativo alla istituzionalizzazione, e all'abbandono. Strumento di contrasto allo stigma ed al pregiudizio, in particolare sulla inguaribilità e sulla pericolosità.

Vi sono, però, altri strumenti importanti da poter utilizzare in modo appropriato. Mi riferisco in particolare all'amministrazione di sostegno e al dopo di noi.

La legge 6/2004 che ha istituito l'amministrazione di sostegno è stata una conquista di civiltà che ha consentito di superare la rigidità dell'interdizione e dell'inabilitazione, ma dobbiamo porre la massima attenzione ad una sua utilizzazione inappropriata ed agli abusi sul quale il giudice tutelare dovrebbe vigilare. C'è infatti il rischio che possa diventare uno strumento giuridico di esclusione, con la privazione del patrimonio o con un surrettizio aggiramento della legge 180 attraverso l'imposizione di ricoveri prolungati, in contrasto con le normative vigenti.

La legge del dopo di noi dovrebbe invece diventare patrimonio anche della salute mentale, per le situazioni più complesse e che rientrano nei requisiti generali richiesti, troppo spesso riferiti solo alle problematiche organiche.

Infine, nell'ambito della inclusione sociale vi sono due aspetti che andranno affrontati: il lavoro e l'abitare.

Per quanto riguarda il lavoro, importanti sono le attività di preformazione svolte in particolare nei centri diurni dei DSM, ma la legislazione che dovrebbe consentire un inserimento occupazionale, troppo spesso viene disattesa.

In particolare, ai sensi della legge 68/99, vi sono gravi difficoltà ad attuare inserimenti lavorativi di utenti dei DSM nelle aziende private e pubbliche, che privilegiano chi soffre di disabilità fisica. Importanti sono gli inserimenti all'interno delle cooperative sociali

di tipo B (L 381/91), che dovrebbero poter svolgere un ruolo maggiore, in particolare nell'ambito della committenza pubblica. Il filone dell'impresa sociale in salute mentale andrebbe maggiormente sviluppato, con l'obiettivo di creare veri e propri posti lavoro anche per chi soffre di gravi disturbi mentali. Va inoltre considerata anche la possibilità di attuare il modello IPS (Individual Placement and Support) basato su un supporto alle persone con gravi disturbi mentali lungo tutto il percorso dell'inserimento lavorativo "competitivo" all'interno di normali luoghi di lavoro.

Infine, un elemento fondamentale nell'ambito delle pratiche dei DSM è rappresentato dall'abitare, superando i percorsi di neo istituzionalizzazione, offrendo possibilità di crescita dell'autonomia, con diversi gradienti di assistenza correlati alle risorse di ciascuno. Si tratta di aiutare le persone a vivere non solo in una casa inserita in un contesto cittadino, ma soprattutto al di fuori dell'abitazione, accompagnandole nella costruzione delle relazioni con il quartiere, nei luoghi di vita e di scambio con gli altri, negli stessi ambienti di lavoro laddove possibile. Ma in Italia non ci sono linee guida nazionali che promuovano l'abitare in salute mentale, a partire dalla necessità di non identificare anche gli appartamenti come strutture con obbligo di autorizzazione regionale, riconoscendoli come civili abitazioni nell'ambito di progetti ASL

Si tratta, pertanto, di definire a livello nazionale percorsi appropriati che consentano l'implementazione del supporto all'abitare in salute mentale.

Servizio responsabile della presa in carico dell'esistenza sofferente del soggetto e del suo contesto familiare e sociale, che si fa a carico della persona nella sua complessità di bisogni, intervenendo sul nucleo della sofferenza, ma anche sui determinanti sociali

INTERVENTI

Fabio Albano

Presidente IPSilon Associazione di Promozione Sociale - Bologna

Individual Placement and Support: l'esperienza Italiana

L'Individual Placement & Support (IPS) è una metodologia EBM, finalizzata all'inserimento lavorativo di persone con disturbi mentali.

Si pone come strumento alternativo e complementare ai più conosciuti e tradizionali approcci di inserimento lavorativo fondati sulla necessità di effettuare una formazione preventiva. L'IPS non prevede che la persona con disagio o disabilità psichiatrica necessiti di un training addestrativo e preparatorio. Non prevede un graduale e prudente inserimento delle persone in un contesto lavorativo vero e proprio, fondato sull'attesa di

riduzione della sintomatologia e disabilità. Non ritiene necessario valutare l'acquisizione di competenze relazionali, comportamentali e lavorative prima dell'ingresso in un contesto occupazionale reale.

L'IPS introduce nei servizi un approccio riabilitativo Place and Train che trova la persona inserita nel percorso immediatamente orientata ad una reale posizione lavorativa nel libero mercato e contemporaneamente vede l'attivazione di una rete di supporto che fornisce tutta l'assistenza necessaria, sostenendo nell'immediato il cittadino nel valutare, bilanciare e gestire una posizione lavorativa con tutto quello che questo comporta.

L'IPS è messo a punto negli anni 90 dal gruppo di psichiatria sociale diretto da Robert Drake. L'IPS approda in Europa e in Italia con lo studio EQOLISE avviato nel 2003 in sei centri europei. In Italia viene introdotto da Angelo Fioritti nel Dipartimento di Salute Mentale di Rimini, per valutare l'efficacia del modello IPS anche nel contesto Europeo. È il primo trial europeo sull'efficacia della metodologia e ha replicato nel complesso gli eccellenti risultati degli studi americani.

L'IPS è basato su un nucleo di principi cardine: 1. l'obiettivo è ottenere una occupazione nel mercato ordinario del lavoro; 2. non c'è esclusione in base alla diagnosi psichiatrica, ai sintomi, alla storia lavorativa, o ad altri problemi come abuso di alcol e sostanze; 3. l'attenzione alle preferenze della persona è immediata per avviare la ricerca di lavoro; 4. la ricerca di lavoro inizia rapidamente una volta entrati nel programma. 5. l'IPS e il trattamento di salute mentale sono integrati. Gli specialisti IPS lavorano in stretta collaborazione con l'equipe multiprofessionale presente nei servizi partecipando alle riunioni; 6. non è limitato nel tempo e offre sostegno disponibilità fino a quando le persone lo richiedono.

Inizialmente promosso nell'ambito della Salute Mentale e rivolto a tutti i cittadini in età da lavoro, l'IPS sta trovando sempre più ambiti di applicazione e risulta essere efficace in altre aree di intervento rivolte a quanti sono caratterizzati da condizioni di marginalità e fragilità sul piano sociale. L'intervento, condotto da uno specialista dell'impiego altamente integrato nel servizio in cui opera, mira a sostenere direttamente la persona nella ricerca, nell'ottenimento e nel mantenimento della posizione lavorativa.

In Italia l'IPS è stato fidelizzato in 76 centri (Emilia-Romagna, Veneto, Lombardia) con esiti di efficacia pari al 47,7%, Cioè il 47,7% delle persone seguite hanno trovato lavoro nel libero mercato secondo le vigenti forme contrattuali. Altre realtà si stanno avvicinando all'IPS attraverso sperimentazioni "Training IPS territoriali".

IPSilon è l'associazione di promozione sociale che opera in Italia per la diffusione, la corretta applicazione della metodologia e la ricerca. L'attività è svolta in stretta collaborazione con Angelo Fioritti, riferimento nazionale per l'IPS e curatore delle relazioni nell'ambito dell'International IPS Learning Community fondata da Deborah R. Becker e Robert E. Drake.

Rita Amore Bonapasta

medico, familiare

DISCRIMINAZIONE DEI DISABILI GRAVI PSICHIATRICI

A Roma, Municipio XIII, se un anziano, invalido, solo, bisognoso di aiuto sociale si rivolge al Segretariato sociale e ha una patologia psichiatrica, gli rispondono di rivolgersi alla ASL, che non fornisce assistenza sociale: rimane solo e abbandonato. Da giovane viene discriminato rispetto ai portatori di Handicap: alcuni Municipi fanno con le ASL Progetti Durante e Dopo di Noi, iniziative, laboratori per giovani disabili dopo gli studi, Pazienti Psichiatrici esclusi.

Legge 22 Giugno 2016 n. 112 Dopo di Noi "Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare". Pochi operatori DSM e famiglie conoscono l'opportunità per malati psichiatrici di ottenere, senza limiti di età, Progetti Personalizzati con i quali si tracciano percorsi che assicurino adeguata assistenza e qualità della vita secondo le specifiche esigenze ed aspirazioni di ogni persona con disabilità. Lo Stato stanZIA fondi annuali. Due requisiti per accedervi: 1- Disabilità grave, riconosciuta ai sensi della Legge 104/92, art. 3 comma 3, (Verbale Commissione ASL/INPS); 2- Mancanza di sostegno familiare per perdita di genitori o genitori non in grado di fornire adeguato sostegno genitoriale. Le domande si presentano ai Municipi, sono gestite da Assistenti Sociali abituati a occuparsi di interventi a favore di portatori di Handicap fisici, senza esperienza, conoscenza, sensibilità per valutare gli impedimenti di disabili gravi psichiatrici alla vita sociale.

Le famiglie dei disabili gravi psichiatrici incontrano enormi difficoltà. Più volte ho lamentato presso le Sedi Istituzionali gli ostacoli incontrati senza ricevere risposte.

Non sono stati rispettati i diritti del disabile grave psichiatrico: non è stata convocata la UVMD composta secondo le linee guida del Comune di Roma; non è stato convocato il Paziente per sentire le sue necessità; non è stato redatto un Progetto Personalizzato, che tenesse conto di bisogni e aspettative dell'interessato e della famiglia per stabilire Budget di Progetto e realizzare l'obiettivo di vita indipendente; non è stata individuata Cooperativa specializzata che fornisse operatore esperto in riabilitazione psichiatrica; è stato conteggiato budget per poche ore settimanali di operatore generico non specializzato. Ostacoli inaccettabili incontrati dal Disabile grave Psichiatrico: Rifiuto dell'Assistente Sociale Municipio di fare Progetto Personalizzato per malato psichiatrico, per erronea convinzione che il Comune non ha convenzioni con Cooperative per assistere malati psichiatrici. Invece nel Registro Unico Cittadino ve ne sono, una in particolare dal 1980 collabora con i DSM. Mancata proposta dell'Ass. Sociale ASL di Cooperativa convenzionata con ASL. Mancata competenza, formazione, sensibilità dell'Ass. Sociale del Municipio per valutare difficoltà e sofferenze dei malati psichiatrici. Mancata Informazione e Formazione di operatori DSM per applicare Legge importante per la vita di disabili gravi che hanno perso o stanno per perdere il supporto familiare. Mancata priorità per i

disabili gravi più anziani e privi di genitori da molti anni, più sofferenti e bisognosi di interventi sociali, sanitari, riabilitativi, rispetto a chi ha genitori vivi e giovani. Mancata frequenza dell'Ass. Sociale del Corso di Aggiornamento Dopo di Noi disposto dal Comune di Roma. Mancanza di Corso analogo per operatori DSM, responsabili di compilare la S.Va.M.Di. e formulare Progetti Personalizzati.

Simone Bruschetta

Progetto Visiting DTC

Il Progetto Visiting DTC sviluppa ormai dal 2012 programmi di accreditamento di qualità di Servizi residenziali e abitativi per utenti adulti e minori della salute mentale. Nel 2020 ha avviato in collaborazione con Legacoopsociali il primo programma nazionale di accreditamento di qualità del sostegno all'abitare per utenti dei Servizi di salute mentale. Esso è rivolto a Servizi che si riconoscono nella seguente definizione operativa. Il Sostegno all'Abitare in Salute Mentale è un servizio comunitario con ingressi e dimissioni, organizzato come una Comunità Locale di vita e di lavoro, composta da Appartamenti e Agenzie Sociali, con il compito di sostenere gli Utenti dei Servizi di Salute Mentale nell'Abitare una casa e un territorio politicamente definito.

Il Progetto Visiting DTC ha come finalità l'Accreditamento di Qualità Scientifico-Professionale di Comunità Terapeutiche, Gruppi Appartamento ed Appartamenti Supportati, da realizzare secondo i Modelli Teorico Metodologici della DTC «Democratic Therapeutic Community» e degli EE «Enabling Environment», attraverso una metodologia di certificazione, valutazione, ricerca ed intervento, definita di Democratic Peer-to-peer Accreditation. Questo modello di accreditamento valuta uno specifico aspetto metodologico riconosciuto consensualmente come Qualità Gruppale Comunitaria, e può essere esteso ad altri Servizi di tipologia Sociale riguardanti all'accoglienza, l'alloggio e l'abitare focalizzando la valutazione sulla loro Qualità Comunitaria.

Il Progetto accredita specifici aspetti metodologici della qualità dei Servizi con una metodologia benchmark sostenuta da una raccolta di dati attraverso audit (di tipo civico-clinico) organizzati sotto forma di visite reciproche da parte di delegazioni costituite dalle più importanti tipologie di stakeholder. Si rivolge ad alcuni aspetti della qualità dei processi clinici professionali, dei quali sviluppa degli Standard di Servizio, ma anche ad aspetti della qualità etica e normativa in conformità alle raccomandazioni dell'OMS (Programma QualityRights).

La metodologia della Democratic Peer-to-peer Accreditation presuppone il coinvolgimento di tutti i portatori di interesse e dei loro reciproci punti di vista rispetto ai Servizi; classificati in quattro categorie di stakeholders: operatori, utenti, familiari e amministratori. Essa prevede la costruzione di una dimensione consensuale tra i Servizi coinvolti e la società civile di riferimento, avente come oggetto di lavoro, non soltanto i

processi di miglioramento continuo di qualità, ma anche i riconoscimenti delle eccellenze, vincolando il tutto alla costituzione di una comunità scientifica di ricerca sulle evidenze. Cinque sono i principi base della suddetta metodologia:

1. pari valore viene riconosciuta alla valutazione ingenua ed alla valutazione esperta effettuata dagli stakeholder
2. la responsabilità di valutare un Servizio è assegnata ad un altro Servizio, inteso come soggetto collettivo, e prevede sempre l'obbligo di farsi valutare reciprocamente
3. l'etero-valutazione è sempre operata da un soggetto collettivo e non individuale, che funziona al meglio quando sostenuto nella comprensione delle dinamiche gruppali che lo caratterizzano
4. tutti risultati delle valutazioni devono ricevere un'approvazione assembleare comunitaria, idealmente rappresentata dalla comunità dei Servizi membri del programma di accreditamento
5. ogni Servizio è valutato anche in relazione all'impatto che ha sulla comunità politica locale cui appartiene ed alla qualità degli scambi che con essa intrattiene.

Antonella Cammarota

Solaris odv- Roma

Reinventarsi la vita. Supported housing e reintegrazione sociale degli utenti.

Sono Antonella Cammarota, familiare di un paziente psichiatrico di quelli definiti molto gravi. Sono la vicepresidente dell'Associazione Solaris odv che ha ormai maturato 19 anni di esperienza nell'indirizzo di cura della Recovery, con particolare attenzione all'abitare autonomo supportato, cioè la possibilità che chi lascia le comunità terapeutiche o la famiglia di origine possa abitare autonomamente, scindendo i percorsi clinici dal diritto ad avere un luogo di abitazione duraturo e sentito come proprio.

Solaris nasce nel 2002 dall'incontro tra un gruppo di familiari e alcuni operatori della Comunità terapeutica e del CSM di via Sabrata, a Roma, - tra cui il dott. Antonio Maone - che "inventano" la possibilità che le persone in uscita dalla Comunità vadano a vivere in appartamenti autonomi, affittati sul libero mercato.

Oggi Solaris segue 30 utenti nei percorsi di riappropriazione del vivere quotidiano, grazie a un progetto finanziato dal II Municipio. Il nostro modello di intervento è stato riconosciuto dal DSM dell'ASL Roma 1, e si affianca a quello dell'ADP (Assistenza Domiciliare Programmata) con circa 160 utenti in autonomia abitativa.

In questi anni abbiamo verificato concretamente quanto pesino nel decorso clinico i fattori contestuali, cioè tutti quegli aspetti che non rientrano nella dimensione clinica (le reti familiari, sociali e amicali, il lavoro, l'autonomia degli spazi abitativi) e quanto la psichiatria, confrontandosi con la dimensione della complessità, non possa da sola dare risposte esaustive. Reinventarsi la vita implica infatti l'apporto di competenze molteplici

e il concorso di tutti gli attori e i contesti in gioco.

Questo ci ha portato a creare con gli utenti molteplici attività di socializzazione e a sviluppare uno stile di lavoro flessibile, mettendo al centro i bisogni e i tempi degli utenti. Cosa che ha richiesto una grande disponibilità e preparazione degli operatori. Abbiamo anche dedicato molta attenzione ai familiari, alla loro formazione, alla possibilità di integrarli nelle attività dell'associazione valorizzando le loro competenze. Questo stile di lavoro flessibile durante la pandemia ci ha consentito di mantenere quasi tutte le attività di socializzazione e assistenza trasferendole in parte on line.

A fine ottobre 2020 abbiamo organizzato un convegno per riflettere su questi anni di attività con la partecipazione di oltre 200 persone. Una riflessione che, nel suo piccolo, può favorire ulteriori confronti attraverso gli atti pubblicati e la registrazione su YouTube (<https://www.youtube.com/watch?v=JtRh98XywFY>).

Forse però la testimonianza più importante di quanto può consentire una piccola esperienza come la nostra viene dai percorsi di successo a cui abbiamo assistito e per me in particolare da mio figlio. che da 11 anni vive in un appartamento autonomo e così dice al convegno:

A febbraio del 2011, la mia vita ha una svolta: la casa autonoma. Dopo numerosi ricoveri e quattro Comunità, decido di mettere la testa a posto e di vivere diversamente. ...La mia rete di sostegno, in questi dieci anni di autonomia, è stata necessaria per il mio miglioramento: la famiglia (in senso largo), il mio psicoterapeuta personale, il mio psichiatra, i miei operatori domiciliari e Reza, il mio co-inquilino afgano. Ma non sarebbe servita a niente senza di me, gli sforzi che ho fatto e i rischi che mi sono preso per stare meglio.

Loredana Capitani e Sabrina Renson

DSM-DP ASL RM6

RINNOVARE LE PRATICHE DELLA SALUTE MENTALE: LA SPERIMENTAZIONE DELLA ASL ROMA 6

il DSMDP ASL RM6 nel 2014 ha proposto alla ASL l'avvio del Progetto "NUOVI PERCORSI DI CURA IN SALUTE MENTALE" avviando una sperimentazione della metodologia di lavoro fondata sui progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati (PTRP) per promuovere risposte unitarie a bisogni complessi della persona e con l'ambizione di lavorare nella prospettiva di una reale costruzione del modello del budget di salute.

Fin dal 2014 il Progetto ha previsto la cogestione dei PTRP con alcune Coop. Soc. del territorio, selezionate con avviso pubblico finalizzato alla creazione di un elenco aziendale di soggetti con cui condividere/cogestire i progetti non in termini di delega/affidamento di attività, ma nella chiarezza del mantenimento da parte del Servizio Pubblico della piena titolarità della presa in carico.

I PTRP si sviluppano su tre diversi livelli di intensità, corrispondenti a tre diversi pesi economici, riferiti alle tre aree dei principali determinanti di salute: CASA; FORMAZIONE/LAVORO; SOCIALITÀ.

Il secondo avviso pubblicato nel 2018 ha dovuto tenere conto dell'allargamento dell'applicazione del lavoro con PTRP agli altri Servizi che, a seguito dell'approvazione del nuovo Atto Aziendale, erano confluiti nel DSM: SerD e TSMREE. Ciò ha comportato anche una revisione in merito alle Aree interessate dall'applicazione dei PTRP con l'aggiunta dell'Area Apprendimento/espressività relativa ai minori.

Un ruolo centrale nell'applicazione dei PTRP è stato quello delle assistenti sociali che, all'interno dei Servizi Sanitari, hanno svolto un ruolo di cerniera che ha permesso di individuare e intervenire su quegli utenti che presentano importanti bisogni sanitari strettamente collegati ai loro bisogni sociali attivando percorsi di inclusione e favorendo la costruzione di reti con il mondo del terzo settore. I PTRP hanno dato la possibilità di dare risposte in quelle situazioni in cui l'intervento sanitario poteva rispondere solo in parte, favorendo ricadute positive sulla qualità della vita degli utenti e delle loro famiglie. Nel 2018 è stato importante anche definire in modo dettagliato i percorsi amministrativi e non dei PTRP, in virtù del fatto che la compagine delle cooperative coinvolte nella gestione sarebbe aumentata e che la consistenza del budget investito dal DSMDP in questi progetti era molto aumentato (quasi triplicato dal 2015 al 2020), sono state pertanto elaborate delle Linee guida per fornire indicazioni chiare a tutti i servizi sugli aspetti procedurali sia di tipo tecnico che amministrativo in merito a ciascun PTRP attivato

Il numero dei PTRP avviati alla data del 31.12.2019 è 424. Con un costo complessivo di € 2.172.470,00.

Uno dei passaggi importanti di tutto il percorso è stata la possibilità di condividere con operatori pubblici e cooperative sociali dei percorsi formativi. Infatti, il sistema integrato per la costruzione di un nuovo welfare comunitario richiede l'acquisizione di competenze e abilità di base più ampie di quelle tradizionalmente utilizzate dagli operatori. È stato quindi necessario favorire l'accrescimento delle competenze del capitale umano (attori pubblici e privati) rispetto alle metodologie fondate sul case management, sul lavoro di rete e sul lavoro di gruppo, con percorsi di formazione e aggiornamento. Pertanto sono stati realizzati di tre corsi formativi svoltisi nel 2016-2017 e nel 2019 sul tema "Integrazione sociosanitaria: il modello del budget di salute e la co progettazione".

Domenico Castronuovo

consorzio cooperative sociali Cascina Clarabella - Iseo (BS)

Partendo dal presupposto che il budget di salute è uno strumento importante per favorire l'inclusione sociale, vorrei fare qualche considerazione in merito, alla luce di quanto abbiamo sperimentato in questi anni nel DSM di Iseo.

In Regione Lombardia l'80% della spesa sanitaria per la salute mentale è devoluta al privato, anche sociale, come le comunità terapeutiche, ma pur sempre privato, impoverendo il sistema di salute mentale territoriale. Il progetto di budget di salute, va comunque avanti da circa dieci anni, con un gruppo di cooperative sociali che lavorano per aiutare le persone nel loro ambiente di vita.

Vorrei partire da quello che ha detto Rotelli presentando il suo libro "Quale psichiatria": abbiamo abbattuto un muro con Marcocavallo, ma negli anni i muri hanno continuato a crescere e noi non siamo riusciti a frenarne l'avanzata. L'idea che debba essere la città a curare, che la comunità debba curare per curarsi è ardua da mettere in atto. Bisogna individuare le forze che possano portare in quella direzione. E poi: come è possibile difendere l'obiettivo raggiunto? Come è possibile che non accada quello che sta succedendo a Trieste? A Trieste è stato realizzato un modello: mettere al centro la persona ed evitare la sua oggettivazione. Si sente parlare spesso di equipe con una componente medica prevalente a scapito di figure sociali, ma chi ha detto che un medico non può aiutare un paziente a casa sua, come faceva Basaglia, togliendosi il camice e non facendone una corazza che sottolinea la cesura tra medico e malato?

In questi dieci anni l'esperienza di Iseo, di permettere alle persone di acquisire spazi di inclusione sociale, è stata possibile grazie allo strumento del budget di salute: chiunque può essere un operatore sanitario, anche il vicino di casa, se il vicino è colui che ha in testa cosa succede a quella persona, che la pensa, che al mattino va a vedere se si è alzata, se ha bisogno del latte...

Questo operatore può anche essere pagato, perché il suo intervento ha una funzione di aiuto e sostegno: sto pensando a quell'operatore di una cooperativa sociale che gestiva un orto, che ha permesso a una persona gravissima di incominciare a costruire legami sociali tramite lo strumento del lavoro, perché il lavoro e la retribuzione sono strumenti di dignità; questo operatore lasciava il suo orto, andava a casa della persona, la faceva alzare dal letto e la portava con sé.

Nell'esperienza fatta in Lombardia i finanziamenti per questi progetti vanno sollecitati coinvolgendo anche il Ministero, perché la sperimentazione possa tradursi in attività strutturale.

Concludo invitando tutti a visitare il sito www.cascinaclarabella.it e, se possibile, anche le strutture di Cascina Clarabella, luogo di accoglienza e di opportunità per le persone di sviluppare un progetto di vita.

Marinella Cornacchia
Presidente A.Re.Sa.M OdV

Il lavoro in Salute Mentale è asse portante dell'inclusione sociale. Varie esperienze positive hanno permesso a cittadini con disturbi mentali di partecipare e contribuire al

sistema sociale nazionale. Sono però azioni sporadiche, discontinue, condotte più per la caparbietà degli operatori sociali e sanitari coinvolti (almeno coloro che credono nella riabilitazione e reinserimento), da associazioni di familiari e utenti, che non dalla volontà e unità di intenti delle Amministrazioni preposte. Nel Lazio si fa una pre-formazione lavorativa in alcuni CD con una serie, a volte ripetitiva, di tirocini che poi difficilmente portano ad un duraturo contratto lavorativo. La pandemia, con la crisi delle PMI, ha ulteriormente bloccato questa strada, già ardua. Alle grandi aziende non interessa perché, causa lo stigma imperante, preferiscono pagare irrisorie penali piuttosto che offrire lavoro. Unica strada ancora a resistere è la Coop.ne sociale integrata, rivelatasi attore decisivo nel processo riabilitativo ma che ora paga l'impossibilità a garantire continuità nei rapporti di lavoro instaurati con i soci lavoratori utenti/ex utenti stante i vincoli di partecipazione a gare/appalti. Risultano non attuate: applicazione dell'art.12 Lg 68 (ricorso alle convenzioni), l'utilizzo dell'art. 5 Lg 381/91 e la destinazione a livello territoriale di almeno il 5% delle forniture di beni e servizi alla Coop.ne Sociale. La Lg 68 o li esclude o permette l'accesso al lavoro a numeri infinitesimali; i non occupati superano il 70% e addirittura il 90% negli utenti che frequentano i centri riabilitativi. Occorre un controllo da parte del Ministero del Lavoro, coinvolgendo il Ministero della Disabilità, per favorire una più corretta esigibilità del diritto al lavoro.

La stessa esclusione avviene per la casa. La legge 112/2016 "Dopo di Noi" è poco conosciuta, applicata in modo disomogeneo dagli EE.LL. che, eludendo il loro ruolo fondamentale di inclusione sociale, li discriminano per patologia, per interpretazioni personali, limitazioni ISEE, valutazioni irrisorie non considerando alcuni aspetti specifici o le loro scelte, relegandoli tra gli ultimi posti in graduatoria. Si continua a operare sulla disponibilità e collaborazione del singolo Ente se non del singolo suo rappresentante. I DSM con i gruppi appartamento/case supportate cercano di rispondere alle necessità anche attraverso situazioni create da associazioni o da familiari. Però sono numeri limitati che non sopperiscono alla grande richiesta di deistituzionalizzazione, che libererebbe risorse rilevanti destinandole alla vera vita indipendente. Il modello del BdS deve essere governato con approfonditi corsi di formazione, altrimenti questa possibilità per migliorare l'inclusione sociale continuerà a sottostare a risorse limitate ed a interpretazioni personali del singolo Ente. Lo stesso per i PdZ che, malgrado le indicazioni regionali (DGR 584/20), non si prefiggono nuovi obiettivi per l'inclusione, riproponendo pedissequamente azioni ormai superate o, in alcuni casi, addirittura sottraendosi al confronto con gli Organismi di rappresentanza della salute mentale. Azioni quindi frammentarie, disomogenee, dettate più dall'emergenza che da una visione globale/proattiva per superare le difficoltà, aumentate a causa della pandemia. In tema di inclusione occorre verificare l'applicazione della legge 6/2004 (AdS) non solo da parte dei giudici tutelari. La cronaca giudiziaria, sempre più spesso, evidenzia azioni portate avanti nel pieno dispregio della persona da tutelare, senza ascolto o possibilità di scelta.

Gemma Del Carlo

Presidente Coordinamento Toscano delle Associazioni per la Salute Mentale

Sono una familiare e sono presidente del Coordinamento Toscano delle Associazioni per la Salute Mentale che si è costituito nel 1993 e attualmente ha l'adesione di 54 associazioni di familiari e di utenti presenti in tutte le Province della Toscana. Lo scopo principale è quello di tutelare i diritti delle persone con disturbi mentali e delle loro famiglie, facendosene portavoce con la Regione Toscana. Siamo impegnati nella lotta allo stigma, nel miglioramento dei servizi, nell'integrazione sociale, lavorativa e abitativa; organizziamo convegni di verifica e manifestazioni per informare e orientare positivamente l'opinione pubblica sulle tematiche inerenti la salute mentale. È attraverso la conoscenza e lo sperimentiamo ogni giorno che si abbatte il pregiudizio.

- Dal 2005, puntuale ogni anno insieme alla Regione Toscana organizziamo un convegno di programmazione e verifica preceduto da incontri con le tre Aziende USL, le Zone Distretto, i Comuni e le associazioni del territorio per verificare lo stato dei servizi di salute mentale dal titolo, per noi molto significativo: "Quanto la persona è al centro della sua cura? Convegno di programmazione e verifica sul funzionamento dei servizi integrati per la salute mentale". Purtroppo dagli incontri è emerso che le criticità sono aumentate a causa della pandemia.
- È fondamentale il progetto individuale personalizzato: una rilevazione dei bisogni, che definisce a chi spettano le competenze per la realizzazione di interventi socio-sanitari mirati alla riabilitazione, integrazione sociale e lavorativa, coordinati nello stesso tempo e condivisi con l'utente e la famiglia. Purtroppo persistono molte criticità sul progetto che non sempre viene fatto o adeguatamente condiviso con l'utente e la famiglia. La famiglia è importante che sia accolta, educata, informata, supportata dai servizi e indirizzata alle associazioni e ai gruppi di auto-aiuto, in modo da partecipare poi attivamente al loro percorso di cura.
- Nel percorso terapeutico obiettivi fondamentali per la salute mentale sono l'abitazione e il lavoro, che consentono di raggiungere l'autonomia e al tempo stesso favorire il benessere.
- Da qualche tempo, almeno nella Regione Toscana, le pubbliche amministrazioni hanno avviato molti processi di assunzione. I bandi che sono stati pubblicati in base alla legge 68/99 sul collocamento delle categorie protette prevedono però l'applicazione dell'art. 9 comma 4 con l'esclusione dei disabili psichici da tali selezioni. Ad oggi non sono stati pubblicati bandi nei quali sia prevista invece l'applicazione dell'art. 11 della legge 68/99, nel quale si dispone la possibilità di attivazioni di convenzioni dedicate all'avviamento al lavoro delle persone con disabilità psichica. Riteniamo urgente rivedere la legge a livello nazionale, perché fonte di forte discriminazione e investire maggiormente su percorsi d'integrazione socio-sanitaria, come previsto dal Progetto Terapeutico Riabilitativo Individuale, incluso nei Livelli Essenziali di Assistenza

Sanitaria.

- Notevoli sono anche le difficoltà da parte delle Istituzioni nel promuovere percorsi abitativi adeguati ad una futura possibilità di vita indipendente; in questo modo gli utenti del servizio non avranno mai una reale autonomia e sono costretti a rimanere in carico ai servizi. Crediamo che investire su autonomia abitativa e lavoro sia nel medio-lungo periodo quindi anche un vantaggio economico, oltre a portare tanto benessere.
- Da anni solleviamo al livello nazionale la necessità di innalzare il reddito annuale dagli attuali € 4.931,29 ad almeno € 8.000,00 circa come per i disoccupati. Per le persone con invalidità inferiore al 99% e con un sussidio di € 287,09 mensili, un lavoro part-time sarebbe terapeutico e andrebbe a integrare la retribuzione, rendendoli più indipendenti; attualmente con un lavoro part-time il sussidio viene tolto perché si supera il reddito previsto e di conseguenza gli stessi rifiutano il lavoro. La proposta per l'innalzamento del reddito oltre ad essere un discorso di uguaglianza non ha nessun costo.
- Per il rinnovo della patente chiediamo infine di abolire la tassa per i controlli annuali e farla pagare ogni 10 anni come prevista per tutti i cittadini.

Giampiero Griffo

Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità

La ratifica italiana della UNCRPD ha appena sfiorato il dibattito sul welfare nazionale e regionale. Un impegno internazionale che la stessa Costituzione considera inderogabile rimane eluso ed ignorato. La pandemia ha reso evidente che il welfare di protezione, che impregna molti welfare, anche l'italiano, è stato incapace di proteggere le persone con disabilità (PcD) (Lockdown, moria nelle residenze, rigidità dei servizi...). Da più parti si è sollevata l'esigenza di passare ad un welfare di inclusione e di comunità. Il modello attuale nasce in tre periodi di crisi (la Guerra mondiale, new deal americano e dossier Beveridge), pensando di proteggere i gruppi vulnerabili. In realtà le PcD sono state vulnerate da trattamenti segreganti, da esclusioni pregiudiziali, da discriminazioni fortissime. Il nuovo welfare deve basarsi sull'autodeterminazione, su diverse forme di assessment, su progetti personalizzati, su sostegni anche comunitari appropriati per riconquistare la piena cittadinanza.

Riccardo Ierna

Associazione Festival dei Matti

Io credo innanzitutto che gli scopi della riabilitazione siano permettere l'uscita dal

circuito psichiatrico, lo sviluppo di progetti di vita indipendente ma soprattutto creare le condizioni per una reale esigibilità di diritti di cittadinanza. Penso a questo proposito che oggi ci troviamo in una situazione difficile, forse a un bivio rispetto a questo percorso. Credo che oggi stiamo lentamente assistendo ad una crisi dell'istituzione inventata, nella definizione che trent'anni fa ne ha dato Franco Rotelli e che fa riferimento a tutte quelle forme di impresa sociale e di lavoro collettivo di "rimessa a valore della soggettività" che abbiamo ereditato dal processo di deistituzionalizzazione. Ed è una crisi dei servizi nella loro impossibilità oggi di creare quelle culture e quelle pratiche che caratterizzavano le forme dell'istituzione inventata. Credo che le cause di questa crisi siano molteplici: un mancato ricambio generazionale, la formazione degli operatori ancora affidata ai saperi accademici tradizionali, la riorganizzazione della psichiatria organicista, la depoliticizzazione dei tecnici, lo specialismo che fa da contraltare alla fine dell'impegno politico degli stessi operatori, l'aziendalizzazione che ha distrutto il Servizio Sanitario Nazionale, la managerializzazione dei dirigenti pubblici. E poi soprattutto un uso indiscriminato di Basaglia, del senso del suo lavoro e del suo sforzo di porsi oltre i modelli precostituiti. Oggi si parla molto a sproposito di "modello basagliano" quando Basaglia ha lottato per una vita contro l'istituzionalizzazione dei modelli. Allora oggi dove si trova Basaglia, cosa è rimasto del suo pensiero, della sua impresa scientifica e politica, della sua tensione etica? Io credo che Basaglia si trovi nei luoghi e nei contesti dove non è evocato, cioè in tutte quelle situazioni extraistituzionali che non hanno più filiazione con i servizi propriamente detti. Molto spesso si dice che il territorio è povero di risorse. Esistono invece forme sperimentali di iniziativa collettiva sorte nelle comunità locali. Esperienze di autorganizzazione sociale come i laboratori urbani e le cooperative di comunità. Centri di aggregazione giovanile e di riuso dei beni comuni abbandonati attraverso convenzioni con le amministrazioni locali e gli enti pubblici. Iniziative e spazi di aggregazione sociale e culturale oppure soggetti imprenditoriali che nascono dall'iniziativa della cittadinanza come forme nuove di mutualismo sociale, di solidarietà e di sostegno alle fasce più deboli. Forme inconsapevoli di vera e propria prevenzione primaria sul territorio. Soggetti sociali e imprenditoriali che potrebbero dare un grande impulso agli stessi servizi pubblici e al privato sociale. I migliori centri di salute mentale h24 sul territorio pugliese dove lavoro: un laboratorio urbano che aggrega fasce sociali diverse e bisogni diversi, un'azienda agricola che gestisce beni confiscati alla criminalità organizzata, una cooperativa di comunità che propone progetti di sviluppo del turismo locale, di una viabilità sostenibile, di una riconversione di strutture sanitarie in ospedali di comunità e case della salute. Questa forse la vera cittadinanza che cura: il territorio curante. Questo il progetto utopico concreto che Franco Basaglia immaginava: il controllo popolare sui problemi e sui temi della salute e della salute mentale e un ruolo nuovo dei tecnici nel dare la propria competenza per un cambiamento reale dei rapporti sociali e delle istituzioni.

Pietro Pellegrini

Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche
Ausl di Parma

Il progetto “Soggetto, persona e cittadino” finanziato dalla Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute e coordinato da Regione Emilia-Romagna, Istituto Superiore di Sanità e Ausl Parma, con la partecipazione di tutte le Regioni e PA ha evidenziato come il Budget di Salute (Bds), utilizzato in diverse regioni, possa essere lo strumento chiave per persone in cura con bisogni sociosanitari complessi in quanto abilita negli assi abitare, lavoro, socialità. L’approccio capacitante del Bds può:

- a) sostenere il PTRI orientato alla recovery insieme al Progetto di Vita;
- b) innovare i servizi sociosanitari e creare un welfare generativo.

Azioni: 1) definire gli elementi qualificanti del Bds; 2) individuare gli strumenti applicativi sociosanitari e amministrativi; 3) promuovere partecipazione utenti, formazione e supervisione interistituzionali e ricerche di esito; 4) trasformare Residenze Psichiatriche in servizi di/nella Comunità.

TAVOLO 8

**“IL RUOLO DELLE ASSOCIAZIONI
DI UTENTI, FAMILIARI E DEL
VOLONTARIATO NEI SERVIZI DI
SALUTE MENTALE”**

Coordinatori

Gisella Trincas

Unasam

Barbara Rosina

Vice Presidente CNOAS e componente del Tavolo Tecnico Nazionale per la Salute Mentale istituito presso il Ministero della Salute

Buon pomeriggio a tutte e tutti e grazie per la vostra partecipazione. Questa seconda Conferenza Nazionale Salute Mentale, promossa dal Ministero della Salute, si tiene a distanza di venti anni dalla precedente. Come sapete è stata fortemente voluta e sollecitata da una ampia rappresentanza di organizzazioni della società civile che non hanno smesso di mantenere alto il confronto e il dibattito pubblico sul tema della salute mentale e sulle gravi criticità in cui versano la gran parte dei servizi nel territorio nazionale, si sono tenute conferenze autoorganizzate e seminari preparatori finalizzati appunto a sostenere la realizzazione di questo importante appuntamento istituzionale che ci fa ben sperare. Abbiamo tutti ascoltato le importanti parole, in apertura dei lavori di questa mattina, del Presidente Mattarella e di Papa Francesco, sempre attenti e vicini alle istanze delle famiglie e delle persone più in difficoltà. Mi sento di ringraziare in particolare, il Ministro Speranza e la Ministra Catarbia per le loro importanti parole e per gli impegni che hanno dichiarato, con semplicità e sincerità, di voler assumere, per un sistema di salute mentale di comunità partecipata e responsabile ovunque nel Paese, nell'ottica del rispetto dei diritti e della dignità umana, per dare finalmente risposte adeguate, tempestive, risolutive alla complessità dei bisogni di chi vive la condizione della sofferenza mentale, nei luoghi della vita reale, nella comunità di appartenenza, con la partecipazione attiva della comunità. Anche attraverso la messa a disposizione delle risorse umane e finanziarie necessarie. Il tema che ci apprestiamo ad affrontare riguarda il ruolo delle associazioni degli utenti e dei familiari e del volontariato nel campo della salute mentale, il nostro impegno e le nostre proposte per raggiungere tutti insieme l'obiettivo che ci siamo prefissati. Questo pomeriggio di lavoro tra di noi dovrà evidenziare certamente le criticità con cui quotidianamente ci misuriamo, ma, in particolare, produrre proposte utili per un decisivo cambio di rotta che riporti la questione della salute mentale al centro delle politiche pubbliche per abbattere le disuguaglianze organizzative, culturali e finanziarie presenti sul territorio nazionale, per garantire su tutto il territorio nazionale buoni servizi di salute mentale di comunità rispettosi dei diritti e dei bisogni della persona, Con la piena

e responsabile partecipazione delle organizzazioni dei familiari e degli utenti (e del mondo del volontariato) nella programmazione dei piani di intervento e dei programmi regionali sulla organizzazione dei servizi e sulla qualità degli interventi, come stabilito dalle nostre norme. Il Progetto Obiettivo Nazionale Salute Mentale 98/2000 (ricordo che sono gli anni del definitivo superamento dei manicomi che ci ha visti fortemente impegnati), evidenziava già venti anni fa gli interventi prioritari su cui occorreva agire, prendendo spunto dalle migliori pratiche di salute mentale già esistenti nel nostro Paese. Anche da una analisi effettuata, dal Tavolo Tecnico Ministeriale, sullo stato di attuazione del Piano Nazionale Salute Mentale, approvato nel 2013 emerge un quadro drammaticamente preoccupante. Il nostro ruolo ci richiama quindi alla partecipazione, all'azione concreta a tutela dei diritti (come tante nostre esperienze dimostrano oramai da decenni), alla collaborazione con i servizi e la comunità, alla sensibilizzazione della società, ma anche al coraggio della denuncia. Oggi in tanti guardano a questa Conferenza con fiducia e speranza, in particolare i familiari e le persone che vivono la condizione della sofferenza mentale, ma anche con preoccupazione. Non da oggi ribadiamo con forza la necessità di una forte azione politica, a livello governativo, che riprenda la strada interrotta della trasformazione culturale e pratica, dalla psichiatria repressiva alla salute mentale di comunità, rispettosa dei diritti, avviata dalla Legge 180 ma già indicata nei valori e nei principi della nostra Carta Costituzionale. Rivoluzione culturale che ha rimesso al centro dell'interesse pubblico la persona umana nel rispetto della dignità e nella libertà. Una rivoluzione non ampiamente compiuta ovunque ma che ha dimostrato che è possibile farsi carico della sofferenza umana senza rinchiudere senza abbandonare. La Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità è lo strumento che consente di combattere le discriminazioni e le violazioni dei diritti umani delle persone con disabilità, con fragilità sociali, e con problemi di salute mentale. Deve essere garantito il rispetto per la dignità umana e favorire i processi di autonomia ed emancipazione sociale, compresa la libertà di compiere le proprie scelte. Occorre superare le disuguaglianze territoriali tra regioni e tra dipartimenti di salute mentale. Definire un bacino di utenza "governabile" per ciascun Dipartimento di Salute Mentale, garantire Centri di Salute Mentale di prossimità, diffusi sul territorio, aperti sulle 24 ore 7 giorni su 7, che permettano interventi personalizzati, tempestivi, di elevata qualità, integrati, partecipati e verificabili anche attraverso lo strumento del budget di salute. Servizi aperti alla partecipazione e alla collaborazione degli utenti, dei loro familiari e delle associazioni che li rappresentano. Occorre riconoscere il loro ruolo attivo all'interno di Consulte Dipartimentali. Le Associazioni, hanno dimostrato in tante parti del territorio nazionale di essere un valore aggiunto fondamentale, non solo nella lotta all'internamento ma nei percorsi di ripresa e di inclusione delle persone, nella profonda conoscenza del territorio e nella capacità di azione comune con altre esperienze al servizio dell'intera collettività. La ricchezza di quanto prodotto negli anni, grazie ai saperi esperienziali, va riconosciuta e ne va valorizzata la necessaria e imprescindibile indipendenza. Preoccupa inoltre la

condizione delle persone con sofferenza autrici di reato. Non ci può essere cura nella segregazione e nell'internamento (come i manicomi e gli ospedali psichiatrici giudiziari hanno dimostrato). Le storie drammatiche delle donne e degli uomini con sofferenza mentale rinchiusi nelle carceri italiane parlano alle nostre coscienze e richiamano la società intera ad intervenire. I Dipartimenti di Salute Mentale devono essere richiamati al loro compito e devono garantire percorsi terapeutici riabilitativi alternativi alla detenzione nelle forme già sperimentate in altri territori. Da questo nostro tavolo deve partire la richiesta forte affinché venga fatta piena luce su ciò che esiste nel nostro territorio, regione per regione, sulla regolarità di funzionamento delle strutture, sulle corrette dotazioni organiche e sulla professionalità di chi vi opera, sulla qualità della vita delle persone accolte. E si avvii un processo per il superamento di tutti quei luoghi che hanno le caratteristiche inequivocabili dei grandi contenitori dell'istituzionalizzazione, unitamente al superamento di qualunque forma di coercizione fisica e meccanica che viene praticata non solo nei SPDC ma in tanti luoghi della cura e dell'assistenza.

INTERVENTI

Stefania Buoni

Presidente COMIP - CHILDREN OF MENTALLY ILL PARENTS – Associazione di Promozione Sociale

“FIGLI DI GENITORI CON UN DISTURBO MENTALE: da Invisibili ad Agenti Attivi di Cambiamento”

Una persona su quattro nel mondo, secondo l'OMS, soffre di un disturbo psichico. Circa 1/4 sono genitori. Chi pensa ai loro figli? La prevenzione inizia proprio da qui. I genitori non sempre sono diagnosticati, non tutti sono seguiti dai servizi. E se io come figlio, bambino o adolescente, vivo solo con mamma o papà che sta male? Chi è che aiuta me? Noi figli, in assenza di una spiegazione adeguata alla nostra età, ci diamo da soli una spiegazione ben peggiore. Spesso prevale il senso di colpa: non sono degno di amore, ho sbagliato qualcosa io. Possiamo, tutti insieme, arrivare prima. Questo tabù deve cadere. Educandoci fin da piccoli a prenderci cura della nostra salute sia fisica che mentale, farlo nelle scuole. Questa è la rivoluzione culturale che desideriamo realizzare.

Se il mio genitore non ha consapevolezza di ciò che accade dentro di sé, se sono solo non so a chi chiedere aiuto e vivo situazioni ben al di sopra della mia età. In assenza di supporto, rischio di ammalarmi anche io. Non per mera genetica, ma per i fattori ambientali e la mancanza di prevenzione. Il paradosso è che un'attenzione solo sul paziente, e non sul

nucleo familiare e la genitorialità, fa sì che io figlio o non venga visto o venga visto solo in quanto potenziale “erede” del disturbo, oppure, compiuti i 18 anni, divento il caregiver su cui riversare responsabilità enormi.

Come associazione di figli chiediamo con forza di non essere caricati del ruolo di *caregiver*, specialmente in un’età in cui ci affacciamo alla vita ed abbiamo già pagato un prezzo altissimo, perché vivere in casa con un genitore che non sta bene, se non è supportato e curato e io non ricevo un aiuto per me stesso, ha un impatto sulla vita scolastica, lavorativa, relazionale e sulla mia possibilità di farcela nella vita perché sono sovraccaricato.

Chiediamo un aumento dell’investimento pubblico annuale in salute mentale dal 3% ad almeno il 10%. Chiediamo di potenziare il sostegno alle famiglie perché prevenire si può ma soprattutto si deve. Non possiamo più attendere. Chiediamo che progetti locali di ispirazione internazionale come “Semola” di Milano, “Figli in Penombra” di Modena ed altre buone pratiche come “Share4Carers”, diventino linee guida nazionali perché non deve più essere una questione di fortuna se ricevi un aiuto oppure no. È un diritto umano fondamentale. Il supporto alla genitorialità è uno degli elementi di valore per aiutare il genitore, qualora possa farcela, a recuperare questo ruolo, ma allo stesso modo non va dato al figlio l’obbligo di prendersene carico, altrimenti si finisce per stare male tutti quanti.

Ci vogliono diritti e doveri: il diritto alla salute mentale ed anche il dovere di prendersene cura, però tutto ciò va incluso in una rete. È importantissimo formare, oltre ai medici di base, anche le forze dell’ordine su come riconoscere un paziente in stato di agitazione o come comportarsi con bambini che assistono a un TSO. Allo stesso modo anche gli avvocati che si occupano delle separazioni, il Tribunale dei Minori, insegnanti, assistenti sociali e tante altre figure. Oggi qui parlo a nome di tantissimi figli. Chiediamo di iniziare ad aprire varchi in questo muro di silenzio. Si può parlare del tema genitori con disturbo mentale e dei figli di genitori con disturbo mentale. Chiediamo di non etichettarci, di non vederci solo come *caregiver*, di non vederci come destinati ad ereditare la malattia. Chiediamo più prevenzione, chiediamo partecipazione attiva da parte nostra agli interventi che vengono realizzati perché “niente che ci riguardi senza di noi”. Mai più invisibili!

Felicia Giagnotti

Presidente Fondazione Progetto Itaca Milano

Il ruolo delle Associazioni di utenti, familiari e del volontariato nei servizi di salute mentale.

Cosa può fare Progetto Itaca per la trasformazione dei Servizi di Salute mentale e la creazione di una rete di salute mentale di comunità? Alcune informazioni: siamo la

più grande Associazioni per la salute mentale diffusa su tutto il territorio nazionale con 15 sedi operative, da Torino a Palermo. Nati nel 1999, oggi raccogliamo più di 700 volontari formati ed operativi, centinaia di Amici, Sostenitori e Benefattori (vedi www.progettoitaca.org). Una forza collettiva che già oggi esercita un grosso impatto con i suoi Progetti e la sua attività. In questi anni abbiamo accumulato conoscenza ed esperienza grazie ad una linea telefonica nazionale che riceve 10-12 mila telefonate annue, con una crescita esponenziale in seguito alla pandemia. Tocchiamo con mano ogni giorno la realtà di pazienti, famigliari e dei servizi del paese in questo settore.

- Quale contributo possiamo offrire?
- Dal 2001 P.I. ha promosso il Progetto Informazione e Prevenzione per la salute mentale nelle Scuole Superiori, in quasi tutte le Regioni d'Italia, coinvolgendo molte decine di Istituti Scolastici e migliaia di studenti (di tale progetto si è data notizia già nel primo Tavolo della Conferenza Nazionale). Il Progetto, rivolto agli adolescenti e a giovani adulti (14-21 anni) riempie un vuoto di iniziative per la lotta allo stigma, la prevenzione e l'orientamento tempestivo alla cura per questa fascia di età. Il Progetto gratuito, può essere di valido aiuto alle strutture della cura per gli adolescenti.
- Servizi di supporto informazione e formazione per i famigliari di persone con malattie mentali al fine di un coinvolgimento attivo e consapevole nel percorso di cura. I Corsi NAMI (National Alliance on Mental Illness) di cui P.I. ha acquisito i diritti di uso e diffusione insieme ai nostri gruppi di Auto Aiuto sono un ulteriore strumento che potremmo mettere a disposizione delle Strutture pubbliche colmando anche qui, gratuitamente, un'offerta insufficiente. I Corsi NAMI sono rivolti ai Famigliari (Famiglia a Famiglia) ai pazienti (Pari a Pari) ed agli operatori sanitari di ogni livello (Provider) e sono fondati sul principio del rapporto tra pari e sulla valorizzazione del contributo che le associazioni di pazienti e famigliari possono offrire anche agli specialisti della cura.
- Recovery e riabilitazione socio-lavorativa
P.I. ha sperimentato in 9 centri "Club Itaca" un modello di recovery e riabilitazione socio-riabilitativo mutuato da un'esperienza americana (Clubhouse International). Il modello si colloca nella parte finale del processo riabilitativo per persone adeguatamente curate e stabilizzate. I soci di Club Itaca, non più pazienti/utenti, gestiscono la struttura assieme al personale di staff non specialistico ma compagni di lavoro e supporto organizzativo. Si avviano all'autonomia abitativa e all'inserimento in aziende del territorio in presenza o in smart-working. Questo modello non si sovrappone né sostituisce ciò che viene già fatto nelle strutture, ma si concentra nella parte finale del percorso offrendo strumenti per riorganizzare la propria esistenza e raggiungere una migliore qualità di vita.
Concludendo gli ambiti della collaborazione che P.I. mette a disposizione delle persone malate e delle strutture di cura sono tante, innovative e perfettamente in linea con la creazione di un'effettiva psichiatria di comunità.

Marco Goglio

Partecipanti al gruppo del Collegio DSM, in ordine alfabetico:

Giuseppe Cardamone, Renzo De Stefani, Marco Goglio, Patrizia Lorenzetti, Vito Lo Zito, Angelo Malinconico, Antonio Mastroeni, Enzo Serio, Luca Tarantola, Flavio Vischio

I Dipartimenti di Salute Mentale in co-progettazione col il Terzo e Quarto settore.

Il Collegio Nazionale dei Dipartimenti di Salute Mentale, formato da Direttori di Dipartimento e di Unità Operativa, con adesione della maggior parte delle Regioni italiane, ha approvato un documento di sostegno alla collaborazione col mondo delle Associazioni (Terzo e Quarto settore) ed in particolare alla valorizzazione del supporto tra pari che in Italia prende varie denominazioni: ESP (Esperto in supporto tra pari), UFE (Utente Familiare Esperto), Facilitatore, Orientatore.

Accenni storici

Dopo la legge 180 sono molti i documenti nazionali e internazionali che hanno sottolineato l'importanza di queste collaborazioni:

- “Carta di Ottawa per la promozione della salute” (OMS, 1986). La promozione della salute coinvolge l'intera comunità: scuola, famiglia, lavoro.
- Piano d'azione europeo per la salute mentale (OMS 2013-2020)
 1. Empowerment delle persone con disagio psichico
 2. Le stesse persone malate promuovono formazione nelle scuole, nelle università, per gli operatori.
 3. Fornire ad utenti e familiari le risorse per la co-produzione.
- Commissione Lancet (2018): salute mentale globale e lo sviluppo sostenibile.
 - 1.Cogliere le opportunità offerte da “specialisti non formati”
 2. Co-costruzione e rinnovo dei Servizi per la salute mentale

Situazione Italiana

Da 20 anni si sono sviluppate esperienze innovative nei Servizi: il movimento “Le parole ritrovate” nato a Trento, i peer support di Trieste, gli ESP della Regione Lombardia, la RETE Regionale dell'Emilia Romagna con l'ESP-Orientatore. Altre esperienze sono attive in Piemonte, Toscana, Liguria, Umbria, Lazio, Puglia, Sicilia.

Chi è l'Esperto in Supporto tra Pari

È una persona che ha attraversato il disagio psichico e, valorizzando il percorso di ‘recovery’, affianca altre persone con sofferenza. È presente all'interno dei Servizi di Salute Mentale: SPDC, comunità, Residenzialità Leggera, Centri Diurni, CSM. Affianca altri utenti nelle fasi di criticità della malattia e nei percorsi di cittadinanza attiva (socialità, abitare, lavoro).

Svolge interventi anche in altri contesti: nel campo dell'Arte (Art Up di Milano), nelle RSA per anziani, con Enti Comunali, con Associazioni che si occupano di altre fragilità. Esistono anche esperienze analoghe di supporto tra homeless, tra persone con

dipendenze da sostanze, tra migranti, tra ex carcerati, tra adolescenti.

Dalla Co-progettazione alla Co-produzione: il 'design' dei Servizi

Dalla progettazione comune condivisa tra Servizio, Utenti, Familiari e Stakeholder può svilupparsi una co-produzione dei nostri Servizi più aderente ai bisogni di cura.

Per andare in questa direzione è necessaria un'apertura dei Servizi di Salute Mentale e la promozione di nuovi modelli che possano promuovere un'architettura dei percorsi di cura e valorizzare al meglio le risorse della persona, della famiglia, degli strumenti che stiamo sviluppando in Italia: dal budget salute alle Case di comunità.

Alcune precisazioni per evitare dubbi

1. L'Esperto in Supporto tra Pari non sostituisce altri professionisti: Educatori/TERP, Infermieri, Assistenti Sociali
2. Sono tenuti al rispetto della privacy e coinvolti sui temi della sicurezza
3. Sono in grado di distinguere competenze e ruoli diversi tra personale clinico ed il proprio valore esperienziale. Tutor/operatori si confrontano con la loro attività.

10 Obiettivi e Azioni

1. Includere utenti Esperti nei Servizi
2. Coinvolgerli in nuove attività di Supporto
3. Rimuovere barriere che ostacolano il loro impiego
4. Al Ministro: individuate modalità di finanziamento
5. Stato, le Regioni e Aziende Sanitarie stanziino una quota del finanziamento dei DSM per il supporto.
6. Favorire attività di supporto per care giver.
7. Promuovere utenti Esperti per operare anche da remoto
8. Promuovere progetti di ricerca.
9. Utenti Esperti rappresentanti nelle Istituzioni.
10. Certificare il ruolo di utenti esperti.

Eluisa Lo Presti

Autismo Toscana

Le persone con disturbo dello spettro autistico (DSA) e/o disabilità intellettiva (DI) sono a pieno titolo meritevoli delle attenzioni, delle cure e anche degli studi, della comunità della Salute Mentale?

1. Abilitazione per tutta la vita. Chi è lo specialista di riferimento delle persone adulte con DSA?

Com'è noto al compimento del 18 anno, quando la neuropsichiatria infantile non può più occuparsene, la persona con DSA/DI viene lasciata senza riferimento specialistico. Inutile parlare di transizione come si sente fare quasi ossessivamente nei servizi, facendoci percepire la questione più come un problema di scarico da un servizio che non

trova rispondenza nell'altro, che come la necessità di un corretto passaggio "in cura". Nell'organizzazione sanitaria della maggior parte delle Regioni del nostro Paese non è prevista una figura medica competente che si occupi di programmare e verificare la congruità dei percorsi di vita e degli interventi attuati nei centri di socializzazione e di riabilitazione, nelle cosiddette residenze sanitarie per disabili, che sono badantati. Invece è dimostrata l'utilità di abilitazione continuativa per tutta la vita.

Questo è dovuto in primis alla mancanza di formazione dei medici specialisti in psichiatria e psicologi, ma anche e soprattutto delle altre figure professionali- educatori, tecnici della riabilitazione, infermieri, all'assenza di un'équipe dedicata che rappresenti il punto di approdo della famigerata transizione.

2.Cura della psicopatologia. È dimostrato che le persone con DNS e/o DI manifestano disturbi psicopatologici, con un'incidenza 4 volte maggiore rispetto alla popolazione generale. Nonostante queste evidenze le persone adulte con DI/DSA la presa in carico si riduce al trattamento farmacologico con tranquillanti maggiori o le persone vengono rimandate ai servizi sociali o alle famiglie, costrette a ricercare autonomamente qualche professionista disponibile ad offrire delle cure. Quindi ci sono due priorità:

- introdurre nei corsi di laurea in medicina e di specializzazione in psichiatria delle università la materia della salute mentale di questa popolazione;
- dare chiaro indirizzo ai DSM di costituire équipe multidisciplinari e multiprofessionali -ex L.134/2015, adeguatamente formate, che in strettissima collaborazione con il case manager della persona con DSA, costituisca la base per la costruzione del progetto di vita della persona, in rete con la famiglia e con la comunità.

Con queste basi, sarebbe possibile che gli operatori della Salute Mentale fossero gli alferi nel mondo della costruzione di una vita piena, libera e dignitosa delle persone con DNS/DI.

3. Deistituzionalizzazione. Si tratta di scegliere l'indirizzo etico - politico tra due visioni: l'istituto e la vita.

- a. l'istituto, che semplifica, vedendo soltanto il paziente e la sua malattia, riducendo alla gestione di una struttura di ricovero o di un centro diurno.
- a. un progetto di vita "individuale" e correlato budget di salute, che complica, che restituisce alle persone la complessità di pensiero della vita, ciascuna diversa dall'altra e che pertanto, investe tutta la comunità, tutta l'amministrazione di una città che deve essere pensata anche in quest'ottica in tutti i settori: urbanistica, attività produttive, sport, tempo libero, associazionismo e volontariato oltre a sociale e sanità. Qui la politica e l'amministrazione tornano ad essere protagoniste, aprendo una discussione e sperimentando, con la visione dei diritti di cittadinanza che cerca di rispondere non soltanto ai bisogni primari (mangiare, dormire, stare puliti), ma ai bisogni radicali di libertà e di amore, di dignità.

Una scelta politica per il Parlamento, per gli amministratori, per i cittadini, etica e professionale per i medici e gli operatori sanitari.

Luca Negrognò

Ricercatore indipendente

La situazione post-pandemica mette l'ambito della riproduzione sociale in una fase critica. La salute è messa a rischio dai processi di innovazione innescati in ambito economico e produttivo, caratterizzati da una tendenziale deregolamentazione a detrimento di tutele collettive e tenuta sociale; d'altra parte la centralità assunta dai sistemi sanitari con il Covid rischia di tradursi in un'ulteriore preponderanza delle logiche mediche prestazionali, a svantaggio di una impostazione territoriale, preventiva e integrata con la dimensione sociale. In questo contesto le associazioni hanno il compito di costituirsi come interlocutore pubblico per esercitare il controllo popolare sulle scelte politiche e aziendali in ambito sociale, sanitario e sociosanitario, per elaborare nuovi modelli di lettura dei fenomeni di sofferenza, per proporre forme di cura coprodotte, orientate a un'idea di salute intersezionale, saldamente centrate sui determinanti sociali e portatrici di pratiche emancipatorie.

Anna Maria Palmieri

Fondazione Internazionale Don Luigi Di Liegro onlus

Per un sistema di cura integrato nella comunità e sul territorio. Il ruolo del privato sociale

L'allerta sul sostegno psicologico delle persone più vulnerabili è alta. La pandemia ha fatto puntare un faro sulla salute mentale della popolazione come mai successo prima d'ora. Tuttavia chi si occupa di salute mentale sa che la crisi è arrivata ben prima in un settore della sanità che più di altri fa i conti da anni con tagli di risorse che incidono su modalità e tempi di accesso ai servizi, sul numero di strutture territoriali, sulla gestione dell'emergenza psichiatrica, sui fondi da dedicare alle attività di riabilitazione psicosociale. Accanto a chi oggi, a causa dei molteplici effetti diretti e indiretti della pandemia, vive per la prima volta difficoltà psicologiche, ci sono anche le persone e le famiglie per cui le nuove difficoltà psico-socio-economiche sono andate a sommarsi a quelle iniziate ben prima del marzo 2020. In quest'ultimo anno e mezzo più che mai, ci siamo interrogati se l'attore principale dei percorsi di cura dei cittadini, il nostro Sistema Sanitario Nazionale, abbia sufficienti forze e risorse per accogliere e curare l'ondata crescente di disagio psichico iniziata durante la pandemia e che con ragionevole certezza continuerà ad aumentare nei mesi seguenti. Ma la vera domanda da porsi è: l'ente pubblico DEVE farcela da solo? La pandemia Covid 19 ha evidenziato in modo drammatico che quando vengono meno le risorse, gli investimenti, un progetto di tutela della salute lungimirante e di prossimità, diffuso in modo capillare nei territori, la cura della salute diventa difficile, se non impossibile. Per la salute mentale questo è ancor più vero. Ci chiediamo allora, cosa

possono fare gli enti del privato sociale per farsi sostenitori e garanti di un modello di psichiatria territoriale e di comunità?

Crediamo che gli enti del terzo settore possano svolgere un ruolo decisivo nell'affrontare i problemi là dove si generano, nei territori, unendo al contributo dell'ente pubblico le altre forze della società civile, gli attori dell'assistenza informale, in una dinamica di valore complementare e che miri all'integrazione di più livelli di intervento.

Questo è il modello che la Fondazione Di Liegro propone per promuovere dei sistemi di cura integrati e coerenti nella comunità e sul territorio e questi gli spunti di riflessione che emergono dal nostro lavoro operativo e di ricerca:

- il principio di sussidiarietà orizzontale non va inteso come delega ma come circolarità virtuosa tra servizio pubblico e enti del terzo settore
- realizzare progetti che perseguano una effettiva integrazione socio sanitaria per sostenere con maggiore efficacia i percorsi di recovery
- attenzione privilegiata alla fascia di età giovanile: prevenzione, intervento precoce e servizi dedicati all'infanzia, all'adolescenza e ai giovani adulti.
- formare e rafforzare le prime linee dell'intervento: medici di famiglia, personale scolastico, consultori familiari attori purtroppo ancora marginali nella salute mentale
- accompagnare le famiglie e gli utenti nella conoscenza e gestione della malattia.
- coinvolgere la cittadinanza. informare, formare e sensibilizzare la comunità.

Luciano Rizzi

LA METROPOLITANA URBANA PEDONALE

UN BINARIO PER LA SALUTE E PER LA SALUTE MENTALE

Un'infrastruttura tecnica e immateriale di prossimità che promuove un progetto per la salute di comunità. Un impianto educativo per la salute dal costo irrisorio che andrebbe realizzato in ogni comune o quartiere.

Il 25 Novembre 2020, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha pubblicato le "linee guida sull'attività fisica e sul comportamento sedentario".

Dalle linee guida: "Per tutti i gruppi di popolazione l'attività fisica regolare migliora la salute mentale (riduzione dei sintomi di ansia, depressione e depressione post-partum), la salute cognitiva e il sonno.

L'attività fisica regolare migliora la funzione fisica e cognitiva negli individui con malattia di Parkinson e in quelli con una storia di ictus, può migliorare la qualità della vita negli adulti con schizofrenia, e può migliorare la funzione fisica negli adulti con disabilità intellettiva".

IMPIANTI EDUCATIVI PER LA SALUTE.

Questa è la mia definizione: "luoghi e spazi di facile accesso e di prossimità ai luoghi di vita, dove non dobbiamo produrre una gamma di opportunità sportive e servizi da

offrire alle persone, ma piuttosto un'opportunità per le persone di offrirsi un esercizio fisico per tutta la vita”.

METROPOLITANA URBANA PEDONALE

La metropolitana urbana pedonale è un impianto educativo per la camminata veloce. Non un progetto per la salute. Ma lo diverrà nel medio periodo attraverso l'autogestione della comunità.

Devo ora porre l'accento su una cosa molto importante e poco nota: “l'esercizio fisico della camminata veloce è efficiente o in resa salute, quando lo si fa sullo stesso percorso in piano, alla stessa ora del giorno e minimo 3, meglio 5 giorni la settimana”.

La metropolitana urbana pedonale è il miglior percorso pedonale/circolare, nel centro del Comune o del quartiere, di 6 km circa e 7 stazioni per salire e scendere dal binario.

L'orario dei treni (convogli umani) prevede 6 treni al giorno nei giorni di lunedì, mercoledì e venerdì: ore 6:00 (Freccia Bianca), ore 9:00 (Regionale) - ore 15:00 (Intercity) – ore 19:00 (Intercity, Freccia Bianca, Freccia Rossa).

C'è chi critica l'invariabilità del binario (aspetto non casuale). Sì, il binario è sempre lo stesso ma questo non è un problema, anzi. Il binario è come la strada che ti porta a casa: conosci tutto il percorso, le distanze, i punti di pericolo; sai dosare la velocità, quando rallentare o fermarti. Tornare sul binario è come tornare a casa. Lì ti senti sicura e più forte. Lì acquisti il tuo potere interno.

La metropolitana urbana pedonale è un gioco serio per la salute a km 0, costo 0, impatto 0, e ad alto ricavo della salute per chi ci sale.

Si “sale” sul progetto in modo individuale e autogestito, per poi arrivare gradualmente a piccoli gruppi di comunità, e competenti.

L'obiettivo del progetto è far crescere il potere interno alle persone che le porta a prendere decisioni al riguardo della propria salute. È l'empowerment, che non può essere dato ma va conquistato.

Non è un progetto facile da avviare perché non si vede e non è riconoscibile. Ed è molto difficile fare alzare un seduto. Per poterla avviare e farla funzionare serve l'innesco degli operatori sanitari.

Città Attiva, in tutte le sue declinazioni, è frutto della progettualità e degli studi fatti da Costruire in Project Srl e dall'Ing. Luciano Rizzi, come proprio filone professionale di Ricerca e Sviluppo.

La metropolitana urbana pedonale è un progetto di Città Attiva (www.cittattiva.info).

Laura Vittani

AS.V.A.P.4

As.V.A.P.4 è presente sul territorio saronnese (VA) da oltre 25 anni. La nostra azione si è sempre concentrata nel sostenere le solitudini dei pazienti e dei familiari grazie ai gruppi AMA, alla collaborazione con i servizi per attività di risocializzazione per tutti gli utenti; organizziamo inoltre eventi pubblici e gruppi terapeutici per la gestione dell'ansia e degli

attacchi di panico.

Poco prima dell'inizio dell'inizio della pandemia abbiamo attivato uno sportello di primo orientamento sulla salute mentale. Lo sportello è nato da una collaborazione con il Comune di Saronno e con UOP di Psichiatria ed è gestito tramite la cooperativa CLS SUN CHI di Saronno da ESP e volontari Asvap. L'idea dello sportello nasceva dall'aver sperimentato in prima persona come familiari e dall'aver accolto nel tempo una molteplicità di segnalazioni da parte di utenti e familiari di un grande disorientamento nel capire a chi rivolgersi soprattutto nelle fasi di esordio della malattia e nei suoi cambiamenti di stato significativi. L'organizzazione di questo sportello ci ha dato l'occasione di toccare con mano e rendere ancora più plastiche alcune criticità che da sempre abbiamo incontrato e che desideriamo qui condividere.

Non esiste una gestione unitaria ed integrata della salute mentale: per la sola zona di Saronno abbiamo mappato decine e decine di indirizzi a testimonianza dell'enorme frammentazione che esiste in Italia nella gestione della salute mentale, inoltre i diversi attori che entrano in gioco nel percorso di malattia - e vita - del paziente non interagiscono in modo sinergico ed è spesso compito del familiare far lavorare in rete i diversi interlocutori.

Non tutto ha una presa in carico: nell'incrociare domanda e offerta di servizi ci siamo resi conto che esistono aree grigie che sembrano non essere responsabilità diretta di nessuno e vengono rimbalzate da diversi soggetti con grande sconforto e senso di impotenza dei familiari.

Esiste una ampia offerta di prestazioni privatistiche a pagamento, il pubblico si limita alla gestione delle acuzie e di alcune gravi patologie psichiatriche. Il panorama che abbiamo mappato presenta un numero limitato di servizi pubblici e un'offerta piuttosto ricca in ambito privato con costi spesso inaccessibili ai più.

Si riscontra una totale mancanza di strumenti di conoscenza e accompagnamento per gli utenti e i familiari. Oggi un malato o un familiare che desideri documentarsi su cosa fare e come agire NON ha sua disposizione nessun materiale ufficiale utile.

Come si interagisce durante una crisi psicotica? Come si parla ad un depresso? Come si gestisce un adolescente in rientro in famiglia dopo un ricovero coatto? Come si aiutano i figli di una mamma bipolare alle prese con una difficile quotidianità?

Anche a livello di strutture non è chiaro quale sia l'offerta presente sul nostro territorio: Quali tipologie di comunità esistono? Cosa sono le residenzialità leggere? Quali sono i diritti del malato psichico? Come ci si accede?

L'organizzazione di questo sportello "amatoriale" ci ha reso ancora più consapevoli del fatto che sia veramente imprescindibile creare strutture analoghe a livello nazionale che fungano da punti di contatto e orientamento sull'intero spettro del disagio psichico e che possano anche agire in termini di prevenzione.

Il secondo passo è ripensare l'insieme dell'offerta di servizi in questo ambito, creando reali meccanismi di integrazione tra i vari attori del sistema - sia pubblici che privati- per

non lasciare questo difficile compito di “regista” ai familiari.

Ugo Vona

Per contare Di Più ODV Associazione Biellese Familiari e/o Persone con Esperienza Sofferenza Mentale. L'associazione promuove attività socio-riabilitative per favorire il reinserimento sociale e l'effettivo e concreto esercizio dei diritti civili, aderisce all'UNASAM nazionale e coordinamento regionale. Ha un ruolo attivo al Tavolo per la Promozione della Salute Mentale Biellese “La comunità che guarisce” rappresentativo delle realtà impegnate sul territorio nel settore della salute mentale, in prospettiva di una rete integrata. L'Associazione propone di intervenire nelle seguenti aree: - “IL LAVORO È TERAPIA” PROPOSTA PROGETTUALE PER L'INSERIMENTO LAVORATIVO DI PERSONE CON DISABILITÀ PSICHICA, le opportunità per le persone con disturbi psichici di inserirsi nel mercato del lavoro sono molto limitate, se paragonate a quelle dei disabili con altre patologie. Sarebbe importante investire nel settore scuola promuovendo per i minori in età evolutiva, sia seguiti che non ancora in carico alla struttura complessa di Neuropsichiatria Infantile, un percorso di formazione al lavoro da attuarsi durante il ciclo scolastico, al fine di ridurre il più possibile il gap fra il termine dello studio e l'inserimento occupazionale. -PROGETTO MOSSO L'amministrazione comunale di un paese biellese (Mosso) ha ristrutturato, con fondi regionali, un immobile composto da cinque unità abitative per un totale di dieci posti letto. Le ha destinate a persone con fragilità mentale, inserite nella fase conclusiva di progetti riabilitativi, per favorire una reale integrazione degli stessi nella comunità. Si auspica la realizzazione di esperienze simili in altri comuni. -CORSO BASE DI FORMAZIONE per la valutazione degli stati mentali a rischio, occorre investire in corsi per creare un gruppo di esperti provenienti da Psichiatria, NPI, SERD che si dedichi in modo multidisciplinare alla captazione precoce del disagio psichico e che possa in forma trasversale trattare la problematica in modo integrato (Psichiatria, NPI; SERD). Inoltre riteniamo indispensabile l'attivazione di Ambulatori Integrati di Doppia Diagnosi, equipe con l'obiettivo e il perfezionamento di presa in carico e del trattamento integrato delle persone con patologie psichiatriche e disturbo da uso di sostanze. Tali situazioni cliniche prevalentemente caratterizzate da elevato livello di gravità richiedono prese in carico fortemente integrate, la gestione clinica dovrà quindi essere gestita da equipe specialistica composta da operatori dei Dipartimenti della Psichiatria, SERD e NPI. Riteniamo indispensabile, per garantire un adeguato livello di assistenza i seguenti punti: -Prevedere dotazione finanziaria per la Salute Mentale pari almeno al 5% del Fabbisogno Sanitario Nazionale; -Centri di Salute Mentale con ambiti territoriali, aperti almeno 12 ore al giorno e fino a 24 ore, 7 giorni su 7; -Progetti di cura personalizzati sostenuti dal budget di salute; -specifiche misure per il contrasto delle “cattive pratiche” della contenzione che, nell'esecuzione dei TSO,

prevedano il divieto dell'impiego della pistola elettrica; -ricostruzione dell'Organismo di monitoraggio sul processo di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG); -Formalizzazione di contesti e modalità che assicurino la piena partecipazione e il coinvolgimento di cittadini, forze sociali e sindacali negli organismi decisionali a tutti i livelli. Ripensamento di un corretto rapporto numerico Operatori/Assistiti con adeguamento dell'organico, visto l'aumento dei malati a fronte della sempre più evidente carenza di personale.

Fabrizio Starace | *Componente del Consiglio Superiore di Sanità*

Signori Ministri, Autorità, Colleghi,

La Conferenza della Salute Mentale che ci apprestiamo a celebrare nel secondo anno del COVID è un'occasione per affermare il primato dell'umanità, della forza di reazione, della capacità di ripresa di una comunità di fronte alla sfida della pandemia.

L'analisi critica di quello che è accaduto in questo anno e mezzo ci offre una opportunità decisiva, forse irripetibile, per rilanciare nel nostro Paese il sistema sanitario pubblico e, al suo interno, il sistema di cura per la salute mentale.

Come avvenne alla fine degli anni '70 con la legge 833 e con la 180 che l'aveva preceduta, anche in questo caso l'obiettivo è la progettazione e costruzione di un nuovo welfare di inclusione, riprendendo e aggiornando i principi di quella grande stagione di riforme.

Dare risposta ai bisogni di cura ed autonomia delle persone con problemi di salute mentale o dipendenze, delle persone anziane, dei minori, dei disabili è possibile: lo dimostrano numerose esperienze condotte in modo diffuso, purtroppo non generalizzato, sul territorio nazionale.

Con un numero di posti letto tra i più bassi dei Paesi Ocse, una frequenza di trattamenti obbligatori che è anche 20-30 volte inferiore a quella di molti Paesi anglosassoni o scandinavi, l'Italia ha mostrato da lungo tempo che è possibile fare a meno degli Ospedali psichiatrici e più recentemente anche degli Ospedali psichiatrici giudiziari, ponendo fine ai trattamenti inumani e degradanti che in quei luoghi si perpetravano. È possibile, cioè, affrontare i disturbi psichiatrici sul territorio, nei luoghi di vita, attraverso una rete capillare di servizi di comunità, in grado di stabilire contatto e presa in carico, evitando l'istituzionalizzazione della sofferenza.

Inoltre, con l'azione combinata e coordinata d'interventi sanitari e sociali, con la reale intersectorialità della Salute Mentale nelle politiche dell'istruzione, del lavoro, della casa, dell'inclusione comunitaria, l'Italia ha dato corpo e sostanza ai principi di cittadinanza e di non-discriminazione stabiliti dalla Costituzione Italiana e dalle Carte fondamentali Europea, delle Nazioni Unite.

I risultati conseguiti, che fanno di questo sistema di cura e inclusione sociale un vero e proprio laboratorio di comunità a cielo aperto, cui Organismi Internazionali e altri Paesi guardano come modello per azioni riformatrici locali, sono resi possibili dalla visione che li guida, orientata a garantire, promuovere ed incrementare i diritti umani delle persone che attraversano condizioni di disagio psichico.

E tuttavia, perché questi diritti non rimangano sulla carta o siano affidati alla retorica della comunicazione è decisivo ciò che questi titoli giuridici consentono concretamente di realizzare. Si pensi al rispetto della dignità dell'individuo e alla pratica ancora tristemente diffusa della contenzione meccanica, o al diritto alle pari opportunità per il pieno sviluppo della persona umana e alle intollerabili diseguaglianze sul piano dell'inclusione sociale e lavorativa delle persone che hanno attraversato la malattia mentale.

In un'epoca di pluralismo antropologico non si può declinare una visione della salute mentale come strumento di garanzia dei diritti senza riconoscerne le regole che comporta e senza farsi carico delle responsabilità che impone. In salute mentale, più che in altre branche della sanità pubblica, non è accettabile l'assunzione di neutralità (del tecnico, del politico, del cittadino) di fronte alle scelte che è chiamato a compiere. Il pendio scivoloso della "banalità del male", in salute mentale, è dietro l'angolo.

Credo che l'unica possibilità che abbiamo per coniugare il rispetto dei diritti umani con il mandato di cura che ci viene affidato da pazienti e familiari sta nell'accettare e praticare un'opera di continua de-costruzione e ri-costruzione delle nostre prassi, in cui i trattamenti rappresentino le traiettorie cui concorrono – per determinare prognosi favorevoli – la presenza di servizi funzionanti, con un numero adeguato di operatori formati e motivati (il capitale umano e professionale della Salute Mentale), la dialettica inter-istituzionale, il dialogo aperto con i diretti interessati.

Per far questo occorre che la salute mentale esca dal perimetro delle proprie strutture e raccolga le sfide poste dalla complessità del suo oggetto di intervento, radicalmente mutato dall'epoca della chiusura dei manicomi. Oggi "fare salute mentale" nei pazienti autori di reato, nei migranti, in chi fa uso di sostanze, nei giovani e negli adolescenti, impone nuovi strumenti, nuovi luoghi, nuove alleanze e rapporti istituzionali, nuove modalità di interconnessione.

La Conferenza Nazionale dà ampio spazio a queste esperienze, che valorizzano i temi della prossimità, della cogestione e della sussidiarietà quali condizioni essenziali per contrastare i meccanismi di delega e di neo-istituzionalizzazione presenti anche nella sanità territoriale. L'innalzamento del potere contrattuale dei cittadini/assistiti rappresenta il cuore del cambiamento necessario: la persona, con un nome e un volto unico e irripetibile, portatrice di esigenze e diritti, è soggetto protagonista del proprio percorso di cura e non passivo oggetto di interventi.

Ciò comporta un difficile ma ineludibile cambiamento di prospettiva, che deve volgere ad una reale integrazione della governance di sistema, ancora scomposta tra ospedale e territorio, tra sociale e sanitario, tra pubblico e privato, tra sapere accademico ed esperienziale.

Il Tavolo Tecnico che ho l'onore di coordinare ha affrontato alcune di queste contraddizioni, affidando a un documento di sintesi le analisi e le proposte concrete per azioni di miglioramento, a partire dai dati del prezioso e ancora largamente sottoutilizzato SISM.

Dati e proposte concrete di miglioramento: credo questo sia il miglior antidoto alla retorica diffusa, alla “monumentalizzazione” della Riforma. Non è sufficiente dichiararsi tutti riformatori, o “basagliani”: occorre mostrarsi tali nei fatti, nelle opere, nella coerenza etica, nel coraggio delle scelte, nella responsabilità (al tempo stesso impegno a rispondere delle proprie azioni e capacità di dare risposta ai bisogni dell’altro; quindi di prendere sulle spalle il peso delle cose - “res-pondus” - la sofferenza delle persone.

Negli ultimi tempi abbiamo sentito spesso dire: mai perdere le occasioni determinate da una crisi. La Conferenza Nazionale della Salute Mentale vuole essere una di queste occasioni ed offrire la grande riflessione collettiva - che si svilupperà in tutti i suoi eventi - a quanti avranno il delicato compito di progettare la ripresa.

Nerina Dirindin | Esperta del Ministro in materia di Economia e Politica Sanitaria

La *Conferenza per una Salute Mentale di Comunità* si colloca in un contesto che trae origine da una storia di civiltà che non è superfluo ricordare e che ha al centro la legge 180.

La legge 180, voluta con forza da Franco Basaglia e approvata dal Parlamento italiano il 13 maggio del 1978, quattro giorni dopo il ritrovamento del corpo di Aldo Moro, può essere considerata un piccolo miracolo politico e una grande conquista di civiltà. Da più punti di vista.

Sul piano politico, perché approvata da un Parlamento che a larga maggioranza (solo il MSI votò contro, si astennero i liberali) si assunse la responsabilità di evitare un referendum il cui risultato avrebbe potuto essere emotivamente influenzato dal clima di tensione e di paura proprio di quel difficile momento: la classe politica si assume così la responsabilità di portare a compimento una lunga battaglia culturale e politica che si era sviluppata nel corso degli anni e che rischiava di essere vanificata.

Sul piano dei rapporti fra le diverse forze politiche, la legge 180 è un piccolo miracolo politico perché condivisa da partiti che, in uno degli anni più bui della nostra Repubblica, sono stati capaci di pensare al Paese, evitando ogni calcolo di mero tornaconto di parte. Una scelta di grande significato se raffrontata all'attuale tendenza a rivolgersi agli impulsi della gente, a cavalcare la parte più emotiva e immediata dell'essere umano portandolo lontano dalla razionalità, al solo scopo di conquistare (o mantenere) il potere.

E infine, ma non per ultimo, la legge 180 è una grande conquista sul piano della tutela della salute, perché riconosce a chi vive la sofferenza mentale il diritto a essere curato alla stessa stregua di qualunque altro malato, rifiutando la segregazione e l'allontanamento dalla società, già previste dalla vecchia legge 36 del 1904. In tal senso la 180, poi integralmente inserita nella legge 833 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, è qualcosa di più della semplice chiusura dei manicomi. Ed è proprio per questo che l'Italia è guardata a livello internazionale come un paese che ha fatto scelte all'avanguardia, scelte che ancora oggi faticano ad essere effettuate da altri paesi e che stentano, dobbiamo riconoscerlo, ad essere pienamente attuate anche nel nostro Paese.

In tale contesto si colloca la 2ª Conferenza Nazionale promossa dal Ministero della Salute "Per una salute mentale di comunità": parte dalla necessità di ribadire l'impegno delle istituzioni per "promuovere e rilanciare l'assistenza territoriale per la salute mentale, assumere la comunità come cornice di riferimento, proteggere i diritti umani e la dignità delle persone con sofferenza mentale, favorire ovunque possibile una presa in carico

inclusiva e partecipata, migliorare la qualità e la sicurezza dei servizi a beneficio di pazienti e operatori”, come ha affermato in apertura il Ministro Speranza.

La Conferenza viene dopo un intenso lavoro, svolto all’interno del Tavolo Tecnico per la salute mentale e in alcune conferenze tematiche, e vede la partecipazione di migliaia di persone, operatori e rappresentanti delle istituzioni che hanno contribuito con interventi scritti e orali, via chat e seguendo le varie sessioni ad un proficuo dibattito. La Conferenza ha dato voce a un pluralismo di competenze, esperienze, movimenti di utenti e familiari, realtà della società civile, che, a parte la pretestuosa autoesclusione di chi avrebbe preferito un evento celebrativo e autoreferenziale, ha saputo ascoltare le persone, raccogliere proposte, ospitare critiche, confrontarsi sulle idee, sempre con spirito propositivo anche quando con contenuti di denuncia delle numerose debolezze che ancora oggi esistono in molte parti del paese.

Quali i risultati al termine della Conferenza?

Il primo risultato è racchiuso nell’impegno di ben tre ministri (della Salute, delle Politiche Sociali e della Giustizia) a lavorare attivamente e in modo collaborativo sulla salute mentale. Un impegno inedito, al quale dovranno far seguito provvedimenti concreti che si intravedono già in alcuni specifici ambiti (dal documento per il superamento della contenzione nei luoghi di cura della salute mentale - in attesa di essere discusso e approvato in Conferenza Stato Regioni - alle iniziative in corso con il Ministero della Giustizia per la presa in carico delle persone con disturbi mentali autori di reato) ma che dovrà essere mantenuto nel tempo, favorendo una diffusa crescita culturale dell’intera società sulla *salute mentale di comunità* e assegnando ai servizi risorse adeguate alle vecchie e nuove esigenze della popolazione.

Un secondo risultato è l’ampia condivisione sulla “*salute mentale di comunità*”, in coerenza con lo spirito innovatore che dopo la pandemia si sta proponendo a tutti i livelli della sanità pubblica e in armonia con quanto previsto dal Piano Nazionale per la Ripresa e Resilienza. La parola chiave, non nuova ma rinnovata nelle sue potenzialità, è *comunità*. Perché il disagio mentale nasce nei luoghi di vita e di lavoro delle persone, si cura nelle comunità in cui vivono le persone e grazie all’apporto delle comunità stesse. Questo il senso dello sviluppo che dovrà essere garantito ai servizi per l’assistenza territoriale, avendo ben chiaro il contesto sociale in cui si producono i disturbi mentali ed evitando la logica centrata solo sui posti letto (ospedalieri o residenziali) o sui farmaci.

Il terzo risultato è l’intenzione del ministro a non fare più ricorso alla usuale formula “a parità di risorse” e ad affrontare il tema delle risorse culturali, economiche e strutturali necessarie per rafforzare i servizi per la salute mentale. E anche se “il denaro non dovrebbe essere il valore più alto nei dibattiti sulla salute mentale” (come ha detto il segretario generale dell’ONU Antonio Guterres) perché “c’è un valore intrinseco e universale nel sostenere la dignità e il benessere: è un imperativo dei diritti umani”, siamo tutti consapevoli che le sfide che abbiamo di fronte richiedono anche una maggiore dotazione di risorse: nella formazione, nella disponibilità di personale, nella qualità dei

luoghi di cura, nei servizi territoriali. In tal senso è opportuno che anche le Regioni si attivino per condividere le proposte del ministro nella attribuzione di risorse vincolate alla salute mentale.

Il quarto risultato è l'attenzione riservata alla salute mentale nei minori, negli adolescenti e nei giovani adulti. Un settore di grande rilevanza, a maggior ragione dopo la pandemia, ma spesso trascurato anche da chi, dalla società civile, si occupa di salute mentale. Un tema sul quale il dibattito deve essere ulteriormente sviluppato e che richiede una vera collaborazione interistituzionale, a partire dagli Enti Locali.

Infine, ma non per ultimo, la Conferenza ha condiviso la necessità di un profondo rinnovamento culturale, che non potrà essere affrontato solo con parole di circostanza, con revisioni normative o con ulteriori corsi di formazione. Occorre un lavoro di trasformazione culturale che, in coerenza con i fondamenti della Costituzione e della legge 833/1978, aiuti gli operatori a uscire dalle difficoltà degli ultimi decenni (difficoltà che hanno mortificato un capitale di esperienze e di competenze) e aiuti le persone a uscire dal senso di abbandono che spesso hanno sperimentato durante la malattia mentale. Occorre una formazione di sanità pubblica, un investimento sulla cultura dei diritti (delle persone e degli operatori), una condivisione del ruolo della comunità come contesto in cui nascono e si affrontano i problemi di salute mentale, una diffusione della cultura dell'ascolto e del confronto, perché il sistema sanitario è al servizio delle persone e non sono le persone che hanno bisogno dei servizi.

In conclusione, si è aperto un cantiere, atteso da tanti anni e mai attivato. Le dichiarazioni non bastano, ma le prime mosse sembrano promettere una stagione difficile ma sicuramente incoraggiante, che richiede la partecipazione e il contributo di tutti, con lo spirito con il quale le forze politiche, il mondo scientifico e la società civile arrivarono all'approvazione della legge 180.

Le scelte che ci aspettano non sono per nulla scontate. Ciò che l'emergenza ci ha insegnato potrebbe essere presto dimenticato e le "carcasse" del passato potrebbero prevalere sulle luci accese sul futuro. Ma non possiamo permetterci di sprecare una occasione unica. Il lavoro di stimolo e monitoraggio della società civile e delle organizzazioni sindacali sarà a tal fine fondamentale.

Silvio Brusaferrò | *Presidente Istituto Superiore di Sanità*

Saluto tutti gli organizzatori, il moderatore dott. Starace, la Professoressa Dirindin e tutti i partecipanti a questo importante evento e Vi ringrazio per avermi dato l'opportunità di condividere alcune riflessioni che nascono dal lavoro fatto insieme a tutti i collaboratori dell'Istituto Superiore di Sanità, soprattutto in questo momento in cui stiamo vivendo la pandemia SARs-CoV-2.

Proverò a proporre alcune riflessioni attorno all'asse salute mentale e comunità leggendoli all'interno del periodo storico straordinario che stiamo vivendo.. Credo sia importante infatti essere consapevoli che nella nostra storia recente non ve ne sia stato altro caratterizzato da una così grande opportunità di disegnare, rafforzare, migliorare, innovare il Servizio Sanitario Nazionale, e contemporaneamente la nostra organizzazione sociale ed il contesto in cui viviamo. La pandemia, di fatto, ha toccato e sta toccando tutti gli aspetti del nostro vivere e del nostro convivere.

Prima di focalizzarmi sul tema della salute mentale, partirei da una prima riflessione che ritengo preliminare: la definizione di salute.

La definizione di salute è molto ampia ed è in evoluzione. La pandemia ha ulteriormente reso urgente un dibattito già in corso e mirato ad attualizzarne la attuale definizione consolidatasi alla fine della seconda guerra mondiale. Uno dei punti caratterizzanti questo dibattito è pensare - e credo che il mondo della psichiatria sia stato antesignano rispetto a questo - la salute anche come abilità di adattarsi e gestirsi rispetto alle diverse sfide cui siamo quotidianamente sottoposti, ivi comprese quelle emotive. Qual è la differenza sostanziale? Nella corrente definizione che a suo tempo è stata straordinariamente innovativa, il rischio può essere quello dell'attesa: ovvero "qualcuno" agisce al nostro posto e ci dice cosa fare, o confidiamo unicamente in una soluzione o in qualche strumento esterno per far fronte a un eventuale problema di salute o a uno stato di malessere. Le conoscenze che oggi abbiamo ci dicono che, viceversa, accanto ai servizi sanitari, alla tecnologia, ai supporti farmacologici, diagnostici, terapeutici, alla personalizzazione e alla precisione, è molto importante anche il nostro contributo, la nostra proattività. Dobbiamo cioè esercitare, fin da quando acquisiamo una nostra coscienza ed ancora prima nei contesti familiari nei quali cresciamo, la capacità di fare delle scelte, consapevoli che nel farle influenziamo la nostra salute presente e futura e anche quella della comunità in cui viviamo.

Stiamo parlando dell'importanza di un nostro protagonismo nel determinare la nostra salute e in questo rientra pienamente il tema della salute mentale che viene definita dall'OMS come "uno stato di benessere emotivo e psicologico nel quale l'individuo è in grado di sfruttare le proprie capacità cognitive o emozionali, esercitare la propria funzione all'interno della società, rispondere alle esigenze quotidiane della vita di ogni giorno, stabilire relazioni soddisfacenti e mature con gli altri, partecipare costruttivamente ai mutamenti dell'ambiente, adattarsi alle condizioni esterne e ai conflitti interni..."

Come persone abbiamo nostre proprie caratteristiche, a partire da quelle genetiche, ma siamo anche immersi in una comunità e in una fitta rete di relazioni sociali. Proprio questo è l'elemento centrale nella dialettica tra salute, salute mentale e comunità: il contesto in cui cresciamo e viviamo, attraverso la modulazione delle caratteristiche ambientale e l'azione sui fattori psicosociali, ci può aiutare a promuovere la salute, il benessere nonché la capacità di adattamento e così facendo anche prevenire il disagio psichico.

Questa riflessione ci porta a riflettere e ripensare anche alle modalità con cui costruiamo le reti sociali, come pianifichiamo la crescita delle nostre città, dei nostri paesi, dei contesti montani, delle aree più disagiate e più in generale a come sviluppiamo e coltiviamo le nostre relazioni.

In questo senso oggi già esiste un largo movimento attento a questi aspetti e che, ad esempio, opera per identificare e prevenire l'isolamento sociale e la solitudine, ovviamente mi riferisco ai casi in cui non si tratti di una scelta o di motivazioni interiori, che sono degli elementi particolarmente critici per la salute ed il benessere delle persone e che richiedono degli interventi per superarli laddove non si sia riusciti a prevenirli.

Parlare di capitale sociale diventa più che mai attuale perché è un indicatore importante dei legami di comunità, delle reti tra le istituzioni e le diverse articolazioni della società. In questa prospettiva la parola "fiducia" diventa elemento "chiave" capace di legare il tutto. Credo che sulla "fiducia" dobbiamo sforzarci di investire, ciascuno nel proprio ruolo, per recuperarla o rafforzarla. La fiducia reciproca tra le istituzioni e tra i vari attori sociali è il presupposto per costruire e garantire quelle reti che riescono a fare da supporto laddove si venga ad alterare l'equilibrio nella salute.

Venendo ad un inquadramento dell'epidemiologia dei servizi sappiamo che in Italia gli utenti psichiatrici assistiti dai servizi specialistici nel corso del 2019 ammontano a 826.465 unità con tassi standardizzati che vanno da 110,5 per 10.000 abitanti adulti in Molise fino a 215,2 nella regione Emilia Romagna (valore totale Italia 164,5). Sappiamo che ci sono differenze di genere: gli utenti sono di sesso femminile nel 54,3% dei casi, mentre la composizione per età riflette l'invecchiamento della popolazione generale, con un'ampia percentuale di pazienti al di sopra dei 45 anni (68,7%).

I dati evidenziano anche differenze tra Regioni che non sono necessariamente legate alla epidemiologia ma potrebbero essere legate alla capacità di intercettare la

domanda e garantire una presa in carico. Sappiamo quali sono le principali o prevalenti caratteristiche delle patologie che affliggono la nostra popolazione e sappiamo anche che il problema della salute o del benessere mentale è un problema che in prospettiva diventerà dominante non soltanto nel nostro paese ma in un quadro globale. In termini di *burden of disease* sappiamo che tutte le previsioni, anche internazionali, ci dicono che i disturbi mentali si inseriranno nel breve e medio periodo tra i primi tre gruppi di patologie che impattano sul *burden of disease*. Sappiamo come queste patologie impattano in termini di DALYs e di anni di vita privi di disabilità. La vita media nei paesi occidentali è tra le più lunghe al mondo e sappiamo di avere un margine importante di miglioramento non tanto nell'allungamento della vita media in sé, ma nell'allungamento della vita media priva di disabilità. Sappiamo che questo tipo di patologia ha dei costi, - non entro nei dettagli di questo tema perché molti di voi sono specialisti in questo settore -, e che questi costi sono assolutamente importanti sia in termini di costi diretti che indiretti. Sappiamo anche che il paradigma di queste malattie, ma anche di molte altre malattie croniche degenerative, non è soltanto un disagio o una fragilità che colpisce la persona che ne è affetta, ma colpisce la rete dei soggetti vicini a questa persona, e questo è un elemento importantissimo. In questa prospettiva quando si affrontano queste patologie dovremmo riconoscere che c'è una dimensione terapeutica individuale, o riabilitativa individuale, ma c'è anche una dimensione terapeutica e supportiva per la rete di prossimità che vive accanto a questa persona.

Rispetto alle attività sanitarie legate alla assistenza psichiatrica territoriale gli indicatori ministeriali evidenziano come, nel 2019 ci sia stata una riduzione dei costi delle attività accompagnata da un aumento delle persone trattate con farmaci. In una fase di uscita dalla pandemia o di migrazione da una situazione pandemica verso una situazione endemica, proprio per l'impatto che questa fase storica può aver avuto sulla salute anche mentale, è necessario realizzare degli investimenti, avere una programmazione che affronti questo tipo di disagio. A partire dalla attenta analisi dei dati disponibili è urgente definire come poter affrontare questo aspetto del bisogno di salute e come valutare l'impatto delle misure che si andranno ad adottare.

Dalla pandemia, dicevamo, oggi non possiamo prescindere. I dati della sorveglianza nazionale coordinata da ISS e disponibili sul sito istituzionale, evidenziano in questi giorni una curva in decrescita. Sappiamo anche che ci sono lavori, alcuni di questi prodotti dai ricercatori dell'ISS, che mostrano la specificità dei rischi connessi con la relazione tra persone con disturbi mentali e l'infezione da SARS-CoV-2. Tra questi una lettura particolarmente interessante viene proposta da alcuni ricercatori internazionali, all'interno del World Happiness Report 2021, che sintetizzano nella figura seguente i diversi possibili effetti della pandemia in termini di salute mentale.

Questo grafico mostra come la risposta alla pandemia rispetto ai disturbi o alla sofferenza mentale ha delle curve diverse. Ma l'aspetto che più interessa enfatizzare, in questo contesto, è il valutare attentamente l'andamento dell'ultima curva che sembra crescere anche nel post pandemia. Ovviamente

la sfida per chi si occupa di sanità pubblica, oltre che per chi è specialista della materia, è fare in modo che quella curva non cresca, bensì rimanga contenuta o decresca.

Ci sono già pubblicazioni molto ricche che analizzano l'impatto della pandemia sulle varie patologie e, immagino, che ce ne saranno sempre di più. Senza entrare nei dettagli, mi rifaccio ad una serie di eventi che tutti abbiamo osservato riferiti a categorie di persone che in partenza avevano o una predisposizione o che avevano disturbi in corso e che hanno sofferto ulteriormente per le misure che si è reso necessario adottare per controllare la circolazione del virus SARS-CoV-2.

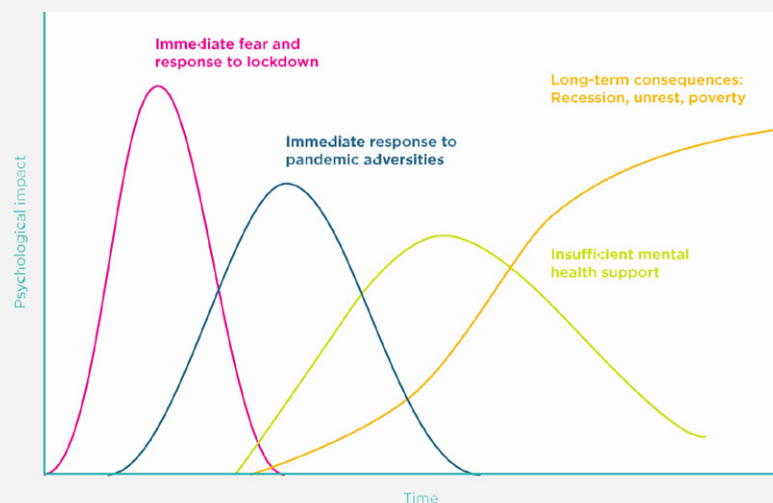
Tra queste categorie, in modo non esaustivo, provo a citare gli anziani, le persone con disabilità fisica, le persone con disturbi psichiatrici, con una storia di tossicodipendenza, i pazienti neuropsichiatrici, ecc. Anche gli operatori sanitari *caregiver* sono tra coloro che certamente hanno dovuto far fronte ad uno stress estremamente significativo ed impegnativo.

Proprio per rispondere ai bisogni ed alle diverse specificità ISS, attraverso ben 19 gruppi di cui uno specifico sulla salute mentale in emergenza COVID, con la partecipazione di colleghi non solo dell'ISS, ha prodotto e reso disponibili nel sito istituzionale molteplici rapporti, che hanno toccato molti degli aspetti della salute mentale.

Ci sono tre sottolineature che vorrei condividere in questa sede rispetto ai molteplici aspetti che in queste giornate si stanno analizzando.

La prima è relativa ai luoghi di lavoro. Il luogo di lavoro è uno degli ambiti che possono favorire lo stress: in particolare dove ci possono essere condizioni caratterizzate da conflitti interni oppure da fasi in cui ci possono essere licenziamenti, conflitti, cambi repentini di mansione. Credo che sia molto importante prestare attenzione ai luoghi di lavoro, soprattutto nella fase di intercettazione dell'eventuale disagio prima che questo si manifesti in maniera patologica e in questo senso vorrei porre in evidenza i documenti prodotti dall'ISS rispetto alla salute degli operatori sanitari che in questa fase sono stati esposti ad uno stress in maniera impegnativa.

Figure 5.1: Time horizons of key mental health effects of the pandemic



Per questo colgo anche questa occasione per ringraziarli per l'eroicità dei loro comportamenti e per la straordinaria disponibilità nel garantire la risposta sanitaria. Come emerge dallo studio "The COVID-19 Health care workers study (HEROES)", su 5.502 operatori sanitari italiani intervistati tra aprile e maggio 2020, il 22.3 % ha riportato sintomi di depressione moderata e severa ed il 37.8% ha riportato malessere psicologico. A testimonianza di quanto questo personale abbia sofferto anche psicologicamente rispetto al tipo di attività e relazione cui era sottoposto.

Una seconda sottolineatura è relativa alla salute mentale nell'infanzia e nell'adolescenza. Si tratta di una fascia di età in cui si possono manifestare alcuni segni e alcuni disturbi, che è molto importante intercettare. Sono convinto che sia una delle attenzioni prioritarie che dobbiamo mettere in campo, perché i giovani sono il futuro della nostra società. Questa attenzione va data sia allo sviluppo neuropsicologico ma anche all'ambiente scolastico, in cui essenziali, tra l'altro, sono la componente edilizia, la dotazione organica compresi gli insegnanti di sostegno, il supporto al disagio psicologico, ecc.. È molto importante riconoscere l'importanza di come organizziamo le nostre scuole, dagli edifici all'articolazione degli orari. Insomma, è importante creare le condizioni affinché si possa sviluppare la capacità di adattamento e contemporaneamente si promuova l'acquisizione di abitudini quotidiane salubri che ci possono aiutare nel corso della vita a mantenerci sani e a far fronte agli stress cui inevitabilmente andiamo incontro. E, da questo punto di vista, è davvero importante coniugare questi sforzi con un'altra grande sfida che, peraltro, è riportata nel PNRR nazionale ed europeo: quella dello sviluppo sostenibile e dell'economia green. Si tratta di valorizzare e arricchire il nostro ambiente e questo, accanto ad altri benefici, facilita il benessere delle persone e, soprattutto il benessere dei più giovani.

La terza sottolineatura riguarda la qualità e l'appropriatezza dei servizi ed ivi compresi quelli del benessere mentale. Sono temi che sono stati già approfonditi durante i lavori dei gruppi, però ritengo sia molto importante riconoscere l'importanza degli investimenti che riguardano la rete di servizi che circonda le persone, gli utenti, così come gli investimenti per intercettare precocemente e riconoscere i segnali di disagio e di possibile sviluppo di una patologia in tutti i contesti in cui viviamo. Questo, infatti, ci viene confermato anche dall'indagine della rete dell'OMS che, in collaborazione con il nostro Istituto, mostra come anche durante la pandemia i servizi siano rimasti attivi e che questo sia avvenuto, cosa molto importante, con un'organizzazione che ha permesso l'accessibilità sia da remoto che in presenza. Un'analisi attenta di come i servizi si sono organizzati può essere un modo per capire come articolare i servizi del futuro.

Mi avvio agli spunti conclusivi.

Il primo spunto che vorrei condividere è l'opportunità di fare chiarezza su quali siano i bisogni cui far seguire una risposta istituzionale, sapendo che ci sono bisogni percepiti ma anche quelli non percepiti, bisogni espressi e non espressi, bisogni percepiti ed espressi che non trovano formalizzazione. Individuare questi elementi è molto importante perché sappiamo che il tema del benessere mentale, della salute mentale, è uno di quelli dove, probabilmente, la non

percezione del bisogno è uno dei punti critici. Così come la domanda può anche non essere espressa ma può manifestarsi indirettamente sotto forma di disagio, come rivendicazione, come instabilità sociale, o può anche non manifestarsi affatto. Poi sappiamo che c'è anche una domanda che non trova articolazione, per meccanismi anche di rigidità organizzativa, normativa, programmatoria, e che fa fatica a trovare uno sbocco appropriato.

Un secondo spunto è quello delle risorse. Fortunatamente, come ho detto all'inizio, oggi ci troviamo in una situazione in cui le risorse sono un problema limitato rispetto al passato. Abbiamo molte risorse e possiamo/dobbiamo cercare di orientarle al meglio.

Un terzo spunto riguarda l'importanza di mantenere una costante attenzione in tutte le azioni alla centralità della persona. Centralità su cui un gruppo di lavoro si è soffermato, approfondendo il tema della dignità, della compassione e del rispetto, anche dal punto di vista organizzativo. La sfida è garantire interventi improntati alla personalizzazione per arricchire e rafforzare la persona stessa e le reti che le stanno attorno., ma contemporaneamente perseguendo la standardizzazione qualitativa e quantitativa ed il coordinamento.

Un quarto spunto è l'adozione della prospettiva *long life*, che dovrebbe guidarci nella programmazione o nell'immaginare l'evoluzione di questi servizi. Si tratta di individuare i fattori di rischio in ogni fase della vita intervenendo sistematicamente per ridurre l'impatto globale. Avere questa prospettiva anche per quanto riguarda il benessere mentale è estremamente importante.

Il quinto spunto si focalizza sull'importanza di investire sui giovani. Noi siamo un Paese che soffre per la bassa natalità e fa fatica ad investire sui giovani. Un interessante lavoro (A healthy foundation for the future) pubblicato prima della pandemia dalla "The Health Foundation" evidenzia come, se vogliamo creare generazioni più sane e che possano vivere in salute e benessere durante la loro esistenza il più a lungo possibile, dobbiamo concentrarci sul supporto emozionale, sulle relazioni personali nella fascia di età tra i 12 e i 24 anni, ma anche successivamente sulle relazioni di supporto e sulla buona qualità del lavoro. Questi sono tutti elementi che possono aiutare in maniera decisiva a garantire il benessere e la salute mentale.

Sappiamo inoltre, sesto spunto, che è necessario investire in capitale sociale affrontando le sfide specifiche del nostro paese come quella del ricambio generazionale nel del volontariato, attività che sono molto tipiche di alcune fasce di età o legate ad alcune esperienze. Io ad esempio appartengo alla generazione dei *baby boomers* che ha una certa attitudine in questo e che nelle nuove generazioni si declina in maniera diversa. Il capitale sociale declinato per le nuove generazioni va promosso e questa transizione va gestita.

Dobbiamo essere consapevoli che siamo molto ricchi di attività di volontariato, di attività organizzate che cercano di rispondere anche alle fragilità di cui oggi stiamo discutendo. Molto spesso, a livello istituzionale, facciamo fatica ad avere un inventario e a conoscere tutta la ricchezza e la complessità esistente, a conoscere quante sono le realtà del volontariato che organizzano risposte, che si mettono al servizio di chi è più fragile nella realtà che viviamo. Credo che questo sia il primo obiettivo, il più semplice: fare un inventario. Nella mia esperienza

quando per motivi professionali mi sono confrontato con queste realtà ho scoperto una grande ricchezza di esperienze. Rendere evidenti le esperienze esistenti attraverso un inventario significa anche introdurre un momento di positività e speranza per il futuro.

Settimo spunto. Oggi, ed ancor più in prospettiva grazie al PNRR, possiamo servirci dei sistemi informativi e di tutta la tecnologia – ad esempio i sistemi “wearable” - che ci possono aiutare per mettere a punto un “esoscheletro”, ovvero un misto di tecnologia e presenza fisica ed emotiva, a supporto della fragilità e questo vale anche per la salute mentale.

Ultimo spunto è il tema dell'integrazione socio-sanitaria: questo è ormai un elemento imprescindibile e trasversale; non possiamo pensare che il tema della salute mentale non coinvolga tutti i professionisti della salute e dei servizi sociali.

Cosa fare? La promozione della salute, anche quella mentale deve essere uno dei *must* che deve accompagnare i nostri programmi, così come è altrettanto importante conoscere la domanda, andare anche a esplorare la domanda inespressa o quella che non riesce a trovare sbocco a partire dalle fasce di età più giovani. Tutto questo necessita di strutture e risorse adeguate.

Voglio però anche ricordare che noi procediamo grazie alle nuove conoscenze che ci propone la ricerca, grazie alla quale possiamo inquadrare sempre meglio le patologie, conoscere come affrontarle, come riabilitarle, come prevenirle. Tutto questo senza la ricerca non è possibile e da qui la sua centralità ed essenzialità.

Da dove partire? Non c'è una ricetta. Ci sono molte evidenze, altre si stanno progressivamente accumulando; c'è un territorio ricco di esperienze spesso poco collegate tra loro. Il nostro paese ha una storia brillante, importante che ha posto molta attenzione a questo tipo di malattia. Io vengo da una Regione dove c'è stata una figura come Basaglia che ha cambiato la storia della psichiatria anche a livello internazionale, ma in molte altre Regioni ci sono esperienze interessanti e innovative. Le nostre radici sono importanti, sono radici anche che sono state “rivoluzionarie” in una certa fase della storia.

Abbiamo dei valori come l'integrazione sociale, il solidarismo, l'attenzione al più fragile che vanno aggiornati. Abbiamo un capitale sociale che va valorizzato e va messo in rete. Abbiamo anche esperienze di buone pratiche da cui partire e da cui trarre insegnamento e anche da criticare, là dove vediamo che i risultati non ottengono quello che ci aspettiamo. Penso sia necessario porre sempre al centro il metodo sperimentale che partendo dalle esperienze eviti approcci ideologico o cristallizzati. Quello che viene chiamato “*learning by doing*”: faccio evolvere un modello organizzativo proprio sulla base delle evidenze che progressivamente raccolgo. Infine è necessario facilitare la condivisione delle esperienze sviluppate a livello locale, regionale, nazionale e internazionale. L'obiettivo è fare in modo che ogni esperienza faccia parte di una rete e diventando così patrimonio comune.

Credo che giornate come queste vadano proprio in questo senso.

Vi ringrazio per l'attenzione

“INTERVENTI DEI RAPPORTEURS”

TAVOLO 1

Angelo Fioritti

Dipartimento della Salute Mentale e Dipendenze Patologiche del AUSL di Bologna

L'obiettivo di garantire servizi qualificati per una salute mentale di comunità, si colloca a valle di una adeguata programmazione nazionale e regionale che riguarda modelli e standard organizzativi, di risorse umane e finanziarie, nonché azioni finalizzate all'implementazione di pratiche di comprovata efficacia, come ricordato nel documento di sintesi introduttivo alla Conferenza.

Sulla importanza dei modelli organizzativi nel determinare la qualità dei servizi si sono soffermati i due coordinatori della sessione. Roberto Mezzina, già Direttore del *DSM di Trieste*, ha ribadito che la qualità va valutata sull'intero sistema di comunità e di cura, nonché sugli interventi che complessivamente vengono garantiti alle persone in cura. Le organizzazioni devono essere basate sulla multisettorialità, l'empowerment e l'implementazione dei diritti. Come dimostra l'esperienza triestina, occorre un approccio attivo alla vita nella sua interezza, integrando aspetti extra-clinici. I servizi 24 ore devono garantire la continuità tra risoluzione della crisi e presa in carico a lungo termine, équipe e non sommatorie di professionalità. La cura dei giovani ed altre popolazioni particolari richiedono maggiore specificità, ma ciò non deve andare a scapito della funzionalità di base, occorre sviluppare funzioni, non centri. Mila Ferri della *Regione Emilia-Romagna* ha affrontato il tema della integrazione professionale, non solo a livello intra-DSM (psichiatria, NPIA e SerDP), ma anche in tutti gli aspetti della sanità territoriale (Cure Primarie, Sanità Pubblica, socio-sanitario). Le Case di Comunità possono essere una opportunità importante, per una assistenza veramente integrata tra sociale e sanitario, tra fisico e psichico. L'integrazione non è aggiuntiva al lavoro, ma intrinseca. Le Regioni devono essere ingaggiate nel facilitare lo sviluppo di culture professionali virtuose ed innovative.

Anche Giuseppe Cardamone ed Edvige Facchi del *Collegio Nazionale dei Dipartimenti di Salute Mentale* hanno sottolineato l'importanza di modelli organizzativi integrati, democratici e partecipati, a partire dai livelli assistenziali della emergenza/urgenza e dell'area ospedaliera, nella quale occorre investire sufficienti risorse, ma con metodologie innovative e flessibili. La pandemia ed i correlati psicologici e psichiatrici stanno sollecitando il sistema della emergenza ponendo la esigenza di potenziare ed innovare le équipe inserendo nuove figure professionali e coinvolgendo utenti e familiari. A proposito del rapporto pubblico/privato è intervenuta Silvia Grazzini di *ESTAR Toscana*

facendo riferimento alle innovazioni che in questo settore può apportare il metodo della co-progettazione con il 3° ed il 4° settore, alla luce del recente DM 72/21 applicativo della legge 117/2017. Un caso in cui una buona azione amministrativa può produrre salute nella comunità. Guido Faillace presidente nazionale di *FederSerd* ha sottolineato la necessità di modelli organizzativi che integrino la presa in carico del paziente con comorbilità psichiatrico-tossicologica, al di là del concetto superato di doppia diagnosi, da perseguire attraverso formazioni condivise, atteggiamenti proattivi, collaborazioni da attuare attraverso visite congiunte e rese tempestivamente.

Emiliano Monzani in rappresentanza del *Collegio Nazionale dei Dipartimenti di Salute Mentale* ha riaffermato la centralità dei servizi di salute mentale, in un'epoca in cui occorre l'audacia ed il rischio del cambiamento. La qualità dei servizi è legata alla loro capacità di offrire percorsi:

- 1- Di sufficiente intensità clinico-assistenziale;
- 2- Specifici, vale a dire secondo modalità e tecniche di intervento di provata efficacia e riconosciute come buone pratiche, inserite in linee guida ufficiali;
- 3- Personalizzati, vale a dire basati sui bisogni, le aspirazioni e le preferenze della persona tenendo conto delle opportunità del contesto comunitario;
- 4- Rispettosi della dignità e dei diritti delle persone.

Sul tema della specificità sono intervenuti i rappresentanti degli ordini professionali. Irene Pontarelli della *Federazione Nazionale degli Ordini TSRM e PSTRP* ha sottolineato l'importanza di interventi specifici e precoci nelle condizioni di maggiore impatto psichiatrico, come le psicosi, da adottarsi secondo tecniche standardizzate e sottoposte a valutazione empirica, oramai parte delle competenze professionali dei Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica. David Lazzari e Daniela Rebecchi dell'*Ordine Nazionale degli Psicologi*, hanno richiamato l'importanza della figura dello psicologo in vari ambiti di impegno sanitario nella comunità, tra i quali quelli di salute mentale. C'è ancora troppa psichiatria quando si parla di salute mentale, anche in questa Conferenza. Occorre assumere la Psicologia come area specifica, in aggiunta alle tre più tradizionali (Psichiatria, NPIA e SerDP). Vanno implementati i trattamenti e ne vanno valutate appropriatezza e qualità. Sarebbe utile avere un portale unico nazionale per la salute mentale.

L'intervento di Luciano Marcon e Tatiana Speroni della *Rete ESP dell'Emilia-Romagna* ha messo in luce il grande potenziale di innovazione che gli utenti Esperti nel Supporto tra Pari possono esprimere una volta inseriti nelle équipes di lavoro. Attualmente 145 di loro hanno seguito adeguati corsi di formazione ed oltre la metà è in condizione professionale come ESP, o con contratti di lavoro o come Tirocini Formativi. La strada per un pieno riconoscimento professionale del loro apporto è tracciata, molto resta da fare perché non restino "gli addobbi sull'albero di Natale: gli ESP vogliono essere l'Albero di Natale tutto l'anno".

Un richiamo alla prevalenza della componente etica su quella tecnica del lavoro di salute mentale è stato fatto da Gaetano De Mattia, del CSM di S. Maria Capua Vetere,

proponendo il CSM 24 ore come “campo allargato alla natura umana”, sede elettiva di processi di co-produzione in contrapposizione alla ottica prestazionale-riparativa che conduce ai circuiti predeterminati ambulatorio-SPDC-residenza. Non nuovi servizi, ma progetti su misura.

Gerardo Favaretto ha riferito in merito alle attività del *Coordinamento SAMEVE*, che con regolarità sottopone a monitoraggio le realizzazioni e le criticità del modello veneto, relativi soprattutto ai temi della residenzialità, della assistenza ai giovanissimi, della integrazione ospedale/territorio e con la Università, della tutela dei diritti delle persone e del contrasto alla contenzione. Auspica che a seguito della Conferenza Nazionale vengano indette Conferenze regionali per programmare localmente impegni ed azioni e richiamare i livelli politici a precise responsabilità istituzionali di trasparenza e democrazia con il coinvolgimento delle associazioni di utenti e familiari in tutte le fasi di progettazione, realizzazione e valutazione. Tiberio Monari di *CGIL Funzione Pubblica* ha richiamato quanto affermato nella mattinata dal Ministro Orlando, vale a dire la necessità di definire dei LEA di assistenza sociale, per riequilibrare diseguaglianze inaccettabili. Ma anche gli standard di risorse umane e finanziarie in salute mentale sono oggi largamente disattesi nella maggior parte delle regioni. Sarebbero necessarie quote di finanziamento vincolate. Occorre rinnovare le équipes, puntando su figure come psicologi e TRP, disponibili sul mercato del lavoro e portatori di una preparazione specifica.

Vito D'Anza portavoce del *Forum Salute Mentale* ha ripreso alcuni contenuti proposti da Benedetto Saraceno, la pandemia non ha influenzato la qualità dei servizi di salute mentale, semmai ha tolto un velo su una realtà che esisteva anche prima. Non basta definirsi “di comunità”, manca un controllo su quello che effettivamente fanno i servizi e se sono realmente orientati alla comunità. Angelo Righetti, Presidente della *Fondazione di Comunità di Messina* ha riferito in merito ad una esperienza che ha collegato la chiusura del manicomio prima e dell'OPG poi, con la creazione di una Fondazione di cui fanno parte l'ASL, il Comune, Confindustria e varie realtà del Terzo e Quarto Settore che ha fatto da apripista a numerose altre Fondazioni di Comunità in Europa. Partendo dalla deistituzionalizzazione si è estesa l'attività a tutti gli ambiti della assistenza primaria.

Nella chat sono risultati di rilievo gli interventi di Angela D'Agostino della *cooperativa Gnosis* di Roma che ha ribadito la centralità della cooperazione sociale nella realizzazione di politiche di salute mentale di comunità, riaffermando il loro ruolo in tutte le fasi di progettazione, realizzazione e valutazione.

“INTERVENTI DEI RAPPORTEURS”

TAVOLO 2

Ornella Bettinardi

Dipartimento della Salute Mentale AUSL di Piacenza

Primo punto: promozione della salute mentale e prevenzione primaria

Criticità:

Insufficiente attenzione alla promozione della salute mentale in età evolutiva nei contesti educativi, scolastici e sociali; scarsa capacità di intercettare e supportare le situazioni di vulnerabilità e di costruire reti interistituzionali e interdisciplinari integrate

Proposta:

promuovere il finanziamento e la piena e integrata applicazione del 5° Piano Nazionale Infanzia e Adolescenza con tavoli interistituzionali stabili nazionali, regionali e locali che garantiscano lo stretto raccordo tra ambito educativo, scolastico, sociale e con le diverse realtà dell'ambito sanitario, per la promozione della salute mentale di tutti i bambini e adolescenti e il supporto mirato alle situazioni di vulnerabilità (es investimento sui primi mille giorni, nidi di qualità, Nati per Leggere, consolidamento interventi a sostegno delle vulnerabilità familiari quale il progetto PIPPI, consultori, scuole che promuovono salute, centri per la famiglia e psicologia scolastica, interventi telematici, empowerment e partecipazione attiva dei ragazzi e delle famiglie)

Secondo Punto: livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEP)

Criticità:

L'assenza di una definizione nazionale dei LEP determina estrema disomogeneità delle risposte socioeducative e cronicizzazione delle vulnerabilità

Proposte:

Definire i LEP e garantire investimenti economici certi al fine di renderli effettivamente esigibili ed equifruibili (legge 328/2000 e art 117 della Costituzione)

Terzo punto: effettiva applicazione dei LEA per i disturbi NPIA

Criticità:

carezza generalizzata di risorse per i servizi di NPIA ed estreme disomogeneità regionali (per strutture, figure professionali, mandati, intensità di cure) e mancata applicazione delle Linee di indirizzo per i disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici di infanzia e adolescenza

Proposte:

- potenziare i servizi territoriali di NPIA, garantendo la presenza dell'equipe multidisciplinare completa (neuropsichiatri, psicologi, logopedisti, terapisti della neuropsicomotricità dell'età evolutiva, infermieri, assistenti sociali, educatori professionali) con un dimensionamento sufficiente per poter garantire tutte le diverse tipologie di attività (neurologia, psichiatria, disabilità complessa, disturbi specifici), garantendo inoltre un Centro Diurno Terapeutico integrato con equipe per interventi intensivi in ciascun servizio territoriale, per i disturbi psichiatrici in adolescenza e per i gravi disturbi del neurosviluppo nei primi anni di vita.
- implementare il numero di posti letto di NPIA per garantire risposte appropriate agli utenti con disturbi sia neurologici che psichiatrici
- riconoscere la possibilità di effettuare percorsi integrati tra attività in presenza ed attività in telemedicina e teleriabilitazione nei servizi

Quarto punto: reti integrate di cura

Criticità:

Frammentazione degli interventi tra servizi

Proposte:

- Strutturare network coordinati di cura, trasversali a più servizi di NPIA e in stretto raccordo con i servizi di pediatria, di psichiatra dell'adulto, l'area consultoriale e i servizi di psicologia, i servizi per le dipendenze e per la disabilità, il terzo settore e gli enti locali.
- Implementazione di percorsi, secondo il modello della stepped care, integrati tra attività in presenza e telemedicina, con modelli di intervento evidence-based organizzati per linee di priorità ad intensità differenziata
- Implementazione di PDTA interaziendali nell'ambito di reti coordinate di cura e di percorsi formativi trasversali tra i servizi coinvolti

Quinto punto: garantire la programmazione e il monitoraggio degli esiti

Criticità:

Assenza di dati aggiornati e di pratiche sistematiche per la valutazione degli esiti degli interventi per i disturbi neuropsichici, che impedisce di attuare una programmazione di risposte appropriate e di adeguare tempestivamente l'organizzazione ai cambiamenti

Proposta:

Sviluppare un sistema informativo dedicato e implementare in modo mirato il monitoraggio periodico delle azioni programmatiche intraprese nell'applicazione delle LI per i disturbi neuropsichici dell'età evolutiva

Costituire un Osservatorio nazionale sulla salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza.

“INTERVENTI DEI RAPPORTEURS”

TAVOLO 3

Pietro Pellegrini

*Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche
Ausl di Parma*

Il gruppo su Le azioni preventive e di presa in carico nelle popolazioni migranti e nei contesti custodiali, ambiti né sovrapponibili né soprattutto correlabili, ha organizzato i lavori in due parti. Per entrambi serve una politica dei diritti/doveri che superi ogni stigma e sia in grado di assicurare la salute mentale nell'intero arco di vita, declinata per età, genere, culture, religioni con interventi personalizzati e specifici in una logica di tipo inclusivo di comunità. Occorre assicurare l'esigibilità del diritto alla salute in ogni contesto, a prescindere dalla posizione giuridica della persona, anche in assenza di un titolo di residenza e garantendo, nel contempo, i diritti umani e di cittadinanza. Vanno affrontate le povertà culturali, ideali ed economiche in una logica di accoglienza, evitando l'abbandono, il disinvestimento, il rifiuto e il razzismo che sono pericolosi sia per la salute dei singoli sia per il benessere della comunità.

Contesti custodiali

Come primo elemento occorre cogliere l'entità del disagio e del disturbo mentale negli ambiti ristretti, ed esplicitare i modelli concettuali e gli strumenti per affrontarli. Si tratta di superare la dicotomia tra salute fisica e mentale a favore di una visione unitaria, preventiva e di contesto, con la consapevolezza che ambienti e regole detentive possono essere di per sé fonte di sofferenza. Occorre evitare logiche istituzionalizzanti incentrate sul posto, sugli accorpamenti e sul paradigma della sottrazione di autodeterminazione, soggettività e potenzialità. Serve invece un paradigma additivo che aumenti diritti e protagonismo. La chiusura degli OPG ha determinato un sistema di welfare e giudiziario di comunità ma la riforma è incompleta. Vi sono proposte di modifica del Codice penale per superare il "doppio binario" e le ingiustizie legate alle misure di sicurezza detentive (eseguibili solo in REMS) e libertà vigilata spesso "sine die". Serve promuovere il diritto al processo e la cura basata sulla responsabilità. Il documento di Agenas e Ministeri della Giustizia e Salute propone un aumento complessivo delle risorse dei DSM e strumenti di *governante*: Osservatorio Nazionale e Punti Unici Accesso Regionali; la gestione delle lista di attesa con criteri

univoci e flessibilità sulla base del principio di territorialità (ipotizzando *una tantum* meccanismi di soccorso interregionale) con priorità ai soggetti detenuti “sine titolo”. In ogni DSM Unità di Psichiatria Forense possono migliorare il turnover nelle REMS, le azioni preventive e alternative per dare attuazione alla sentenza n. 99/2019 della Corte Costituzionale. Valorizzare esperienze innovative: Budget di Salute a sostegno dei PTRI vista la prevalenza dei pazienti (circa 6.000) seguiti nel territorio. Nelle cinque Regioni con maggiori liste di attesa dovrà essere valutato il modello di funzionamento e la dotazione strutturali. Occorre migliorare l’appropriatezza degli accessi nelle REMS indicate per pazienti psicotici evitando l’invio di persone con disturbo di personalità, psicopatia e condotte criminali e riflettere su dimensioni, modelli operativi e livelli di sicurezza delle diverse REMS realizzate valorizzando la gestione sanitaria (Carte dei Servizi, Regolamenti, PTRI presenti solo nel 43% degli ospiti). Solo il 60% degli ospiti REMS ha una misura di sicurezza definitiva e quelle provvisorie aprono interrogativi quanto ad utilità per la cura e tutela dei diritti. In clima sociale securitario si teme la regressione a mini-OPG, l’invasione giudiziaria della psichiatria con utilizzo improprio di SPDC, residenze. Vi sono proposte di aumento dei posti REMS e una loro differenziazione (funzionale o diagnosi). La legge 81/2014 considera la Rems un’*extrema ratio* e ciò vale anche per il carcere, come confermano Corte Costituzionale, Consiglio Superiore della Magistratura e Comitato nazionale per la Bioetica. Le REMS possono essere superate con percorsi personalizzati con budget di salute. Bisogna migliorare le collaborazioni psichiatria e giustizia in modo da adeguare il contenuto delle misure giudiziarie alle effettive necessità terapeutiche in qualsiasi fase del procedimento penale sviluppando un “doppio patto” (per la cura e la sicurezza) e ridurre il fenomeno dei c.d. “cripto imputabili”. Un approfondimento va fatto sulle Articolazioni di tutela di Salute Mentale e le attività dei DSM all’interno degli Istituti di pena, la dotazione di risorse di personale sanitario nonché la qualità dei trattamenti e della vita secondo le indicazioni OMS per prevenire suicidi e disagio mentale. Per bambini e adolescenti autori di reato sono cruciali prevenzione e percorsi. Agire con la comunità (sindaci, servizi sociali ecc.). Per la prevenzione dei femminicidi occorre sviluppare il coordinamento interistituzionale e interventi tecnici specifici. Formazione interistituzionale congiunta di giustizia, psichiatria, periti, avvocati, garanti, utenti, familiari e società civile. Ricerca sui processi ed esiti in termini di salute e sicurezza.

Popolazioni Migranti

I dati sulla salute mentale dei migranti in Italia sono essenziali, così la conoscenza dei flussi migratori oggi connessi a conflitti. Pur essendovi i rischi per la salute (vulnerabilità socio-economica; barriere culturali/linguistiche; stress intrinseco alla migrazione; barriere d'accesso ai servizi; determinanti culturali; storie psicotraumatiche; scarso supporto sociosanitario) le evidenze scientifiche ci dicono che la popolazione migrante generalmente non presenta maggiore prevalenza di disturbi mentali, anche se i rifugiati e i richiedenti asilo lamentano maggiore PTSD. Sul piano della prevenzione, occorre migliorare le condizioni del sistema di accoglienza, avere tempi certi e ragionevoli per il permesso di soggiorno, favorire l'empowerment del migrante con l'avvio precoce a percorsi di integrazione. Bisogna ridurre la soglia d'accesso ai servizi sanitari territoriali, superando i limiti della residenza anagrafica, al fine di favorire trattamenti precoci, assicurare la continuità assistenziale e prevenire le urgenze con accessi impropri al pronto soccorso. Promuovere servizi sanitari di prossimità in grado di intercettare le persone straniere e indigenti, oltre ad assicurare attività socio-assistenziale e di promozione della salute per donne straniere e popolazioni particolarmente fragili ed emarginate (stranieri regolari e non, persone senza tetto). Sono importanti i Punti di Ascolto di associazioni, i gruppi di auto-aiuto, gli scambi culturali e linguistici, l'attenzione al genere e al supporto genitoriale, con un ruolo centrale dei servizi pubblici. Organizzare in ogni DSM almeno una équipe dedicata per psicotraumi e violenze volontarie, come da Linee Guida del Ministero della Salute. Un Osservatorio nazionale dovrebbe poter monitorarne l'attuazione a livello delle regioni. I minori stranieri non accompagnati (MSNA) ed i minori autori di reato richiedono un'attenzione aggiuntiva da parte dei Servizi sociali, dei NPIA e del sistema di accoglienza. È auspicabile prevedere in quest'ultimo la presa in carico in interfaccia fra servizio sanitario pubblico, servizi sociali ed educativi. Nelle strutture del sistema di Accoglienza occorre migliorare le competenze e la presenza del personale qualificato (psicologi e assistenti sociali) così come la presa in cura e l'inclusione sociale del migrante.

Bisogna migliorare inoltre la formazione di tutti gli operatori per il lavoro transculturale e multidisciplinare, anche prevedendo la disponibilità nei servizi di mediatori transculturali. Promuovere i Diritti di Cittadinanza e prestare attenzione alle seconde generazioni, alla multiculturalità di prossimità e alla creazione della comunità curante ed educante.

Riepilogo Proposte

Popolazioni Migranti

- Bisogna:
- Ridurre la soglia d'accesso ai servizi territoriali
- Creare Servizi sociosanitari di prossimità per popolazioni fragili, emarginate, senza tetto e irregolari
- Facilitare l'attivazione di Punti di Ascolto, gruppi di auto-aiuto tra donne straniere e italiane; scambi culturali e linguistici; supporto a figli minori.
- Creare un'équipe dedicata al psicotrauma/violenza in ogni DSM. Osservatorio Nazionale per l'attuazione delle linee guida
- Migliorare il ruolo del servizio sanitario nel sistema di accoglienza per i minori stranieri non accompagnati (MSNA)
- Investire nella formazione alla multiculturalità, alle differenze e alla comunità educante e curante.
- Promuovere la ricerca sui dati

Contesti custodiali

Occorre:

- Aumentare investimenti e risorse per i DSM (personale, strutture, Budget di salute)
- Creare Osservatorio e Sistema informativo nazionale;Cruscotti/Tavoli/Punti Unici Accesso Regionali con funzioni gestionali (le liste di attesa, turnover REMS) e rivedere l'accordo Stato-Regioni del 2015; Stesura e Applicazione dei Protocolli Regionali Sanità /Giustizia
- Risolvere il problema delle persone detenute sine titolo. Anche con Commissariamento.
- "Consensus conference sulle buone pratiche", elemento per affrontare anche il tema della "posizione di garanzia" messa in capo agli operatori;
- Valorizzazione della gestione sanitaria (Regolamenti Carte dei Servizi REMS,PTRI)
- Unità Funzionali di Psichiatria Forense in ogni DSM
- Revisione dei modelli delle REMS e Percorsi giudiziari (e non posti letto)
- Sperimentazione di risposte innovative per evitare il rischio di collocazioni improprie e prolungate all'interno dei servizi;
- Coordinamento interistituzionale. Applicazione "codice Rosso"
- Utilizzare le nuove tecnologie nei percorsi giudiziari
- Ricerca e Formazione congiunta con la Magistratura coinvolgendo periti, avvocati, garanti, utenti, familiari e società civile

Approfondimenti

Salute mentale negli Istituti di Pena e funzionamento delle Articolazioni Tutela Salute Mentale. Salute mentale in ambito giudiziario minorile

Riforme

Riforma del Codice Penale in materia di imputabilità, pericolosità sociale e misure di sicurezza e superamento del “doppio binario”.

Revisione della normativa in materia di dipendenze patologiche.

“INTERVENTI DEI RAPPORTEURS”

TAVOLO 4

Antonello d'Elia

Presidente di Psichiatria Democratica e componente del Coordinamento Nazionale per la Salute Mentale

Perché abbinare i temi équipe e formazione? Perché la salute mentale territoriale ha come dispositivo di cura centrale la confluenza di più professionisti in un unico gruppo di lavoro, l'équipe, e perché in nessun contesto formativo questa soluzione, che non è solo organizzativa, viene insegnata e può essere appresa. Eppure, avvalendosi di una metafora attinta dalla pratica medica, nessuno pretenderebbe che un chirurgo operasse in condizioni ordinarie senza una squadra in cui sono presenti diverse professionalità. La salute mentale si confronta con una quantità e qualità di sofferenza umana che parte dalle manifestazioni sintomatiche psichiatriche e coinvolge spesso l'intera vita della persona e dei suoi familiari: una sfida che non può esaurirsi nel solo trattamento farmacologico e richiede un elevato livello di specializzazione ed esperienza da parte di molti professionisti per essere affrontata. I contributi, pertanto, hanno come comune denominatore la combinazione di quantità e qualità nelle pratiche di salute mentale:

La dimensione quantitativa rimanda alla drastica riduzione del personale in tutte le sue qualifiche. Con Servizi chiusi o accorpati si è indebolito il loro rapporto con i territori e le comunità. La mancanza di risorse umane e relazionali ha spinto verso un'operatività centrata quasi solo sulla somministrazione di farmaci e sulla collocazione in strutture in cui le persone sono separate dagli ambienti di vita e le manifestazioni sintomatiche e di sofferenza decontestualizzate e private di storia e senso. La dimensione pubblica e accessibile delle cure viene fortemente minata.

Non meno problematica la tematica qualitativa della formazione, dell'insegnamento e dell'apprendimento della cultura e degli strumenti indispensabili per praticare il lavoro di salute mentale: lavoro altamente specialistico, teoricamente e praticamente raffinato, quanto mai complesso e articolato perché operare a contatto con la sofferenza mentale è difficile e potenzialmente dannoso, in assenza di adeguate competenze, anche per gli operatori. Di questo non si occupano sistematicamente né le Università, né le scuole di specializzazione, né il sistema degli ECM.

Tutti gli interventi hanno messo a fuoco questi temi, con angolature differenti ma con unanime descrizione analitica dei problemi in campo e buona concretezza nelle proposte. Provo a schematizzare:

- Si è sottolineata la debolezza del modello bio-psico-sociale in cui lo sbilanciamento è tutto a

favore della componente biologica, oggettivante, ispirata alla medicina secondo lo schema diagnosi, prognosi e trattamento che si risolve nella somministrazione di farmaci come soluzione privilegiata (Fassino, Thanopoulos, Tavolo Tecnico) e può essere, a sua volta, iatrogeno. Le scelte di politica sanitaria richiedono di tornare a porre al centro la salute e non la sola economia. Un approccio alla salute mentale include molte competenze e saperi: medico, psicologico, sanitario, sociale, mirato all'inclusione lavorativa e ad assicurare esistenze tendenzialmente autonome a partire dall'abitare, e relazionale, finalizzato al mantenimento e alla costruzione di legami e scambi sociali (Brandolin, Mordaglia).

- In psichiatria, come in medicina, manca una formazione orientata alla prevenzione: ne risulta il ricorso alle terapie farmacologiche in senso riparativo di condizioni che potrebbero essere intercettate e trattate precocemente. Esiste un conflitto di interesse tra la prevenzione e il mercato del farmaco, la cui informazione non è indipendente (Garattini).
- La personalizzazione delle cure (Carozza, Tancredi, Bottini, Tavolo Tecnico) implica il supporto nei luoghi di vita e il riconoscimento della soggettività delle persone non riconducibili alle loro espressioni sintomatiche. La presa in carico deve poter affrontare la sofferenza psicosociale, gli ambienti di vita e i legami sociali agendo attivamente in tutti questi ambiti (Barone, Mordaglia, Carozza). Trasparenza e rispetto sono fondamentali e non vanno intese solo come doti individuali ma ingredienti del lavoro trasmissibili (D'Alema).
- La centralità dell'équipe nel lavoro di salute mentale territoriale vuol dire centralità della clinica: l'équipe multiprofessionale è lo strumento specifico e irrinunciabile per la presa in carico, la recovery e il reinserimento sociale (Barone, D'Alema, Thanopoulos, Brandolin). La necessità di una risposta complessa ai bisogni complessi delle persone in sofferenza si mostra anche nei momenti della crisi che richiede un'ospedalizzazione e che spesso viene soffocata anche con il ricorso alla contenzione meccanica: su 380 SPDC solo 20 funzionano senza contenere. Anche in un contesto di acuzie l'équipe è centrale per non intervenire sulla crisi unicamente con gli strumenti della medicina o col ricorso alla neutralizzazione della persona (Tancredi). I sistemi informativi correnti inoltre non riescono a rappresentare la complessità degli interventi (Giannichedda) e non sono al servizio di una pratica connessa alla ricerca e alla formazione permanente degli operatori sul luogo di lavoro (Thanopoulos, Carozza). Importante sottolineare che, come tutti i luoghi del confronto, l'équipe non è esente da conflitti e necessita di modelli organizzativi che includano pratiche di mediazione (Brandolin) anche rispetto a paradigmi contraddittori e prassi potenzialmente incoerenti (Carozza).
- La relazione interpersonale e terapeutica è il focus della pratica e della formazione al lavoro territoriale (Fassino, Janiri, Thanopoulos, D'Alema). È questo il vero perno dell'équipe che non è la somma delle molte professionalità che ne fanno parte ma richiede una reale integrazione per risultare realmente trasformativa (D'Alema) e preventiva della cronicità (Thanopoulos). La psichiatria degli ambulatori specialistici si differenzia in questo dalla salute mentale di comunità. La proposta di convenzione con specialisti privati esterni al servizio pubblico per le psicoterapie pone in luce il nodo

irrisolto del rapporto pubblico/privato (Janiri) che si presenta anche nella relazione tra pubblico medicalizzato e privato sociale (Bettoli).

- La formazione non si identifica con l'insegnamento/apprendimento di tecniche ma con l'acquisizione di competenze trasversali a partire dall'ascolto e dal saper stare in una relazione interpersonale finalizzata alla cura della persona sofferente. Deve essere continua (Tanzi, Barone), trasversale per tutte le professionalità (Carozza, Tavolo Tecnico), coinvolgere utenti e familiari con un conseguente benefico indebolimento delle barriere professionali (Carozza, Barone, D'Alema, Tancredi) ma anche specifica per la salute mentale territoriale. Appare necessario trasmettere competenze avanzate agli infermieri (Tanzi, Brandolin – che ricorda come essi rappresentino il 45,1% del personale dei DSM e non hanno valorizzazioni interne al loro ruolo) e includere nei piani formativi il personale delle Cooperative B, che costituisce il 50% circa degli operatori impegnati nei progetti di inclusione lavorativa che posseggono specifiche capacità professionali (Bettoli) nonché i Terapisti occupazionali, impegnati nel lavoro di recovery (Bottini).
- Sono state avanzate proposte riguardanti la specificità sociale della salute mentale territoriale che richiede percorsi e formazione congiunte tra operatori sanitari e sociali sia per promuovere l'integrazione operativa che per sventare il rischio di dispersività a causa delle diverse appartenenze istituzionali (Mordegli, Tavolo Tecnico). Appare necessario anche un raccordo con il Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica per elaborare programmi formativi adeguati al lavoro di comunità (Tavolo Tecnico). Il FNOPI si è dato come obiettivo qualificare entro 10 anni il 20% dei professionisti infermieri attraverso un'elevata specializzazione (Brandolin). La distanza storica del mondo accademico non fornisce strumenti adeguati al lavoro di territorio, a nessun livello (Giannichedda, Tancredi, Tavolo Tecnico). Una proposta è offrire programmi di formazione all'atto dell'assunzione in Salute Mentale e l'istituzione di un portale unico Salute Mentale con documenti, linee guida e segnalazione di buone pratiche (Tavolo Tecnico). Indicazioni provengono per l'adozione di modelli formativi specifici per la psicoterapia nei servizi dedicati a medici e psicologi (Fassino, Janiri). Su un livello di competenze ed esperienze trasversali si collocano altri approcci che mettono al centro la condivisione, come le pratiche dialogiche (Barone, D'Alema, Carozza), i gruppi e in particolare la Psicoanalisi Multifamiliare come modalità di confronto aperto con la sofferenza personale e familiare che vede coinvolti anche tutti gli operatori e non è da intendersi pertanto solo come modello tecnico con specifiche indicazioni d'impiego (Barone, D'Alema). Anche gli operatori e i sistemi di cura vanno curati ovvero non abbandonati a se stessi (Carozza).

Appare infine chiaro che le prospettive che si apriranno in seguito alla pandemia da COVID dovranno andare nel senso di una rinnovata territorializzazione delle cure in salute mentale riproponendo la complessità del lavoro d'équipe e la necessità che gli operatori impegnati, vecchi e nuovi, ne apprendano i principi e le pratiche che lo contraddistinguono e ne garantiscono l'efficacia.

“INTERVENTI DEI RAPPORTEURS”

TAVOLO 5

Antonio Lora

Dipartimento della Salute Mentale dell'ASST di Lecco

Un nodo cruciale dei prossimi anni, in sintonia con quanto richiesto dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza è rappresentato da un maggiore e migliore utilizzo delle informazioni raccolte nei database sanitari da parte del SSN e nello specifico da parte dei servizi di salute mentale. Migliore utilizzo delle informazioni significa non solo miglioramento della qualità del dato al momento della sua raccolta, ma anche maggiore capacità di analizzare i dati (numeri, percentuali, tassi), trasformandoli in informazioni (necessarie per dare un significato ai dati), e maggiore tempestività nella loro restituzione ai servizi.

Il punto di partenza è la consapevolezza che oggi la salute mentale è ricca di dati per la valutazione della sua attività. Il Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM), presentato da Di Cesare, descrive in modo attento i servizi di salute mentale sia dal punto di vista delle risorse impiegate e della rete di offerta sia per quanto riguarda le caratteristiche degli utenti e l'assistenza erogata.

Le informazioni utili alla salute mentale non si esauriscono però in quelle contenute nel SISM, ma sono presenti anche negli altri flussi sanitari. L'uso di un identificativo unico, il codice fiscale, per tutte le base dati sanitarie permette la loro interconnessione. L'interconnessione tra database sanitari permette di passare da un'ottica di monitoraggio della attività erogate a quella incentrata sulla valutazione della qualità della cura erogata e della sua efficacia, favorendo un'ottica di miglioramento dei servizi, come è avvenuto per il Piano Nazionale Esiti per quanto riguarda la salute fisica. In questo senso il documento della Conferenza Stato Regioni (2014) sui percorsi di cura nei disturbi mentali gravi definisce una serie di raccomandazioni e deriva da queste una serie di indicatori relativi ad accessibilità, appropriatezza, continuità e sicurezza della cura per monitorare la qualità e l'efficacia dei percorsi. Il progetto QUADIM, illustrato da Corrao, applica questi indicatori sui percorsi di cura di 220.000 pazienti con disturbo mentale grave in carico ai DSM di quattro Regioni. Dalle analisi emerge i punti di forza le criticità dei sistemi informativi della 4 Regioni ed, in termini di efficacia, il ruolo che la continuità degli interventi psicosociali e l'aderenza ai trattamenti farmacologici hanno nell'evitare le ricadute. Gli indicatori di QUADIM fanno ora parte degli indicatori validati dal gruppo di lavoro NSG-PDTA del Dipartimento della Programmazione del Ministero della Salute per monitorare i percorsi di cura dei pazienti del SSN. Esperienze

di interconnessione sono state presentate da Staghi per quanto riguarda un'area finora negletta dai sistemi informativi, la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza. Il lavoro di Staghi permette ad esempio di seguire le traiettorie evolutive dei disturbi nei minori anche dopo la transizione ai servizi per adulti, ma esiste la necessità di attivare con celerità un sistema informativo nazionale per l'infanzia e l'adolescenza per valutare, tra le altre cose, l'impatto della pandemia su questa specifica fascia di popolazione. La banca dati dello SMOP, presentata da Belli, presidia l'interfaccia con il sistema giudiziario degli autori di reato, un settore critico per la salute mentale. Anche questa banca dati, diffusa in molte Regioni, andrebbe estesa a tutto il territorio nazionale e si gioverebbe dei vantaggi dell'inclusione all'interno dei flussi ordinari e dell'interconnessione con altre banche dati quali il SISM, per valutare meglio ad esempio i percorsi di cura degli autori di reato nei DSM. Un ultimo punto è relativo all'interconnessione con i sistemi informativi socio-sanitari o di banche dati generate da altre amministrazioni dello stato: obiettivo non facile, ma che potrebbe arricchire e di molto la nostra capacità di valutare percorsi di cura integrati.

Il progetto CURE, la cartella clinica integrata tra NPIA, Psicologia, Psichiatria e Dipendenze presentata da Saponaro per RER, rappresenta un salto di qualità, non solo per il forte impatto sull'integrazione di questi servizi e sulla possibilità che ne deriva di lavorare insieme sul progetto comune di cura del paziente, ma anche perché mette a disposizione informazioni sulla gravità clinica e psicosociale dei pazienti e permette di utilizzare queste informazioni per la ricerca nei servizi. Esempi di utilizzo di queste informazioni, non ricavate da banche dati ma da una scala specifica (HoNOS-MHCT), si ritrovano sia nella ricerca di Tarricone sull'esito dei pazienti con esordio psicotico, dove viene evidenziato il ruolo degli interventi psicosociali rispetto all'esito, sia nella modellizzazione in QUADIM di un sistema di finanziamento incentrato sul percorso di cura a partire dalla gravità/complessità dei pazienti.

Il progetto di ricerca dell'ISS, con la collaborazione del Collegio dei Dipartimenti di Salute Mentale, intende creare una rete di servizi di salute mentale territoriali che possano funzionare da "Servizi Sentinella" con specifici indicatori di sorveglianza, permettendo così una maggiore tempestività rispetto ai flussi del SISM. In questo modo saremo in grado di "leggere" a livello nazionale la risposta dei DSM rispetto allo shock pandemico. Analogamente Castelpietra, interconnettendo SISM con le banche dati COVID, studia gli effetti della pandemia sull'attività dei servizi territoriali di salute mentale nella Regione FVG e da un giudizio positivo sulla loro capacità di resilienza.

Carta presenta lo strumento QualityRights, sviluppato da OMS, e ci ricorda come la partecipazione degli utenti e l'attenzione strutturata ai loro diritti rappresenti un punto di partenza fondamentale per valutare la qualità della cura. In tema di attenzione ai diritti è necessario inserire all'interno del SISM gli episodi di contenzione fisica, al fine di arrivare ad un attento loro monitoraggio su base nazionale, e si auspica la possibilità di avere anche nei sistemi informativi classificazioni dei generi rispettose dei

diritti LGBTQ+. Gaudioso sottolinea da un lato l'importanza dell'accessibilità ai dati e dell'accountability delle strutture sanitarie, dall'altro ricorda come la qualità dei servizi sia ancora a macchia di leopardo e sia necessario pervenire ad una migliore definizione in termini di appropriatezza dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Infine è emerso dalle relazioni un'attenzione allo sviluppo sia di cruscotti regionali che di sistemi centrali di monitoraggio e valutazione, in grado di dare un ritorno tempestivo ai servizi, di disaggregare le informazioni a livello dei singoli DSM e di attivare processi di miglioramento di qualità della cura. Va quindi rafforzata la governance a livello centrale, considerando la funzione strategica dell'informazione nella definizione di standard organizzativi e nel miglioramento della qualità della cura.

“INTERVENTI DEI RAPPORTEURS”

TAVOLO 6

Morena Furlan

Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità - Area Politiche Sociali - Servizio integrazione socio sanitaria - Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia

Premessa

Se “cittadinanza è processo sociale, è redistribuzione di poteri, è esercizio di capacità”, come ben sintetizzato da Ota De Leonardis, si rende oggi doveroso sostenere, promuovere e valorizzare interventi e stili operativi di servizi sociosanitari che non lavorino più in una logica prestazionale ma per progetti, non sulle disabilità o sulle carenze, ma sulle capacità e le risorse dei soggetti, non per omologare, ma per creare legami di interdipendenza nelle comunità locali.

Superando così, la logica del rapporto duale operatore/utente e si dà vita ad alleanze con attori e soggetti diversi, affinché le risorse che gli interventi sociosanitari richiedono possano moltiplicare le risorse dei soggetti, delle famiglie, dei contesti sociali, delle comunità. I servizi, sono qui intesi come il risultato emergente del combinarsi di un insieme di risorse professionali, valoriali, etiche, culturali, affettive, sociali, strumentali, tecnologiche, economiche ed informative, provenienti da un complesso di soggetti pubblici e non, da implementare attraverso una più efficace leadership e governance pubblica per la salute, fondata sulla partecipazione delle persone in contatto con i servizi.

Tale approccio, viene enunciato nei principali documenti di programmazione sanitaria e sociosanitaria – dal Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, fino al D.P.C.M. 12 gennaio 2017 sui LEA – che promuovono la trasversalità degli interventi attraverso la definizione di azioni in collaborazione con diversi settori, istituzioni, servizi, fino alle organizzazioni di cittadini, formali e informali, presenti nella comunità locale. Sempre di più, dunque, il settore sanitario è chiamato a una funzione di stewardship, fornendo dati, evidenze e buone pratiche e sostenendo e facilitando l’incontro e la collaborazione tra tutti i soggetti che popolano i tessuti socioeconomici locali.

La sfida oggi, ancora una volta, è rendere concreti e agiti gli obiettivi individuati, insieme al consolidamento e alla diffusione delle progettualità capaci di realizzare quel cambio di passo delle culture organizzative e degli interventi in campo.

Lavori del tavolo e proposte

Si afferma la necessità quindi di operare in salute mentale, in modo multi e intersettoriale (OMS) e contribuire a costruire modelli e misure di welfare generativo fondati sulla coproduzione dei servizi stessi, in una prospettiva di maggior efficacia e sostenibilità

degli interventi e di minor frammentarietà.

I contributi del tavolo richiamano le profonde contraddizioni di servizi di salute mentale, ancora oggi, purtroppo ingaggiati nel superamento di forme di contenzione meccanica, chimica e ambientale, un ricorso alla misura del TSO troppo disomogenea a livello nazionale che riporta a modalità diverse di presa in carico e, dall'altro, a costruire percorsi di inclusione sociale in un lavoro di rete sempre più diffuso, in risposta a bisogni complessi che non possono esaurirsi in attività di tipo ambulatoriale da parte del singolo specialista. Permangono pratiche di violazione dei diritti umani, di trattamenti inumani e degradanti nei confronti delle persone con sofferenza mentale. Soltanto 5.000.000 di italiani oggi non sono esposti, in caso di cure psichiatriche, al rischio di contenzione. Dimostrando per converso che si può fare (senza contenzione).

Servizi di prossimità che richiedono quindi equipe competenti in pratiche di salute mentale di comunità, numericamente adeguate, di investimenti mirati e finalizzati alla costruzione di legami comunitari, che permettano il realizzarsi di quel protagonismo capace di incidere nei singoli percorsi come anche nel contesto naturale di riferimento. Di seguito e in sintesi solo alcune delle esperienze significative di operatività in atto rappresentate al tavolo:

- L'introduzione di persone "esperte per esperienza" nei servizi. Figure formate e complementari all'attività ordinaria degli operatori, sperimentazione peraltro in atto in diversi territori (Lombardia, ER, FVG, ecc), che potrebbe rappresentare, se debitamente riconosciuta e valorizzata, un asset qualificante sia dal punto di vista dei percorsi di presa in carico (supporto tra pari, senso di speranza, valore dell'ascolto, valore testimoniale, forme di affiancamento personalizzato, superamento dello stigma e dell'autostigma) sia a contrasto di pratiche istituzionalizzanti e riduzionistiche. I professionisti verrebbero coinvolti in una formazione sul campo in grado di riorientare, se debitamente supportate, culture e stili operativi.
- Nella stessa direzione esperienze come le "Recovery House" e i "Recovery College", testimoniano la medesima necessità collaborativa e di costruzione di protagonismo nell'ambito dei singoli progetti personalizzati, impattando anche sulla stessa offerta dei servizi sociosanitari, e alludendo alla possibilità trasformativa per gli stessi. Si auspica la riconversione di risorse destinate al cattivo utilizzo della residenzialità (ricorso inappropriato, lunghe permanenze, inefficacia riabilitativa, costi elevati) spesso a testimoniare difficoltà strutturali di una presa in carico territoriale da parte dei DSM ed a scelte anche di tipo amministrativo ("cattivo" accreditamento di mere strutture, piuttosto che cogestione di processi, maggiormente flessibili che non pretendono di esaustività ma richiamano alla rimodulazione continua, anche nell'investimento delle risorse).
- Nello stesso solco di attività, le esperienze di domiciliarità innovativa (Friuli Venezia Giulia-Fondoperl'Autonomia Possibile) finanziate attraverso meccanismi di integrazione e compartecipazione sociosanitaria, che assumono il diritto all'abitare (titolarità delle persone) e alla salute (con il necessario supporto) in appartamenti curati, inseriti nel

tessuto cittadino, finalizzati a piccoli nuclei di coabitazione (3-5 persone), dove la misura finanzia la personalizzazione dei progetti, anche in situazioni di fragilità importante, rappresentando un esempio evoluto di partenariato pubblico privato e di messa in rete delle competenze a prevenire e contrastare forme di nuova istituzionalizzazione.

- L'esperienza di supporto anche a domicilio delle situazioni di crisi, testimonia la possibilità di intervenire in maniera individualizzata ed efficace nell'ambito di una presa in carico che necessita di competenze specifiche in un'area di intervento complessa. Allude alla possibilità di superare il ricorso al ricovero ospedaliero come unico strumento nel fronteggiamento delle acuzie e alla possibilità di modulare in maniera più efficace e personalizzata l'assistenza e il supporto necessari.
- L'esperienza dell'inserimento eterofamiliare supportato (IESA), in attesa di normativa, testo al momento, nuovamente in discussione alle Camere, che promuove uno strumento di intervento complementare all'attività dei servizi, efficace nella ricostruzione di legami affettivi e nuove socialità.
- L'esperienza del dialogo aperto come metodologia partecipata di lavoro terapeutico e riabilitativo nell'ambito di servizi di salute mentale a bassa soglia e come strumento di condivisione delle scelte di intervento del servizio stesso.

Conclusioni

In linea quindi con quanto il Tavolo Tecnico Salute Mentale individua nell'ambito delle proposte di intervento, le esperienze qui rappresentate potrebbero venir consolidate da indirizzinazionali cherichiaminol'importanza masoprattutto promuovano la costituzione di osservatori, organismi partecipativi e più diffusamente comitati di partecipazione. Si ritiene utile che tale elemento possa essere recepito come attività istituzionale e inserito nei diversi D.L., linee di indirizzo, linee guida e documenti a supporto delle Regioni e trovino compimento negli atti di programmazione e pianificazione delle stesse.

Di riorientare, non soltanto in salute mentale ma in tutte le aree del sociosanitario, le amministrazioni verso forme collaborative con il Terzo Settore improntate alla coprogettazione e cogestione di programmi e progetti personalizzati. Si auspica che attraverso le azioni locali di accompagnamento dei territori e l'allocatione di risorse finalizzate e facilitanti la realizzazione delle più recenti riforme normative e linee guida ministeriali, anche in una modalità di cofinanziamento, permettano processi virtuosi di riconversione di quelle già disponibili. Tale attività potrebbe essere corredata da un monitoraggio delle "esternalizzazioni" che le Regioni e le Aziende sanitarie attraverso i Dipartimenti di salute mentale, attivano, con particolare riferimento al Terzo settore, sia in termini quantitativi che qualitativi.

Si tratta insomma in termini generali di promuovere politiche e dispositivi tecnico professionali e tecnico amministrativi a livello locale che possano riorientare stili di lavoro e riallocazione strategica e monitorata delle risorse nell'ambito di processi decisionali condivisi con i "protagonisti" dei servizi, non soltanto, quindi, in mera consultazione, ma con "rappresentanza autentica e non demandata".

“INTERVENTI DEI RAPPORTEURS”

Leopoldo Grosso

Psicologo e Psicoterapeuta Gruppo Abele

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. È 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. È 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. È 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. Intervendendo 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 collegamento 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 delinearci 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 de "Dopo di noi".

“INTERVENTI DEI RAPPORTEURS”

TAVOLO 8

Paolo Macchia

Presidente Rete Utenti Salute Mentale Lombardia

La sessione, è stata coordinata da Gisella Trincas, e da Barbara Rosina, componenti del Tavolo Tecnico Salute Mentale istituito presso il Ministero della Salute.

A questa hanno partecipato, dodici relatori e relatrici della società civile, appartenenti a diverso titolo ad associazioni del nostro Paese.

Grande apprezzamento di tutti i relatori per le parole e l'impegno assunto dai Ministri Roberto Speranza, Marta Cartabia, Andrea Orlando.

Sono fondamentali le loro parole e gli impegni che hanno dichiarato di volersi assumere per un sistema di salute mentale di comunità partecipata e responsabile per tutti e ovunque nel paese.

Nell'ottica del rispetto dei diritti e della dignità umana, per dare finalmente risposte adeguate, tempestive, risolutive, alla complessità dei bisogni di chi vive la condizione della sofferenza mentale, nei luoghi della vita reale, nella comunità di appartenenza, con la partecipazione attiva della comunità

Si evidenzia come la seconda Conferenza Nazionale Salute Mentale, a distanza di venti anni dalla precedente, sia stata fortemente voluta e sollecitata da una ampia rappresentanza di organizzazioni della società civile, che non hanno smesso di mantenere alto il confronto e il dibattito pubblico sul tema della salute mentale e sulle gravi criticità in cui versano la gran parte dei servizi nel territorio nazionale, si sono tenute conferenze autorganizzate e seminari preparatori, finalizzati a sostenere la realizzazione di questo importante appuntamento istituzionale.

Il tema affrontato riguarda il ruolo delle associazioni degli utenti e dei familiari e del volontariato nel campo della salute mentale.

L'impegno e le proposte per raggiungere tutti insieme l'obiettivo che ci siamo prefissati. Sono state evidenziate criticità, ma anche proposte per un cambio di rotta che riporti la questione della salute mentale al centro delle politiche pubbliche per abbattere le disuguaglianze organizzative, culturali e finanziarie, per garantire ovunque buoni servizi di salute mentale di comunità, rispettosi dei diritti e dei bisogni della persona.

Con la piena e responsabile partecipazione delle organizzazioni dei familiari e degli utenti (oltre il mondo del volontariato) nella programmazione dei piani di intervento e dei programmi regionali, sulla organizzazione dei servizi e sulla qualità degli interventi. Si è ribadito con forza la necessità di una forte azione politica, a livello governativo, che

riprenda la strada interrotta della trasformazione culturale e pratica.

Dalla psichiatria repressiva, alla salute mentale di comunità, rispettosa dei diritti.

Avviata dalla Legge 180, ma già indicata nei valori e nei principi della nostra Carta costituzionale.

La rivoluzione culturale di oggi ha bisogno di una azione politica forte, a tutti i livelli.

Affinché si intervenga sui determinanti sociali che producono malattia, disagio, povertà, esclusione, emarginazione sociale, come fortemente raccomandato dall'OMS

Occorre:

- Combattere le discriminazioni e le violazioni dei diritti umani delle persone con disabilità, con fragilità sociali, e con problemi di salute mentale.
- Garantire i diritti di uguaglianza e di inclusione sociale.
- Garantire il rispetto per la dignità e l'autonomia delle persone che vivono la condizione della sofferenza mentale, compresa la libertà di compiere le proprie scelte.
- Garantire la piena ed effettiva partecipazione e inclusione nella società, attraverso il riconoscimento del diritto alla casa, al lavoro, alle relazioni umane e affettive.
- La partecipazione della società civile alla elaborazione e all'attuazione della legislazione e delle politiche che devono essere adottate perché nessuno possa essere sottoposto a trattamenti crudeli, inumani e degradanti e a qualunque trattamento sanitario senza il proprio consenso.
- Garantire che le persone abbiano diritto alla vita indipendente, supportata quando serve, nei luoghi reali della vita e della socializzazione.
- Superare le gravi disuguaglianze territoriali tra regioni e tra dipartimenti di salute mentale.
- Definire un bacino di utenza "governabile" per ciascun DSM
- Garantire Centri di Salute Mentale di prossimità, diffusi sul territorio, aperti sulle 24 ore sette giorni su sette, che permettano interventi tempestivi di qualità, integrati, partecipati e verificabili.
- Garantire servizi orientati alla ripresa e alla emancipazione sociale delle persone che si realizza attraverso il lavoro, l'abitare, avere una soddisfacente qualità della vita e buone relazioni sociali.
- Riconoscere il ruolo attivo delle associazioni di utenti e di familiari, ridefinendo l'assetto organizzativo dei DSM, con l'obbligo della istituzione delle consulte dipartimentali, aperte alla partecipazione delle associazioni di utenti, di familiari, del volontariato, dei servizi sociali del territorio, della cooperazione sociale e di tutte le imprese, profit e non profit, interessate a creare opportunità di lavoro stabile per chi vive la condizione della sofferenza mentale.
- Un impegno deciso da parte della Conferenza delle Regioni affinché ovunque sia garantita l'istituzione di una Commissione Regionale Salute Mentale con la partecipazione di tutte le organizzazioni interessate a questo tema, principalmente le organizzazioni dei familiari e degli utenti. Senza la partecipazione attiva della società civile nelle scelte politiche che riguardano la qualità della vita delle persone, non si

costruiscono società solidali.

- Rivedere la legislazione italiana che confligge con i principi e le disposizioni della convenzione Onu sui Diritti delle Persone con Disabilità.
- Deve essere riconosciuto il diritto delle persone che vivono la condizione della sofferenza mentale, autrici e autori di reato, dichiarati “pericolosi socialmente” di ricevere le cure di cui necessitano fuori dai contesti carcerari. I DSM devono essere richiamati al loro compito e devono garantire percorsi terapeutici riabilitativi, alternativi alla detenzione, nelle forme già sperimentate in altri territori.
- Rivedere le modalità di gestione di tanti luoghi della “cura e della assistenza”. Verificando la regolarità di funzionamento delle strutture, le corrette dotazioni organiche, e la professionalità di chi vi opera, in relazione alla qualità della vita delle persone accolte.

Le persone con sofferenza mentale, seguite dai servizi, hanno molto da dire e da dare per contribuire a costruire percorsi sempre più attenti alle specificità del singolo individuo.

Si sollecita l’attenzione sui temi dell’integrazione tra sanitario e sociale, sul Budget di Salute, sul rinforzo della rete dei servizi di salute mentale del territorio e sull’adeguamento delle risorse finanziarie e del personale, sul riconoscimento del contributo che può offrire il sapere esperienziale e quindi l’inserimento di figure formate e integrate a sostegno della relazione tra pari.

I servizi hanno bisogno di un profondo rinnovamento culturale, verso una salute mentale di comunità, orientata verso processi di emancipazione, Recovery ed Empowerment, e non fortemente radicati sull’aspetto biomedico e quindi prevalentemente farmacologico, prassi che spesso portano all’istituzionalizzazione.

Auspichiamo che in ogni DSM, in ogni territorio, si integri la figura dell’esperto in supporto tra pari (ESP/UFE).

Persona che ha attraversato il disagio psichico e che ha maturato capacità e competenze per essere coinvolta in attività di supporto ad altri utenti, e che collabora con gli operatori e i familiari all’interno di un sistema di cura condiviso.

Le associazioni di utenti, quelle di familiari, ma anche l’impegno di tanti cittadini volontari, hanno i saperi e le competenze per contribuire a tutto questo. In particolare, si considera importante la costruzione della Rete Nazionale Utenti dei servizi di salute mentale.

Giovanni Leonardi | **Segretario Generale del Ministro della Salute**

Grazie professor Starace, permettetemi alcune precisazioni prima di iniziare le mie considerazioni conclusive. Innanzitutto, il Professor Starace ha introdotto le mie conclusioni come quelle del Segretario Generale; ecco, se dovessi parlare in qualità di Segretario Generale vi direi ci vediamo tra un mese, come richiederebbe la ricchezza di queste due giornate, per cui vi prego di considerarle “le conclusioni di Giovanni Leonardi”. In secondo luogo, occorre dire che questa è stata già una giornata di conclusioni, perché sia nell'intervento del Professor Brusaferrò e della Professoressa Dirindin, sia in quelli dei *rapporteurs* abbiamo avuto già le conclusioni della giornata di ieri; dunque, ancora una volta queste sono le mie considerazioni, riferite a quello che mi ha particolarmente colpito, sapendo che gli atti della Conferenza sono tutti, più che da pubblicare, da vivere, perché avranno una vita nel lavoro che sta già svolgendo il Tavolo Tecnico e che continuerà nella proposizione di azioni politiche. Dovrà portare innanzitutto, come dicevamo ieri, al *side event*, un evento del G20 Salute specificamente dedicato ai temi della salute mentale e che quindi coinvolgerà non solamente il nostro Paese, bensì la comunità internazionale. Il termine *side event* indica un evento collaterale rispetto all'evento principale costituito dalla riunione dei Ministri, ma non dobbiamo pensare ad un evento di portata minore, bensì ad una occasione per la Presidenza di turno del G20 di evidenziare un tema nel campo della salute che considera prioritario. L'Italia ha scelto come tema del *side event* la salute mentale, che è quindi il *leitmotiv*, e questo bisogna tenerlo in considerazione. Inizio dunque la mia presentazione - e faccio presente che non è stato concordato -, partendo da quanto detto dall'ultimo relatore: questa Conferenza è stata promossa dal Ministero della Salute, ma è voluta dalla comunità, dalle associazioni e dalla società civile tutta, che ha rappresentato al Ministero che i tempi erano maturi per incontrarsi e discutere su dove siamo arrivati e sulla strada che occorre ancora percorrere. Per questo l'approccio di questa Conferenza è stato multilivello: un'ampia partecipazione della società civile nonché della comunità scientifica e professionale, la quale ultima - lo abbiamo visto anche oggi - è intervenuta attraverso le sue varie componenti e rappresentanze, e naturalmente delle istituzioni, che sono state qui chiamate non solo a formulare considerazioni, ma anche ad assumere degli impegni. Permettetemi di dire che ho visto una partecipazione particolarmente coinvolta della parte istituzionale, a tutti i livelli, proprio a voler dire “questo è un tema prioritario di cui vogliamo - e non dobbiamo - occuparci, e di cui ci occupiamo”.

Il tema della pandemia è stato ovviamente toccato ieri, in quanto riguarda una realtà attuale, però ci tengo a dire che non era il tema della Conferenza; se ne è parlato per il forte impatto sulla salute mentale; dobbiamo essere consapevoli e non dobbiamo sottovalutarlo; bisogna tenere presente che oggi sono necessari sforzi maggiori, perché la pandemia ancor di più ci chiama a dare delle risposte concrete per i nostri cittadini, ma la pandemia non è l'argomento centrale di queste due giornate.

I temi affrontati invece sono stati molteplici; mi trovo a fare delle riflessioni "a caldo", e spero dunque mi perdonerete se trascurerò degli elementi che ciascuno di voi nella sua sensibilità considera importanti, ma ho cercato - insieme alla dott.ssa Sanasi e alla dott.ssa Brigante, che ringrazio per il prezioso supporto, - di lavorare al meglio alle conclusioni dei lavori di questa giornata.

Partiamo dalla Politica: ci ha detto che dobbiamo avere una attenzione costante perché ad oggi circa la metà degli obiettivi dichiarati prioritari sono oggetto di provvedimento: ciò significa che vi è bisogno di un monitoraggio continuo e soprattutto di una azione condivisa per arrivare a raggiungere tutti gli obiettivi che sono stati fissati. Questo è certamente un punto sul quale dobbiamo lavorare tutti insieme. Altro punto è quello del superamento delle disuguaglianze, sia tra le Regioni che all'interno della stessa Regione, ma anche all'interno delle stesse comunità cittadine: dobbiamo comprendere quali siano le politiche attive per avere uno standard di presa in carico che metta i cittadini nelle condizioni di accedere ai servizi di cui hanno bisogno. Lo sforzo è quello di raggiungere una integrazione reale, e non parlo solo di integrazione socio-sanitaria, ma di una più ampia integrazione tra servizi sanitari e servizi sociali: è necessario fare in modo che questi servizi "dialoghino", e cioè che ci sia comunicazione tra tutti gli interlocutori ai vari livelli. Inoltre, è emerso con forza il tema della salute negli istituti penitenziari e nelle REMS; bisogna permettere anche ai detenuti di ricevere le cure nei luoghi più adeguati alle loro esigenze, e allo stesso tempo che i ricoveri vengano effettuati solo quando veramente necessari. La scelta fatta dal nostro Paese e consolidata anche dagli interlocutori internazionali è stata quella di individuare la comunità quale luogo ideale in cui prendersi cura delle persone che hanno problemi di salute mentale. Ancora, si è parlato dell'importanza del ruolo dei Comuni e del principio di sussidiarietà incardinato nell'articolo 118 della nostra Carta Costituzionale: il luogo di prossimità al cittadino è quello che è maggiormente in grado di conoscere i bisogni e quindi di prendersene cura. Gli esponenti politici che hanno partecipato alla Conferenza hanno anche evidenziato le problematiche derivanti dai tagli alla sanità e alla spesa sociale; l'occasione che abbiamo oggi è dunque quella di recuperare il tempo e le risorse perdute, al fine di coordinare gli sforzi tra la compagine sanitaria e quella sociale per giungere ad una assistenza territoriale di qualità.

Su tale punto, la centralità che è stata ribadita più volte in queste due giornate dalla componente politica è rappresentata da tutti i professionisti che operano in questo settore, in quanto la risorsa umana è la risorsa fondamentale che abbiamo. La risorsa

economica è infatti solo uno strumento, la risorsa umana deve essere invece veramente il fulcro che catalizza la nostra attenzione.

La comunità internazionale ci ha dato tanti spunti di riflessione, ma mi piacerebbe sottolinearne uno in particolare, ossia il riconoscimento della esperienza italiana. Abbiamo già evidenziato il lungo percorso che c'è da fare, un percorso che è progredito a macchia di leopardo e che quindi ha bisogno di maggiore consapevolezza e coerenza rispetto al disegno complessivo. Tuttavia, oggi a distanza di tempo sappiamo che la strada che abbiamo intrapreso è quella giusta, perché abbiamo avuto numerose conferme e riconoscimenti, non solo dai soggetti istituzionali ma anche dalla comunità scientifica. La consapevolezza dunque di essere sulla strada giusta ci deve dare la forza e la speranza di continuare questo percorso con maggiore impulso.

Per quel che concerne gli otto gruppi di lavoro non mi dilungo perché i relatori hanno già presentato i punti di maggior rilievo, ma ho raccolto degli spunti di riflessione comuni che mi hanno particolarmente colpito, anche qui senza alcuna pretesa di esaustività, e consapevole del fatto che ciascun gruppo ha già presentato le sue conclusioni.

La prima questione che mi ha colpito riguarda la multisettorialità e l'integrazione delle cure: in questo contesto, la personalizzazione dei percorsi di cura è sicuramente la chiave di volta. Non importa solo la singola prestazione, bensì l'intero percorso di cura che deve caratterizzare l'approccio assistenziale. Il "lavoro di équipe e non sommatorie di professionalità": sembra una frase banale ma è invece un obiettivo difficile da realizzare. La mia pregressa esperienza come Direttore Generale della Direzione delle Professioni Sanitarie mi ha permesso di conoscere a fondo il dibattito tra le professioni, le interrelazioni, la ricchezza e poliedricità dei contenuti delle diverse professioni, ma allo stesso tempo ho compreso quanto sia difficile poi discutere insieme, dimenticando i ruoli e concentrandosi sulla persona che reclama la nostra assistenza. Questo problema non riguarda solo il mondo sanitario, bensì tutti i settori che devono imparare ad interagire. In questo, un ruolo importante è giocato dalla co-progettazione con il 3° e 4° settore: se non coinvolgiamo quello che Silvio Brusaferrò ha chiamato 'il capitale sociale' di questo Paese, allora non riusciremo ad affrontare il tema. Questa è una sfida che si vince insieme: il Ministero della Salute, le Regioni, i Comuni da soli non possono fare niente. È necessario far convergere gli sforzi sapendo che ciascuno ha una parte di responsabilità e un ruolo da ricoprire. Ancora: la necessità di un incremento delle risorse umane. Questo è un tema che ha travolto tutta la Pubblica Amministrazione, ed ha travolto anche i settori in cui era meno evidente l'esigenza di personale. È il momento giusto per ripartire con una analisi dei fabbisogni reale per dare risposte concrete. Sotto questo aspetto la dottoressa Ugenti, attuale Direttore Generale delle Professioni Sanitarie, che era presente anche ieri, sta svolgendo un importante lavoro per far fronte ai fabbisogni di risorse umane, a partire dalle scuole di specializzazione, in modo da rafforzare il Servizio Sanitario Nazionale. È emersa inoltre l'idea di avere non solo la Conferenza Nazionale, ma anche conferenze regionali, che possono rappresentare dei luoghi dove si discute non solo dei temi di cui discutiamo oggi, ma anche di bisogni specifici, relativi alle caratteristiche particolari

delle realtà locali. È il territorio, infatti, il destinatario ultimo dei progetti, altrimenti non avrebbe senso parlare di assistenza di comunità. Ecco, le conferenze regionali sicuramente aiuterebbero a trovare delle soluzioni e anche a riflettere insieme e a riproporre le istanze sui tavoli nazionali. Sempre in ambito di multisettorialità, evidenzio la lotta allo stigma, che riguarda tutte le componenti del Paese.

Altra questione che ha suscitato il mio interesse è quella relativa al sostegno della vita sociale indipendente delle persone con problemi di salute mentale. Questo aspetto è centrale, in quanto se la presa in cura ha successo il risultato sarà quello del reinserimento sociale con una vita indipendente. In questo contesto un ruolo cruciale è svolto sia dalle associazioni di volontariato che dai familiari, in quanto entrambi conoscono a fondo i bisogni delle persone affette da tali problematiche. Per aiutare il reinserimento nei vari contesti di vita e di lavoro il processo terapeutico deve necessariamente essere personalizzato. Il perseguimento di questo obiettivo necessita di processi personalizzati che si adattino ai bisogni dei singoli. Ancora, centrale è la programmazione del futuro, il “dopo di noi”; la legge esiste da molti anni, ma è pur vero che la legge da sola non basta se non si accompagna agli sforzi di una società che si muove per darle attuazione. Bisogna quindi riprendere le fila di questo discorso per vedere cosa non sta funzionando e quali cambiamenti sono necessari. Sono emerse nel corso di questa Conferenza numerose riflessioni su quali siano le buone pratiche; ebbene, su tutte credo che la più urgente e necessaria sia l’esperto in supporto tra pari. Non vi è maggiore *empowerment* di una persona che ha i nostri stessi o simili trascorsi e che riesce a trasmettere forza a chi vive una situazione di disagio e di dolore. In generale si è parlato molto di buone pratiche: è ovvio che se una attività funziona, deve essere replicata; ciò implica delle politiche attive da parte di tutti i livelli di governo. Tra gli obiettivi delle *best practices* vanno senza dubbio citate anche il superamento della contenzione meccanica, la prevenzione del ricorso ai trattamenti sanitari obbligatori nonché la riduzione della medicalizzazione. Vorrei in questa circostanza citare il Teatro Patologico di Daniele Ambrosio che è stata una delle buone pratiche scelta dalla Conferenza come momento di riflessione; c’è una frase in particolare che mi ha colpito, e cioè quella di un genitore, il quale ha raccontato che da quando il figlio frequenta il teatro patologico, può dormire la notte. Ebbene, questa frase dà la misura di tutto il lavoro svolto dal teatro patologico, ossia di come cambi la vita grazie ad una buona pratica.

Un ulteriore tema che è stato analizzato nel corso di questa Conferenza, e sul quale sono emerse luci ed ombre, è quello riguardante gli strumenti tecnologici ed i flussi informativi: è emersa la necessità di avere dei dati “di qualità”, di sistemi interoperabili. In questo vi è una forte attenzione da parte di tutta la compagine di Governo. A tale riguardo, ho menzionato anche la proposta di prevedere un Programma Nazionale esiti anche per salute mentale, personalmente io sia piuttosto perplesso al riguardo. La comunità scientifica può discuterne, ma a mio avviso un algoritmo difficilmente può intercettare la complessità di problematiche riguardanti la salute mentale perché manca un elemento fondamentale: l’empatia.

Tra i vari campi di analisi è stato affrontato quello delle fragilità ulteriori che possono presentarsi in persone che soffrono di problemi di salute mentale, quali ad esempio lo stato di detenzione; sotto questo aspetto bisogna sottolineare la necessità di rafforzare il dialogo tra il mondo della psichiatria e quello della giustizia. Occorre una formazione interistituzionale, come è stato suggerito, che può aiutare senz'altro ad arricchirsi reciprocamente. Il superamento, in determinate circostanze, dei limiti della residenza anagrafica nell'accesso ai servizi può aiutare a far fronte a situazioni di particolare criticità. Dobbiamo ricordare che il Servizio Sanitario Nazionale è unico e dunque il cittadino ha diritto alla mobilità, specialmente quando ha delle fragilità particolari, e quando si trova in luoghi che non sono quello abituale di residenza. Ancora, le équipes dedicate per psico-traumi e violenze volontarie: specialmente nei contesti dei migranti, ci sono tante storie che incrociano questo tema. A tale riguardo preme sottolineare anche il superamento del principio di territorialità nelle REMS, di cui si è parlato, per far fronte ad esigenze contingenti e di natura temporanea.

Sulla base di queste riflessioni, occorre volgere lo sguardo alle prospettive future, ben delineate dalle indicazioni politiche tracciate nella giornata di ieri. Apro questo capitolo citando il Ministro Speranza: “senza salute mentale non può esserci né ripresa, né resilienza”. Se non affrontiamo il tema della salute mentale, anche il tema della ripresa sarà smorzato.

Gli elementi più importanti sono:

- Il superamento della contenzione meccanica: questo è un tema molto attuale, già all'attenzione della Conferenza Stato-Regioni, sul quale si spera di raggiungere presto un risultato concreto;
- Fondi strutturali per il rafforzamento delle politiche di salute mentale al Sud: abbiamo detto prima che ci sono delle differenze tra Regioni ed all'interno della stessa Regione, che devono essere superate. Come diceva questa mattina la professoressa Dirindin, occorre un ripensamento nell'investimento delle risorse;
- Riqualificazione delle strutture territoriali dedicate alla salute mentale utilizzando i fondi di cui all'articolo 20 per l'edilizia sanitaria;
- Sostegno alle politiche di salute mentale con fondi vincolati: come saprete nel fondo Sanitario Nazionale c'è una quota che Stato e Regioni decidono di dedicare a progetti specifici. Sul punto, il Ministro Speranza ha annunciato la volontà di inserire la salute mentale tra gli obiettivi prioritari del 2021;
- Investimento culturale (formazione, *best practices*): questa categoria molto ampia riguarda certamente fabbisogni e formazione universitaria ma occorre anche una grossa riflessione sulla Educazione Continua in Medicina – ECM. Mentre la formazione universitaria riguarda il Ministero dell'Università, l'ECM rientra nella responsabilità del Ministero della Salute: si rivolge agli operatori sanitari che attualmente stanno lavorando sul territorio, e quindi è sicuramente uno strumento per delle politiche di formazione che possano migliorare lo *status quo*;

- Rinvigorismento delle strutture ministeriali per la salute mentale: il depauperamento che la Pubblica Amministrazione ed il Servizio Sanitario Nazionale hanno subito ha avuto conseguenze anche all'interno del Ministero. Noi vogliamo portare avanti le politiche di cui stiamo parlando e quindi abbiamo bisogno anche di questo. Fino allo scorso anno il personale del Ministero aveva un'età media di 54 anni: questo implica anche delle difficoltà ad approcciare i nuovi strumenti, le tematiche nuove, e in ogni caso l'ingresso di giovani è sempre stimolante per tutti, riesce a rinvigorire l'Amministrazione;
- Sostegno nei luoghi di detenzione: si parla sia di sostegno ai detenuti che al personale che lavora in questi luoghi. Il Ministro Cartabia ha sottolineato le condizioni in cui versano i 71 detenuti da accogliere nelle REMS; questo sta a sottolineare che nessuno deve essere lasciato indietro. Noi, insieme al Ministero della Giustizia, abbiamo la grossa responsabilità di risolvere questa situazione e ci stiamo già adoperando a tal fine;
- Livelli essenziali delle prestazioni (LEP): il Ministro Orlando ha affermato con forza la volontà di pervenire alla fissazione dei LEP. La determinazione con cui ha annunciato e la volontà di lavorare con il SSN per una reale integrazione dei servizi fanno ben sperare per un cambio di passo nella integrazione tra Sanità e Sociale;
- l'aspetto sociale è determinante anche per gli interventi di inclusione sociale, lavorativa e abitativa individuati dalla Conferenza come essenziali per permettere il reinserimento sociale dei cittadini con problemi di salute mentale.
- Fondi del PNRR per politiche su disabilità, non autosufficienza e salute mentale: i fondi del PNRR vanno visti in un'ottica di complessivo sforzo di intervento del Governo. Ciascuna Amministrazione ha lavorato prevalentemente su una delle Missioni (la Missione 6 per la Salute), ma con la consapevolezza della necessità di un approccio intersettoriale. Inoltre, il punto di partenza per utilizzare bene le risorse è evitare la duplicazione di interventi: costituire una Cabina di Regia - come ha fatto il Governo - è fondamentale per avere un quadro d'insieme e concorrere a realizzare obiettivi comuni. Le politiche devono essere bidirezionali, altrimenti non funzionano.

Queste sono le considerazioni che vi consegno, scusandomi se ho trascurato temi importanti, ma la ricchezza della Conferenza ha reso complicato contenere tutto in un unico, breve intervento. Penso che possiamo essere soddisfatti di queste due giornate, c'è sicuramente tanto lavoro da fare, ma ci sono anche tante idee sul come raggiungere questi obiettivi. Il mio non è un 'arrivederci' alla 3^a Conferenza sulla Salute Mentale, bensì un arrivederci nelle vostre comunità, perché è da lì che dobbiamo partire per portare avanti quello di cui abbiamo discusso.

Grazie!

**“CONTRIBUTI PERVENUTI AL
MINISTERO”**

Alonzi Claudia, Sileci Saverio

APS LuovodiColombo

Il “dipartimento 180 bis” nasce dal desiderio di offrire a chi attraversa un momento di crisi un luogo di ascolto, sostegno e costruzione di risposte non immediatamente né prevalentemente farmacologiche o istituzionalizzanti.

Un luogo dove la crisi sia considerata opportunità per ripristinare il dialogo tra i soggetti implicati (interni e circostanti); per connettere nuovamente e ripristinare la comunicazione, l’ascolto reciproco e la progettazione del futuro.

La condivisione di questo desiderio ha generato l’idea di poter offrire ai cittadini l’opportunità di utilizzare un insieme di sistemi di cura orientati alla guarigione dando ai servizi di salute mentale l’occasione di entrare in risonanza con le loro buone pratiche.

Abbiamo unito le energie e i desideri di chi da molto tempo si occupa di IESA (Inserimento Eterofamiliare Supportato di Adulti) e ha reinventato con l’intervento di *Krisis Farm* l’esperienza americana denominata *Crisis Home*; di chi promuove l’approccio *WindHorse* in Italia o ha scelto di dedicare le sue energie alla Terapia Familiare; infine di chi si è formato all’approccio finlandese del Dialogo Aperto. Attraverso la partecipazione dell’associazione LuovodiColombo ad un Bando del Comune di Torino nel 2019, abbiamo messo in moto un piccolo budget dedicato in modo specifico alla gestione comunitaria della crisi.

Ascolto telefonico a chi attraversa una situazione di crisi. Strumenti come l’Open Dialogue, lo IESA e Windhorse, intervengono sia sul sistema che sul singolo all’interno di un paradigma orientato alla *Recovery*.

La prima beneficiaria è stata una donna vittima di violenze domestiche.

Sino ad oggi le richieste di aiuto, prevalentemente di familiari e/o persone con manifestazioni comportamentali molto problematiche, hanno ricevuto ascolto e sguardo al sistema come prima risposta da parte di un *Case manager* scelto di volta in volta all’interno dell’equipe multiprofessionale e incontri dialogici tra tutti i soggetti coinvolti a partire dal nucleo familiare.

A questi hanno fatto seguito, ove necessario, la decontestualizzazione in regime di *IESA / Krisis Farm*, e poi interventi *Windhorse* con turni di basic attender giornalieri, psicoterapia domiciliare, supporto telefonico, aiuto nel ripristino e coordinamento delle relazioni con i diversi servizi.

Persone con diagnosi di Disturbo Ossessivo Compulsivo o con una lunga storia psichiatrica; giovani in condizioni di estrema fragilità o persone con ripetuti tentativi

anticonservativi alle spalle; soggetti con pregressa esperienza di TSO o che riferiscono la sensazione di essere continuamente minacciati; donne vittime di violenza o una madre disperata il cui figlio uditore di voci ha reazioni aggressive nei suoi confronti.

Una di queste persone sta facendo grandi progressi sotto l'egida del Comune presso una famiglia affiliata all'associazione LuovodiColombo mentre l'asl non ha ancora avviato a Torino un servizio IESA.

La criticità più rilevante è quella di reperire i fondi per far sì che i professionisti non debbano lavorare in completa gratuità. Volontario e gratuito sono termini spesso cortocircuitati nel Belpaese.

Al di fuori dai casi provenienti dal comune gli incontri dialogici e gli interventi di terapia familiare sono a carico dei soggetti richiedenti con costi calmierati. Il rischio è quello di rendere poco accessibili questi servizi a chi si trova in condizioni economiche svantaggiate. In particolare per sostenere progetti che richiedono presenza continua (*Krisis Farm* o molti turni di *basic attendance* nel progetto *Windhorse*) occorre denaro. Anche se i costi, persino nel momento della crisi sono molto meno onerosi di quelli degli interventi istituzionalizzanti, il mancato finanziamento del Budget di salute non consente al Welfare generativo e di comunità una sinergia con l'intervento pubblico e con quello del privato sociale nell'ottica di garantire ai cittadini una maggiore offerta di servizi e progetti personalizzati.

Il piccolo budget dedicato dal Comune di Torino è servito a fornire giornate di IESA, turni di *basic attenders*, psicoterapia domiciliare, supporto telefonico, aiuto nel ripristino e coordinamento delle relazioni con i servizi e incontri dialogici.

Evitando la filiera istituzionale si sono realizzati obiettivi di salute con un considerevole risparmio economico per il servizio pubblico

Barbato Angelo

Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri-IRCCS, Milano

IL CONSUMO DI MASSA DI FARMACI ANTIDEPRESSIVI IN ITALIA: UN'EMERGENZA SANITARIA?

Le prescrizioni di farmaci antidepressivi in Italia, come in quasi tutti i paesi europei, sono da molti anni in costante aumento. Dal 2002 al 2020 il consumo è più che raddoppiato, passando da 21 a 43,6 DDD per 1000 abitanti e si stima che nell'ultimo anno il 6,5% della popolazione italiana abbia fatto ricorso a un antidepressivo. In generale, l'aumento della prevalenza d'uso è dovuto al protrarsi nel tempo del trattamento farmacologico, più che alle nuove prescrizioni. L'85% delle prescrizioni di antidepressivi nel nostro paese è costituita da SSRI e SNRI, ritenuti farmaci di prima scelta per la terapia dei disturbi depressivi, ma usati anche per alcuni tipi di disturbi d'ansia e nel dolore cronico.

L'espansione dell'uso di questi farmaci deve essere motivo di preoccupazione, prima di

tutto perché la loro efficacia è controversa e, nel migliore dei casi, limitata. Per quel che riguarda la depressione, negli studi controllati, le differenze in termini di riduzione dei sintomi depressivi o di remissione a favore degli antidepressivi rispetto al placebo sono relativamente piccole sia nel breve che nel lungo periodo. La loro efficacia è accettabile solo nel trattamento delle depressioni gravi, che rappresentano non più 15-20% dei casi che chiedono un aiuto professionale. Pertanto, dal punto di vista dell'utilità clinica, il consumo può essere ritenuto eccessivo e ingiustificato. Inoltre, gli effetti avversi sono numerosi e costituiscono un ulteriore motivo di allarme. Oltre a quelli cardiaci, è importante considerare l'impatto negativo sulla sessualità, in particolare con gli SSRI. Inoltre, contrariamente a quanto si riteneva, tutti gli antidepressivi, anche quelli di seconda generazione, sono suscettibili di indurre nel 50% o più dei casi una sindrome di astinenza in seguito all'interruzione dopo un uso prolungato. Tale sindrome può durare giorni o settimane nei casi più gravi e si manifesta con sintomi quali ansia, nausea, insonnia, vertigini, disturbi dell'equilibrio e ipereccitazione. Più recentemente è stata anche descritta anche una disfunzione sessuale che insorge o persiste dopo l'interruzione dei farmaci, chiamata disfunzione sessuale post-SSRI (PSSD). I disturbi che la caratterizzano sono in entrambi i sessi la perdita della libido, delle sensazioni erogene e talvolta tattili a livello genitale, e l'orgasmo non accompagnato da piacere, negli uomini la disfunzione erettile, nelle donne la ridotta lubrificazione vaginale e talvolta l'eccitazione genitale persistente. Dopo una serie di segnalazioni e una verifica dei dati di farmacovigilanza, l'Agenzia Europea dei Farmaci nel 2019 ha riconosciuto la PSSD come possibile effetto avverso associato agli SSRI e agli SNRI e ha dato indicazione alle case produttrici di aggiornare con questa informazione i riassunti delle caratteristiche dei farmaci. Questa disposizione è stata adottata anche in Italia dall'AIFA, ma non sappiamo se i medici nel nostro paese stiano tenendo in conto questa segnalazione.

Va rilevato che diversi tipi di interventi psicologici sono risultati in numerose ricerche altrettanto efficaci dei farmaci nel trattamento a breve termine e probabilmente più efficaci a lungo termine per la prevenzione delle ricadute depressive. Inoltre non espongono i pazienti agli stessi rischi di effetti avversi. Vi sono dati che indicano come, in generale, il pubblico preferisca in maggioranza i trattamenti psicologici rispetto ai farmaci, qualora una scelta sia effettivamente disponibile.

Come i farmaci, le psicoterapie si sono dimostrate più efficaci nelle depressioni gravi o moderate, mentre in quelle lievi la loro efficacia è più incerta e comunque modesta. Peraltro in questi casi modalità non strutturate di supporto sociale e interventi non professionali, come l'esercizio fisico o la partecipazione a gruppi di auto-aiuto, hanno dimostrato una certa utilità.

Purtroppo l'offerta di interventi non farmacologici per la depressione nei nostri servizi socio-sanitari è carente, sia nelle cure primarie che in ambito specialistico. Nei servizi psichiatrici gli utenti che si presentano con disturbi depressivi ricevono terapie psicologiche, peraltro di qualità incerta e intensità limitata, solo nel 6% dei casi. Di

conseguenza il farmaco è la risposta quasi univoca alla richiesta di aiuto che proviene per questi problemi da molti cittadini, se consideriamo che ogni anno almeno il 5% della popolazione, cioè circa tre milioni di persone, soffre di depressione.

L'uso indiscriminato di farmaci di efficacia limitata e gravati da effetti avversi considerevoli per problemi diffusi di salute mentale va considerato un problema importante di sanità pubblica. Per affrontare questo problema vanno prese in considerazione una serie di misure: ampliamento dell'offerta di interventi psicosociali da parte di operatori socio-sanitari adeguatamente preparati, inserimento nel settore delle cure primarie di professionisti in grado di erogare le psicoterapie, innovazioni nella formazione dei medici all'appropriatezza prescrittiva, diffusione di informazioni alla popolazione sui rischi e i benefici di questa classe di farmaci.

Barillari Natalia

LIBELLULA AFASP

La situazione Calabrese è imbarazzante. Manca una percezione, formulazione, programmazione di interventi integrati nell'ambito delle politiche sociali, volti al benessere dei cittadini. In particolare, si rileva una insufficienza, assenza di: Gestione unitaria nell'integrazione socio sanitaria. Applicazione di piani di supporto individualizzati. Organizzazione di nuovi servizi/pratiche innovative a domicilio dell'utente, della famiglia, incentrati sui bisogni emergenti della persona e della sua famiglia, sulle problematiche assistenziali socio sanitarie conseguenti ad interventi di routine da parte dei care giver istituzionalizzati. Creazione di équipes multi professionali per la valutazione dei bisogni e degli interventi da effettuare secondo progetti individuali personalizzati. Forme integrate di assistenza socio sanitaria in relazione ai bisogni e alle valutazioni offerte dall'ICF relativamente alle possibilità di fare e di socializzare delle persone con disabilità fisica, intellettuale, psichica. Realizzazione di strutture intermedie per il post acuzie supportate dai servizi territoriali ed al privato sociale per l'abitare assistito a favore di cittadini con disagio psichico.

Istituzione ed accreditamento dell'infermiere di famiglia e di comunità.

Promuovere il riconoscimento giuridico ed economico del lavoro di cura dei care giver familiari.

Favorire e sostenere la creazione di servizi di assistenza, di trattamento e di accompagnamento a cittadini anziani, a cittadini diversamente abili, a svantaggiati con problematiche psicosociali, da parte del privato sociale.

La situazione in Calabria è veramente imbarazzante.

Barovetti Carla

GRUPPO di RICERCA per la SALUTE MENTALE “CONOSCERE per MIGLIORARE”

Il nostro è un gruppo eterogeneo formato da persone che hanno in comune, in modi diversi, la conoscenza della malattia mentale: c'è chi il disagio psichico lo ha provato sulla propria pelle e lo tiene a bada, c'è chi tra noi accompagna un proprio caro nel difficile percorso della cura avendo come traguardo la “recovery” della propria figlia o figlio, sorella o fratello, moglie o marito, ci sono operatori del settore (educatori, psichiatri e psicologi) che vedono quotidianamente la sofferenza della malattia.

Per questo contatto stretto e continuo con il disagio psichiatrico ci sentiamo di definirci “esperti per esperienza”.

Nell'autunno 2017, da varie discussioni in sedi diverse, tra cui l'Associazione Insieme, il Gruppo Famiglia ASL, il gruppo Caffè Basaglia e sulla rete, emergevano temi importanti che ci sollecitavano a conoscere realtà e metodi di cura differenti o complementari a quelli applicati nella nostra Regione: il funzionamento dei Servizi, l'uso dei farmaci e i loro effetti collaterali, i ricoveri in SPDC, i fini riabilitativi delle Comunità e dei Gruppi Appartamento, i possibili diversi approcci terapeutici e percorsi di cura flessibili e differenziati.

Nel 2018 l'insieme delle ricerche, degli studi e i risultati della partecipazione a convegni, sono confluiti in un volume sotto forma di DOSSIER che è stato condiviso e presentato in molte occasioni e sedi.

Nel 2019, è stato reso in un VIDEO e in un Cortometraggio :“Malattia mentale e Guarigione - dal buio alla luce” che uniscono fiction, rappresentazioni simboliche e interviste tematiche, con un montaggio serrato che cattura l'attenzione dello spettatore su questi argomenti (youtube, CxM Conoscere per Migliorare- dal buio alla luce).

L'interesse riscontrato negli incontri pubblici dimostra che nel mondo della psichiatria piemontese esiste una profonda esigenza di rinnovamento e di maggior attenzione per la cura di chi soffre di un disagio mentale e delle famiglie coinvolte.

È importante sostenere le famiglie nel difficile impegno di caregiver, per aiutare il paziente nel suo percorso di recovery.

Diffondere le conoscenze su diversi approcci alla malattia mentale e sui percorsi attuati da altre Regioni italiane e altri Stati, offre una speranza a chi pensa non averne più ed è uno spunto ai Servizi per operare al meglio.

Le attività del gruppo “Conoscere per Migliorare” continuano nel 2021 con la partecipazione:

- al Laboratorio di Capacitazione “Le associazioni e la salute mentale”, CORIPE Piemonte, IRES, UNITO;
- alla settimana della Salute Mentale, con “Robe da Matti”;

- alla ricerca sul tema della riduzione/sospensione degli psicofarmaci con il gruppo internazionale IIPD;
 - al progetto “Rete Civica per il Benessere”, finanziato da Fondazione Compagnia San Paolo, rivolto a giovani per il raggiungimento dell’autonomia attraverso il lavoro, la casa, la socializzazione, con la presenza di ESP usciti da percorsi di cura;
 - ad azioni per sollecitare l’applicazione del “Budget di salute”, dei “Progetti Terapeutici Individualizzati”, della legge sul “Dopo di noi”;
 - all’Appello delle Associazioni per la Salute Mentale alle ASL e alla Regione Piemonte.
- Occorre migliorino le politiche per la Salute Mentale poiché che gli scarsi finanziamenti, al di sotto del 5% con macroscopiche differenze regionali, la formazione universitaria di impronta organicista e farmacologica, l’organizzazione dei DSM, sono elementi non adeguati al raggiungimento della SALUTE MENTALE di COMUNITÀ.

Bellotti Bruna

Associazione “Diritti Senza Barriere”

L’associazione “Diritti Senza Barriere”, sottotitolo: la voce dei malati indifesi. È un’associazione di volontario PURO, di tutela dei diritti dei malati, in particolare malati mentali gravi, anziani affetti da demenza senile e/o Alzheimer, quest’anno compie vent’anni. Non presenta progetti per ottenere finanziamenti dall’AUSL o enti locali, allo scopo di rimanere autonoma ed indipendente.

Nell’ambito della salute mentale possiamo affermare di avere tanta esperienza e conoscenza

diretta sia come familiari, che come persone interessate alla problematica.

Abbiamo uno sguardo ed un coinvolgimento particolare verso i malati mentali più gravi, proprio la categoria meno seguita, possiamo affermarlo, con cognizione di causa, soprattutto noi ci riferiamo al DSM dell’AUSL bolognese. Per le persone lievemente disturbate psicologicamente è molto più facile intervenire, per le quali il servizio offre più opportunità, mentre per i malati più problematici oltre ad un ottundimento di psicofarmaci, di specifico, di personalizzato, di qualificato i servizi psichiatrici bolognesi altro non propongono.

Col risultato che il malato si cronicizza, salvo poi abbandonarlo al proprio destino, darlo per perso perché tanto non c’è più speranza.

Il Dottor Spivak affermò: non ci sono malati cronici, sono i processi, le pratiche quotidiane che rendono cronici i malati. Spivak non è stato il solo, ma uno dei tanti che hanno puntato il dito sull’assenza di una relazione empatica con il malato mentale, di ascolto di partecipazione emotiva. Il Dottor Benedetto Saraceno, dalla Repubblica del 1.07.21, che ha diretto il Dipartimento di Salute Mentale all’OMS, afferma: “...i farmaci sono utili, nessuno lo nega. ...Ma tutti dovrebbero capire che il farmaco serve a correggere un sintomo acuto

quando il paziente è allucinato o delirante, ma non risponde ai bisogni delle persone. ...i nostri psichiatri spesso fanno fatica a capire che il modello biochimico è insufficiente". Perciò i malati mentali, anche gravi, non hanno bisogno di un armadio di psicofarmaci, bensì di un ingaggio terapeutico che sia a loro di supporto in un percorso di comprensione riabilitativo.

I malati mentali gravi se non sono gestibili a domicilio, vengono collocati in residenze psichiatriche, prevalentemente condotte da cooperative, sono dei manicomietti.

La scelta della collocazione delle residenze psichiatriche, generalmente, è ubicata fuori dai centri abitati allo scopo di risparmiare nell'affitto e nella gestione della struttura. Alcune in aperta campagna, totalmente in contrasto con quanto prescrive la legge 180/78 recepita dalla legge 833/78 ed anche dal progetto obiettivo salute mentale.

Il cui personale, prevalentemente, non è qualificato per affrontare patologie complesse, ad esempio gli uditori di voci, i quali hanno bisogno di personale specializzato. Oltre a non essere adeguatamente formato, cambia continuamente, con ciò viene meno la relazione terapeutica con il malato mentale, in sostanza la conditio sine qua non affinché il malato possa intraprendere un percorso di recovery, in pratica un cammino di riabilitazione psichiatrica.

Se non vi è un'adeguata formazione sul campo, come avviene abitualmente, può succedere, a volte, come è già capitato, casi molto gravi, in cui il personale non formato provoca ai malati più danni che benefici. Con il cambio repentino e continuo del personale diventa impossibile conoscere il vissuto del paziente, con ciò viene meno la possibilità d'instaurarsi una relazione terapeutica.

Tutto ciò è favorito anche dall'assenza di controllo dall'AUSL.

Tutte le cooperative non sono enti di beneficenza, la qualità del servizio per la cooperativa mal si concilia con il profitto.

Da qui ne discende il trattamento che viene fornito ai malati ivi ricoverati. I servizi sanitari, tali sono anche i servizi psichiatrici, dovrebbero essere forniti direttamente dal SSN, come prevede la legge, invece con l'esternalizzazione dei servizi sanitari in generale, ed ancor di più i servizi psichiatrici, è stata completamente stravolta la cura e la riabilitazione del malato.

La legge 833/78, istitutiva del SSN, tuttora vigente, prescrive che è compito del SSN occuparsi dei malati, ivi compresi i malati mentali anche gravi.

Sempre la legge 833 prescrive: prevenzione, cura e riabilitazione senza limiti di durata.

Si deve sapere che l'esternalizzazione dei servizi psichiatrici è una piaga che si è diffusa a macchia d'olio nella Regione Emilia-Romagna, non solo, anche a livello nazionale.

È diventata un'epidemia a cui è urgente porvi rimedio.

La nostra pluridecennale esperienza e conoscenza ci dimostra che i soldi, che sono poi soldi dei contribuenti, nello specifico in psichiatria sono spesi molto male, con le esternalizzazioni si tratta di elargizioni di denaro pubblico alle cooperative, senza nessun reale beneficio per i malati.

Se, invece, venisse effettuata una formazione ed aggiornamenti continui, periodici, con verifiche costanti si avrebbero sicuramente dei miglioramenti nei pazienti ed una maggior soddisfazione del personale. Non secondario minor uso degli psicofarmaci con vantaggio sia alla salute complessiva del malato che anche minor spesa degli psicofarmaci. NO alle esternalizzazioni, SI formazione continua e verifica costante, SI alla partecipazione e coinvolgimento sia dei malati che loro familiari.

Mensi Marina e Borgatti Renato

Gruppo di Ricerca dell'Unità di Psicopatologia dell'Adolescenza (IRCCS Mondino Pavia)

Lo studio ha valutato i sintomi legati allo stress da COVID-19 in un campione di 1649 adolescenti italiani (12-18 anni) e nelle famiglie mediante sondaggio online nel 2020. I partecipanti sono stati divisi in due gruppi: adolescenti che avevano una presa in carico psichiatrica/psicologica in corso e chi non ne aveva. L'80% degli adolescenti ha riportato sintomi isolati sottosoglia correlati a disturbo da stress acuto (ASD) e PTSD rispetto ad epidemia da COVID-19, a prescindere dal contagio. I partecipanti hanno segnalato globalmente un livello intermedio di stress personale ed è emersa una correlazione positiva tra stress genitoriale percepito e stress personale. Riguardo lo studio caso-controllo, adolescenti con patologie psichiatriche preesistenti sviluppavano durante la pandemia sintomi di stress più gravi. Risulta necessario predisporre misure per fronteggiare gli stress psicosociali e garantire una terapia regolare per i pazienti per prevenire l'aggravarsi di patologie preesistenti

Mensi Marina e Borgatti Renato

Gruppo di Ricerca dell'Unità di Psicopatologia dell'Adolescenza (IRCCS Mondino Pavia)

Lo studio ha indagato il funzionamento delle famiglie di adolescenti con gravi disturbi alimentari restrittivi (RED) valutati prima e dopo un trattamento multidisciplinare di sei mesi che combinava psicoterapia psicodinamica, intervento sul ruolo genitoriale, terapia sistemica, insieme a consulenze nutrizionali e monitoraggio neuropsichiatrico. Il funzionamento della famiglia è stato valutato con la versione clinica del Lausanne Trilogue Play, un'osservazione di gioco semi-strutturata. È emerso un cambiamento significativo nel funzionamento familiare dopo il trattamento, ma solo per la fase in cui il padre è protagonista nell'interazione col figlio e la madre osservatrice. I risultati suggeriscono che un programma di trattamento multidisciplinare relativamente breve può migliorare il funzionamento delle famiglie di pazienti con diagnosi di RED gravi. Inoltre, i risultati confermano l'importanza di privilegiare, in questi pazienti, programmi

multidisciplinari rivolti all'intera famiglia

Borghetti Stefania

Asst Rhodense

La Salute Mentale di comunità subisce influenze negative da carenze Mentale di risorse interne ed esterne ai servizi ma soprattutto da : crescente domanda di “controllo sociale” ai servizi per la Salute Mentale con delega agli stessi; tendenza a visioni/prassi medico-centriche della Salute Mentale in parte derivante da servizi ed operatori, in parte dall'utenza, in parte da società civile ed istituzioni; ancora insufficiente collaborazione/comprendimento/ascolto reciproco tra operatori ed utenti. Una impostazione per un Sistema di Salute Mentale di comunità dovrebbe dunque giovare dell' incremento delle risorse interne/esterne ma soprattutto di: reali pratiche di task-shifting e di de-medicalizzazione nel campo della Salute Mentale, creazione di una “terra di mezzo” in cui utenti e operatori possano acquisire visioni, prassi, responsabilità condivise dentro ai servizi e nella comunità. È possibile, oggi? Come?

Bruno Paolo

ASST LARIANA (COMO)

LA SALUTE MENTALE NEL WELFARE PARTECIPATO DI COMUNITÀ

l'impovertimento del tessuto sociale e la medicina territoriale

È indubbio che le trasformazioni avvenute negli ultimi anni nella società e nella cultura italiana hanno portato ad una forte accelerazione dei tempi di vita, ad abitudini di utilitarismo sociale e ad una esaltazione dell'individualismo come stile di vita. Tutto questo va messo in relazione con l'aumento di fenomeni relativi all'isolamento sociale, alla restrizione degli spazi pubblici e alla disgregazione del senso di comunità territoriale. La stessa medicina territoriale, depotenziata da anni, ha finito per contribuire a queste trasformazioni risultando deprivata di una relazione di cura adeguata alla globalità della persona e ridotta a mera consulenza tecnica, tanto da abbandonare spesso il cittadino a sé stesso e alla sua famiglia e inibire una reale funzione preventiva nella cura della salute.

Il disastro che si è verificato durante la pandemia del 2020 ha disvelato l'incapacità del SSN di farsi carico della tutela della salute di comunità e di supportare in modo organico le istituzioni nel sostenere il sistema sociale.

In tanti abbiamo sperimentato la solitudine dell'impotenza di fronte ad una grave minaccia e la difficoltà a ritrovare un orizzonte di senso comune, tra conflitti intergenerazionali e

interessi contrapposti, che soprattutto in tema di salute dovrebbe sottendere una visione armonica della società in funzione della qualità della vita. Inevitabilmente la pandemia ha acuito le distanze tra le classi sociali consolidate e tutelate vs. quelle deboli, tra cui ritroviamo molto spesso le persone fragili.

salute mentale e fasce sociali deboli

I dati del 2020 dimostrano la condizione di fragilità di chi soffre di disturbi di salute mentale durante una fase di crisi sociale, oltre alla particolare condizione di esposizione di coloro che vivendo una condizione di isolamento e di timore finiscono per trascurare la propria salute, peggiorando la qualità della vita.

Chi ha bisogno di cure sanitarie impegnative, come accade non soltanto nella salute mentale, e/oppure vive in condizioni sociali precarie e con scarse risorse necessita non soltanto di un supporto concreto, ma anche della possibilità di una vita piena e soddisfacente, che non dipende soltanto dalla inabilità e dall'handicap.

Il reddito di cittadinanza, i sostegni di disoccupazione e all'invalidità costituiscono una base indispensabile per il progetto di vita personale, ma devono accompagnarsi a percorsi individuali di recupero e riconoscimento sociale, che soli possono motivare l'intera società ad una reale integrazione.

gli appartamenti protetti e l'housing sociale

Ormai da molti anni si realizzano con successo a vari livelli e in differenti aree di intervento progetti di supporto alla residenzialità autonoma, che soprattutto nella salute mentale hanno consentito la possibilità di coniugare la cura terapeutica con un supporto alla vita sociale concreta.

D'altra parte i più importanti esperimenti in Housing Sociale hanno dimostrato la possibilità di condividere e valorizzare spazi di utilità comune e di socialità nella prospettiva dell'interesse comune e della solidarietà che a buon diritto consentono ad una intera comunità territoriale di farsi carico delle persone più fragili, restituendo dignità e la possibilità di una partecipazione attiva.

Questo tipo di iniziative devono crescere e trovare uno schema di sviluppo omogeneo, anche grazie ad una nuova e innovativa normativa nazionale in grado di fornire una piattaforma di strumenti e dispositivi sia di natura sociale, lavorativa ed economica e sia di natura urbanistica e architettonica, allo scopo di valorizzare le potenzialità di una comunità che condivide risorse e competenze a vario titolo.

È necessaria una politica di sviluppo che faccia propria l'istanza di riconoscimento sociale dei cittadini deboli, a vantaggio di una maggiore coesione e una migliore qualità della vita della società intera.

L'empowerment dei cittadini fragili deve diventare una risorsa di sviluppo per la collettività.

case della salute e inclusione sociale

Ultimamente si discute a livello istituzionale, anche grazie alle importanti sollecitazioni dovute al recente PNRR, di una necessaria revisione dell'organizzazione della medicina territoriale anche attraverso nuovi presidi in grado di accogliere con maggiore attenzione la domanda di salute dei cittadini.

In Lombardia si sta delineando finalmente la definizione di Case della Salute, che dovrebbero concretizzarsi in strutture territoriali in grado di fornire consulenza e assistenza sanitaria continuativa. Un dispositivo di questo tipo potrebbe rispondere adeguatamente ai bisogni di accoglienza e di cura nella salute mentale, a patto che possa contare sull'organizzazione e sul personale necessario a far fronte ai bisogni assistenziali e sanitari, quotidianamente, e laddove necessario a domicilio.

Ma bisogna, comunque, rilevare che troppo spesso in salute mentale il ricovero si rende necessario quando la persona, in crisi di identità, giunge all'apice di un lungo e tormentato percorso di alienazione patologica, mentre probabilmente, un più adeguato contesto ambientale favorirebbe il necessario riconoscimento e una giusta gratificazione nella dimensione sociale, contrastando la deriva dell'emarginazione.

È necessario puntare sinergicamente sia ad una capillarità dell'assistenza sanitaria e allo stesso tempo anche alla accessibilità di spazi ed iniziative di partecipazione attiva alla vita della comunità territoriale, per praticare realmente l'inclusione sociale.

Il mondo della cura per la salute mentale deve finalmente riappropriarsi dell'eredità più benefica della storia della Psichiatria di Comunità, promuovendo insieme agli altri attori delle politiche sociali e delle politiche di sviluppo d'impresa un progetto di livello nazionale per un Welfare Partecipato di tipo Comunitario, in grado di rispondere alle esigenze di cittadinanza e di qualità della vita nell'interesse dell'intera società.

SSN, welfare e terapie della salute mentale

Esiste una molteplicità di attori che nascono e operano con grande professionalità sul territorio e che rivendicano le migliori competenze per lavorare nelle comunità territoriali sia a livello socio-assistenziale e sia in prevenzione sociale, nonché in promozione culturale. A questi enti, prevalentemente del privato sociale e del terzo settore, va assegnato il ruolo di facilitatori dell'inclusione sociale e di sviluppatori dei servizi inerenti al Welfare Partecipato di Comunità, sia con gli strumenti di inserimento lavorativo e sia del volontariato civico, all'interno di progetti specifici di sviluppo sociale, nei quali possono evidentemente trovare ruolo anche i soggetti fragili, ed ancor più le persone che pur avendo un disturbo di salute mentale desiderano mettersi in gioco con le loro competenze.

All'iniziativa privata va riconosciuto il compito di assicurare la rigenerazione delle strutture urbane, secondo criteri di cittadinanza attiva, e può essere demandata la possibilità di fornire coperture assicurative adeguate, nella prospettiva del mutuo sostegno collettivo e in regime di rigorosa trasparenza, senza trascurare l'importanza di

promuovere la responsabilità sociale d'impresa.

Al SSN resta il compito di fornire tempestivamente cure appropriate e le terapie ritenute scientificamente più efficaci e accessibili in relazione alle patologie, a maggior ragione in salute mentale. Non si tratta di un compito di poco conto; troppe sono le persone che si rivolgono ai servizi di Psichiatria senza trovare una efficace combinazione tra una cura farmacologica e una psicoterapica e/o riabilitativa.

Anche la Psichiatria, come le altre discipline del SSN, deve offrire una varietà di interventi e programmi specifici di cura calibrati sui bisogni e le possibilità della persona, sia in termini preventivi e sia per fronteggiare le crisi acute.

In definitiva, è indispensabile che una persona che si trovi a vivere un problema di salute mentale possa scegliere di impegnarsi in un serio e accurato percorso di cura e riabilitazione psicosociale altamente specializzato e mirato all'acquisizione e al recupero di competenze funzionali, potendo però contare sul supporto di adeguate strutture del Welfare Partecipato di Comunità, in grado di motivare e sostenere la qualità di vita.

Butera Nicola

GOVERNO CLINICO - DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE ASL ROMA 2

Intercettare il disagio giovanile è la nuova sfida che la salute mentale dovrà essere in grado di affrontare nei prossimi anni sia in termini terapeutico-assistenziali sia in termini di organizzazione e gestione dei servizi. Le questioni principali sulle quali riflettere sono le seguenti.

- Come riorganizzare i progetti terapeutici e le prese in carico dei pazienti con patologie croniche, adulti, ed i loro piani di vita (soprattutto in termini di soluzioni abitative e sociali in alternativa ad una residenzialità che rischia di essere una nuova forma di manicomializzazione), in maniera da poter contare su risorse da reindirizzare verso i trattamenti e le prese in carico dei giovani.
- Come garantire un'offerta di cura a pazienti agli esordi o "a rischio" atualizzando il concetto di costruzione di una concreta rete terapeutica, assistenziale e sociale che ruoti intorno alla persona e ai suoi bisogni di salute e di vita.
- Come rivedere i processi terapeutici per i giovani pazienti in alcuni servizi come i Centri Diurni, le SRP e gli SPDC che dovrebbero agire in più stretta connessione e sinergia con i CSM riorganizzando i processi che in essi si svolgono.
- Come garantire ai giovani pazienti una continuità assistenziale nei casi in cui il disagio si manifesti in età evolutiva rivedendo anche i rapporti tra servizi confinanti (consultori, servizi per i minori, servizi per le dipendenze, servizi per le disabilità).

Agli aspetti più terapeutici e assistenziali si deve necessariamente associare un'azione efficace sull'individuazione del disagio giovanile senza attendere che si presenti, già conclamato, ai servizi di salute mentale.

Spesso, i giovani e le loro famiglie non conoscono la loro esistenza, le modalità di accesso e le risorse di cui potrebbero giovare per affrontare i propri bisogni di salute, non sempre riconosciuti. Quando se ne conosce l'esistenza, vengono vissuti come stigmatizzanti e luoghi in cui si cura e, in qualche modo, si crea la follia: avvicinarsi a questi luoghi è identificativo di chi "si è" ed è meglio tenersene alla lontana.

Sono i servizi, gli operatori della salute mentale a dover cambiare direzione, avvicinarsi e farsi riconoscere non solo come luoghi e persone che curano ma anche e soprattutto come luoghi e persone che possono contribuire alla costruzione di una migliore qualità della vita, che possono aiutare a riconoscere non solo il proprio disagio ma anche a riconoscersi; In stretta connessione con le risorse sociali esistenti, con le scuole, con i centri di aggregazione laiche e religiose, le associazioni sportive, il mondo del lavoro.

Recuperando la capacità di accogliere la domanda che non esprime solo un bisogno ma essa, spesso, per le difficoltà proprie delle persone che a noi si rivolgono è una domanda "per domandare", è una richiesta di attenzione e di cambiamento, quindi il lavoro dei servizi deve essere prima quello di "autorizzare", di suscitare, di facilitare l'emergenza di una domanda e successivamente quello di soddisfare un bisogno.

Servizi e persone che siano orientati alla "salvaguardia della salute" e non solo alla gestione della malattia, che siano attrattivi per i giovani e che diano risposte ai loro bisogni e non solo risposte medicalizzate.

Forse abbiamo guardato soltanto verso la "Recovery", non accorgendoci che, nello stesso tempo, stavano crescendo giovani che avevano sempre più difficoltà ad inserirsi in un mondo in cui non si riconoscevano più e dal quale si sentivano sempre più esclusi.

Andare verso questi ragazzi potrebbe significare restituire loro ciò che per molti anni non è stato fatto: accogliere il loro grido di sofferenza quando è ancora un gemito affinché non cresca e diventi insopportabile, imparando a riconoscerlo e a trattarlo non solo come peculiarità psicopatologica ma inserirlo nella vita della persona accompagnandola verso la capacità di individuarlo, comprenderlo e gestirlo o risolverlo.

Cacciapuoti Imma e Ferri Emanuela

AUSL di MODENA

MEDICINA D'INIZIATIVA E SALUTE MENTALE DI COMUNITÀ

Fondamentale è intercettare precocemente il bisogno di Salute Mentale (SM), creando una rete di prossimità che coinvolga i diversi professionisti del settore psichiatrico e le Case della Salute (CdC) in un lavoro integrato con la rete del territorio, tenuto conto l'estensione del coinvolgimento dell'intera rete, diffondendo una cultura di una Salute Mentale di Comunità proattiva e volta all'intervento precoce, promuovendo il concetto di *recovery*.

Il nuovo modello di Salute Mentale di Comunità prevede un approccio alle problematiche

e ai bisogni emergenti garantendo:

-Intercettazione del bisogno di SM in stretta collaborazione con MMG, PLS, MCA, attraverso la presenza di operatori del settore che supportano la fase di ricognizione del bisogno di SM, promuovono approcci integrati prevenzione-informazione, di presa in carico breve per la gestione della crisi, alimentando la normalizzazione del disturbo;

- Interconnessione tra SM e Salute Fisica, avvalendosi anche della Telemedicina e del Teleconsulto, con particolare attenzione alla multimorbilità;
- Interventi da svolgersi nei territori per la gestione del rischio: fumo, alcol, sostanze, stress, alterazioni sonno-veglia, vulnerabilità, ecc.
- Percorsi a differente intensità assistenziale in rapporto ai bisogni di cura, con servizi flessibili, orientati sui bisogni delle persone, sulla centralità della persona e il territorio, attorno alla quale vengono attivati i percorsi.

Centro di SM è il centro HUB: coordina tutti gli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione; adotta Piani di Cura personalizzati, multiprofessionali, condivisi con utente e familiari, in grado di trovare sviluppo prevalentemente nei contesti della normalità.

Interviene per le situazioni di emergenza-urgenza territoriale, dando risposta tempestiva ai bisogni di SM e gestione della crisi. Si avvale della rete territoriale di riferimento dell'utente e della Telemedicina per dare continuità alla presa in carico, al monitoraggio, al recupero delle competenze sociali.

L'aspetto di Assistenza e Riabilitazione Territoriale è la struttura SPOKE e si sviluppa nella prossimità, in particolare nelle CdS, in stretta collaborazione ed integrazione con la rete territoriale, coinvolgendo tutti gli attori del territorio, garantendo accessibilità, presa in carico, continuità delle cure e personalizzazione del percorso di cura.

Il *recovery* rispetto alla conservazione/ recupero/ acquisizione delle autonomie della persona affetta da disturbo mentale passa attraverso il suo protagonismo, laddove il self-management diventa l'approccio conforme alla gestione del disturbo e alla richiesta di aiuto. Un dialogo che deve coinvolgere tutti, promuovendo l'idea di recupero, di guarigione, di autonomia, di produttività, cardini della concezione della società, delle linee di sviluppo culturale, prim'ancora che il concetto di malattia, facendo evolvere la sofferenza verso il protagonismo della persona al suo percorso di vita.

Calabrese Maria Luana

[Associazione Italiana Tutela Salute Mentale sez. distretto Asolo](#)

SALUTE MENTALE

NO AI NUOVI MANICOMI Rssp Rispetto dei LEA e Pagamento rette secondo Isee.

Ma come fanno le famiglie ad opporsi all'inserimento dei loro cari in queste strutture ghettizzanti e a vita?

Nella provincia di Padova i servizi sanitari e sociali hanno chiesto e ottenuto dal Gt. la

nomina di un amministratore di sostegno esterno alla famiglia, per accondiscendere al trasferimento. Si è associato il Comune obbligato ad integrare la retta, che ha contestato il pagamento parziale fatto (secondo legge) in base al l'Isce. il Gt nel decreto ha autorizzato l'ads a pagare tutta la retta.

Così vengono rispettati i diritti sanitari ed economici della persona con disturbo psicologico?!!!

Calabrese Maria Luana

Associazione Italiana Tutela Salute Mentale sez. distretto Asolo

Su Facebook scrive Michele Baù, un ragazzo di 29 anni, di Castello di Godego (Treviso) prima di compiere l'atto estremo: "lo faccio perché ho il terrore di finire ancora legato ad un letto; lo faccio perché non mi va più di chiedere per qualunque cosa; lo faccio perché ho una dignità; lo faccio perché mi hanno detto che per la mia malattia, la schizofrenia, non c'è cura e non mi va di prendere psicofarmaci a vita perché hanno un sacco di effetti collaterali; lo faccio perché non mi danno un futuro se non trovarmi un lavoro che mi pagano massimo 1,50 l'ora" e alcuni mesi prima:..."Quando mi sono un pò ripreso mi hanno rinchiuso in comunità distaccate dal mondo e dalla società, come una prigioniera" È tutto da ripensare e subito chiudere nel Veneto le strutture "neo manicomiali" RSSP!

dal mondo e dalla società, come una prigioniera"

Poi quando mi sono un pò ripreso mi hanno rinchiuso in comunità distaccate dal mondo e dalla società, come una prigioniera"

Calesini I. Ponti M.

FP CGIL Funzione protettiva

Visione dell'essere umano diverso. Gli AA individuano nella fase dello sviluppo in cui i bambini vedono la diversità sessuale una tappa cruciale per lo sviluppo psichico e per il rapporto con l'altro sesso. Tale tappa precede di molto la pubertà e rappresenta il punto di intersezione tra la storia personale del bambino e dei suoi rapporti intra familiari e l'influenza dei modelli culturali della società. Nella psicoanalisi classica e anche nelle più recenti elaborazioni teoriche psicodinamiche e relazionali essa viene misconosciuta o ignorata. Per Freud la differenza sessuale non interesserebbe i bambini perché "da sempre conoscono il padre e la madre" e la prima domanda è 'da dove vengono i bambini' (1908). A 3-5 anni (fase fallica) per il complesso edipico esplorano i temi sessuali. Di fronte alla diversità sessuale il pensiero è che la femmina ha un pene ancora piccolo, ma la minaccia della evirazione per il normale onanismo infantile, porta a spiegare

la differenza anatomica come evirazione della femmina e provoca nei maschi orrore o disprezzo verso il sesso femminile (1923). Le femmine anche considerano il pene importante e quando realizzano di non averlo e di non poter competere con il maschio rimuovono la sessualità maschile che hanno praticato con il clitoride e si apprestano a diventare donne, con l'invidia del pene (1925). La visione del coito tra i genitori conferma al bambino la presenza di una parte forte, attiva, maschile che agisce su quella più debole, passiva. Con il superamento del complesso edipico, grazie alla minaccia di castrazione per il maschio e con l'accettazione della propria castrazione per le donne, la sessualità infantile con la scelta oggettuale è simile a quella genitale, che si esprimerà dopo la fase di latenza.

Da Freud in poi la sessualità ruota intorno al complesso edipico e all'origine autoerotica della pulsione sessuale. I clinici ed i teorici delle relazioni oggettuali pur avendo il merito di mettere al centro della vita psichica dell'individuo e del suo sviluppo le relazioni con gli altri ed il mondo esterno, non hanno posto una attenzione specifica sul momento della vita in cui si vede la differenza tra i sessi, nel vedere un altro diverso da sé. Lo psichiatra Massimo Fagioli con la sua Teoria della nascita umana (1972-75) ed il suo coerente modello di sviluppo umano, che pone l'intersoggettività subito dopo la nascita, considera invece cruciale la visione dell'essere umano diverso, intorno ai 2-3 anni per la crisi evolutiva che ne scaturisce in termini di curiosità ed interesse per l'altro e per il futuro passaggio fisiologico alla pubertà. L'angoscia di castrazione è qui già un indice di pregresso disturbo dello sviluppo allo svezzamento o durante il primo anno di vita legato ai primi rapporti deludenti. La crisi causata dalla novità di un essere simile a sé ma fisicamente diverso obbliga a un cambiamento interno che integri diversità ed uguaglianza. Se ciò fallisce, in adolescenza quando si può realizzare fisicamente il rapporto con l'essere umano diverso e in età adulta si possono manifestare difficoltà o patologie di rapporto con l'altro sesso e ne possono derivare comportamenti psichicamente e fisicamente violenti. Gli AA propongono che in ambito pubblico si implementi la psicoterapia psicodinamica-relazionale sulla base di detta teoria per gli adolescenti, che esplori e risolva questo nodo che ha importanti ricadute personali e sociali. Anche per la prevenzione dei comportamenti violenti nei confronti del 'diverso da sé' che tanto interessano i nostri giorni.

Canali Elena VOLONTARI IN ONDA ODV

La salute mentale è in panchina da troppo tempo, ma i pazienti, seppure respinti ai margini e ignorati, sono sempre in campo con il loro carico di sofferenza, speranze e distruzione. È urgente rilanciare i servizi di salute mentale che devono tornare ad accogliere, e curare, non solo arginare e contenere, come è ormai consueto. I servizi devono essere presenza

attiva sul territorio, andare anche nelle case per portare la cura ovunque il paziente la possa ricevere, e non solo sottoforma di farmaco, ma in termini di rapporto umano, psicoterapia, e attività riabilitative. Gli operatori devono essere fortemente motivati e in numero sufficiente per non subire il carico pressante dei colloqui forzatamente brevi che non possono portare alcun beneficio nella vita delle persone. Gli operatori vivono con frustrazione la consapevolezza di quanto sarebbe necessario fare e dell'impossibilità di farlo e sentono di partecipare a una frode continua in cui si spaccia per "cura" quella che è, invece, una "pezzetta fredda sulla fronte", quando va bene, mentre la norma è l'abbandono del paziente.

Canzian Valerio

Associazione Psiche e Società

Il CSM: luogo urbano che progetta, costruisce e cura il dentro e il fuori, dove le persone trovano accoglienza per parlare dei loro problemi e paure. Deve garantire: continuità e appropriatezza di "presa in cura" per ridurre recidive e ricoveri in SPDC; inserimento sociale ed accompagnamento di utenti e familiari; servizio di iniziativa, attento alle storie e alle condizioni familiari e sociali di ciascuna/o: se il soggetto non va al servizio, il servizio va a domicilio.

Con dotazione minima di p. l. su 24 H per ospitare per pochi giorni pazienti in crisi, evitando ricovero in SPDC, consentendo "permanenza assistita" e in cui sia possibile negoziare entrata e uscita.

CSM, luogo di attrazione e promozione di incontri e di cultura in cui le persone con sofferenza mentale, familiari, volontariato, terzo settore, professioni, scuola, cittadini siano fermento nel territorio per produrre opportunità: di cultura, lavoro, relazione, creatività.

Canzian Valerio

Associazione Psiche e Società

I parametri fisici e biologici sono misurabili, quelli psichici sfuggono alla misura. Va superata la cultura universitaria organicista farmacologica e cognitivo comportamentale. La dimensione "clinica" della psichiatria va integrata a pratiche territoriali proprie della salute mentale. La "cura" non si esaurisce con farmaci, psicoterapie, quando ci sono, ma nell'aver cura della persona che contempra un insieme di variabili: le migliori pratiche di inclusione sociale, i determinanti sociali, la capacità dell'operatore di "toccare" l'animo della persona, favorendo la messa in gioco della sua capacità contrattuale. L'Università, oltre al sapere esperienziale di utenti e familiari, deve contemplare filoni culturali

oggi assenti quali il fenomenologico, psicoanalitico, antropologico, sociale e di critica istituzionale, ed autori in primis come Franco Basaglia, Sigmund Freud, Jaques Lacan anche per il suo lavoro sulle psicosi, etc. Occorrono operatori che siano formati alla relazione, che sappiano incontrare la persona là dove si trova: nei suoi pensieri, desideri e inconscio.

Capuzzello Savina

Presidente ARTSAM DDN ODV

L'A.R.T.Sa.M. DDN ODV (Associazione Regionale Tutela Salute Mentale Durante Dopo Noi) Organizzazione Di Volontariato è nata nel 2007

L'idea è nata da alcune considerazioni:

- Nessuno può restare tutta la vita in una struttura, da quando i manicomi sono stati chiusi.
- Non è possibile sostenere che una persona si possa riabilitare passando decenni in una struttura dove non può esercitare la propria autonomia, la minima libertà, alcuna esperienza di vita normale, civile, relazionale.
- La malattia mentale non può significare ricovero, separazione, scavalcando i desideri, i bisogni profondi, i diritti di chi sta male e vorrebbe una vita vera

Con questi presupposti e per curare il Durante Dopo Noi è nata l'ARTSAM DDN, andando oltre l'assistenza e con lo scopo ben preciso di realizzare civili abitazioni dove persone che soffrono di patologie legate alla salute mentale possano vivere integrate nella nostra società.

Il co-housing, o gruppo-appartamento, è un'alternativa valida alle strutture psichiatriche con assistenza permanente e ha benefici terapeutici sull'autonomia degli utenti. Come se non bastasse, comporta un notevole risparmio nella spesa pubblica.

Ci muoviamo con progetti studiati assieme al DSM e ai vari CSM

Abbiamo già realizzato a tutt'oggi 10 residenze

Complessivamente nei dieci gruppi-appartamento abitano 40 persone, precedentemente in carico al DSM, col risultato di permettere un significativo turn-over nelle strutture dipartimentali.

Lo scopo di questo contributo alla conferenza sulla salute mentale, è chiedere un chiarimento sulle scelte dell'Azienda Sanitaria Friuli Occidentale (ASFO) in materia di salute mentale. Come associazioni operanti nel settore siamo allarmati dai numerosi tagli dei finanziamenti che ASFO dedica al sostegno ai pazienti che soffrono di disagio psichico – cinquemila persone nella provincia di Pordenone. Questi tagli appaiono grotteschi: l'anno scorso, in seguito a un calo delle prestazioni erogate durante la pandemia, ASFO non è riuscita a spendere 9.722.000 euro nonostante l'aumento dei finanziamenti regionali e statali. In questa situazione, sebbene ASFO abbia confermato per quest'anno le

cifre stanziare a bilancio per le associazioni operanti nel settore sanitario, sta comunque operando un taglio lineare del 20% ai contributi erogati. Nello specifico della salute mentale, registriamo quanto segue: il DSM di Pordenone attualmente dispone di un budget di spesa di 13 milioni di euro l'anno per una popolazione di 262000 abitanti con una spesa che corrisponde al 2,6% della spesa sanitaria per la salute mentale, percentuale molto bassa rispetto alla legge che prevede il 5% ma anche rispetto alle altre province e alla media nazionale che è del 3,5%.

Registriamo anche minori erogazioni del FAP (Fondo per l'Autonomia Possibile) sugli aiuti alla residenzialità, alla socialità e al lavoro. Questi tagli riguardano soprattutto le persone di una certa età, evidentemente considerate "incurabili".

A Sacile registriamo un immobilismo per la mancata attuazione del centro 24 ore, progetto già pronto da tempo e già da tempo finanziato.

Come associazione di salute mentale del pordenonese rivendichiamo il lavoro che abbiamo svolto negli ultimi vent'anni nel fornire ai disabili alloggi, assistenza e percorsi finalizzati all'autogestione. Ci rammarichiamo che le nostre competenze e l'esperienza maturata fin qui non vengano considerati nella progettazione e nella gestione del servizio. In una concezione moderna e integrata del servizio pubblico il nostro ruolo non può essere considerato ancillare. È possibile dimostrare che la nostra attività è un risparmio rispetto ai servizi gestiti direttamente da ASFO, per non parlare dei servizi che ASFO non fornisce. Ogni riduzione peserà inevitabilmente sulla salute delle persone, sulle loro famiglie e sul territorio.

Casoli Alessia

Associazione idee in circolo

La psichiatria è una scienza che si basa prevalentemente su dati biologici mentre la psicologia si occupa del pensiero. Non c'è un'unione fra queste due aree a livello accademico poiché entrambe sono scollate dalla realtà quotidiana delle persone, considerate inguaribili in quanto i percorsi accademici non insegnano il concetto di recovery presente, invece, in altre realtà come ad esempio le associazioni.

La recovery è un punto spazio-temporale di un percorso nella ricerca del benessere e molto spesso è un tema che non viene affrontato a livello accademico. Di conseguenza se gli operatori stessi non credono nella recovery allora continueranno ad attuare delle pratiche coercitive. La coscienza del valore della sofferenza vissuta deve continuare anche dopo la fine degli studi altrimenti questo può causare una perpetuazione dello stigma verso gli utenti. Come associazione idee in circolo ritiene che la formazione dei dottori e dei laureandi in psicologia e psichiatria non debba basarsi solo sui libri o sulle nozioni del loro percorso universitario ma debba anche interloquire e confrontarsi con chi il disagio psichico lo vive sulla propria pelle tutti i santi giorni. In questo modo,

gli operatori possono avere una visione piena di cosa stanno imparando. Per questo è fondamentale che utenti e familiari siano coinvolti per capire il concetto di recovery, le opportunità da dare alle persone e riattivare l'umanità dei medici. Questa formazione continua deve nascere dal confronto con gli utenti e dovrebbe includere i concetti di guarigione, recovery e la concezione del disturbo non solo come malattia ma anche come costruito socio-economico. Infatti, molte persone che sono in carico ai servizi sono povere o lo diventano a causa dei loro sintomi che gli impediscono di lavorare e dei pregiudizi. A questo proposito anche la comunità in cui si vive deve essere formata sulle questioni inerenti alla salute mentale. Per superare lo stigma gli operatori devono avere un confronto continuo con le associazioni di utenti e familiari, gruppi ama, e gruppi di uditori di voci e coprire soggetti come il dialogo aperto, il budget di salute ed il protagonismo degli utenti.

Per cura si dovrebbe intendere l'integrazione dell'aspetto biologico, sociale e personale dell'individuo permettendo il raggiungimento del benessere completo. Non si può pensare che utilizzando solo i farmaci si curi la persona in quanto essi hanno la funzione di attenuare le acuzie non affrontando le cause dei problemi. Per farlo bisogna applicare una scienza integrata che sia una sinergia tra la psichiatria, la psicologia e la pratica empatica al fine di attuare un percorso che permetta di analizzare tutti gli aspetti che creano una condizione di disagio. Ciò consentirebbe di rafforzare l'alleanza medico paziente ricercando percorsi di cura alternativi e riducendo la responsabilità dei medici nella terapia farmacologica. Nella relazione medico paziente è presente pertanto un'asimmetria che non permette di conoscere in modo approfondito l'esperienza quotidiana del paziente. A tale proposito sono fondamentali le associazioni di utenti, familiari e il ruolo degli utenti esperti.

Inoltre, le istituzioni e le associazioni di prossimità non collaborano e per superare ciò sarebbe necessario un dialogo e una progettualità comune diminuendo in questo modo la distanza tra 'noi e 'lorò.

Cassalia Immacolata

[Ass.ne ODV di Coesione Internazionale Insieme per la Disabilità](#)

La mancanza di dialogo fra gli attori della sanità calabrese sta causando alle famiglie e alle persone che esprimono una fragilità mentale enorme criticità sui servizi erogati. I farmaci sono resi più difficili da recuperare per delibere ostruzionistiche, con procedure che pregiudica la tempestività e continuità alla cura riportando effetti collaterale alle persone con fragilità mentale anche a domicilio. La residenzialità esprime illegalità e logiche manicomiali, sostenendo gli utenti con farmacologia privi d'integrazione sociale al pieno riconoscimento di quelli che sono i principi della legge 180 riforma psichiatrica e l'833 del sistema sanitario che affermano la qualità della vita da prima istituzionalizzati

che riabilitano, che seguono i servizi territoriali e di vicinanza per trovare e migliorare situazione della propria qualità della vita. Bisogna creare percorsi di tutela dei diritti della persona offrendo reali sostegni anche psicologico supportato anche alla domiciliarità, sviluppando progetti di riabilitazione, progetti personalizzati, residenzialità socio-educativa, abitare, assistenza al diritto di cittadinanza, diritto al lavoro e all'abitare, autonomia compromessa e limitata attualmente dal vuoto di programmazione, di contenimento farmacologico e di chiusura alla partecipazione della vita sociale. Bisogna rielaborare una manifestazione di sinergia, un'organizzazione di servizi di salute e salute mentale della cittadinanza come prevenzione miglioramento della qualità della vita, intervenendo sulle disuguaglianze territoriali anche fra provincia e provincia nella vita delle persone da attribuire alla Regione Calabria latitante da molti anni su queste necessità e anche allo Stato poiché queste disuguaglianze non sono mai cessati. I tagli sulla salute e in particolare sulla salute mentale hanno portato maggior criticità sui servizi, non s'è mai adeguato il quadro del personale, non s'è dato a quelle figure: psichiatri, psicologi, psicoterapeuti, tecnici della riabilitazione, infermieri, assistenti sociali, di lavorare nella costruzione di ripresa, prevenzione abbandonando tutto il settore in termine di servizi procurando malessere ai familiari e agli utenti che così non hanno punti di riferimento e alternative.

Tutte queste mancanze si riflettono sui servizi di diagnosi e cura che hanno effettuato 353 TSO (Trattamento Sanitario Obbligatorio) con 76 contenzione meccaniche e un decesso che lacera i diritti umani ascoltando solo il vecchio ordinamento della psichiatria che induce ad annientare l'altro poiché diverso/malato. Persone che sono lasciati in questi luoghi in condizione inaccettabili, anche per ventiquattro mesi, privi di diritti che la legge impone. Mentre dovrebbero ottenere nel breve tempo possibile luoghi normali della vita con percorsi individuali di ripresa, accettati dalla persona utente, non coercizione ma restituzione d'opportunità, di ripresa, casa, lavoro reddito rapporti sociali e inclusione, con il budget individuale di salute condiviso e accettato dall'utente e dai familiari per dare attenzione ai processi abitativi/riabilitativi ponendo al centro la persona con fragilità mentale e i suoi bisogni. La Regione Calabria non interviene sui quei importanti che porta esclusione, reclusione allontanamento dalla vita sociale regredisce sempre di più nell'inerzia, da una competizione campanilistica, un sistema deviato condizionando fortemente la salute e la salute mentale della cittadinanza.

Castelnuovo Gianluca

Segretario Scientifico di AIP – Associazione Italiana di Psicologia

Professore Ordinario di Psicologia Clinica – Università Cattolica di Milano –

ISCCS Istituto Auxologico Italiano

Membro del Consiglio Direttivo della SISDCA – Società Italiana per lo Studio dei Disturbi del Comportamento Alimentare

Il modello biopsicosociale e l'ottica interdisciplinare nell'ambito della salute mentale

Nell'ambito della cura delle patologie organiche e delle malattie mentali è ormai imprescindibile un approccio biopsicosociale. È infatti importante un lavoro di équipe dove diverse figure professionali possano interagire in maniera sinergica in un'ottica multidisciplinare (con la presenza dei contributi dei diversi specialisti) e sempre più interdisciplinare (con la condivisione delle opzioni terapeutiche per una presa in carico continuativa delle situazioni di sofferenza nei diversi setting di cura). Il ruolo dello psicologo e dello psicologo specialista in psicologia clinica e psicoterapia è sempre più rilevante nell'ambito della cura della psicopatologia e del disagio mentale a vari livelli: psicoterapie individuali e di gruppo; supporto psicologico ai pazienti, familiari e caregivers; gestione delle comunicazioni più delicate fra l'équipe e i pazienti; gestione del carico emotivo per la prevenzione del burn-out degli operatori; formazione nella comunicazione clinico-paziente.

Il contributo della psicologia fra cura della malattia e promozione della salute

L'Organizzazione Mondiale della sanità definisce la salute come stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non solamente come l'assenza di malattia o infermità: un concetto ampio, che include non solo la lotta alla malattia, ma anche la promozione della salute e il raggiungimento di un benessere psico-fisico. Per comprendere e risolvere pienamente il disagio mentale è dunque necessaria un'ottica integrata e olistica, che assegna alla persona e non al corpo del malato il ruolo di protagonista della salute e del benessere, evitando di attribuire un ruolo troppo passivo e frammentato al paziente, dove si rischia di curare solo la parte sintomatica del suo disagio dimenticandosi della persona umana nel suo complesso.

Quando i disturbi organici si accompagnano al disagio mentale: la psicologia clinica della salute

La psicologia clinica della salute (in inglese Clinical Health Psychology) sta sviluppando nuove forme di supporto psicologico finalizzate ad affrontare i classici disturbi psicopatologici (con una relativa riduzione sintomatica e migliore gestione di ansia, depressione, ecc. tramite percorsi di psicoterapia individuale, familiare e di gruppo), ma anche pratiche volte a produrre miglioramenti nel vissuto psicologico dei pazienti con patologie organiche. A tal proposito la continua collaborazione fra psicologia e medicina

sta portando a psicologi (e psicologi specialisti in psicologia clinica e psicoterapia) sempre più specializzati nei vari reparti e contesti: uno psicologo clinico più “tradizionale”, che si fa carico delle classiche psicopatologie in soggetti con un quadro organico anche non compromesso, spesso presente nelle strutture ospedaliere e territoriali per la salute mentale, e uno psicologo clinico “della salute”, che porta la sua competenza psicologica a vari livelli in un quadro di patologia organica.

Lo psicologo nell'equipe e per l'equipe

Un importante ruolo dello psicologo nelle equipe di salute mentale è anche quello svolto per l'equipe stessa grazie alla supervisione psicologica degli operatori, la formazione degli stessi per una più funzionale comunicazione con l'utenza, la gestione dello stress individuale e all'interno dell'equipe, le sessioni di debriefing nei momenti di maggiore tensione con alcuni pazienti particolarmente problematici, sfidanti o resistenti, ecc.

Censi Viviana

È acquisizione diffusa che l'esordio delle patologie mentali si colloca in adolescenza, quando i giovani si trovano ad affrontare enormi cambiamenti fisici e psichici. La maturazione del corpo che avviene alla pubertà spesso non si accompagna ad un armonico cambiamento della mente, che dovrebbe portare il giovane a realizzare una nuova identità, più autonoma dal contesto familiare e rivolta al rapporto con i coetanei e alla scoperta della sessualità. La recente pandemia da Covid-19, con il *lockdown* e le necessarie restrizioni, ha determinato il precipitarsi di situazioni probabilmente già a rischio, con conseguente amplificazione dell'esordio di disturbi psichici in adolescenza. Disturbi del comportamento alimentare, autolesionismo, depressione, ritiro sociale, abuso di sostanze stupefacenti, binge drinking, comportamenti antisociali, compaiono ad età sempre più precoci. La psichiatria non può esimersi da un maggior impegno in questa delicatissima fase della vita, quando è possibile attuare un'adeguata prevenzione o un precoce intervento nei riguardi delle situazioni a rischio psicopatologico e dei disturbi psichiatrici. La tutela della salute mentale, a partire dai 14 anni, potrebbe beneficiare di un intervento multidisciplinare svolto territorialmente con il lavoro congiunto di neuropsichiatri infantili, psichiatri e psicologi. In particolare, in una fase della vita in cui, nei casi non gravi, la psicoterapia individuale, di gruppo e familiare appare la principale indicazione terapeutica, tutte le figure professionali coinvolte possono contribuire efficacemente alla risoluzione di quadri che potrebbero evolvere in situazioni ben più gravi, di difficile e dispendiosa gestione in fase adulta. Implementare i servizi dedicati alla cura psichica dell'adolescente appare oggi più che mai fondamentale per la tutela della salute mentale di tutta la comunità.

Cerkveniĉ Elena

Operatrice culturale, persona in contatto con i servizi di salute mentale, rappresenta il Gruppo Articolo 32, Trieste

Sono persona con disturbo mentale e in quanto tale in contatto con i servizi di salute mentale di Trieste sin dai primi anni Novanta. Quando fui ricoverata al Centro di Salute Mentale, venni invitata dalla psichiatra a prendere un aperitivo in un caffè storico del centro città; mi sentivo, pur trovandomi in un vuoto a causa della mia sofferenza, come fossimo state due vecchie amiche; le grigliate che organizzavano gli operatori del CSM per noi e per i famigliari erano un modo affinché potessimo acquisire la consapevolezza di quanto ci facevano stare bene questi momenti, fatti dall'allegria e dal piacere della convivialità. Ci sentivamo tutti come una bella famiglia. Il cineforum al CSM, le serate in pizzeria con il gruppo donne e la psicologa, la green recovery alla Microarea, dove veniva creata socialità attorno alla cura di una pianta; noi persone in contatto con i CSM, invitati a partecipare alle conversazioni filosofiche con illustri professori universitari. Buone pratiche da implementare.

Ciambellini Manuela

Social Point Modena

“Le strutture sanitarie sono diventate le principali minacce alla salute” Ivan Illich in “Nemesi Medica”, nel 1974, apriva le strade all’idea di salute di comunità: servizi di prossimità, coinvolgimento dei cittadini nelle rielaborazioni degli interventi socio politici in materia salute/malattia, oltre la mera declinazione sanitaria.

Declinando il focus sulla salute mentale è necessario mettere al centro i reali bisogni della cittadinanza, costruendo risposte ai bisogni individuali/collettivi, non preformate. Solo in questo modo si possono sostenere riorganizzazioni dei Servizi atti all’ottimizzazione delle risorse, all’empowerment dei singoli e dei contesti, alla recovery e guarigione, in luogo a percorsi cronicizzati a standardizzati. Da queste premesse risultano indispensabili interventi sulle qualifiche degli operatori che dovrebbero essere di preponderanza socio psicologica, più che sanitaria e la riorganizzazione dei servizi che si pongano in un’ottica di coprogettazione col territorio, con le realtà del tessuto sociale organizzato, gli enti locali, le parti politiche, il terzo settore, i cittadini e non autoreferenziali.

Ciampa Maria Caterina

Rete ASM (AGAVE, ARESAM, AVO Roma, Habita, Immensa...Mente, Oltre Le Barriere, Riconoscere, Si Può Fare Di Più, Spazio Disponibile)

Il 20 maggio, con il supporto del CSV Lazio, è stato siglato da 9 associazioni un accordo per costituirsi in Rete. Si tratta di associazioni di familiari, utenti o di volontariato che si occupano tutte di Salute Mentale.

In realtà queste associazioni già da più di 10 anni collaborano col fine comune di dare un contributo al miglioramento del mondo della salute mentale attraverso la partecipazione attiva delle rappresentanze di utenti e famigliari all'interno dei servizi.

Fra le iniziative pubbliche ricordiamo tre convegni nel 2010, nel 2016 e nel 2019 e un corso di inFormazione nel 2017.

Il nostro intervento mira a presentarci, anche per raccogliere nuove adesioni, ma soprattutto a rappresentare le motivazioni che ci hanno spinto a costituirci formalmente in una Rete.

Infatti, se le seguenti finalità della Rete ASM:

- Condividere le informazioni relative a nuove normative, tavoli di lavoro, Consulte ecc.. relative alla salute mentale;
- Organizzare eventi/seminari di informazione e formazione e sensibilizzazione rivolti alla diffusione di buone pratiche per la salute mentale;
- Sviluppare la circolarità delle iniziative di ogni singola associazione, intrecciando le opportunità offerte in un più ampio ventaglio di proposte; possono essere raggiunte senza necessità della formalizzazione di una Rete siamo giunte alla conclusione che la prima finalità:
- Collaborare per dare voce a istanze istituzionali per l'affermazione e la tutela dei diritti dei soggetti con disagio mentale, vigilando su eventuali irregolarità e disservizi, possa essere raggiunta solo presentandoci come un'unica entità rappresentativa di migliaia di iscritti.

Cimmino Carmen e Migliore Alessia

ASL NAPOLI2 NORD/DIPARTIMENTO DI SALUTE Dipartimento di Salute Mentale UOSD-GESTIONE SIR

La Salute Mentale nella Salute dei Servizi vs la Rete Territoriale di Comunità.

La Malattia Mentale va intercettata, incontrata ed affrontata fuori dalle Istituzioni e dai Servizi, perché non va etichettata, né codificata e né fissata in schemi, né in percorsi e né in ruoli rigidi. Pertanto, nel rispetto tra l'incontro di aree sanitaria e sociale, incontro inclusivo nella Psichiatria di Comunità, la Salute Mentale ha necessità di una ri-organizzazione che ri-parta dal territorio, dall'appartenenza come Cittadino con bisogni di salute mentale

e/o bisogni psichiatrici con l'attivazione di percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali appropriati da individuarsi e riconvertire in azioni ed interventi territoriali. Il Servizio non come luogo-setting della cura ma come produzione di una regia, presentazione-conoscenza-identificazione attraverso un contratto di cura, coinvolgendo attori della rete di Comunità, da realizzarsi in aree (salute mentale, salute fisica, promozione culturale, formazione vs lavoro, relazioni vs socialità) sul territorio, mediato dal "coaching" e facilitato dalla progettualità riabilitativa individuale: organizzazione Riabilitativa della Cura alla Cura nella Comunità dei Servizi di Salute Mentale.

Converti Manlio

AMIGAY aps

In Italia non esiste Ricerca Epidemiologica sulle persone LGBTI (Lesbiche, Gay, Bisex, Transgender, Intersex) rispetto alla Salute Mentale. Abbiamo solo studi internazionali e le Linee Guida della Nota WPA/2016, ignorate dal SSN.

Al contrario esiste omo-transfobia sanitaria perpetrata in modo diretto o indiretto, per l'assenza di Corsi di Formazione Obbligatorie nelle Facoltà Sanitarie, di Protocolli di Accoglienza Inclusiva, di Modulistica con Anagrafica Inclusiva, per il mancato uso da 30 anni di ICD-10 ed ora di ICD-11, del Divieto di Mutilazioni Genitali ai Neonati Intersex o del Divieto di Terapie Riparative.

È necessaria che la Ricerca Epidemiologica sia fatta sulla popolazione generale con Anagrafica Inclusiva, come già accade negli USA dal 2010, per evitare i bias quando si considerano solo i propri pazienti oppure solo le associazioni LGBTI, rispetto alla complessità reale.

Il fatto che molte persone LGBTI si nascondano rende necessario questo strumento, anche a loro garanzia, essendo chi si nasconde più fragile e più soggetto a rischi di Salute Mentale.

Le metanalisi internazionali calcolano una frequenza di suicidi in adolescenza di 3-5 volte superiore nei minori LGB e fino a 10 volte maggiore nei minori TI. Valori simili vengono riscontrati nelle co-morbidità: Stato Ansioso Depressivo, Disturbi della Condotta Alimentare, Abuso di Alcolici o Stupefacenti, Comportamenti Autolesionisti Non Suicidari.

È fondamentale imparare le differenze tra i 4 assi dell'Identità Sessuale:

1. Genitali alla Nascita: M, F o Intersex
2. Identità di Genere: conforme o non conforme a quella attesa dal genere attribuito alla nascita, che può implicare o meno la richiesta di Ormoni e Chirurgia
3. Espressione di Genere: conforme o non conforme a quella attesa dagli stereotipi di genere
4. Orientamento sessuale: desiderio verso persone nate M, nate F, entrambe, nessuna,

anche TI, indipendentemente dal proprio sesso anatomico
Bisogna poi imparare il percorso e le difficoltà legate al *Coming Out* e al *Minority Stress*, rispetto al Contesto Familiare, che in Italia ancora non è informato adeguatamente sul fatto che oltre il 10% dei propri figli nasce LGBTI.
I figli non nascono solo M o F. Tutti gli studi dimostrano che circa 1% dei neonati è Intersex, 1% dei Minori è *Gender Variant*, 1% circa degli Adulti è Transgender e circa 10% della popolazione, infantile, adulta o anziana è LGB.
Da questo deriva l'importanza del ruolo dei sanitari, anche in Ostetricia e Ginecologia, Pediatria e Medicina di Base, a fornire informazioni corrette.
Il Supporto al Coming Out, soprattutto rispetto a contesti familiari omo.transfobici di minori pre.puberi e adolescenti, è fondamentale per ridurre o eradicare il fenomeno del Minority Stress che è la causa dei fenomeni di rischio suicidario e co.morbidità.
È una Buona Prassi avere una Formazione in Medicina e Psicologia di Genere LGBTI, e accogliere ogni utente della Salute Mentale con un Modello di Anagrafica Inclusiva, non essendo possibile presumere chi sia LGBTI o meno.
La Anagrafica Inclusiva (alla accoglienza e nelle ricerche epidemiologiche) garantirà anche una maggiore informazione alla popolazione generale, di cui non possiamo sapere se abbiano o meno parenti LGBTI.
È infine buona prassi anche garantire uguali diritti sindacali e supporto al Coming Out al personale sanitario LGBTI, che in Italia ancora è oppresso e invisibile.
Come AMIGAY aps chiediamo attenzione al tema della Anagrafica Inclusiva, adozione ICD11 e Buone Prassi a contrasto di Omo.Transfobia Sanitaria, per i quali offriamo formazione e proposta di protocolli

Costa Stefano, Cappai Michela, Ferri Mila Regione Emilia Romagna

La transizione fra servizi dedicati ai minori e quelli per adulti in salute mentale è in tutti i Paesi un aspetto considerato critico e di grande rilevanza clinico-organizzativa: la letteratura internazionale segnala che a causa di barriere organizzative vi è un considerevole ritardo del trattamento e un tasso particolarmente elevato di abbandono del trattamento con un alto rischio di cronicizzazione precoce. La maggior parte degli adolescenti con problemi di salute mentale non sperimenta continuità assistenziale quando raggiunge il confine di transizione dal servizio di salute mentale per bambini e adolescenti.

Al contempo sono in aumento gli adolescenti che si rivolgono ai servizi, soprattutto per situazioni di urgenza: dal 2010 al 2019 si è registrato un aumento considerevole degli adolescenti in carico ai DSM-DP (+ 23,8%), in particolare per l'età 14-17 (+ 52%).

Presso la Regione Emilia-Romagna è stato costituito un gruppo di lavoro che ha redatto

il documento Percorsi di cura di salute mentale per gli adolescenti e i giovani adulti (Circolare 1/2017) con raccomandazioni su fattori di rischio, protettivi e indicazioni di trattamento trasversali e specifiche per i principali quadri psicopatologici derivate da un adattamento delle linee guida internazionali.

Dal 2017 al 2020 il gruppo di lavoro Psicopatologia 14-25 composto da medici NPI, Psichiatri e Psicologi delle tre aree del DSM-DP (NPIA, SerDP, CSM) ha continuato a riunirsi per garantire l'implementazione di queste raccomandazioni.

Poiché le situazioni di emergenza-urgenza in adolescenza sono risultate l'elemento di maggiore impatto sia dal lato della letteratura, sia nella casistica dei Servizi, le prime azioni di formazione, confronto e ricaduta operativa del gruppo Psicopatologia 14-25 hanno affrontato temi clinico-organizzativi relativi a questi aspetti.

Fra gli obiettivi concreti da realizzare in ogni AUSL o Area Vasta della Regione sono stati, quindi, identificati:

- La realizzazione di percorsi di accesso facilitati per gli adolescenti con possibilità di valutazione e presa in cura integrata trasversale alle diverse articolazioni della Salute Mentale. Ogni AUSL ha organizzato una sperimentazione in merito con modelli differenti che vanno dalla discussione periodica dei nuovi casi fra operatori dedicati all'adolescenza, alla realizzazione di équipes funzionali.
- La elaborazione di una bozza di Procedura Aziendale per l'Emergenza-Urgenza in età evolutiva con indicazioni relative agli obiettivi della consulenza urgente, alla organizzazione della reperibilità medica specialistica, alla somministrazione di farmaci ed ai criteri per il ricovero ed alla attivazione di interventi intensivi alternativi o successivi al ricovero.
- La realizzazione di una RTI per minori per Area Vasta
- Una procedura di accordo strutturato con Comunità di prossimità del Terzo Settore per l'accoglienza di minori con disturbi psicopatologici in fase di post-crisi.

Nel 2021 è stato quindi formalizzato il Programma regionale "Psicopatologia 14-25" che prevede di:

- configurare servizi trasversali alle UO del DSM-DP per i percorsi di cura di salute mentale per gli adolescenti e i giovani adulti;
- organizzare percorsi di cura dedicati ad accesso facilitato-garantire continuità e trasversalità tra promozione del benessere, prevenzione del rischio e cura (operatori formati; tempestività nel riconoscimento e trattamento);
- offrire uno spazio di consultazione per adulti di riferimento.

Daghio Maria Monica

Dipartimento Salute Mentale – Dipendenze Patologiche AUSL Modena
Distretti Sanitari dell’AUSL di Modena
Servizi Sociali – Comune di Modena

Il DSM – DP, i 7 Distretti Sanitari dell’AUSL di Modena e i Servizi Sociali Comunali, hanno organizzato un percorso formativo multisetoriale e multiprofessionale. Scopo: rinforzare l’integrazione fra personale sanitario e sociale potenziando la collaborazione attraverso una più approfondita conoscenza dei percorsi che li vedono concretamente impegnati sulle stesse situazioni a livello locale. Ad un 1° incontro, in cui la proposta formativa è stata fatta a tutti i 7 Distretti sanitari e a tutti i Servizi Sociali della provincia, è seguita una FsC sviluppata a livello locale per favorire la conoscenza reciproca e puntualizzare/ipotizzare progettualità integrate. Infine, si è effettuata una restituzione in plenaria a tutti i partecipanti di quanto emerso a livello locale per conoscere, mutuare esperienze. L’intero percorso si è sviluppato in call e in ogni Distretto hanno partecipato circa 50 professionisti sociali e sanitari.

D’Agostino Angela

La platea di popolazione affetta da disturbi psichici è in continua crescita, con un bisogno assistenziale variegato e complesso, con un’età di insorgenza più precoce e, di conseguenza, con un aumentano delle situazioni di disagio; in un contesto in cui le problematiche legate al disagio psichico restano cronicamente sottostimate a fronte di una crescente difficoltà dei servizi nel garantire la diagnosi e interventi adeguati.

Il massimo coinvolgimento di tutti gli attori ai vari livelli di governance (nazionale, regionale e territoriale) è primo un elemento ineludibile per affrontare questo tema, una richiesta pressante che facciamo a nome delle cooperative sociali e sanitarie aderenti.

In quest’ottica la cooperazione sociale e sanitaria è capace di intercettare i bisogni (vecchi e nuovi), di costruire risposte innovative e coerenti con il benessere psicosociale degli assistiti, di garantire equità di accesso ai percorsi di salute e alla cura delle relazioni.

Il modello cooperativo rappresenta un ponte, che avvicina le istituzioni a modelli de-medicalizzanti offrendo *know-how* e prassi operative (riabilitazione, “*recovery*”, Progetto Riabilitativo Individuale, azione sui determinati sociali, telemedicina, valutazione, etc.).

In questo senso le cooperative aderenti a Confcooperative condividono una visione della salute mentale come fattore determinante per il benessere di una comunità, da perseguire attraverso reti di servizi territoriali volte all’integrazione tra la dimensione sociosanitaria e quella socio-riabilitativa, in grado quindi di coniugare la componente terapeutica ed assistenziale, con l’azione di reinserimento sociale del soggetto mediante il recupero dei diritti di cittadinanza (abitare, lavorare, vita relazionale).

Strutturare una siffatta rete di servizi è una sfida ambiziosa che trova nella cooperazione, in qualità di forma d'impresa distintiva del Terzo Settore, un alleato essenziale; le potenzialità del modello cooperativo si sono infatti storicamente dispiegate nel quadro della collaborazione con il sistema pubblico, e rappresenta il soggetto ideale per lo sviluppo di forme avanzate di partenariato pubblico-privato (accreditamento, co-programmazione/co-progettazione, etc.).

Con l'obiettivo di migliorare l'assistenza garantita ai cittadini con problemi di salute mentale, la cooperazione sociale e sanitaria di Confcooperative avanza un programma di proposte volte a rafforzare la rete dei servizi territoriali, di cui è parte integrante ed essenziale: tracciare linee guida per agire in chiave preventiva sugli esordi precoci di malattia; diffondere modelli di intervento orientati alla *recovery*; sostenere (e non demonizzare) modelli di buona residenzialità e semi-residenzialità terapeutica che considerino l'abitare strumento per la realizzazione del PTRI; superare la logica cliente-fornitore nel rapporto tra pubblico e privato, a favore di partenariati fondati sul binomio accreditamento-accordo contrattuale, diretti alla coprogettazione e cogestione dei progetti personalizzati; sostenere i percorsi di inserimento lavorativo, con sostegni economici a supporto sia della singola persona che delle cooperative sociali di tipo "b"; investire su servizi per i minori che privilegiano interventi precoci e di prossimità; integrare gli interventi sociali con quelli sanitari, prevedendo adeguate forme di finanziamento; definire tariffe dei servizi congrue rispetto ai costi reali; implementare strumenti strutturati di valutazione dei pazienti e dell'esito dei percorsi e dei trattamenti.

D'Angelo Tonino Medicina Democratica

Dalla Casa della Salute al Budget Salute, da Basaglia, Maccacaro alla urgenza Costituzionale di rimettere al centro la Soggettività dei "Cittadini-pazienti-utenti", la loro Storia, la loro e nostra memoria, oggi drammaticamente alzheimerizzate nei circuiti costruiti da novelli "Criminali di pace" in percorsi all'interno delle vecchie e nuove Istituzioni Totali, chiamate eufemisticamente "comunità", "case di riposo", "residenze sanitarie", invero campi di concentramento destruenti la soggettività, forni crematori dei diritti e di cancellazione neolombrosiana di intere generazioni e "pazienti" condannate all'anonimato e a una sorta di "eutanasia" meglio detta "fuori dalle balle" non avendo alcun titolo a contare sulla propria soggettività. Urge ripartire dalla Costituzione, dal Budget Salute-Soggettività e non solo dagli "addetti ai lavori", ma da ognuno, altrimenti non c'è scampo!

De Coro Alessandra

Associazione Italiana di Psicologia Analitica (AIPA)

In tutte le strutture previste dalla legge del 2020, affinché gli interventi rivolti alla salute mentale risultino efficaci e rispondano a criteri di equilibrio costi/benefici, sono necessari due requisiti fra loro interconnessi: 1) l'attenzione a una diagnosi psicologica precoce, dove siano rilevabili fattori di rischio e fattori protettivi rispetto a possibili evoluzioni patologiche, e dove accanto alle diagnosi cliniche da manuale siano previste valutazioni accurate delle risorse psico-sociali dell'individuo e le dinamiche familiari e dei contesti di vita; 2) la possibilità di scegliere un intervento di sostegno e/o psicoterapeutico di diverso orientamento, a seconda delle valutazioni di cui sopra, in base agli studi più aggiornati sui risultati di psicoterapie a breve, medio e lungo termine. Per ovviare alle carenze di risorse umane presenti nelle strutture del SSN, suggeriamo l'organizzazione di collaborazioni stabili con le Società scientifiche per offrire interventi sostenibili a costi di privato-sociale.

D'Elia Antonello

Società Scientifica di Psichiatria Democratica

Le attese assunzioni per tutte le figure professionali dovranno accompagnarsi a una politica sistematica di formazione coerente al lavoro di salute mentale territoriale. Questa specificità non viene garantita nei luoghi istituzionali della formazione: università, corsi di laurea e in di specializzazione, scuole di formazione post-universitaria per medici e psicologi, programmi formativi delle ASL e nel carente sistema dell'ECM. Assente anche la formazione specifica al lavoro di territorio per professioni centrali come gli infermieri, gli assistenti sociali e gli educatori. I principali strumenti del lavoro territoriale sono l'équipe multidisciplinare, in crisi per mancanza di personale e di competenze interprofessionali nella presa in carico delle persone con grave sofferenza mentale e delle loro famiglie; la continuità terapeutica; la centralità della relazione; l'accoglienza, il rispetto e l'ascolto, strumenti che vanno insegnati, appresi e coltivati. Non diversamente la cultura aziendale e i decisori che ne sono responsabili devono attrezzarsi di conoscenze e competenze specifiche per un'organizzazione che non si esaurisce nella dimensione sanitaria ma si estende al sociale per assicurare risposte ai bisogni essenziali di casa, lavoro, inclusione sociale. Solo con una visione di sistema sarà possibile dare seguito alle proclamate intenzioni di valorizzazione dell'approccio territoriale in sanità per quel che riguarda in particolare la salute mentale.

D'Elia Antonello

Società Scientifica di Psichiatria Democratica

È lecito proporsi interrogativi su alcune soluzioni organizzative che stanno caratterizzando le pratiche di salute mentale territoriali.

1. Gli accorpamenti di servizi e di ASL che danno luogo a Dipartimenti che non hanno più collegamento con la comunità sono stati mai valutati in base agli esiti in termini di salute pubblica ed individuale oltre che rispetto al risparmio atteso?
2. Esistono strumenti affidabili di valutazione dell'efficacia globale e degli esiti del lavoro di presa in carico territoriale multiprofessionale contrapposto alla pratica ambulatoriale psichiatrica?

La visione quantitativa corrente appare paradossalmente in difficoltà quando deve prendere atto della disparità di costi tra un approccio medico e sanitario che pone al centro l'ospedale e i posti letto e quello territoriale diffuso ed integrato che assorbe risorse di gran lunga minori a fronte di una maggiore efficacia. Siamo in entrambi i casi nell'ambito della valutazione quali-quantitativa, poco frequentato nei sistemi di valutazione correnti che non hanno riscontro nei servizi impedendo un lavoro di sorveglianza e calibramento delle pratiche condotte. Attraverso una virtuosa pratica valutativa si scoprirebbe che le scelte sanitarie in salute mentale adottate in molte regioni avvengono su base ideologica, di mercato e di convenienze politiche e non di *cost-effectiveness*.

Dettori Rossana

Segretaria Confederale CGIL Nazionale

La grande intuizione, la rivoluzione, della Riforma Basaglia che ha abolito l'internamento in manicomio delle persone malate di mente, è stata prima di tutto restituire loro la cittadinanza, il diritto a vivere nella comunità di appartenenza.

La possibilità per ogni persona di una vita quotidiana dignitosa: abitare, lavorare, avere affetti, divertirsi, come determinante per fare salute. E quindi l'idea che la cura si debba svolgere secondo il modello della salute di comunità.

Ciò ha implicato e implica tuttora scelte precise di potenziamento del sistema socio sanitario pubblico e universale e l'adozione di modelli organizzativi e professionali fondati sulla centralità del territorio e sulla multidisciplinarietà degli interventi. E naturalmente mantiene forte la necessità di contrastare e superare le persistenti pratiche manicomiali: la contenzione meccanica, l'abuso dei TSO, l'eccesso di strutture residenziali che diventano cronicari da cui le persone, anche giovani, non escono più, lo stigma che associa follia a pericolosità sociale (che emerge ad ogni fatto di cronaca nera). Il baricentro delle attività per fare salute mentale di comunità è il Centro di Salute Mentale. Le risposte che organizza il CSM sono diverse: la presa in carico delle persone,

servizi ad alta integrazione sociale e sanitaria, coinvolgendo servizi del welfare locali, l'associazionismo e la cooperazione sociale e alimentando il protagonismo e la partecipazione di famiglie e cittadini utenti. In questo senso la riduzione dei Centri a meri dispensari di prestazioni mediche, farmacologiche o psicologiche va contrastata. Mentre va rilanciata l'assistenza e la cura negli ambienti della vita quotidiana delle persone. Ciò significa, utilizzando le migliori pratiche esistenti, riorganizzare, nell'ambito del DSM, i CSM, aperti h24, dotarli delle diverse professioni necessarie per l'agire in modo multidisciplinare e quindi multiprofessionale, tipico del lavoro di équipe.

Occorre adeguare le dotazioni di personale (attualmente insufficienti) e formarlo ad un lavoro in servizi territoriali ad alta integrazione socio sanitaria per la salute di comunità, partecipati dai cittadini utenti. Ciò implica un cambio radicale del modello formativo: per le facoltà di medicina, le scuole di specializzazione in psichiatria, quelle di psicologia, quelle per assistenti sociali, ecc. diffondendo le rare esperienze di scuole Infermieristiche che prevedono un addestramento per il lavoro territoriale. La Riforma Basaglia deve entrare nelle Università.

Tutto ciò implica valorizzare le buone esperienze che esistono, ma anche un cambiamento che non avviene spontaneamente: servono più risorse per la salute mentale, sostegni espliciti a percorsi per la salute di comunità, sapendo che è il personale la risorsa più preziosa. La Conferenza può e deve lanciare precise indicazioni a Governo e Regioni, sia in vista della prossima legge di bilancio che per l'attuazione delle Missioni del PNRR riferite alla Salute e all'Inclusione Sociale

Di Marco Simona - Pacetti Monica - Mastrocola Antonella START-ER AUSL ROMAGNA

Migranti e Salute Mentale in AUSL Romagna: l'importanza del team nel progetto START-ER-II Monica Pacetti, Antonella Mastrocola, START-ER group*, Simona Di Marco. START-ER group*: Antonella Mastrocola, Raffaella Campalastri, Maria Nolet, Simona Di Marco, Monica Pacetti, Bruna Mattioli, Annalisa Vigarani, Ilaria Mingione, Filippo Casadei, Anna Maria Sacconi, Giulia Pesaresi, Silvia Nodari, Silvia Andreotti, Gloria Carlini, Ludovica Montorzi, Marialuisa Parisi, Sara Salvatori, Raffaella Guiducci, Patrizio Orlandi, Alessandra Fileni, Simona Alessandrini, Maria Letizia Valli, Josephine Ofedu, Richard Messou, Fama Lo, Azezat Apenna

- Le complessità clinico terapeutiche dei rifugiati e richiedenti asilo (RTPI) con cui ci siamo dovuti confrontare negli ultimi anni hanno indotto i Servizi di Salute Mentale a modificare il proprio assetto organizzativo, mirando su obiettivi di maggiore inclusione al fine di rendere l'offerta di cura più adeguata a tali popolazioni.
- Il progetto START-ER-2 ha promosso il processo di implementazione dei percorsi

di cura specifici per RTPI all'interno dei Centri di Salute Mentale dell'AUSL della Romagna attraverso l'istituzione di una equipe multidisciplinare trasversale, costituita da operatori volontari dei CSM e del privato sociale, capaci di assemblarsi variabilmente a seconda delle necessità contestuali.

- Il progetto propone come metodo di lavoro l'utilizzo del dispositivo gruppale sia nell'ambito dell'equipe clinica sia in quella con funzione di progettazione e coordinamento e di filtro svolta con gli operatori dei contesti di accoglienza dei migranti. Nello specifico abbiamo costituito un'equipe unica di coordinamento relativa all'intero territorio della Romagna composta da operatori di quattro CSM e del privato sociale (psicologi, antropologi e mediatori culturali).
- La suddetta equipe svolge una funzione di coordinamento, progettazione e approfondimento delle matrici culturali delle situazioni complesse. La presenza stabile dei mediatori culturali nella equipe apporta un contributo indispensabile alla lettura clinica nell'ottica del metodo etnopsichiatrico.
- L'utilizzo del setting gruppale consente di creare un dispositivo che facilita la circolazione di informazioni e attraverso l'utilizzo della lingua madre permette all'utente di essere il principale portatore di informazioni di se stesso e del suo mondo culturale. Attraverso l'attivazione di tutti questi aspetti che emergono nel setting del colloquio è maggiormente possibile costruire un significato condiviso del sintomo e/o del disagio e individuare strategie e soluzioni per poterlo alleviare.

Di Nuovo Santo

Presidente Associazione Italiana di Psicologia

La considerazione che intendiamo proporre è di tipo metodologico, dunque trasversale a diverse aree.

Gli interventi psicologici nei diversi ambiti dovrebbero essere programmati col supporto di dati di riflessione teorica e metodologica derivanti dall'analisi delle evidenze empiriche, compiuta possibilmente con metodi cumulativi come le metanalisi.

L'applicazione del piano programmato va valutato in termini sia di processo e di esito. Occorre quindi un monitoraggio in itinere delle azioni, e una valutazione finale (e di *follow-up*) di efficacia in relazione alle variabili il cui positivo cambiamento va verificato in base agli obiettivi previsti.

Mentre la verifica di efficacia (quindi di "esito") è importante per i fini sociali e istituzionali dell'intervento, la valutazione in itinere o di "processo" consente di accertare:

- quali processi psichici vengono attivati e quali assetti di personalità vengono modificati.
- non solo se e quanto, ma perché un trattamento funziona meglio con una certa tipologia di pazienti e meno con altri;

Lo studio parallelo sia dell'esito che del processo psicoterapeutico può consentire di

superare l'alternativa spesso indebitamente radicalizzata tra il nomotetico - vale a dire l'obiettivabile, il quantitativo, il normativo - e l'idiografico, il soggettivo, il qualitativo, il singolare e irripetibile.

Per compiere queste verifiche vanno approfonditi i metodi e le tecniche da usare per l'*assessment* e la loro attendibilità e validità. Le tecniche devono essere diverse per la valutazione all'inizio e al termine del trattamento programmato, e per l'*assessment* periodico nel corso dell'intervento per monitorarne l'andamento.

Per il primo tipo di valutazione sono utili gli strumenti psicometrici (test cognitivi e neuropsicologici, inventari di personalità, tecniche proiettive). Anche per il monitoraggio esistono strumenti adeguati: test criteriali o "dinamici", osservazione sistematica mediante griglie di valutazione di ciò che succede durante l'intervento; trascritti delle componenti non verbali e relazionali; tecniche basate sull'immaginazione, o sul disegno, o sul gioco e il *role-playing* per bambini e adolescenti.

Per la valutazione del funzionamento dell'intervento psicologico si richiede quindi sia un approccio sia quantitativo che qualitativo. Il primo per verificare quanto i problemi iniziali, e le percezioni che il cliente (individuo, famiglia, gruppo) ne ha, si modificano a seguito del trattamento; se l'intervento ha determinato i cambiamenti previsti e se questi cambiamenti si mantengono nel tempo. L'approccio qualitativo è utile per seguire la trasformazione delle variabili peculiari di quel particolare utente, e l'andamento della relazione che questa trasformazione produce e sostiene nel tempo.

Un aspetto specifico sollevato dall'uso delle tecniche durante il periodo di pandemia è la possibilità di una loro applicazione a distanza dove opportuno. Non tutte le tecniche possono essere tradotte online senza opportune mediazioni e modifiche; per alcune occorre una apposita standardizzazione e norme specifiche per la somministrazione in via telematica.

Le Associazioni scientifiche, tra cui la nostra, manifestano la loro disponibilità a partecipare a queste attività di riflessione teorica e metodologica, di verifica dei processi e degli esiti, di validazione degli strumenti e di una loro eventuale trasposizione online.

Di Rosa Roberta Teresa Fondazione Nazionale Assistenti Sociali

La migrazione è, per i minori stranieri non accompagnati, un'esperienza di rottura che necessita di tempo e di spazi adeguati di elaborazione per essere "riparata" (De Micco, 2019). L'esposizione a traumi durante la migrazione, unitamente alle difficoltà vissute nel paese ospite, costituiscono una fonte importante di malessere psichico per i msna. In accoglienza, è possibile agire specificamente nella direzione della cura di traumi post-migratori e della prevenzione del fallimento dei processi di integrazione, mitigando l'impatto con le politiche di deterrenza, le difficoltà di accesso ai diritti ed il contrasto tra

realtà e aspettative idealizzate, tutti significativi fattori di rischio per i disturbi mentali – insieme al vissuto di rottura e di sottrazione del legame con l'origine (Derluyn, Mels e Broekaert, 2009). La prevenzione del disagio psichico migratorio passa attraverso l'intervento qualificato di professionisti dell'area psicosociale transculturale, la cui formazione, unitamente all'opportunità di usufruire del supporto della supervisione, risulta il passaggio chiave per l'attivazione di percorsi di cura e di accompagnamento a misura di questa speciale categoria di persone. Il complesso intreccio di elementi che la caratterizzano richiede la messa in campo di strategie innovative (Galavotti, 2020) di inclusione nel tessuto comunitario e nei luoghi di integrazione (scuola, tempo libero, lavoro) (Di Rosa et al, 2019; Pavesi e Valtolina, 2020; Santagati e Augelli, 2020), finalizzate a favorire processi di autosufficienza, alla ricerca di modi per rigenerare il senso di appartenenza perduto e all'essere responsabili della propria vita (Bichi e Bonini, 2021). Condizione indispensabile, appare tuttavia la presa di coscienza dei processi di adultizzazione che li caratterizzano, con le conseguenti ridefinizioni dei percorsi di ascolto e di cura (Segatto et al, 2018; Peris Cancio, 2019); l'ascolto specificamente competente deve essere accompagnato dal coinvolgimento dei minori nelle decisioni che li riguardano, quale corollario fondamentale del principio del superiore interesse del minore (Chase, 2013; De Graeve & Bex, 2017; Kaukko & Wernesjö, 2017; Crawley, 2011). L'apertura di relazione dei minori con la comunità ed il contesto ospitante va preparato attraverso ascolto ed empowerment, da un lato, ed una combinazione di maternage e tutoring dall'altro, per riuscire a declinare percorsi differenti sia in funzione delle situazioni, sia soprattutto in funzione delle storie e dei percorsi di ogni singolo msna (Valtolina, 2016).

Politiche, ricerca e pratiche di accompagnamento dei msna, superando l'emergenza dei bisogni essenziali, possono puntare al più alto raggiungimento del loro benessere e della loro salute mentale, spostando l'attenzione verso la comunità ed il territorio come luogo di relazione. Una cura che vada oltre le sfide del primo impatto tra i minori e la società di accoglienza costituirà un'opportunità di promuovere benessere, salute e senso di appartenenza, come antidoto alle fratture vissute, e al contempo prevenire quelle fratture che possono derivare da un percorso di inserimento fallimentare. Infine, tenere conto delle rappresentazioni del benessere dei minori e dell'impatto su di loro delle dinamiche di accoglienza in spazi e tempi rischiosi e incerti (Barn, Di Rosa e Argento, 2020) offre spunti rilevanti rispetto all'efficacia della partecipazione attiva dei minori in termini di formulazione e implementazione delle politiche sociali di integrazione.

Dito Fabio

S.O.C. "Processi di cura in Salute mentale adulti" DSM-DP AUSL Modena

L'accesso alle misure alternative alla detenzione può esser complicato per i pazienti

autori di reato. Lo è maggiormente quando sono utenti con bisogni complessi, con grave e cronica deprivazione materiale e quando i benefici diventano fruibili solo associandosi a contesti di cura. Nel DSM-DP di Modena la gestione dei progetti individualizzati dei pazienti destinatari di provvedimenti limitativi della libertà personale è svolta dalla Struttura Operativa Complessa (S.O.C.) "Processi di cura in salute mentale adulti". La S.O.C., supportata da un centro di costo, interviene sul contesto entro cui ogni programma individuale si realizza verificandone costantemente l'appropriatezza clinica, quella organizzativa e orientando, se necessario, il comportamento istituzionale dei diversi Servizi Sanitari coinvolti. Sostiene il raggiungimento degli scopi del beneficio di legge nel più breve tempo possibile, armonizza gli obblighi della posizione giuridica passiva con le esigenze terapeutiche individuali e ne ricerca le soluzioni complessivamente più efficaci. Conclude il suo intervento quando smette di operare il provvedimento del Magistrato. Nell'ultimo triennio la S.O.C. ha gestito 49 misure limitative della libertà, 3 sono state aggravate, 2 si sono concluse prematuramente. Le maggiori criticità riscontrate sono la possibilità di implementare l'offerta di percorsi di cura in custodia cautelare non detentiva, il travaso del programma rieducativo penitenziario in quello riabilitativo sanitario, il mantenimento dell'esito terapeutico alla conclusione della misura, cioè quando si riattualizzano i bisogni connessi alla fragilità sociale. La S.O.C., infatti, ha riscontrato che la precarietà materiale fa sopravvivere la necessità del ricovero "sanitario" in contesto comunitario anche quando il paziente riacquista la propria libertà personale. Per tutto quanto prima, si avverte la necessità di un aggiornamento delle attuali previsioni della normativa di riferimento e quella di un nuovo concetto di individuo/utente socialmente competente che guidi l'azione dei Servizi sociali e sanitari.

Errico Giuseppe

I.P.e R.S. (Istituto di Psicologia e Ricerche Sanitarie)

AVER CURA DEL TEMPO

Si dice che il tempo guarisca ferite e dolori (Watzlawick)

La riflessione sul tempo vissuto è un capitolo fondamentale della psicoterapia. Non è esagerato ritenere che tutti i problemi scientifici più importanti sulla psicoterapia si intreccino oggi con il problema del tempo, perché quest'ultimo gioca un ruolo centrale non solo nella descrizione del mondo esterno, ma è anche qualcosa di cui siamo direttamente coscienti: esso è davvero, come afferma Jorge Luis Borges, la sostanza di cui siamo fatti, una sostanza che sembra naturale, enigmatica e sfuggente. Prendersi cura della salute mentale è importante quanto prendersi cura del proprio tempo interiore. Ogni scelta temporale (possiamo vivere ancorandoci al passato o proiettandoci nel futuro o sfruttando solo il tempo qui ed ora) può essere appresa o ostacolata dalla persona.

Molti elementi individuali subiscono, inconsapevolmente, il “fascino” della percezione del tempo che condiziona, in maniera più o meno intensa, le esperienze personali e di vita, le relazioni interpersonali. Ogni paziente interpreta il mondo, suddivide le proprie esperienze personali e di vita in tre vaste categorie conoscitive: il passato (ciò che è stato), il presente (ciò che è) e il futuro (ciò che sarà). Come già rilevava sant’Agostino ognuno di noi crede di poter spiegare il tempo che vive interiormente. Tuttavia tale domanda pone dinnanzi a mille insormontabili difficoltà e ogni cosa sembra sfuggire alla conoscenza. La ragione di tale difficoltà risiede nel fatto che la natura umana/corpo/mente non riesce a delimitare il confine di sé stessa (cervello/coscienza), dell’essere oggetto “persona” (dove inizia e finisce il tempo vissuto in me?) che vuole comprendere poiché noi stessi siamo immersi nella fluente temporalità, nel divenire.

Nella vita di tutti i giorni sperimentiamo razionalmente lo scorrere del tempo a volte come un prima e dopo, copione fisso e rigido, altre volte come flusso irreversibile (Eraclito), sparigliato dai tempi della vita.

Prendere in carico questa connessione (tempo vissuto, cura) e ripensarla, partendo dalle attuali ricerche psicopatologiche e le neuroscienze cognitive, ci consentirà di adoperare gli strumenti fondamentali implicati nella cura psicologica (linguaggio, comunicazione, espressione, corpo-vita, essere nel mondo, intersoggettività) e il percorso di trasformazione personale, di comprendere il disturbo psichico nell’ambito di un contesto specifico di vita, a partire dalla relazione che ciascuno intesse con la vita e con il proprio mondo interiore, con il tempo.

Non c’è infatti alcun modello terapeutico – incluso quello medico-biologico o cognitivista – che possa prescindere da una presa in carico dell’abitare il tempo, inteso come lo spazio della sofferenza e dell’esistenza narrata (interpretazione): il potere trasformativo del dialogo interattivo-terapeutico si attua esclusivamente a contatto con l’esperienza interiore, vissuta come una ferita dal paziente. In ambito clinico non vi è processo di indagine che si collochi al di fuori di un tempo vissuto, di una ermeneutica del vissuto – inevitabilmente soggettivo – di come si possa vivere il tempo da parte del paziente. Molti pazienti ansiosi o depressi giungono a sovra-utilizzare, sovrastimare o amplificare uno di tali orizzonti temporali e a sottoutilizzare gli altri. L’esperienza di comprensione nei pazienti del tempo psicologico/interiore avviene tramite le operazioni di proiezione nel futuro, la memoria del passato e la coscienza nel presente. Nella esperienza personale il presente è l’istante che separa ciò che non esiste più da ciò che non esiste ancora (il nulla) e il suo continuo movimento scandisce il passaggio irreversibile del tempo, da un prima ad un dopo.

Favali M. Patrizia

Fondazione Nazionale Assistenti Sociali, Docente presso l'Università Sapienza di Roma

Nella storia italiana del processo di de-istituzionalizzazione, precedente e propedeutico alla Legge di Riforma 180/78, molta importanza hanno avuto interventi di informazione e sensibilizzazione della popolazione. Possiamo ricordare, quale esempio emblematico, Marco Cavallo, il cavallo di cartapesta che per decenni ha attraversato l'Italia, rappresentando la volontà "di portare chi stava dentro FUORI e chi stava fuori DENTRO" (Basaglia, Conferenze Brasiliane San Paolo del Brasile, 1979).

I servizi di salute mentale devono riconsiderare la rilevanza del lavoro con le comunità in una prospettiva preventivo-promozionale. Si tratta di promuovere iniziative di sensibilizzazione e di lotta allo stigma che coinvolgano la popolazione. Necessariamente tale approccio vede il protagonismo delle persone direttamente coinvolte nei percorsi di cura, ne promuove la partecipazione e ne valorizza le potenzialità. Attualmente soltanto in alcuni territori sono attuate esperienze in tal senso, la loro conoscenza andrebbe disseminata al fine di attuarle in tutte le regioni. Tale prospettiva richiede necessariamente il coinvolgimento di tutti i livelli a partire da quello centrale (stato/regione) e di tutti gli attori istituzionali e sociali (ASL/Comuni/scuole/società civile, ecc). Com'è noto, la collaborazione tra settori e servizi è fondamentale nell'ambito delle cure alle persone affette da disturbi mentali in quanto la salute mentale è influenzata da determinanti sociali ed economici che richiedono l'intervento di enti e organismi diversi al fine di promuovere politiche sociali integrate, in grado di migliorare la qualità di vita delle persone. Si tratta di pensare a interventi che mirino a comunità tolleranti verso le differenze e competenti, ossia in grado di svolgere un'azione di protezione territoriale, che favorisca l'inclusione, ma anche l'identificazione, la prevenzione e il trattamento precoce di problemi emotivi e relazionali. Di tali sinergie se ne gioverebbero in primis i bambini e gli adolescenti. La strategia descritta in grado di rispondere ai bisogni specifici dei diversi gruppi vulnerabili lungo tutto l'arco della vita si iscrive in una più ampia strategia di promozione della salute. L'attuale situazione pandemica, come da più parti si segnala, richiede cambiamenti significativi, modalità nuove per affrontare disagi con caratteristiche inedite. È ormai evidente la centralità delle relazioni umane in comunità che se pur hanno messo in campo azioni solidali, sono minate da rischi disgregativi. La sanità, da parte sua, ha riscoperto la sua vocazione territoriale, è attenta alle necessità delle persone, e teorizza un approccio pro-attivo che mira al benessere fisico, mentale e sociale e che può essere realizzato grazie ad alleanze, relazioni e interconnessioni istituzionali e professionali. Non va dimenticato, d'altra parte, che anche il dibattito interno ad altri settori che concorrono al ben-essere della popolazione, quali ad esempio il servizio sociale di prossimità, la scuola, le organizzazioni intermedie, la cosiddetta società civile individuano un obiettivo analogo: favorire comunità solidali, anche se

hanno presenti altri gruppi vulnerabili o altre criticità. Si tratta di mettere in comune le creatività di tutti, non solo dei professionisti, per individuare le pratiche più rispondenti a garantire diritti di cittadinanza a tutte le persone.

Fenoglio Maria Teresa

PSICOLOGI PER I POPOLI TORINO odv/SQUADRE SPES

Il Primo Aiuto Psicologico (*First Psychological Aid*), fornito in numerosi stati membri dell'Unione europea ai cittadini coinvolti in situazioni di crisi ed emergenza, è in Italia clamorosamente assente. La funzione preventiva del primo aiuto psicologico è stata ribadita da numerosi studi, che ne testimoniano l'efficacia per prevenire esiti post traumatici invalidanti.

Le Squadre SPES di Psicologi per i Popoli Torino, in convenzione con il 118 Piemonte, da dieci anni operano in regime di volontariato nei casi di incidenti, morti improvvise di un familiare, suicidi, atti di violenza. La vicinanza immediata, l'ascolto professionale, il lavoro nella rete familiare, l'accompagnamento nelle primissime fasi del lutto, la psicoeducazione, il collegamento con i servizi disponibili sul territorio, la mediazione con le strutture ospedaliere e non ultimo il sostegno ai soccorritori, pongono le basi di un'azione di vicinanza che fanno sentire il cittadino parte di una comunità curante.

Fenu Maria Antonietta

Associazione Romana di Psicoterapia dell'Adolescenza, Organizzazione di Volontariato ETS

Il territorio dovrebbe offrire a tutti una organizzazione di Accoglienza, in ogni presidio territoriale, annullando procedure come CUP e ACCETTAZIONE e LISTE DI ATTESA: andrebbero predisposte linee telefoniche, siti, link e forum dedicati, possibilità di videochiamate gestiti dal personale o da tirocinanti PSI, in cui si possa offrire l'ASCOLTO e poi tutte le iniziative facilitanti per l'eventuale accesso successivo nei Servizi di competenza. I servizi devono godere di una adeguatezza tecnologica.

L'Accoglienza, gratuita, dovrebbe garantire, nella sede più vicina all'utente, un ciclo di incontri sufficienti a definire un quadro diagnostico/prognostico a orientamento psicodinamico con la delineazione di una prima mappa dei bisogni di cura.

La valutazione, gratuita, si dovrebbe concludere con la Restituzione, ovvero con la descrizione delle vulnerabilità del paziente, delle sue risorse e dei suoi bisogni di cura. Andrebbe quindi prospettato l'intervento clinico e professionale più appropriato, anche quando il Servizio pubblico non possa erogarlo. Il paziente e i suoi familiari andrebbero informati esaustivamente di quanto le istituzioni offrono e di quanto compete il privato. L'utente dovrebbe poter scegliere ciò che meglio gli si addice.

Dopo gli anni '70, dopo la chiusura dei manicomi, abbiamo visto affermarsi un'idea di cura possibile e di buone pratiche che riportassero il paziente, come essere umano, al centro dell'agire terapeutico. Una speranza di guarigione si è costruita faticosamente. Ma oggi i servizi territoriali mettono a disposizione uno psichiatra ogni 150 pazienti ed ogni paziente riesce a vedere il proprio psichiatra una o due volte al mese, al massimo per un quarto d'ora. È possibile curare una psicosi così? La stabilizzazione di una gestione emergenziale dei disturbi mentali nel territorio, da tempo di guerra, giustificata da esigenze di bilancio e da una bassa incidenza ufficiale rende impossibile lo sviluppo concreto dei numerosi e generosi tentativi di affrontare la cura dei pazienti, lasciando una varietà di buone pratiche che non riescono a diventare metodo virtuoso. È necessario avviare una politica di sviluppo della salute mentale che vada oltre la gestione della perenne emergenza. Le istituzioni devono farsi carico di una nuova fase di reclutamento di personale per i servizi psichiatrici, necessario per gestire l'esistente e garantire l'attività di prevenzione nelle scuole e nel territorio, riconoscendo soprattutto la specificità del malessere psichico per cui il "farmaco" principale è il rapporto umano sano. È fondamentale sviluppare l'abitare assistito e l'integrazione lavorativa dei pazienti e intervenire con idee e proposte utili agli enti locali che gestiscono la città e gli spazi del vivere comune. Nessuno deve essere lasciato solo.

È necessario cambiare radicalmente il paradigma che sostiene le politiche sanitarie del Dipartimento di Salute Mentale, non possiamo più basarci sul rapporto operatori/cittadinanza e operatori/pazienti, ma cominciare a riflettere e organizzare i servizi e le loro attività tenendo in considerazione le esigenze di cura dei malati e in generale dei cittadini. È necessario ridefinire i LEA per la salute mentale affinché si garantiscano la frequenza degli interventi, la progettualità e la continuità della cura del paziente psichiatrico. Lasciare così le cose significa la regressione, l'isolamento del paziente e l'aggravamento della sua malattia, con conseguenze che ricadono sui familiari. Questo è ben noto a tutti coloro che lavorano o si trovano ad aver rapporto con i servizi di salute mentale.

Le Associazioni di utenti, di familiari e di volontariato coinvolte, con le forze di cui dispongono e con le possibilità che gli vengono permesse, chiedono da tempo l'adeguamento degli interventi compatibili con i nuovi bisogni; la necessità di un cambiamento scientifico e culturale dell'assistenza in salute mentale. Il permanere di tale situazione fa arretrare le conquiste sin qui ottenute e farebbe della psichiatria territoriale solo un organigramma di ingegneria dei servizi e di progetti tra l'altro mai realizzabili.

PREVENIRE LA CONTENZIONE

La prevenzione degli interventi di contenzione, passa attraverso una serie di presupposti che coinvolgono aspetti strutturali, lavoro in team, personalizzazione del rapporto terapeutico.

Aspetti strutturali: occorre pensare agli spazi da destinare alla psichiatria superando stereotipo di dimensioni secondo “requisito autorizzativo”, ma considerando che lo stato di agitazione comporta la necessità di essere “sfogato”, dando la possibilità alle persone ospitate di esprimere ed esperire fisicamente ambienti diversi. Lo spazio diventa luogo terapeutico, superando l’idea che deve limitare-trattenere-contenere. Lo spazio accoglie la crisi, protegge, ascolta, accetta, elabora la sconfitta e permette di riprendersi e ridefinire nuovi traguardi. Lo spazio accoglie le emozioni e consente la loro manifestazione in sicurezza, spazi espressivi e stanze multisensoriali. I luoghi sono in dialogo costante tra interno ed esterno: è comprovato l’effetto benefico che si ottiene quando gli edifici sono circondati da piante e dal verde, ed è dimostrato che diminuisce l’aggressività e lo stress. Lavoro in Team: dotazione organica sufficiente e multiprofessionale, integrata, supportiva, che alimenta il dialogo continuo, formata anche su tecniche di de-escalation, allineata verso l’obiettivo.

Personalizzazione del rapporto terapeutico, cercando costantemente di creare alleanza, promuovere condivisione, accogliere il dolore, essere partecipe attivo all’interno della relazione. Tutto il personale è coinvolto, nessuno escluso.

Accordi con le Forze dell’Ordine: non essere da soli nella gestione delle situazioni più critiche, promuovendo degli accordi e delle modalità di intervento integrato, accompagnati da formazioni congiunte, favorendo lo scambio reciproco e chiarezza per i momenti di intervento.

Riabilitazione precoce: introdurre fin da subito approcci riabilitativi per consentire di migliorare la comunicazione, offrire alternative espressive, anche di tipo fisico, spostando l’attenzione dal pensiero al corpo.

Dimissione Accompagnata: nelle situazioni di maggiore complessità, programmare la dimissione con l’assistenza al domicilio di un operatore del reparto con il quale il paziente ha stabilito una relazione significativa. La pianificazione dovrà essere con una cadenza intensiva nel primo periodo e via via più diluita, fino a che non sia stata stabilita una relazione di fiducia con gli operatori del territorio. È infatti dimostrato che questo tipo di intervento modifica il senso di fiducia del paziente nei confronti degli operatori del reparto, diminuendo gli agiti aggressivi, riduce i revolving-door, migliora il tempo di ripresa in caso di crisi successiva.

Diffusione della cultura e dell’approccio corretto per la gestione degli agiti aggressivi anche in altri contesti, come Pronto Soccorso, Reparti Ospedalieri, MMG, riducendo lo

stigma e favorendo un atteggiamento di sensibilità e accoglienza, nei confronti di una espressione del dolore differente.

Fiaschi Mara Donatella

Presidente Ordine Psicologi della Liguria, Consigliera Consiglio Nazionale degli Psicologi e coordinatrice del Gdl Sanità del CNOP

Il lavoro di équipe in salute mentale: professioni e formazione

I percorsi di presa in carico: buone e cattive prassi

Il mio breve contributo intende affrontare due aree specifiche trattate nella 2^a conferenza sulla salute mentale: il lavoro di equipe in salute mentale e i percorsi di presa in carico, strettamente connesse fra di loro.

Per rispondere sufficientemente a percorsi di presa in carico soprattutto dei pazienti più gravi, che rappresentano la maggioranza dei pazienti seguiti nei DSM (vedi ultimo rapporto SISIM 2021), dobbiamo porci obiettivi volti non solo al mantenimento del paziente entro la famiglia, ma al “senso” curativo di strutture ove, con obiettivi terapeutici e riabilitativi, i pazienti vengano aiutati ad avere strumenti necessari per vivere in modo più autonomo e dignitoso. Per fare ciò non si può prescindere dalla necessità di mantenere e continuare a formare equipe multidisciplinari, capaci di integrare le proprie funzioni, senza rivalità e con la consapevolezza che ogni professionista è importante allo stesso modo per raggiungere un sufficiente livello di benessere e autonomia del paziente.

La cura del paziente “psichiatrico” può essere molto lunga ma può avere momenti di alta, media e bassa intensità a seconda del pensiero che l’equipe multiprofessionale riesce a mentalizzare.

Il duplice obiettivo del vivere in famiglia o per conto proprio e in alcuni casi anche lavorativo, può essere perseguito con la psicoterapia istituzionale svolta nelle strutture semi e residenziali, assieme alle cure psicofarmacologiche. Non si tratta, d’altro canto, della psicoterapia con un setting pre definito.

Qui, per psicoterapia s’intende la possibilità di utilizzare tutte le vicissitudini di rapporto che i pazienti intrattengono tra loro, con i vari professionisti e la gerarchia della struttura, con i familiari e con il contesto in cui la struttura è iscritta, al fine di sviluppare una competenza a “pensare le emozioni” nelle diverse occasioni di relazione. Le strutture residenziali e semi residenziali devono essere intese come luogo non solo di socialità ma luogo di esperienza emozionale correttiva (F. Alexander, 1946) e di residenza emotiva (G.C. Zapparoli, 2009).

È spesso l’assenza di un rapporto personale che non fa migliorare il paziente, che non vuol dire fare psicoterapia ma avere una qualche forma di relazione umana. Le tecniche se non si poggiano su una relazione agiscono solo sui sintomi e non producono *recovery*. Possiamo dire allora che oggi il lavoro di integrazione professionale all’interno delle equipe siano esse di un SPDC, di un C.D., di un CSM o di una Comunità Terapeutica,

quando si realizza, rappresenta un grandissimo punto di forza. Dalla riforma psichiatrica ad oggi si è continuato a enunciare la bontà del lavoro di equipe, attraverso interventi di riabilitazione psicosociale e terapie di gruppo. In molte realtà sia dei Centri territoriali che delle Strutture Semi e Residenziali non sono mancate esperienze virtuose, ma oggi si ha l'impressione che siano l'eccezione piuttosto che la regola.

Oggi operiamo alla luce di linee guida, raccomandazioni e PTDA che se integrate e rappresentate dalle competenze psicologiche, possono esprimere un ulteriore valore aggiunto a favore di pazienti e familiari.

Infine le buone prassi per essere tali devono essere accompagnate da un modello clinico ed organizzativo realmente non influenzato da posizioni ideologiche o dalla resa a malincuore al modello biomedico, di fatto mai abbandonato. Di ciò ne è la prova l'uso prevalente di interventi psicofarmacologici a scapito di interventi psicologici e riabilitativi (SISM,2021).

Finazzi Luca CGIL Lombardia

Permane nella sostanza irrisolta, in Lombardia, la questione del superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, in quanto non si è mai avviato il passaggio dall'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Castiglione delle Stiviere (ribattezzato REMS) ad effettive strutture territoriali collegate alle ATS e ASST di competenza.

Sono, anzi, previsti lavori di ristrutturazione dell'attuale complesso in strutture più piccole, indubbiamente più moderne, ma che non modificano la logica OPG. Segnalo infine il grave ritardo nell'adozione del nuovo Piano Regionale della Salute Mentale.

Fioritti Angelo Collegio Nazionale dei Dipartimenti di Salute Mentale

Dal 1978 la policy italiana in materia di salute mentale è rimasta stabilmente basata sulla deistituzionalizzazione e sullo sviluppo di una rete di servizi psichiatrici territoriali, dotando il nostro paese del sistema di assistenza psichiatrica più "community-oriented" in Europa. I Dipartimenti di Salute Mentale sono stati il perno di queste storiche trasformazioni ed attorno alla loro azione, con gradi e modalità diverse, si sono coinvolte forze sociali e civiche che spingono oggi per orientare ulteriormente il sistema di salute mentale in senso comunitario e partecipativo. Il Collegio Nazionale dei Dipartimenti di Salute Mentale, ha elaborato una piattaforma di proposte per garantire su tutto il territorio nazionale servizi con elevati livelli di qualità organizzativa e tecnica, accessibili ed appropriati secondo I criteri di: 1- adeguata intensità clinico-assistenziale, 2- alta

personalizzazione, 3- specificità (interventi di provata efficacia e sicurezza supportati da prove empiriche), 4- orientamento al rispetto dei diritti, all'*empowerment* ed alla *recovery* del paziente.

Gamba Alessio

Clinica NPIA ASST Monza

L'intervento sulle problematiche psicologiche in età evolutiva non può essere frammentato e scisso tra famiglia, scuola, agenzie sociali, servizi sanitari, né focalizzato sui buoni comportamenti o apprendimenti scolastici, specialmente in un contesto pandemico e di fragilità identitarie e chiusure comunicative. Occorre impostare un lavoro che preveda: a) il coinvolgimento più intenso della coppia genitoriale, verso un funzionamento relazionale non focalizzato sulle situazioni sintomatiche, ma volto a ricercare punti di fragilità e risorse evolutive; b) la scuola, in cui l'importanza del lavoro di insegnamento non deve trascurare la dimensione relazionale, le tematiche comunicative ed emotive, premessa ad ogni apprendimento. Ogni agenzia sanitaria dovrebbe dotarsi di un piano di intervento integrato, creando setting di lavoro specifici e istituzionalmente previsti per genitori e scuola, utilizzando anche eventuali risorse di telemedicina per un più efficace lavoro in rete.

Granati Orlando

Coordinamento Psichiatri Toscani sulla Legge 81/14.

Orlando Granati, Stefano Castagnoli, Massimiliano Cerretini, Giampiero Cesari, Giovanni Cutolo, Massimo De Berardinis, Maria Del Zanna, Alessandra Giannini, Luca Pupeschi, Franco Sirianni

Il Coordinamento Psichiatri Toscani segue con attenzione il processo di chiusura degli OPG avviato nel 2011. Le maggiori criticità della legge 81/14, a nostro avviso, sono:

- a. La perdita della distinzione tra funzioni di cura e di custodia;
- b. Il rischio di un obbligo alla cura, al di là della urgenza prevista dalla legge 180; la confusione tra aspetti oggettivi (la gravità del reato) e soggettivi (la gravità e durata del disturbo);
- c. Il divario tra chi formula i programmi per le misure di sicurezza (il perito) e chi deve eseguirli (i servizi);
- d. Il problema delle misure di sicurezza per le condizioni non suscettibili di cure (demenze, oligofrenia) o della gestione dei tratti antisociali dei pazienti psichiatrici.

Le nostre proposte di soluzioni possibili, in modo sintetico, sono le seguenti:

- a. L'esecuzione della misura di sicurezza dovrebbe trovare la sua applicazione

primariamente in apposite sezioni carcerarie negli istituti di pena, attivando poi dai DSM programmi alternativi sul territorio, con adesione al programma terapeutico del paziente. La necessità di custodia (per rifiuto dei programmi, per inefficacia delle cure, ecc.) dovrebbe essere assicurata dalle forze dell'ordine.

- b. L'abolizione della misura di sicurezza è possibile solo contestualmente alla cancellazione della pericolosità sociale, in una revisione del concetto di non imputabilità.
- c. Chi esercita la funzione peritale dovrebbe interfacciarsi con i servizi per disposizione specifica, non solo per prassi (non sempre seguita); al perito dovrebbe spettare la valutazione dell'efficacia dei programmi elaborati dai servizi come misura di sicurezza, anziché stabilire autonomamente il programma terapeutico.
- d. Le misure di sicurezza devono avere una durata legata alla persistenza delle cause che l'hanno determinata, non alla gravità del reato, a meno di non mettere in discussione apertamente la non imputabilità.

Guerra Laura

[Mad in Italy \(affiliato a Mad in America e MIA International\)](#)

L'intervento per la conferenza sarà centrato sulla necessità di integrare le nozioni essenziali riguardanti il percorso della sospensione degli psicofarmaci nel curriculum accademico degli studenti di medicina, degli specializzandi e di altre categorie di professionisti e para-professionisti che operano nel campo della salute mentale.

Il relatore eluciderà le ragioni per cui è necessario includere questa tematica nei diversi curricula di formazione, cercando di stimolare domande e riflessioni che potranno essere sviluppate ulteriormente in altri incontri e dibattiti.

Innerhofer Caroline

[Federazione nazionale Ordini TSRM e PSTRP - Commissione di albo nazionale Terapisti occupazionali](#)

I Terapisti Occupazionali (T.O.) hanno competenza clinica e conoscenze per fornire interventi terapeutici a clienti con patologia psichiatrica. A livello internazionale esistono evidenze scientifiche che dimostrano come la T.O. contribuisca al miglioramento della autonomia, del funzionamento sociale e della qualità di vita. È di fondamentale importanza che il T.O. sia inserito, in stretta collaborazione con altre figure professionali, nell'Unità Valutativa Multidimensionale.

Il T.O., attraverso l'identificazione delle "occupazioni" con specifici strumenti e modelli *evidence based* (es. COPM, MOHO, COTID, WRAP), nel rispetto dei principi dell'ICF e in un'ottica "*client-centered*", valuta le capacità di performance, i relativi ambienti (fisico e/o

sociale), per rispondere ai bisogni espressi dal Cliente oltre che favorire un reinserimento sociale e lavorativo.

Iuliano Caterina

Don Pellicano'

Il Fondo per le non autosufficienze nasce per garantire la permanenza al proprio domicilio delle persone con disabilità gravissima. Le équipes per la valutazione multidimensionale fanno riferimento per la valutazione di disabilità gravissima alle scale di cui all'allegato 1 del DM 26 settembre 2016 che sono "curvate" sulla disabilità fisica e non sono assolutamente in grado di definire i bisogni assistenziali di una persona con disabilità psichiatrica.

Si evidenzia pertanto la necessità di integrare il suddetto sistema di misurazione al fine di valutare coerentemente la disabilità grave e gravissima in campo psichiatrico ed evitare che le persone con tali disabilità rimangano fuori dai benefici previsti dalla Legge

La Cava Donatella

ASL Roma 2

La presa in carico degli utenti più giovani dovrebbe prevedere la possibilità di offrire loro una ampia gamma di opportunità, che comprenda oltre al percorso comunitario, laddove necessario, l'inserimento in appartamenti inseriti nel tessuto cittadino, che consenta una ripresa dei progetti di studio, lavoro, vita sociale e relazionale, senza attendere anni come avveniva nel passato. Ci sembra pertanto utile promuovere l'utilizzo della risorsa "appartamento supportato" in particolare per utenti giovani e per periodi limitati di tempo. L'esercizio del diritto ad avere una abitazione stabile, dignitosa, nella quale scegliere con chi vivere dovrebbe essere garantito a tutti i nostri utenti, a prescindere dalla loro capacità di esercitarlo in forma totalmente autonoma. Per tutti coloro che non sono in grado di farlo, vanno previste forme di supporto, attraverso soggetti terzi quali associazioni di utenti e familiari, cooperative del privato sociale.

Libianchi Sandro

Il disagio mentale nel contesto della giustizia penale e in carcere.

Con DPCM 1/4/2008 e con L. 81/14 si è avviato un percorso di maggior tutela del diritto di tutela della salute delle persone con restrizione delle libertà personali in carcere, avviata con la legge 180/78. Non tutto però sta marciando nel verso previsto ed auspicato, sia per l'invarianza del codice penale, sia perché spesso le REMS (Residenze per l'esecuzione delle

misure di sicurezza) sono diventate la prima scelta del Sistema penale dove dovrebbero essere collocati soggetti destinatari di misure di sicurezza detentive, ma di cura e non la prevista soluzione residuale con il rischio di una strisciante “manicomializzazione”. Con i servizi pubblici in carenza di risorse e con il conseguente eccessivo ricorso alle misure di sicurezza provvisorie da parte della Magistratura, si assiste ad una continua richiesta di più posti in REMS invece di potenziare misure alternative territoriali e/o residenziali. Non infrequenti sono ormai diventate le segnalazioni al CEDU (Comitato europeo per i diritti umani) per casi di mancato invio in queste strutture, per asserita mancanza di posti disponibili; ciò potrebbe rappresentare una violazione di un diritto della persona privata della libertà personale, riconosciuto ma non adeguatamente tutelato. Le liste di attesa infatti determinano un ritardo nell'accoglienza che talvolta può superare un anno e la persona intanto resta detenuta in carcere per un tempo che oltre a non essere conteggiato quale “pre-sofferto”, determina una permanenza in un luogo non adeguato a curare la sua patologia. Sono segnalato alcuni eventi suicidari in soggetto assegnati a delle REMS ma restati in carcere per carenza di posti disponibili. Questi quesiti ed altri sollevati da alcuni tribunali hanno indotto la Corte Costituzionale ad intervenire nel merito, avviando una specifica indagine e con ordinanza n. 131 del 2021, nell'ambito del giudizio di legittimità costituzionale degli artt. 206 e 222 del codice penale e dell'art. 3-ter del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211 (Interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri), veniva disposto che “entro novanta giorni dalla comunicazione della presente ordinanza, il Ministro della giustizia, il Ministro della salute e il Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, depositino una relazione sui alcuni quesiti raggruppati in 14 punti che permetteranno una visione completa dell'intero sistema REMS in Italia. I quesiti partono dal computo delle strutture, dei pazienti presenti ed in attesa, fino ai criteri di inclusione ed alle forme di coordinamento interistituzionale e se sia prevista la possibilità dell'esercizio di poteri sostitutivi del Governo nel caso di riscontrata incapacità di assicurare la tempestiva esecuzione di tali provvedimenti.

Il tenore e il contenuto dei singoli punti da chiarire rende bene quanto profonda debba essere ancora la strutturazione e l'organizzazione di queste unità funzionali. Il tema della patologia psichiatrica in carcere non potrà essere scisso da quella della singola persona nella sua interezza giacché ognuno non è 'la sua malattia né una somma di esse, bensì una persona portatrice di complessità che dovrà essere presa in carico nella sua completezza.

Al 28/X/2020 il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria censiva 30 REMS operative sul territorio nazionale per un totale di 709 posti completamente occupati e 813 persone in attesa di posto letto secondo lo schema sottoriportato.

Regione	Liberi	In carcere	Totale
Abruzzo e Molise	18	0	18
Basilicata	3	0	3
Calabria	82	3	85
Campania	109	12	121
Emilia-Romagna	28	5	33
Friuli Venezia Giulia	10	1	11
Lazio	68	27	95
Liguria	26	1	27
Lombardia	62	8	70
Marche	0	0	0
Puglia	53	8	61
Piemonte	31	11	42
Sicilia	141	19	160
Sardegna	10	1	11
Toscana e Umbria	51+5	1+0	57
Trentino-Alto Adige	6	0	6
Veneto	12	1	13
TOTALE	715	98	813

(Fonte dati: Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria)

Lucarelli Stefano USL TOSCANA CENTRO

I Disturbi dell’Alimentazione e della Nutrizione, secondo DS M V “caratterizzati da un persistente disturbo dell’alimentazione o di comportamenti collegati con l’alimentazione che determinano un alterato consumo o assorbimento di cibo e che danneggiano significativamente la salute fisica o il funzionamento psicosociale”, rappresentano, nell’ambito dei Servizi di Salute Mentale, un problema di particolare rilevanza per variabilità dell’età di insorgenza, rapidità con cui si può instaurare un meccanismo di automantenimento del disturbo, elevata mortalità e severità delle conseguenze a lungo termine, necessità di continuità delle cure tra infanzia, adolescenza ed età adulta, necessità di fornire tempestivamente una risposta multi-professionale specializzata in cui convergano competenze psichiatriche, psicologiche e psicoterapeutiche, nutrizionistiche, dietologiche e riabilitative. Da segnalare come l’incidenza dei disturbi alimentari sembri progressivamente in aumento nella popolazione femminile tra i 15 ed i 19 anni, sebbene non sia chiaro se questo derivi da una migliorata diagnosi

precoce o da un'effettiva minore età d'esordio e come le persone che presentano un DA si rivolgono in più del 50% dei casi a Servizi non specializzati e non dedicati, seguendo percorsi poco efficaci, che tendono a cronicizzare il loro problema anziché aiutarle a risolverli. Dato che la rapidità del raggiungimento di un equilibrio alimentare è uno dei fattori prognostici principali rispetto al rischio di cronicizzazione, e che è dimostrata la superiorità in termini di efficacia e costi del trattamento non-ospedaliero intensivo, è ragionevole orientare la progettazione dei servizi verso un modello ambulatoriale intensivo. Il DSMD dell'AUSL Toscana Centro ha realizzato, a partire dal 2017, un Servizio specializzato con valenza aziendale, che si caratterizza per facilità di accesso, offerta di diversi livelli di cura (ambulatoriale, ambulatoriale intensivo, centro diurno), continuità con le altre strutture del DSMD, integrazione in rete con riabilitazione residenziale, e cure ospedaliere. Il Centro Diurno (CD) in particolare, nasce come modello di attività specialistica ambulatoriale intensiva che prevede l'attivazione di interventi articolati ed interdisciplinari, vuole essere funzionale alla necessità di alcune situazioni cliniche complesse per le quali il ricovero, in regime ordinario e/o in Day Hospital risulta inappropriato ma tali da richiedere comunque una presa in carico del paziente per una gestione assistenziale in tempi rapidi ad alta intensità di cura, con lo scopo di gestire la media complessità assistenziale, in continuità con il percorso ambulatoriale e strettamente integrato con i livelli a più alta complessità assistenziale come i ricoveri sia ospedalieri specialistici che riabilitativi residenziali.

Luchetti Antonio

Una volta c'era il manicomio, poi aperto, distrutto, svelato nelle sue funzioni, nel suo obiettivo che non era la cura ma la gestione di una presunta pericolosità, non era l'integrazione del "malato" nel corpo della società ma la sua espulsione, la pulizia del corpo sociale dal corpo del "deviante".

Nel '78 con la legge Basaglia ebbe inizio appunto lo smantellamento delle grandi istituzioni psichiatriche ma chiusi i grandi edifici l'anima del manicomio è sopravvissuta, il manicomio è diventato diffuso.

È sopravvissuta negli insegnamenti, è sopravvissuta nelle Università totalmente sganciate dalle pratiche di salute mentale di comunità. È sopravvissuta nelle psichiatrie ideologiche organiche alla Società Italiana di Psichiatria che già negli anni della lotta alle istituzioni si fingeva progressista (nascondendo la propria natura reazionaria), appoggiando in quel caso la politica di settore francese. La politica di settore, per chi non ne fosse a conoscenza, faceva corrispondere a un settore (appunto) del territorio, dove venivano sviluppati ambulatori e servizi cosiddetti di prossimità, un pezzo del manicomio, motivo per cui a una riorganizzazione "fuori" della psichiatria corrispondeva il mantenimento dell'edificio segregante.

L'anima della psichiatria arcaica è sopravvissuta in ambulatori sterili di Centri di Salute Mentale aperti qualche ora al giorno, in agglomerati ambulatoriali chiamati ancora dagli stessi operatori che vi lavorano Centri di Igiene Mentale, nell'assenza di visite domiciliari e di pratiche di integrazione sociosanitaria, nei reparti ospedalieri chiusi e fatiscenti, nella pratica della contenzione meccanica, nella cosiddetta terapia elettroconvulsivante, nella creazione giorno dopo giorno di una malattia "artificiale" e nella riproposizione di corpi reificati da gestire per mantenere in piedi le istituzioni della psichiatria.

Negli ultimi due anni, con la pandemia del Covid19, abbiamo assistito a una chiara presa di consapevolezza da parte della politica della necessità di sviluppare politiche di salute di prossimità, territoriali, domiciliari, di presa in carico forte sul territorio delle problematiche soprattutto croniche, facendo riferimento a strumenti di integrazione sociosanitaria avanzati come il budget di salute. Le regioni e le province autonome sono state invitate a lavorare, guardando a realtà più avanzate, che già hanno fatto esperienza in tal senso, ad aprire tavoli tecnici, politici e tra servizi, per costruire istituzioni nuove in grado di sostenere tali pratiche nel proprio territorio.

Al tempo stesso la contraddizione vuole che laddove invece tali pratiche sono oramai prassi, norma, a tal punto da essere riconosciute dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come esempi da seguire per sviluppare modelli di salute mentale territoriale avanzati, attenti pertanto ai determinanti sociali di salute e non solo al binomio diagnosi/terapia, c'è un costante tentativo di "smontare tale organizzazione" per sostituirla con modelli ospedalocentrici/ambulatoriali e forse con pratiche di delega al privato: modelli che credo abbiano mostrato con forza e definitivamente il loro fallimento.

Inaccettabile a mio avviso accogliere tali posizioni ideologiche di psichiatrie dominanti, autoproclamatesi avanzate, che nell'ultimo periodo hanno proiettato su esperienze realmente avanzate un giudizio di arretratezza, nascondendo la propria di arretratezza, che probabilmente non riescono a vedere ma che andrebbe mostrata.

Fare questo, e non smascherare la Malafede sottostante, equivarrebbe ad accettare ufficialmente disinformazione, come per esempio accettare, per fare un parallelismo, le ideologie di movimenti che rivendicano la libertà da una supposta attuale "dittatura sanitaria", nelle istituzioni reali, nei ministeri, e non combattere perché tale bugia venisse, una volta per tutte, rivelata.

Credo che il Ministero della Salute debba farsi ora e urgentemente garante delle buone pratiche di salute (e tra queste di salute mentale), che non basta definire ideologiche per derubricarle in tale posizione, monitorare al tempo stesso le cattive pratiche sostenute invece da posizioni realmente ideologiche reazionarie, a tutela della salute reale di persone reali che nei servizi di salute mentale realmente, volenti e nolenti, si trovano a transitare.

Manzoli Sara

Cooperativa sociale Aliante

“Autonomia non significa abbandono”, anzi, nei percorsi protetti verso l’autonomia delle persone è necessario ricercare la costruzione di un modello di “buone pratiche” che preveda sinergie tra le politiche di inserimento lavorativo, le persone inserite negli appartamenti a bassa, media e alta autonomia e i progetti di inclusione sociale. L’obiettivo sarà quello di creare un percorso di co-progettazione per il raggiungimento di una progressiva affermazione di vita e lavorativa, con un conseguente miglioramento della condizione economica. Un percorso che non sia più esclusivamente di tipo assistenzialistico, ma che si avvalga di un attento lavoro di rete per fornire alle persone un sostegno e supporto integrato in grado di attivare tutte le competenze e le risorse disponibili.

Melis Rita

ASARP - Coordinatore Provinciale Nuoro

“Nella provincia di Nuoro, alla quale appartengo, la criticità più grande è la carenza cronica di personale. Uno degli psichiatri del CSM condivide la professionalità con il reparto di psichiatria, che può contare su uno psichiatra e mezzo.

In questi 10 anni, durante i quali ho assunto il compito di accompagnare un mio familiare, ho visto l’avvicinarsi di tanti medici, alcuni quasi di passaggio; mi ha colto il pensiero che Nuoro non sia una delle sedi più ambite, nonostante sia un bel territorio.

Mi sono confrontata varie volte con gli operatori, che si sono mostrati disponibili, e che vista la situazione si trovano sempre in affanno. Forse tale situazione determina anche il fatto che non viene curata una rete continua con l’associazione dei familiari. Con un importante impoverimento sociale perché svuotato di tante risorse preziose che verrebbero apportate da quella parte non tecnica, non schematizzata. Purtroppo la sanità sarda è negletta, le risorse economiche destinate sono quelle rimanenti dal rimpinguamento di altre ‘cos’; in tutto questo bailamme chi ne paga le conseguenze sono gli utenti e le loro famiglie.”

Miccio Angela

La tutela della persona, il rispetto della dignità umana: Lo sguardo che manca. Criticità e prospettive ad anni dall’emanazione di leggi, dall’adozione della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità. Il quadro che emerge dall’analisi della realtà non è certo rassicurante. Non si può agire per comparti stagno, ognuno per sé nel voler mostrare ipocriti primati. Basta a passerelle, overdose di ipocrisia, ma occorrono coordinamento,

unità, multidisciplinarietà, interdisciplinarietà, formazione, competenza, vissuti autentici, monitoraggi, dati, un agire comune teso ad un nuovo concetto di giustizia basato sull'inclusione, sul cambiamento culturale e sociale, sul rispetto dei diritti umani, sull'empowerment, su società inclusive e partecipative. Basta ad abusi, a strutture, centri, luoghi-parcheggio che si incartano in visioni autoreferenziali con al centro gli operatori, logiche segreganti e mascherate da esempi virtuosi! Basta all'abbandono dei caregiver familiari. Nulla su di noi senza di noi! Mancanza di informazioni, risposte (quando ci sono) frammentarie, sempre residuali, carenze nei servizi, valutazione delle attività nei servizi inesistente. La mediazione tra diritti e la possibilità di esigerli viene svolta sovente da servizi, operatori di cooperative ecc. con interventi limitati e spesso segreganti. A prevalere è ancora il modello medico della disabilità. Non viene preso in considerazione un progetto individuale e personalizzato incentrato sulla persona né percorsi tesi alla vita indipendente. Tanti gli operatori ecc in ogni campo che non hanno adeguata formazione e conoscenza. Mancanza di coordinamento, rete, unità e fare autentica squadra tra le varie forze e anche tra gli stessi familiari. Oramai sempre più la fragilità è per molti un affare per farsi strada e non fare strada. Tante dichiarazioni talvolta contraddittorie, pompose troppo spesso adoperate sapendo di avere terreno fertile per la scarsa o nulla informazione, disinteresse e per altri interessi sottesi. Manca un sistema di monitoraggio. Le stesse persone con disabilità non sono adeguatamente coinvolte nelle decisioni che le riguardano. I caregiver familiari sono spesso abbandonati a loro stessi, molti ritenuti "responsabili" di aver messo in discussione il dogma- duro a morire- del ricovero in strutture, del permanere in centri "parcheggio" dei propri cari. Quanti tso imposti che appaiono come atti arbitrari e all'ordine del giorno. Quale presente, futuro per la dignità della persona? Quale presente e futuro per noi tutti? La potente fragilità appartiene a ciascuno- nessuno escluso. Quanto è necessario fare un discorso di messa in rete che ha a cuore la persona e non il malato, abbandonando quell'approccio troppo commiseratorio. Quanto è necessario partire dalla persona, dai suoi sogni e aspirazioni, tendere ad un diritto che ricostruisca, ascolti, ad una medicina che guardi all'essere persona. Basta a slogan del tipo "Ricoveri per adulti disabili", invasività di strutture, acronimi di varie forme di residenze, abusi nelle amministrazioni di sostegno, dignità umana violata, overdose di ipocrisia circa talvolta i grandi passi avanti di cui ci si "gonfia" in convegni su convegni e pubblicamente (sono davvero reali?). Quanto è necessario mettere in discussione la visione delle maggiori fragilità come problemi individuali, come difetti, deficit rimovibili soltanto con interventi di carattere riabilitativo, medico-sanitario da parte di "esperti" e altri servizi. Voce a storie, alla persona in tutta la sua dignità

Minervini Carlo

Ass. 180amici Puglia e Movimento Rompiamo il Silenzio

Chi porterà avanti la ripresa dei servizi e della cultura della salute mentale di comunità? Anche la Puglia non fa eccezione rispetto alla situazione generale di impoverimento costante dei servizi e della cultura della salute mentale di comunità, di cui abbiamo dolorosamente appreso partecipando negli scorsi mesi ai diversi seminari e incontri organizzati dalla Conferenza Nazionale Salute Mentale, di cui siamo parte integrante, ed ai tanti momenti di studio e confronto attivati da parte di tutte quelle organizzazioni che possiamo far rientrare nel Movimento per la Salute Mentale italiano.

Negli anni '80/'90 in Puglia erano presenti molte esperienze in linea con le leggi 180 e 833 e ci sentivamo tutti all'interno di un processo di messa in pratica dei principi della riforma psichiatrica e della salute mentale di comunità.

Attenzione, non è che fosse facile né che questa impostazione pratico-culturale fosse maggioritaria, ma c'era la sensazione di poter rappresentare quella che tempo fa definivamo "minoranza egemonica", che contava e poteva determinare trasformazioni e cambiamenti. Insieme c'era la voglia e la forza di operare quella che Franco Rotelli definisce la "chiamata alla correttezza" della Cittadinanza e delle sue rappresentanze sociali e politiche, di artisti, poeti, architetti, urbanisti, falegnami, filosofi, cooperazione sociale, sindacati e tanti altri, all'interno dello straordinario contesto di riforma culturale e sociale iniziata negli anni '60 e assunta in generale nel nostro ordinamento con le straordinarie riforme del '78.

In quegli anni molti di noi provavano a mettere in pratica i principi della 180 e gli "altri" apparivano in difficoltà, sembravano spiazzati: ma dietro l'angolo avevano già fiutato il nuovo business per sostituire quello manicomiale sul territorio. Il paradigma era sempre lo stesso: i "pazienti" potevano/dovevano ritornare ad essere fonte di reddito.

E il via a tutto questo è diventato paradossalmente possibile a fine anni '90 quando, grazie al coraggio e alla determinazione dell'allora Ministro Rosy Bindi, i manicomi, ancora in gran parte in piedi, dovevano essere chiusi in fretta pena la penalizzazione economica delle Regioni inadempienti.

A noi quell'atto sembrò una svolta verso la realizzazione dei principi della legge su tutto il territorio nazionale: invece quella opportunità di avanzamento è stata magistralmente stravolta in possibilità di reazione da chi sembrava fino un attimo prima in affanno e per dare il via non a percorsi di de-istituzionalizzazione (necessariamente gradualisti, collettivi e di crescita culturale dei tecnici e della cittadinanza, come sappiamo) ma alla massiccia trans-istituzionalizzazione realizzatasi con il passaggio di molti ricoverati in nuove, più piccole e più urbanizzate, residenze/parcheggio dando vita a rinnovati, ma non meno invalidanti, dispositivi dell'internamento (Mariagrazia Giannichedda) che perdurano e si moltiplicano tuttora.

Sappiamo tutti molto bene che i percorsi di applicazione delle leggi dello stato, seppur

differenti in ogni luogo, procedono sulle gambe delle persone che se ne occupano, a partire dai tecnici del campo specifico: ma cosa è successo nei decenni? Quali sono state le persone scelte a dirigere e a dare la linea ai servizi di salute mentale?

A nostro modesto avviso è successo che la scelta politico-istituzionale è caduta sempre più su tecnici/professionisti “alleati” del paradigma del posto letto a retta, che considerano gli “utenti” produttori di reddito per altri, che tengono distinto il sanitario dal sociale, che tengono lontano le associazioni per la salute mentale, che ritengono negativi il protagonismo e la richiesta di partecipazione, etc....

E che fine hanno fatto i tecnici/professionisti “alleati” della 180?

Sono stati attaccati, all’inizio in sordina ma poi in modo sempre più sfacciato ed evidente, indotti ad andare via oppure isolati, in sostanza non scelti per ricoprire posti chiave nell’organizzazione dipartimentale!

Allora oggi ci chiediamo questo: preso atto che, anche per i disastri evidenziatisi nella emergenza pandemica, si è acquisita, parrebbe all’unanimità, la necessità di tornare a rinforzare il territorio, la domiciliarità, la prossimità, l’attenzione alla intera vita (riposizionando il focus dell’intervento sulle relazioni, sull’abitare e sul lavoro) quali sono le gambe su cui questo auspicato cambio di rotta potrà avvenire?

Se la situazione attuale è stata creata da una certa generazione di professionisti (con il vento a favore di politici, amministratori, gestori privati) come potranno gli stessi “tradire” questo mandato svolto in modo così proficuo per più di due decenni?

Non dovrebbero invece essere cambiati i ruoli di dirigenza preferendo persone che hanno dimostrato di sapersi aprire alla collaborazione ed alla co-costruzione con i Cittadini (a partire dalle persone con esperienza diretta e dai loro familiari)?

Ma come è possibile sperare che questo avvenga se, proprio in questi giorni, anche in luoghi simbolo come Trieste e l’intero Fvg le scelte politico-amministrative vanno in senso opposto e contrario?

Noi, Associazione “180amici Puglia” e Movimento pugliese “Rompiamo il Silenzio”, siamo insieme a quegli operatori, “utenti”, familiari e cittadini che non hanno mai smesso di provare ad applicare le leggi dello stato nonché a tener vive esperienze di speranza e protagonismo, e siamo a disposizione.

Monacelli Gianluca

Psichiatria Democratica - Dir. Ff UOC Salute e Dipendenze ASL Roma 3

Governare la domanda di Salute in funzione dei bisogni prioritari di salute anche quelli inspressi significa governare la spesa per una sostenibilità del SSN/R.

In una vision di psichiatria di comunità per una Salute Mentale 3.0, bisogna tendere a realizzare processi interni ed esterni che sappiano costruire ponti, reti trasversali di presa in carico intradipartimentali ma anche prossimali alle persone con disagio mentale che

siano protagonisti della propria salute, all'interno del paradigma della medicina d'iniziativa per un Sistema curante efficace, efficiente appropriato, sappia anticipare i bisogni di salute per giocare d'anticipo in una prevenzione 1 e 2 forte evitando forme neo-istituzionalizzanti !!

Quale scenario possibile sostenibile per gli attuali modelli della salute mentale?

In una società in continua transizione demografica (modificazione della piramide delle età con un aumento delle classi di età over 65 aa rispetto a quelle over 14 aa), epidemiologica (dalle malattie infettive alle patologie degenerative croniche), culturale (stili di vita, social network) ed economica (risorse limitate divenute oramai la variabile indipendente), ovvero in una cornice socio-sanitaria di trasformazione, con nuovi bisogni emergenti di salute (e bisogni inespressi latenti), anche le aziende sanitarie pubbliche e i relativi servizi della tutela della salute mentale, devono attivarsi attraverso un modello proattivo per anticipare le esigenze ovvero i nuovi bisogni di salute (bisogni/domanda di salute) del cittadino. Stiamo andando verso nuovi modelli di assistenza sanitaria che guardano a processi assistenziali integrati, multidisciplinari e multi professionali, che devono superare la dicotomia tra ospedale e territorio per costruire percorsi di cura appropriati e personalizzati all'interno di una rete di servizi unitaria. Servizi che partano da una concezione della salute e del benessere della persona 'non come assenza della malattia', ma che invece sappiano attribuire alla persona un ruolo sempre più importante e insostituibile nella consapevolezza del proprio percorso di cura (paradigma della *recovery ed empowerment*).

In questa ottica bisogna trovare soluzioni innovative di governo della spesa, di controllo e monitoraggio nel sistema dell'offerta di salute del territorio. In tal senso nello scenario nazionale si sta imponendo come prospettiva il budget di salute che, se non deve essere inteso come un *voucher* deresponsabilizzante da parte dei Servizi, quanto un sistema per l'allocazione delle risorse per sostenere progetti/percorsi 'personalizzati di salute in persone con problemi complessi che presentano elevati bisogni di integrazione sociale e sanitaria. Ovvero uno strumento che permetta di investire le risorse non più a canne d'organo o a silos ma in modo trasversale: 'compro pacchetti diversificati di offerta sanitaria corrispondente ai reali e concreti bisogni della persona e della sua famiglia e non più pacchetti omogenei singoli e individuo gli attori che in modello di *accountability* da una parte (*case manager*) e di *recovery ed empowerment* da parte della famiglia e del paziente, coniughi input ed output sul lungo termine, e implementi la percezione di soddisfazione di salute da parte del sistema dei cittadini.

A fronte dei dati che pervengono annualmente dai diversi Rapporti annuali sulla Salute Mentale per il Parlamento, si osserva un decremento della spesa per l'assistenza diretta di cittadini utenti nei Servizi pubblici per la salute mentale con un slittamento inesorabile e inappropriato delle risorse verso l'Assistenza Residenziale SRTi/e SRSR fh/h12/h124 privata accreditata. In tal modo una notevole quota delle risorse destinate ai

dipartimenti di salute mentale sono utilizzati per interventi per le persone con i disturbi emotivi comuni (che dovrebbero trovare risposta in modelli trasversale di *liaison* con i MMG) o come detto nei ricoveri, spesso inappropriati, degli utenti dei Centri di salute Mentale (CSM) in strutture residenziali a gestione non diretta (spesso senza alcuna valutazione di esito clinica ed economica). Fattori che insieme ad altri rappresentano uno dei maggiori determinanti alla mancanza di risorse; la riabilitazione la ri-socializzazione, la formazione, i tirocini lavoro e i progetti innovativi (residenzialità leggera; club house, ecc) nei centri diurni.

Il Ministero della Salute deve promuovere il recupero di una cornice olistica socio sanitaria della salute mentale sui tre assi: 'casa-habitat; formazione-lavoro; socialità-affettività, con una offerta di salute integrata sociale (recupero dei determinanti sociali di salute) e sanitaria integrale (globale sulle necessità delle persone)', stimolando nuove forme di strumenti di governo delle risorse per la realizzazione di percorsi di cura personalizzati territoriali, integrali, inclusivi, partecipati e prossimali. Va sottolineato in modo Istituzionale come la cornice di riferimento dei Servizi per la Salute Mentale sia dentro l'interstizio sociale in cui insiste il Distretto di appartenenza, onde depotenziare il disagio psichico laddove trova le sue ragioni nei determinanti sociali della salute: il sociale come 'inciampo' al disagio. In questo senso il Servizio per la Salute Mentale non deve puntare alla psichiatria, in quanto da sola, significa fornire una risposta ingenua allo stesso tempo supponente e talvolta 'riduttivÀ dei fenomeni umani e di breve respiro. Da qui la necessità di fornire nuovi modelli di assistenza sociosanitaria che guardino a processi assistenziali integrati, multidisciplinari e multi professionali e quindi alla mission del Sistema curante.

Va nuovamente sollecitata la *mission* del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) che dovrebbe essere tesa a realizzare e ad applicare modelli di intervento di prevenzione 1^a e 2^a; di cura e di trattamento dei pazienti affetti da gravi patologie psichiatriche complesse per l'intero ciclo di vita, come le persone con - schizofrenia, disturbo bipolare, depressione maggiore ricorrente; gravi disturbi di personalità, autismo ad alto funzionamento -, in sinergia con gli altri Servizi della NPI e delle Dipendenze.

Indispensabile, inoltre per un DSM 3.0, è la capacità di anticipare i nuovi bisogni emergenti di salute quanto i bisogni inespressi, che vanno intercettati per realizzare soluzioni olistiche che permettano di tutelare e prevenire nuova cronicità e quindi il futuro impegno di risorse economiche, sociali, umane e di progetti esistenziali mancati. Quindi prevedere linee di attività che permettano parallelamente di governare la spesa e insieme, dare risposte attuali di salute alla popolazione.

Non da meno è il come affrontare il tema sfidante della cronicità nelle sue diverse forme. Un compito a pieno titolo, corrispondente ai criteri di efficienza ed economicità nel governo dei processi, è fornire risposte di salute alle forme più gravi di disagio mentale laddove si presentano nelle forme 'negative' di chiusura, isolamento, riduzione delle abilità, proponendo agli utenti percorsi di vita negli ambienti sociali e familiari di

appartenenza, attraverso modelli orientati alla *recovery ed empowerment*.

In quest'ottica i bisogni emergenti di salute (vecchi e nuovi) sono rappresentati da:

- Intercettazione preventiva del disagio mentale e sociale; trattamento, presa in cura e prevenzione 2^a (intesa come cambiamento degli stili di vita) dei giovani con esordi psicotici specificando e articolando l'intervento precoce di persone tardo adolescenti e giovani adulti a rischio di rottura. Un approccio precoce non può riprodurre gli strumenti della psichiatria clinica, bensì occorre mettere in atto strategie mirate sui bisogni e puntare al recupero sociale. Le evidenze scientifiche e la pratica clinica hanno mostrato come la diagnosi precoce e la somministrazione di specifici programmi di intervento contribuiscano a migliorare l'esito a lungo termine dei sintomi e della qualità vita del paziente e dei suoi familiari, nonché i relativi costi economici e sociali dei disturbi psichici. I gruppi maggiormente vulnerabili sono quelli che meno riescono a ricevere l'assistenza di cui necessitano, e ciò vale in particolare modo per i soggetti migranti. Quindi puntare su interventi integrati per favorire il riconoscimento e il trattamento precoce dei disturbi psichici gravi in età giovanile (15-24 anni) in gruppi di popolazione a rischio quali: giovani con stati mentali a rischio.
- Sostegno all'abitare dei pazienti adulti e over 65 anni o che privi di una rete familiare, formale o informale di aiuto, in modo da evitare forme di ricovero ad alto costo economico e vitale (vedi l'utilizzo del BdS-> fondo del Dopo di Noi).
- Sostegno e rinforzo del modello della psichiatria di comunità in chiave proattiva ovvero d'iniziativa, per ritrovare la sua evoluzione e riorganizzazione lungo il solco dell'integrazione socio sanitaria puntando alla considerazione dei determinanti sociali della salute e nella realizzazione di reti di cura territoriali con tutti gli attori sia del distretto socio-sanitario che degli enti locali, il terzo settore e le realtà associative socio-culturali del territorio.
- Utilizzo dei modelli della *chronic care model* e *del case management* governato dall'infermiere o dall'assistente sociale in funzione della situazione specifica e di collegamento con i MMG per le forme di disagio emotivo comune all'interno di una équipe dedicata.
- Prevenzione del disagio della popolazione a rischio: persone con disagio economico e rischio di rottura, giovani immigrati: ovvero migranti di 1 e 2 generazione e stati mentali a rischio. I gruppi maggiormente vulnerabili sono quelli che meno riescono a ricevere l'assistenza di cui necessitano, e ciò vale in particolare modo per i soggetti migranti. Quindi realizzare percorsi trasversali di collaborazione con gli altri Enti interessati e gli stakeholders, per le persone in condizioni di marginalità e/o difficoltà economica e sociale, rispetto al disagio mentale e alle dipendenze con e senza sostanze.

Munda Maurizio

Riflessioni

Migliorare la qualità della vita dell'utente - La Salute Mentale: da dove iniziare?

- Mettere al centro dell'attenzione la persona e dare risposte personalizzate perché diverse sono le patologie, i tempi dell'insorgenza.
- Statistica: analisi dati in possesso, lettura e programmazione. E i dati che sfuggono?

Aspetti qualificanti, cosa serve

- Il rispetto della persona e della dignità umana, empatia, amore, dedizione, buonsenso
- Una nuova cultura che non discrimini l'utente - lotta allo stigma
- La tutela della Salute Mentale è priorità, un valore aggiunto e senza dogmi ideologici

Analisi

È necessario intervenire in modo dettagliato sulle seguenti aree

- medica divisa per livelli d'intervento (sono previsti diversi livelli)
- farmaceutica
- assistenziale socio economica
- previdenziale
- legale - giudiziaria
- socio relazionale e inclusione
- sportello ascolto per utenti e famiglie e informazioni sui servizi di psichiatria

Definire in modo preciso i seguenti punti:

- piano organizzativo programmatico e coordinamento istituzionale
- ruolo della politica territoriale
- obiettivi definiti e certi
- modalità strategie d'intervento
- fasi e modalità della prevenzione
- risorse umane professionali e sempre aggiornate in misura adeguata al fabbisogno
- risorse finanziarie certe in misura adeguata al fabbisogno
- verifica costante e regolare del percorso svolto a tutti i livelli.

Informazioni normative, linee guida e competenze

- Costituzione, legislazione ordinaria, direttive europee
- Piano Salute Mentale Nazionale e Regionale in coordinamento certo e permanente
- Obiettivo: erogare servizi di psichiatria uniformi su tutto il territorio nazionale

Proposte

- **Centro Polifunzionale per la Salute Mentale** per offrire all'utente e alla famiglia una pluralità di servizi, di natura medica, assistenziale, inclusiva, sociale e legale in un unico luogo.
- **Alto Commissario per la Salute Mentale** con delega alla Scuola: sono definiti Ruolo, funzioni e rendiconto dell'operato svolto. Coordinamento Istituzionale con tutti i Ministeri coinvolti e Enti territoriali per favorire il miglioramento della qualità della

vita dell'utente.

- Residenza indipendente assistita temporanea e/o permanente: offrire risposte mirate per verificarne la fattibilità e la responsabilità decisionale e di monitoraggio.

Verifica del percorso e funzionalità

- Monitoraggio del Centro Polifunzionale per la Salute Mentale: definizione criteri e modalità operative, coinvolgimento attori principali

Obiettivo: eliminare i punti di debolezza e rafforzare i punti di forza

√ utenti e loro famiglie

√ operatori socio / sanitari

√ sindacati di categoria

√ associazioni di volontariato

- Trasparenza nella gestione del Centro Polifunzionale per la Salute Mentale è atto dovuto
- Controlli periodici da soggetti professionali esterni e regolari per evitare malasanità e disservizi
 - √ controlli sui seguenti aspetti:
 - rispetto della persona e del suo status psico / fisico - igienico / sanitario
 - medico e farmaceutico
 - economico/ contabile

Narracci Andrea

LAB. ITALIANO DI PSICOANALISI MULTIFAMILIARE (LIPsiM)

La qualificazione e l'organizzazione dei servizi per una salute mentale di comunità

Esattamente come riportato nel lavoro pubblicato sulla Rivista "Frontiers" (<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2021.646925/full.webloc>), Il Laboratorio italiano di Psicoanalisi Multifamiliare propone la costruzione di una realtà nuova, che renda possibile il venirsi a costituire di una Psichiatria di Comunità, attraverso l'introduzione, in ogni Servizio di cui si compone un Dipartimento di Salute Mentale (CSM-CD, SPDC, CT, Residenze)), di un Gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare (GPMF).

Il GPMF è costituito dai pazienti, dai loro familiari e dagli operatori, in numero di almeno tre o quattro per Servizio in forma stabile, ma è auspicabile che vi partecipino tutti, magari a turno, gli operatori di un Servizio. È un gruppo che permette la costituzione di una Comunità al lavoro, costituita da pazienti, familiari e operatori.

Una volta che il GPMF si stabilizza in ogni Servizio in cui viene posto in essere, diviene possibile introdurre nei principali Servizi di cui si compone una UOC (CSM, SPDC, CT), un intervento integrato ed in equilibrio tra le diverse componenti da cui è opportuno che sia costituito: farmacologico, riabilitativo e psicoterapeutico.

Ritengo, infatti, che sia giunta l'ora di un profondo cambiamento nell'organizzazione

complessiva dei Dipartimenti di Salute Mentale, legata al modello di intervento prevalentemente seguito dall'insieme dei Servizi. Fino ad oggi, in Italia, ha prevalso nettamente il modello bio-medico, basato sulla definizione della diagnosi della patologia psichiatrica e sulla somministrazione della conseguente terapia farmacologica (l'80% dei pazienti viene trattato esclusivamente in questo modo attualmente in Italia).

Viceversa, tutti gli studi internazionali e le Linee Guida del Ministero della Salute prevedono come necessari, per quanto riguarda il trattamento della Schizofrenia, dei Disturbi dell'Umore e dei Disturbi della Personalità, l'integrazione dell'intervento psichiatrico-farmacologico con quelli riabilitativo e psicoterapeutico.

Si tratta, da un lato, di prendere in considerazione sia il paziente che la sua famiglia di appartenenza o, comunque, il contesto di cui fa parte e, dall'altro, di rendere possibile nel più breve tempo possibile, dopo aver superato la crisi, l'avvio del paziente in un programma riabilitativo, da svolgere presso il Centro Diurno, se il paziente viene seguito a casa oppure in Comunità Terapeutica, se si ritiene che sia necessario un periodo di trattamento più intenso.

Il Gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare rende possibile lo sviluppo di un dialogo tra i componenti di famiglie diverse, che possono essere al completo oppure rappresentate da uno o più dei suoi membri, pazienti e genitori in primo luogo e gli operatori del Servizio presso cui si svolge.

Con l'introduzione del GPMF in ogni Servizio di cui si compone una UOC, può mutare il clima presente nel Servizio stesso, nella direzione di costruire, da parte degli operatori, un'alleanza con i pazienti e i loro familiari.

L'intento è anche di superare le differenze tra gli operatori, legate alle diverse formazioni, trovando la maniera di far collaborare, da un lato, medici psichiatri e psicoterapeuti e psicologi psicoterapeuti provenienti da differenti formazioni psicoterapeutiche e, dall'altro, le altre tipologie di operatori provenienti da formazioni professionali differenti, assistenti sociali, infermieri e terapisti della riabilitazione psichiatrica, allo scopo di migliorare, tutti insieme e senza contrapposizioni, le cure del paziente e di chi si trova a soffrire al suo fianco.

Si tratta di costruire una cultura dell'intervento condivisa, sia con le famiglie e i pazienti, sia con gli altri colleghi del Servizio.

Parini Paola

Accordo - Associazione Scientifico - Culturale di Coterapia

Buone pratiche e sostenibilità - Il budget di salute e il principio dei vasi comunicanti. Esperienze di Iesa, Open Dialogue e Windhorse

Il 3 agosto 2018, la regione Piemonte ha deliberato in merito alla creazione e sperimentazione del cosiddetto "budget di salute" con l'obiettivo di "comporre i Piani

Terapeutici Individuali (PTI), integrando le prestazioni domiciliari con eventuali altri interventi necessari per completare il percorso riabilitativo del paziente”.

Questa delibera, che è stata accolta con grande entusiasmo, non è stata accompagnata dallo stanziamento di un budget che potesse sostenerla. L'idea che si vuole proporre è che si crei una sorta di vaso comunicante tra i budget previsti per residenzialità e domiciliarità in modo che si rendano disponibili le risorse economiche che si sarebbero utilizzate in un ricovero per sostenere i progetti domiciliari di “buone pratiche” in alternativa al ricovero in strutture residenziali.

Pasquale Gaetano

Associazione Intese OdV - Lamezia Terme

Premessa: L'integrazione socio-sanitaria stenta ancora a decollare, specialmente in talune aree del Paese. La difficoltà va ascritta non solo all'inerzia/resistenza di molte delle amministrazioni interessate, quanto anche all'intrinseca difficoltà di Ideare e organizzare, in ambito territoriale, meccanismi di collaborazione tra realtà che spesso non hanno alle spalle una tradizione di cooperazione interistituzionale.

Proposta: Creare una “banca delle buone prassi”, dove vengano illustrate le migliori esperienze fatte appunto nel campo dell'integrazione socio-sanitaria nel nostro Paese.

Pellegrini Pietro

Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche
Ausl di Parma

Per attuare la legge 81/2014 si propone l'istituzione di:

- a. Un Osservatorio Sistema Informativo Nazionale;
- b. Cabine di Regia Regionali con funzioni gestionali di liste di attesa e dei percorsi in REMS e territorio;
- c. Unità di Psichiatria Forense in ogni DSM;
- d. valorizzare il mandato sanitario mediante Carta Servizi, Regolamenti REMS e PTRI.
Investimenti dedicati a:
 - a. completamento dell'organizzazione dei DSM e le dotazioni di personale;
 - b. attivazione di Budget di Salute;
 - c. promozione dell'Orientatore Sociale e volontariato;
 - d. Coinvolgere Enti Locali e Prefetture per i diritti/doveri di cittadinanza.

A livello regionale valutare la dotazione di posti REMS (superando quelle modulari o con più di 20 posti) e nella rete Residenziale. Sperimentare interventi con gli Istituti Penitenziari per persone con Psicopatia, Sex offender e applicare la sentenza 99/2019 della Corte Costituzionale. Promuovere prevenzione, formazione congiunta e ricerche.

Pellegrini Pietro

Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche
Ausl di Parma

La legge 6/2004 sull'Amministrazione di sostegno (AdS) richiede un aggiornamento per affrontare i seguenti aspetti:

- a. entità dell'utilizzo: avere dati su quanti siano le AdS e chi le eserciti;
- b. evitare distorsioni: l'AdS schierato contro la volontà del beneficiario o a favore di un ampliamento dell'obbligo alle cure;
- c. superare la gratuità in caso di impiego di professionisti
- d. porre la questione dei diritti/doveri delle persone con disabilità che sono legati alla presenza dell'altro e si realizzano nella comunità;
- e. rafforzare la Volontaria Giurisdizione con Uffici Comunali per i diritti/doveri;
- f. riconoscere la funzione pubblica dell'AdS con oneri a carico di Stato/Regioni/Comuni;
- g. Regolare alla luce della legge 219/2017 i rapporti tra AdS e Fiduciario.

Piazza Carlo

psichiatra psicoterapeuta, Verona

SALUTE MENTALE IN TRINCEA: PANICO VIRALE.

La pandemia è stata, ed è ancora, un'occasione di separazione disumana: gli studi si sono riempiti di persone normali disperate, sempre più difficilmente distinguibili da quelle che prima subivano da loro stesse, a loro volta, lo stigma della separazione; malati e normali, tutti disperati, insieme in una guerra tra poveri molto poco solidale, hanno trovato, oltre all'ascolto rassegnato di pochi sanitari frustrati, la totale assenza di continuità terapeutica: tra contagiati e pensionati, grazie ai tagli economici e di personale, è crollata l'equipe, e la psichiatria pubblica è tornata un dispensario farmaceutico. Non possiamo più permetterci di vivere in uno stato premanicomiale disconnesso dalla nostra coscienza. Dobbiamo prepararci ad una rivoluzione etica, della presenza e dell'ascolto, per fare esperienza di compassione, uguaglianza ed umiltà. Dobbiamo riempire in tanti il territorio: con una sanificazione mentale che parta dalle periferie si potrà arrivare alla cura di chi ha gestito in modo dissennato la salute mentale negli ultimi 20 anni. Il re è nudo e senza corona, e il Dio Pan è stato incoronato: è successo e sta succedendo di continuo qualcosa di straordinario, al di fuori della nostra ordinarietà; avevamo finora solo sentito parlare dai nonni e dai padri di guerra, di virus e batteri tremendi, ma non avevamo mai vissuto un tempo come questo. Sfiato tanti virus, visto molti morti importanti e troppi sconosciuti, forse aspettavamo un momento epocale per capire. Ora sappiamo che possiamo sentirci più spontaneamente tutti uguali, tutti a casa, tutti in attesa; salvo eccezioni siamo tutti inchinati al COVID-19. Tutti contemporaneamente,

forse non tutti consentaneamente, ma ogni giorno di più. Se le curve non si appiattiranno definitivamente ci daranno forse il tempo della consentaneità. In tempi di globalizzazione ci parliamo e vediamo in videoconferenza: è la pancomunicazione in pandemia, tanto che potremmo anche augurarci un nuovo panteismo, se solo riuscissimo a dar spazio a qualcosa di più armonico: l'anima mundi, lo spirito del cosmo. E allora benvenuto, Dio Pan. A tanti fai risuonare il Panico, a tanti sembra di viverlo. Ma almeno qui i termini sono importanti, non è il panico degli psichiatri, quello del DSM, è il Timor Panico. È quello che ci prende tutti se ci riconosciamo piccoli quanto il virus ed incapaci di distruggerlo, come di rispettarlo, se ci fermiamo davanti alla potenza del mistero, dell'impotenza, del miracolo come cosa grande e mirabile, della vulnerabilità, della coscienza. È una patologia mondiale, è allarme, disordine naturale.

Ma cosa ci può insegnare questo Coronavirus, se lo ascoltiamo e ci ascoltiamo? Che fuori c'è un mondo pieno di rumore, di disarmonia, di sintomi. Un inconscio collettivo sofferente, "malato", che chiede di essere visto e curato. Il Coronavirus rappresenta simbolicamente il nostro precario stato mentale e spirituale: è un sintomo dell'anima mundi che ci sta parlando, che ci sta inviando il suo monito. Siamo costretti ad un blocco sociale, a non correre più, a rallentare per poter continuare a "respirare", e molti di noi muoiono senza più respiro. Siamo costretti ad evitare, a chiuderci, ma anche ad aprirci diversamente, ad aspettare, ad obbedire; è la coniunctio oppositorum, io come tu, tutti uguali e tutti diversi. Come ci suggerisce Hillman, la psiche collettiva, attraverso questo sintomo, sta tutelando la propria sopravvivenza e la propria salute psicologica. "Rimuovendo l'anima dal mondo e non riconoscendo che l'anima è anche nel mondo, la psicoterapia non può più fare il proprio lavoro", avverte in "Cent'anni di psicanalisi". Da Pan deriva il sostantivo panico, originariamente timor panico o terror panico, poiché il dio si adirava con chi lo disturbasse emettendo urla terrificanti, provocando così una incontrollata paura. Ed anche il Pavor Nocturnus è l'incubo spaventoso che ci sovviene dall'inconscio onirico. Il mito più famoso legato a questa caratteristica è la titanomachia, durante la quale Pan salvò gli Olimpici emettendo un urlo e facendo fuggire il drago Delfine. Nonostante Pan ed i suoi aspetti siano stati oggetto di una perpetuata demonizzazione da parte del Cristianesimo, a partire dall'epoca romantica è avvenuta una successiva rivalutazione di questa figura. Il Pan romantico divenne simbolo della natura per antonomasia, della necessità di una ricerca e di un ritorno alla purezza delle origini, in opposizione al processo industriale e alla distruzione progressiva dell'ambiente naturale. Oggi sembriamo tutti chiamati a cogliere questo monito, ad assistere all'incoronazione del dio Pan con la PANdemia del CORONAVirus: siamo chiamati a prendere consapevolezza dei limiti del nostro vivere umano. L'incontrollata paura è della contaminazione, della malattia, della morte, della sconfitta clinica ed economica. La nevrosi collettiva è una nevrosi panica, non è la psicosi che volgarmente viene usata nei giornali comuni. Freud per primo differenziò le nevrosi dalle psicosi a sottolinearne la comprensibilità, l'assenza di distacco dalla realtà. Ce l'abbiamo tutti, un po' come sta succedendo con la paranoia, stimolata dalle fake news e

dalla manipolazione mediatica; sono esperienze contagianti, come è del resto contagiosa la relazione umana, se il contagio della contenzione sociale le lascia il suo spazio. Quando viviamo il panico viviamo il niente ed il tutto, contemporaneamente: la paura di morire, di impazzire, quel sentimento di nullità ma anche, nell'angoscia, di totalità: l'esperienza è totale, non ci sta dentro altro, prende lo spazio del nulla e lo riempie del tutto, poi si riannulla. a volte nullificato o totalizzato, perché non è più tempo. Come ora, in attesa di tutto e niente, di sapere che forse è finita, forse no, oppure che un altro uomo è infetto, è in quarantena, è sotto ossigeno, è morto. Tutto in un soffio, come i grafici. Tutto in un nulla e tutto in un tutto. Tutto e nulla tra speranza e smarrimento, tutto scorre in un Panta Rei di varianti e paure, di vaccinati, vaccinatori, non vaccinati, incerti, paurosi, fobici, attendisti, più o meno mascherati. Tra gli estremi del terrorismo e del negazionismo la cautela realista può essere patrimonio solo di una parte di soggetti responsabili e civili non influenzati dagli interessi economici, politici e manipolativi di chi ha il potere di influenzare la massa.

La mia lettura psichiatrica e psicanalitica conclusiva è la seguente: la negazione è la più egoista e primitiva difesa dall'angoscia del terrore; terrorismo e negazione sono le due facce passionali opposte del cinismo violento della sopravvivenza di Homo Sapiens (non doppiamente Sapiens per sospetta involuzione collettiva, forse meglio identificabile in nuova pseudospeciazione *Insapiens*): due forme istintive dell'ombra junghiana non integrata con l'individuazione (possibile solo per il vero Sapiens Sapiens capace di rispetto di sé e della natura di cui fa parte) ed esempi istintivi archetipi dell'inconscio collettivo e della *coniunctio oppositorum* junghiana tra le parti passionali in Ombra, emerse per l'incapacità di tollerare il dolore ed il rischio di perdere il controllo della propria vita. Sono in opposizione, da questo punto di vista, anche l'onnipotenza del giovane che si crede invulnerabile, del ricco ignorante e del cinico egoista, e l'impotenza del malato mentale, dell'anziano fragile, del povero e dell'insicuro. E tra gli insicuri metto quelli che mi piace chiamare NiVax o BohVax, tra i quali mi inserisco anch'io, pur vaccinato in quanto sanitario responsabile: troppo squilibrio tra opposti separati che non si toccano, troppo assolutismo totalitario delle scelte ProVax e NoVax, troppo poca attenzione alla personalizzazione ed al rispetto dei diritti delle scelte dei NiVax. Irrinunciabile, in campo pandemico, è solo la responsabilizzazione, che però non deve essere costretta in un Green Pass discriminante od un vaccino sgradito, e nemmeno da continui tamponi costosi. Alcuni Stati li hanno resi gratuiti, e vigilando come è necessario sui DPI, siano essi guanti o mascherine, e sul distanziamento fisico, si potrebbe ritornare a quello che mi piace chiamare invece avvicinamento sociale responsabile.

Se poi i vigilantes fossero gli ottimi giovani che anche in questa fase critica hanno dimostrato la più alta responsabilizzazione auspicabile, si potrebbe raggiungere anche un molto più dignitoso, anche se modesto, livello di occupazione. "Lavorare meno per lavorare tutti" non è solo uno slogan progressista fuori moda, ma come "la libertà è terapeutica" è una moderna indicazione anticapitalistica e neoterritoriale, veramente

postmanicomiale, come nel 1978 o meglio di allora, perché di cultura oltre i muri ne abbiamo seminata tanta, ed è arrivato il tempo di onorarla recuperandola.

Polese Daniela

La psicoterapia di gruppo, una strategia risolutiva di intervento

Con la deprivazione sociale e scolastica dovute alla pandemia sono aumentate le difficoltà nelle famiglie con minori, così come le richieste di aiuto per sintomi come ansia, rabbia e depressione, sia da parte delle famiglie che degli adolescenti. Ciò ha comportato un incremento di colloqui psicologici familiari e della richiesta di psicoterapia per minori. È aumentato il bisogno psicoterapeutico anche da parte di giovani adulti (19-26 anni). È necessario intervenire per prevenire l'insorgenza o l'aggravarsi di patologie psicologico-psichiatriche, che possono cronicizzare, con un costo elevato sia per l'individuo che per la società. Da oggi in poi dovremo essere in grado di rispondere in modo soddisfacente ed efficace a questa domanda di cura. I giovani sono dotati di una marcata responsività psicologica, per la loro vitalità psichica ed un'elevata plasticità neurosensoriale e possono beneficiare di una psicoterapia specifica, finalizzata alla cura e non al sostegno. La psicoterapia di gruppo consiste in una risposta terapeutica congeniale ai giovani che cercano l'aggregazione e la realizzazione affettiva nei rapporti. Propone una terapia nell'ambito di un contesto sociale che favorisce il recupero e lo sviluppo di capacità affettive e di rapporto. Sia per patologie già presenti che si sono slatentizzate o aggravate durante la pandemia, che per malattie manifestatesi per la prima volta durante la pandemia, la psicoterapia psicodinamica di gruppo può essere applicata in modo mirato per la scomparsa dei sintomi e la guarigione sulla base della Teoria della nascita dello psichiatra Massimo Fagioli. Dal punto di vista clinico e metodologico questa teoria permette di affrontare la malattia mentale in quanto dovuta alla scomparsa di una condizione fisiologica di sanità mentale, originaria dalla nascita, comune a tutti gli esseri umani, così come in medicina in cui la malattia fisica consiste in una perdita della condizione fisiologica di sanità del corpo che può essere ripristinata. Vi è pertanto un intento di ricreare la sanità mentale originaria, persa nel corso della vita. Ciò può avvenire attraverso il rapporto psicoterapeutico, che si rivolge non solo alla coscienza, ma anche e soprattutto alla mente non cosciente, per risolvere il problema alla radice, oltre il sintomo manifesto. Il fine è quello di portare i giovani ad un benessere psichico, basato sulla realizzazione della loro identità umana, che consenta loro di mettersi in gioco nella propria vita, in rapporto con i coetanei e con gli adulti, per trovare la propria strada e sviluppare le proprie potenzialità, diventando a loro volta adulti e fondando una società migliore di quella attuale. La psicoterapia di gruppo consente per ciascun componente sia la cura che il reinserimento in un contesto comunitario attraverso il gruppo. Ha il vantaggio di garantire un intervento specialistico efficace con accesso di un numero elevato di utenti,

fino a 20, nel minor tempo possibile, 2 ore e mezzo, nello stesso spazio ambulatoriale, utilizzando una singola unità, psichiatra o psicologo psicoterapeuta, purché competente e debitamente formato per tale finalità. Ne conseguono costi straordinariamente ridotti. Infine, è fondamentale associare alla cura la ricerca scientifica, per misurare l'efficacia dell'intervento psicoterapeutico ed ottenere protocolli terapeutici validati, replicabili in maniera capillare sul territorio nazionale, per contrastare la cronicità ed ottenere un abbattimento delle spese sanitarie nazionali.

Poma Anna

Associazione 180 amici Veneto, Associazione Festival dei Matti

Le pratiche psichiatriche nella regione Veneto sono desumibili dalle convinzioni che attanagliano la stragrande maggioranza degli utenti dei servizi: l'idea che la sofferenza mentale sia una malattia organica cronica e inguaribile, da compensare con trattamenti farmacologici sine die, percorsi riabilitativi vaghi e interminabili, lavori caricaturali e dislocazioni non scelte. I servizi appaiono come fucine di cronicizzazione costante, addomesticamento e perdita di potere a cui non ci si può sottrarre pena ritorsioni, inasprimenti di contenimenti farmacologici e fisici, revoca sistematica dei diritti tramite l'uso aberrante di dispositivi quale l'AdS, il Tso, l'inserimento forzato in comunità, cliniche, spdc. In una sequenza di microvarianti (dall'istituzione rigida a quella mordida) le persone con disturbo mentale sono obbligate dalla presa in carico ad inghiottire lo stereotipo di loro stesse e con esso destini tutti uguali e senza vie d'uscita. Ripartiamo da qui.

Pozzi Francesca

ASST Bergamo Est UOC di NPIA

Presentiamo un progetto teatrale che prende avvio grazie alla sinergia tra agenzie educative e servizi sanitari presenti sul territorio della Val Seriana: l'IC di Alzano Lombardo, UOC NPIA- polo di Gazzaniga e Progetto Autismo "Hakuna Matata". Abbiamo realizzato un progetto inclusivo in cui 10 ragazzi affetti da disturbo dello spettro autistico e altri disturbi del neurosviluppo si sono trovati a calcare lo stesso palco e a condividere le stesse scene con 11 compagni di scuola normotipici. Scopo generale del progetto è sperimentare il valore della collaborazione e di come il contributo di ognuno porti al risultato finale, attraverso la costruzione di relazioni. Lo svolgimento del progetto ha permesso ai ragazzi di apprendere l'importanza della programmazione delle fasi di lavoro, a sperimentare una reale inclusione e ha portato, attraverso l'arte performativa, ad acquisire fiducia in se stessi accrescendo l'autoefficacia. Da questo

percorso nasce “Pinocchio” uno spettacolo che ripercorre la storia del burattino e aiuta i ragazzi a riflettere sulle conseguenze del proprio agire. Una performance che ha visto tutti protagonisti; per evitare che la rappresentazione non avesse un solo mattatore ma che tutti si sentissero coinvolti e partecipi, è stata una scelta registica ed educativa che a turno ognuno di loro fosse il protagonista, a volte un personaggio con una parte minore, a volte una comparsa. Aspetto molto significativo del progetto è che il pubblico presente in sala per assistere allo spettacolo non è stato in grado di differenziare i ragazzi seguiti dall’UOC NPIA da quelli normotipici.

Pulino Daniele

Università di Sassari

Le esperienze della riforma: una risorsa nel post-Covid

In Italia, i processi di superamento degli ospedali psichiatrici hanno consentito la creazione di interventi che rispondono al riconoscimento effettivo dei diritti e dei bisogni delle persone che vivono l’esperienza della sofferenza mentale. Queste iniziative agiscono contestualmente sui determinanti sociali della salute e sugli assi della riabilitazione (Saraceno 1995) – casa, lavoro e socialità – offrendo opportunità reali di inclusione. In particolare, ci riferiamo a dispositivi come i budget di salute (Righetti 2013), realizzati attraverso la riconversione della spesa utilizzata per il ricovero in strutture, per la costruzione di progetti abilitativi individuali. A questi strumenti, che hanno trovato forme di riconoscimento normativo, si sono affiancati interventi meno formalizzati, che ugualmente tentano di creare possibilità di esistenza autonoma nei contesti di vita delle persone in alternativa a soluzioni “di tipo istituzionale”. Un esempio concreto sono le iniziative eterogenee di abitare indipendente realizzate nel corso dei quarant’anni che hanno seguito l’istituzione del SSN. Emergono però almeno due nodi problematici. In primo luogo, tutto il sistema della salute mentale, comprese queste forme di intervento, affronta da tempo la crisi dei sistemi di protezione sociale (Ferrera 2019), che colpisce trasversalmente sia il servizio pubblico sia le realtà del no profit, con il risultato di invalidarne l’operatività attraverso una riduzione delle risorse e una burocratizzazione dei processi. In secondo luogo, va considerato che tali iniziative si sono diffuse seguendo la disomogeneità che caratterizza il SSN, nel quale sono presenti differenze significative traducibili in termini di riconoscimento dei diritti e dei bisogni delle persone, spesso dovute a culture che riproducono nuove forme di internamento (Dirindin, Giannichedda 2018).

A tali questioni si sommano oggi le nuove sfide che scaturiscono con la pandemia da Covid-19, che ha avuto ripercussioni fattuali proprio sugli assi socialità-lavoro-abitare. Le misure di “distanziamento sociale”, necessarie per limitare gli effetti della pandemia, hanno comportato una rarefazione della socialità in presenza, il calo dell’occupazione

e hanno evidenziato l'esistenza di vulnerabilità abitative diffuse (Costarelli, Mugnano 2020), con conseguenze che ricadono soprattutto su persone che versano in condizioni socioeconomiche precarie (Favretto, Maturo, Tomelleri 2021). Allo stesso modo, la diffusione del Covid-19 ha fatto emergere in modo evidente la criticità delle grandi strutture residenziali in termini di salute individuale e collettiva. In quest'ottica, ripartire dalle iniziative di inclusione realizzate nel solco della riforma psichiatrica potrebbe rappresentare una risposta effettiva di intervento nel post-pandemia, a patto che gli interventi affrontino le criticità evidenziate in termini di disomogeneità, burocratizzazione e diritti negati.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Costarelli, Mugnano 2020, *L'abitare ai tempi del Covid* in AA.VV. *Manifesto dei sociologi e delle sociologhe del territorio sulle città e le aree naturali del dopo covid-19*, LEditioni.
Favretto, Maturo, Tomelleri 2021, *L'impatto sociale del Covid-19*, Franco Angeli.
Ferrera 2019, *La società del quinto stato*, Laterza.
Dirndin, Giannichedda (a cura di) 2018, *Leggi 180, 194, 833 Il Welfare italiano 40 anni dopo*, "RPS" n. II.
Righetti 2013, *I budget di salute e il welfare di comunità: metodi e pratiche*.
Saraceno 1995, *La fine dell'intrattenimento*, ETAS.

Pullia Giuseppe
psichiatria democratica

La Salute Mentale nel Veneto

Credo che sia essenziale, oggi più che mai, connettere le tematiche presenti nelle varie discipline socio sanitarie in un quadro scientifico, storico e socio politico unitario, comprensibile e condivisibile.

La medicina ospedaliera si configura come medicina d'attesa, (il personale del pronto soccorso non sa chi, e con quali problemi, arriverà'; i medici dei reparti non sanno chi arriverà' dal pronto soccorso); così era la psichiatria manicomiale, una psichiatria d'attesa. Si "accoglieva" il malato, il disagio, quando il disagio, in ogni sua declinazione, si era già manifestato. Se la persona arrivava da perfetta sconosciuta, è evidente che in quanto persona, a prescindere dal suo contesto di vita, scompariva, diventando esclusivamente davanti al curante un sintomo, destoricato nell'hic et nunc di un intervento di emergenza. Poiché nella psichiatria manicomiale il controllo sociale sopravanzava la cura, la violenza istituzionale nei confronti di qualcuno i cui bisogni erano del tutto ignoti diveniva quasi inevitabile.

Oggi non è più legittimo prescindere dalla prevenzione, dalla cura precoce, dalla presa in carico. Si corre il rischio di tornare indietro se si desertifica il territorio, se non si è messi nelle condizioni di intervenire precocemente, di conoscere il contesto familiare e sociale, cioè semplicemente la storia del soggetto sofferente.

E' possibile un intervento medico adeguato solo sulla base di un esame obiettivo condotto

assieme ad un'anamnesi accurata.

In psichiatria non basta ascoltare il soggetto sofferente, ma è necessario anche indagare sulla sua vita, sulla situazione socio ambientale (fattori di rischio, comportamenti, ecc.) sua e della sua famiglia.

La svolta della 180, che abolisce il concetto di pericolosità sociale su cui si fondava la logica manicomiale (l'internamento avveniva per la "pericolosità a se e agli altri" o "il pubblico scandalo") è rappresentata dal restituire priorità alla cura del malato.

E ciò è possibile solo riconoscendogli dignità, in primis con il diritto ad essere ascoltato.

La legge 180, successivamente incorporata nella 833 (negli articoli 33,34,35 e 64) afferma, tra l'altro: (art.33) "nel corso del trattamento sanitario obbligatorio, l'infermo ha diritto di comunicare con chi ritenga opportuno". Già questo è incompatibile con l'avallo dell'isolamento e tanto più delle contenzioni dei pazienti.

(Art.34) "gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali sono attuati di norma dai servizi e presidi territoriali".

"il trattamento sanitario obbligatorio per malattia mentale può prevedere che le cure vengano prestate in condizioni di degenza ospedaliera solo se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere".

Ne dovrebbe derivare che i Centri di Salute Mentale siano accessibili nelle 24 ore.

(Art.64) "È in ogni caso vietato costruire nuovi ospedali psichiatrici, utilizzare quelli attualmente esistenti come divisioni specialistiche psichiatriche di ospedali generali, istituire negli ospedali generali divisioni o sezioni psichiatriche".

Nel Veneto si sta tornando, con tutte le conseguenze che ne derivano, ad una psichiatria ospedaliera, d'attesa (come ai tempi del manicomio).

La deliberazione della Giunta regionale del Veneto n.221 del 02 marzo 2021, costituisce il Coordinamento regionale dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e cura (SPDC): È evidente lo "scorporo" di fatto della parte ospedaliera da quella territoriale dei Dipartimenti di salute Mentale con privilegio della prima. A Padova il CSM e il SPDC dipendono addirittura da due diverse Aziende sanitarie.

Ho già detto e scritto in più occasioni che la Regione Veneto istituisce "manicomietti" di 40 posti letto (DGR59 del 28/05/2018) per "cronici ultraquarantacinquenni" (sic) e che, attraverso il DGR 1106 del 06 agosto 2020, consente di "legittimare" la pratica delle contenzioni meccaniche negli SPDC. Nella nostra Regione nel 2006 tre SPDC aderivano al club degli "Spdc con le porte aperte e senza contenzione"; adesso nessuno.

Credo necessario tentare di inquadrare in una riflessione più larga le scelte della Regione. Basaglia ha voluto abbattere il muro che separava i matti da chi crede di non esserlo. Ma oggi siamo in una fase politica in cui i muri sono più in auge dei ponti. Non vogliamo fastidi da immigrati, rom, clochard e matti.

Inoltre anche la gestione della sofferenza rispondendo esclusivamente ai cosiddetti "bisogni primari" (vitto e alloggio - lo faceva anche il manicomio per i "mentecatti poveri")

può produrre profitto e consenso in termini di voti.

Purtroppo, a partire dall'aziendalizzazione della sanità, un'acritica sottolineatura dell'efficienza (che non è equivalente all'efficacia) degli interventi medici e socio assistenziali sta producendo, anche contro l'intenzione dei tecnici, percorsi di trattamento che spezzettano i bisogni biopsicosociali in medici, psicologici e assistenziali separati. Quando poi i singoli interventi "tecnici" non hanno prodotto risultati, ecco che ne deriva, assieme alla "cronicità", la necessità di spazi residenziali con caratteristiche esclusivamente assistenziali (pagati in parte o in toto con fondi sociali).

Questi percorsi hanno sottratto agli stessi operatori la possibilità se non addirittura la capacità, di tener conto della complessità della sofferenza umana, che richiede ai servizi alla persona di dare attuazione all'art. 3 della Costituzione, che recita: "È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana". Questo può avvenire non solo tramite le terapie, ma attraverso il lavoro, la casa, la socialità, l'affettività, il diritto alla realizzazione dei propri obiettivi di vita.

Riaffermiamo l'importanza di quello che è stato definito da Gigi Attenasio "il territorio relazionale". Il territorio in psichiatria non è solo uno spazio fisico, ma è un luogo di partecipazione non solo dei pazienti e dei loro familiari ma della comunità, dei giovani, degli studenti, delle persone di cultura, alle battaglie contro lo stigma e il pregiudizio che confinano i matti in spazi separati e possono condannarli al rifiuto e/o all'invisibilità.

E non basta chiamare persone di buona volontà o associazioni benefiche a gestire spazi che Benedetto Saraceno definiva d'intrattenimento, che rischiano di sottrarre alle loro responsabilità e al loro dovere di curare e ri/abilitare persone portatrici di bisogni complessi, i servizi responsabili della salute mentale della comunità

Ricci Roberto

vice presidente Oltre le Barriere associazione di volontariato

Ricerca best practice di singoli operatori, Unità Operative e terapie.

La psichiatria è una disciplina molto complessa e bisogna applicare metodologie statistiche adeguate per eseguire analisi corrette anche per verificare le assunzioni più elementari. Le cartelle cliniche dei pazienti costituiscono un primo strumento di rilevazione per le prime analisi descrittive. Analizzando le cure somministrate, dalla presa in carico in poi, si possono testare progressivamente una serie di indicatori per verificare il successo o l'insuccesso di terapie, ma anche delle singole Unità Operative secondo i particolari contesti socioeconomici in cui agiscono.

L'analisi parte dai dati più elementari, come la data di ingresso in cura (o presa in carico) e quella di uscita.

Si possono costruire e testare gli indicatori per verificare l'efficacia di terapie o specifiche

attività terapeutiche.

Si possono/devono rilevare semplici informazioni collegandole all'ambiente ed all'attività svolta:

- a. quanti sono ritornati alla vita normale (certificata dal medico) con a1) aiuto farmacologico o a2) senza più bisogno di farmaci;
- b. quanti continuano ad essere seguiti costantemente;
- c. quanti sono in carico presso le ASL pur non presentandosi a visite di controllo: c1) da più di un anno, c2) solo con controlli a domicilio o telefonici sporadici, avendo il paziente evitato le visite programmate per mesi;
- d. quanti sono deceduti

Un primo quadro dell'efficacia delle azioni intraprese si otterrebbe già incrociando i dati sulle diagnosi di prima compilazione della cartella clinica (presa in carico dal Sistema) e dati (miglioramento o peggioramento) di ultima rilevazione al momento della visita o contatto più recente (che dovranno essere sempre registrati). Questi dati rilevati dovranno essere classificati per operatore, per terapia introdotta e per qualsiasi altra variabile utile da esaminare. Via via queste analisi potranno riguardare argomenti più delicati, per far emergere le *best practice* descrivendo gli esiti delle cure praticate, come e in quale ambiente sono state praticate.

Roda Gabriella

Federazione Nazionale degli ordini dei Chimici e dei Fisici FNCF

La salute mentale di minori, adolescenti e giovani è strettamente connessa con il consumo e l'abuso di sostanze stupefacenti. Minori e giovani con disagi mentali spesso fanno uso di queste sostanze e, viceversa, l'abuso di droghe porta a squilibri spesso gravi a livello psicologico. In questo contributo verranno esaminate le diverse classi di sostanze stupefacenti con particolare riferimento alla struttura chimica ed ai siti di interazione con i recettori del sistema nervoso centrale. Le interazioni chimiche tra droghe e sistema recettoriale sono responsabili dell'effetto che queste sostanze producono sull'organismo. Mediante la diagnostica per immagini inoltre verranno poste in evidenza le aree del cervello interessate e le alterazioni sul funzionamento del sistema nervoso centrale prodotte dalle droghe, che rimangono visibili anche dopo oltre tre mesi dall'interruzione dell'assunzione.

Sacchi Paola

Dirigente Struttura Salute Mentale, Dipendenze, Disabilità e Sanità Penitenziaria Regione Lombardia – Assessorato Welfare – Direzione Generale Welfare

La L.R. 15/2016 ha individuato l'area della salute mentale quale afferenza integrata degli

ambiti delle dipendenze, neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, psichiatria, psicologia e disabilità psichica (art 53, comma 2).

L'integrazione tra i vari ambiti dell'area salute mentale, come previsto dalla L.R. 15/2016 (art. 53 quater comma 1), si realizza nel DSMD - Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze, fondamentale contenitore organizzativo e operativo per garantire continuità di cure, evitare duplicazioni di trattamenti e rinvii di pazienti e familiari da un Servizio all'altro. L'integrazione costituisce il principio metodologico cardine per evitare i rischi di frammentazione e parcellizzazione di interventi a cui problematiche così complesse espongono sia a livello istituzionale, che a livello di intervento sul singolo e il relativo contesto familiare.

L'integrazione è anche la base imprescindibile per la promozione di un approccio che vede nell'intercettazione precoce il fondamento per innovare e migliorare le cure ai pazienti e ai loro familiari.

La diagnosi precoce e l'intervento tempestivo aumentano in modo significativo le guarigioni e, anche per quelle situazioni in cui non è prevedibile una risoluzione definitiva della problematica, migliorano notevolmente il decorso della patologia diminuendone i costi a livello personale, familiare, sanitario e sociale

Regione Lombardia ha istituito un Comitato Tecnico per la Salute Mentale e le Dipendenze (Decreto n°8546/19) con l'obiettivo di integrare le aree Psichiatria/Neuropsichiatria Infantile e Adolescenza/Dipendenze/Psicologia Clinica e Disabilità, ma soprattutto di operare un importante cambiamento culturale che porti a una visione più ottimistica e fiduciosa verso le possibilità di miglioramento e guarigione.

Il principale problema nell'ambito della salute mentale e delle dipendenze è il ritardo con cui i pazienti si rivolgono ai Servizi, che vede una media di 6/7 anni dalla comparsa dei primi sintomi. Tale periodo di latenza compromette fortemente le possibilità di evoluzione positiva, generando un circolo vizioso per cui si conferma l'idea pessimistica e senza speranza che le malattie mentali siano una condizione cronica per cui c'è poco da fare. La cronicità in realtà è la complicazione della malattia non trattata, non la malattia stessa. Tra le principali cause di tale equivoco vengono individuate lo stigma e il pregiudizio che alonano tali condizioni.

Stigma e pregiudizio vanno combattuti attraverso una prevenzione innovativa. È necessario che la prevenzione giochi un ruolo attivo nel modificare la percezione e l'atteggiamento culturale della popolazione, ma anche degli operatori sociosanitari, verso la patologia psichica. Va diffusa, anche tra gli operatori sociosanitari, una cultura più realistica, positiva e scientificamente validate.

Campagne informative e formative devono far transitare la salute mentale e le dipendenze da un'area caratterizzata da pessimismo ed emarginazione a un'idea più ottimistica e fiduciosa, in cui le persone possano rivolgersi al sistema di cure e chiedere aiuto senza pregiudizi, aiutate dallo stesso senso di solidarietà e sostegno che accompagna le altre patologie, in un'ottica di reale equiparazione tra salute mentale e salute fisica.

Saggino Aristide

Associazione Italiana di Analisi e Modificazione del Comportamento e Terapia Comportamentale e Cognitiva (AIAMC); Laboratorio di Ricerca sulla Psicoterapia Cognitivo-comportamentale e la Psicoterapia Basata sull'Evidenza (LARIPSI), Università di Chieti-Pescara.

Perché una psicoterapia basata sull'evidenza non è più rinviabile nel Servizio Sanitario Nazionale

Il contributo della psicoterapia alla salute mentale è sempre stato significativo. Bisogna però ribadire la necessità di indirizzare anche il Servizio Sanitario Nazionale del nostro Paese verso la psicoterapia basata sull'evidenza, dalla quale non si può più prescindere per due ordini di motivi:

1. perché garantisce un'efficacia quantitativamente dimostrabile;
2. per ragioni etiche.

Iniziamo dal primo argomento. La ricerca scientifica dimostra che esistono psicoterapie efficaci, psicoterapie non efficaci, psicoterapie di cui non conosciamo l'efficacia ed addirittura psicoterapie che possono danneggiare il paziente (Lilienfeld, 2007). È evidente che solo le psicoterapie la cui efficacia è dimostrata possono essere utilizzate nel trattamento dei pazienti. Questo ovviamente allo scopo di non sottoporli a terapie inutili se non addirittura dannose. Ciò è valido per tutte le terapie mediche e non vi è nessun motivo per escludere le psicoterapie. Esistono protocolli psicoterapeutici basati sull'evidenza ad esempio sul sito della *Division of Clinical Psychology* della *American Psychological Association*, che è una delle maggiori, se non la maggiore, società di psicologi clinici e psicoterapeuti del mondo e sul sito del *National Institute for Health and Care Excellence* che fornisce le linee guida al Servizio Sanitario Nazionale Britannico, oggi considerato il miglior servizio sanitario pubblico di psicoterapia (Saggino e Collevicchio, 2017). Il sito dell'APA suddivide i protocolli psicoterapeutici in tre categorie: evidenza scientifica forte, modesta e controversa.

Sul secondo punto mi sembra del tutto evidente che sia a dir poco non etico sottoporre i nostri concittadini a psicoterapie la cui evidenza non è dimostrata, soprattutto laddove esistano interventi di efficacia empiricamente documentata.

In conclusione, è necessario sfatare due miti. Il primo è che siano necessarie linee guida nazionali. Non è vero perché la scienza è per definizione internazionale ed è basata sulla letteratura internazionale. Pertanto, non vi è alcuna ragione per sprecare risorse e tempo in linee guida nazionali, quando basterebbe utilizzare da subito quelle internazionali già esistenti. Un secondo mito è che possa esistere in psicoterapia una verifica dell'evidenza basata su principi autoctoni diversi da quelli utilizzati per le altre terapie. Non è vero. L'evidenza scientifica per tutte le terapie, nessuna esclusa, è essenzialmente basata sui trial clinici controllati e randomizzati e sulle metaanalisi (Saggino e Collevicchio, 2014).

BIBLIOGRAFIA

- Lilienfeld, S. O. (2007). Psychological treatments that cause harm. *Perspectives on Psychological Science*, 2(1), 53-70.
- Saggino, A. e Collevocchio, A. (2014). *Psicoterapia e metodo scientifico. Un'analisi critica*. Edizioni Franco Angeli, Milano.
- Saggino, A. e Collevocchio, A. (2017). La valutazione degli esiti della CBT nel National Health Service britannico: l'esperienza del servizio Improving Access to Psychological Therapies (IAPT). In G. De Isabella ed O. Bettinardi (a cura di), *Psicoterapia e valutazione di efficacia*, Erickson, Trento, 2017, pagg. 141 - 152.

Sanavio Ezio

Comitato Promotore e Comitato Tecnico-scientifico della Consensus conference sulle Terapie psicologiche per ansia e depressione - Università di Padova con il patrocinio dell'ISS

Barbato A., Biondi M., Bottesi G., Dazzi N., Di Nuovo S., Favaretto G., Fulcheri M., Gentili C., Gigantesco A., Lazzari D., Michielin P., Migone P., Porcelli P., Sanavio E.

Accessibilità ed efficacia delle terapie psicologiche per ansia e depressione: una Conferenza di consenso in fase di conclusione.

Sintomi di ansia e depressione sono la modalità più comune con cui si esprime il disagio psichico:

si stima che circa 3,5 milioni di italiani ogni anno presentino questi problemi. Non più del 20% di loro si rivolge a un servizio sanitario e tra essi una percentuale bassa riceve una risposta tempestiva, appropriata ed efficace.

Il gap di trattamento è legato all'offerta dei DSM, focalizzata sui disturbi più gravi, e degli altri servizi territoriali, carenti soprattutto nella transizione tra età evolutiva ed età adulta, e infine allo scarso coinvolgimento della medicina di base. I trattamenti proposti sono prevalentemente farmacologici, nonostante l'efficacia documentata delle terapie psicologiche, che secondo le LL.GG. dovrebbero spesso rappresentare la prima scelta.

La Consensus è nata per promuovere nel nostro Paese l'accessibilità e l'efficacia delle terapie psicologiche per i disturbi d'ansia e depressivi, anche attraverso modelli di intervento ad intensità crescente. È stata analizzata la letteratura scientifica, sono state sintetizzate le LL.GG. più autorevoli e studiate le esperienze applicative più valide, al fine di affrontare i nodi critici dell'intero percorso di accesso e fruizione dei trattamenti; nodi che vanno dalla sensibilizzazione della popolazione alla formazione degli operatori, dagli strumenti e criteri decisionali alla costo-efficacia degli interventi e all'organizzazione dei servizi socio-sanitari.

Il Comitato Tecnico-scientifico ha prodotto su questi temi un'ampia relazione per la Giuria, che concluderà i lavori ad ottobre con un insieme esauriente ed utile di raccomandazioni.

Sbardella Alberto

UOC SALUTE MENTALE PENITENZIARIA E PSICHIATRIA FORENSE C/O Polo
P. REBIBBIA- DSM ASL ROMA 2

Salute mentale, carcere e psichiatria forense

La salute psicofisica nella sua unitarietà, risente del dramma delle migrazioni e dell'invasione delle sostanze psicoattive, assunte da soggetti che compiono reati e finiscono poi in carcere. La prevenzione anche solo secondaria è difficile da attuare; la comorbilità si amplia e la necessità di inserire la psichiatria forense all'attenzione di tutti i colleghi, diventa inevitabile. Il carcere diventa contenitore finale di derive sociali, culturali e ambientali. A tal fine appare inevitabile dover trasformare la "semplice e vecchia" consulenza in carcere, in una reale presa in carico, e ri-prendere contatto con i CSM e i SerD, diventa azione terapeutica da attuare sin da subito. Gettare ponti e costruire reti verso le altre istituzioni, è quello che cerchiamo di fare al Polo Penitenziario di Rebibbia, per lottare contro l'isolamento ulteriore e il doppio stigma del folle che ha commesso reati. Proviamo a mettere in atto, quelle che tutti propongono come buone pratiche, non volendo più essere rimossi dalla mission della salute mentale, dentro e fuori le mura. Organizzarsi in piccole equipe, con referenti il più possibile stabili e costanti, con i quali interfacciarsi tra noi colleghi della Salute Mentale, ma anche con i referenti delle Direzioni, dei Funzionari Giuridico Pedagogici (Educatori) e della Polizia Penitenziaria appare essere una assoluta esigenza imprescindibile, perché solo con un'azione combinata e coordinata, si può sperare di incidere sul corso e decorso della esperienza carceraria, e ripresentare la persona una volta liberata e reinserita nella realtà esterna, con un bagaglio di esperienze e relazioni potenzialmente in grado di fornire le energie per poter agire diversamente nel mondo. Senza un adeguamento delle risorse da utilizzare a questo fine, difficilmente il lavoro svolto in carcere a livello psicologico e sociale, troverà un suo positivo riscontro. Le sinergie incrociate tra il lavoro svolto dentro le mura e quello fuori, possono davvero aprire un varco nel muro della coazione a ripetere gli errori che hanno portato il soggetto a varcare la soglia del carcere. Infine, sensibilizzare le Autorità Giudiziarie competenti, in particolare il Tribunale di Sorveglianza, coinvolgendole ove possibile, nel far comprendere al meglio il lavoro svolto e gli eventuali risultati ottenuti, è l'altro cardine del nostro operare sanitario specialistico. Collaborazione fattiva, rottura di schemi preconcepiuti e disponibilità umana e professionale, possono e debbono essere gli strumenti da utilizzare nel tendere ai risultati auspicati e auspicabili.

Squarcia Antonella

RTI/P-M AVEN SAN POLO

Dal 2013 la rete dei servizi di NPIA è stata completata con l'apertura di una Residenza

Sanitaria per Minori per offrire un trattamento residenziale per soggetti affetti da quadri patologici psichiatrici di età compresa tra i 10 e i 17 anni, sia nella fase di emergenza - urgenza (RTI-M, 30 giorni) che nella fase di post - acuzie (RTP-M, 180 giorni).

La struttura, dotata di 8 posti (più uno per emergenza), in 8 anni ha ospitato 500 minori. L'approccio basato su psicopatologia evolutiva, complessità, multidisciplinarietà ha lo scopo di riavviare processi di crescita interrotti e di sperimentare nuove modalità di cura e di relazione attraverso la presa in carico residenziale. Un luogo sicuro, separato ma permeabile e in collegamento con famiglia e l'abituale ambiente sociale e scolastico dei ragazzi (s)oggetto di intervento.

Il percorso di cura si muove su vari piani di indagine ed intervento che va da quello diagnostico farmacologico, clinico - internistico a quello psicoterapeutico abilitativo ed educativo.

Nell'ottica di creare un "ambiente terapeutico" che diventi il vero soggetto curante, gli strumenti messi in campo dalle varie figure professionali si declinano nella concretezza delle diverse attività in cui vengono coinvolti gli ospiti durante il ricovero: colloqui clinici, attività educativo riabilitative, attività indirizzate all'autonomia personale e alla cura di sé, attività psicoeducative di gruppo, espressive, ludiche e di recupero delle conoscenze scolastiche, dando importanza e rilievo alla partecipazione e protagonismo degli utenti, alla "convivenza" con altri pari "in transito" e adulti competenti.

Questo tipo di lavoro implica una mediazione a livello dei vari sistemi che compongono le configurazioni più immediatamente stimulate dal processo morboso: mediazione tra sottosistemi individuali, familiari e sociosanitari, azioni possibili se si favoriscono e mantengono aperti i canali comunicativi e il dialogo continuo tra utente e soggetti coinvolti nella rete di cura. Tale processo di integrazione concorre alla formazione del processo identitario.

Tale processo necessita di cura costante nel mantenere vivi definiti e in equilibrio i confini tra sé e i soggetti curanti. In un'ottica bio - psico - sociale, sostenuta dalle linee guida clinico - assistenziali validate dalla comunità scientifica nazionale e internazionale, la realizzazione di un percorso residenziale è resa possibile dall'integrazione di vari piani di indagine ed intervento: piano diagnostico, farmacologico, medico-internistico, psicoterapeutico abilitativo socioassistenziale in un amalgama in cui la valenza del tutto è molto più della somma delle parti.

Si viene così a definire la residenzialità terapeutica come un luogo intermedio, un punto di incontro e di co-progettazione tra servizi sanitari ad alta intensità di intervento e i sistemi socio sanitari territoriali in un'ottica *stepped care* che a seconda delle situazioni mette in campo gradini a maggiore o minore intensità di cura.

Tale modalità di intervento ha come obiettivo a medio-lungo termine di perseguire il benessere dei sistemi nell'ottica di costruire reti e generare nuove risorse volte anche a prevenire gli allontanamenti dalla famiglia.

La collaborazione con i servizi dell'Azienda Ospedaliera di Parma che prevede che sia

la stessa equipe clinica della Residenza intervenire già dall'accesso in PS in urgenza dei minori completa il modello di comunità della NPIA.

Torre Michele

A.Re.Sa.M. (Associazione Regionale Salute Mentale) Odv Lazio

In linea con il Codice del TS, le Consulte Dipartimentali Salute Mentale presenti in ogni ASL del Lazio, con all'interno le Ass.ni di familiari, utenti e di volontariato della SM del territorio, vanno coinvolte dalle Istituzioni sociosanitarie locali nella co-programmazione e co-progettazione ed alla conseguente compartecipazione (tramite dedicati tavoli e conferenze, protocolli e convenzioni) per il monitoraggio e la realizzazione dei progetti sulla SM: sostegno famiglie di persone con disagio psichico, inclusione sociale/lavorativa, presa in carico domiciliare e di comunità, gruppi appartamento in preparazione al Dopo di Noi, lotta alla marginalità sociale, alle disuguaglianze, ecc. Le Consulte, i CSM e gli Uffici di Piano dei Distretti lavorano d'intesa per trasfondere fiducia nelle istituzioni alle famiglie che si sono chiuse e isolate, e per prevenire e contrastare pregiudizio ed emarginazione, organizzando convegni sulla SM, *workshop*, seminari nelle scuole, per sviluppare una giusta sensibilità nel territorio

Ventura Renato

Presidente La Tartavela ODV (associazione di familiari e volontari per la SM)

Come familiare e presidente di associazione di familiari devo segnalare che troppo spesso la presa in carico trascura la continuità nella cura e la gestione complessiva della persona affetta da disturbo mentale. In numerosi casi viene segnalata l'assenza di un costante monitoraggio delle condizioni cliniche e non viene allertato il servizio in caso di assenza ai controlli del paziente o di rifiuto o sospensione delle terapie. Invece di essere interpretati come campanello di allarme e mettere in opera i necessari provvedimenti, da parte del servizio ci si rifugia nella comoda definizione di mancata "compliance" del paziente, nelle mal interpretate (in quanto utilizzate strumentalmente come comodo alibi) norme sulla privacy e, sempre con uso strumentale, delle norme costituzionali, circa la libertà di scelta e di rifiuto delle cure. Questo modo di agire, seppure può essere apparentemente e formalmente aderente alle norme, sostanzialmente è alla base di gravi e talora gravissime conseguenze sia all'interno della famiglia, sia per il rischio di comportamenti penalmente rilevanti in soggetti instabili psichicamente. In tali casi il servizio deve utilizzare l'AdS e il Giudice tutelare.

Ventura Renato

Presidente La Tartavela ODV (associazione di familiari e volontari per la SM)

Credo che debba essere implementata la presenza delle associazioni dei familiari, utenti e volontari all'interno dei servizi psichiatrici pubblici. Ciò può essere possibile istituendo in ogni DSM un organismo al quale possano partecipare utenti, familiari, volontari, e rappresentanti del servizio, che consenta la valutazione e il monitoraggio delle attività dei servizi erogati dal servizio pubblico. In particolare si ritiene che tale organismo, con funzioni anche programmatiche in materia di organizzazione del servizio, si faccia interprete dei problemi delle persone affette da disturbo mentale e dei loro familiari segnalando le carenze, le disfunzioni, valutando l'appropriatezza delle scelte terapeutiche e riabilitative, confrontandosi con l'équipe psichiatrica in modo sistematico e continuativo, con possibilità, da parte dei familiari, di essere supportati da consulenti (psichiatri, psicologi, e professionisti della salute mentale, nonché da legali e altre figure professionali che possano interloquire con competenza..

Viberti Gabriella - Ricercatrice IRES Piemonte

Corbascio Caterina - Direttrice DSM Asti e Alessandria

Scenario

La Missione 6 "Salute" del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) punta a migliorare l'efficacia del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) rafforzando le reti di prossimità:

- Case della Comunità, strumento per coordinare i servizi sul territorio delle Asl
- Cure al domicilio dei pazienti, integrando interventi sanitari e sociali.

Il PNRR valorizza inoltre, nella Missione 5 "Inclusione e Coesione", la dimensione sociale delle politiche sanitarie, prevedendo interventi per le persone più fragili, che prevengano in particolare l'istituzionalizzazione, che abbiano come perno la domiciliarità e assicurino la continuità dell'assistenza tra i diversi setting di cura.

Il recente documento AGENAS "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel SSN" prevede, per la salute mentale, un modello di cura che valorizzi, accanto alla dimensione specialistica e dipartimentale, la dimensione personale, prossimale e primaria nei servizi di base.

Domande

Come far sì che le risorse (scarse) destinate ai servizi territoriali e domiciliari per la Salute Mentale producano risposte più efficaci al disagio psichico della popolazione? Come incrementare le risorse (spesa e personale) negli ultimi anni inferiori agli standard posti dalla programmazione nazionale e regionale?

Proposte

Le indicazioni del PNRR consentono di utilizzare al meglio strumenti già presenti nelle Regioni italiane, che in questi anni hanno sperimentato molteplici forme di integrazione dei servizi sul territorio delle ASL. Nello specifico, il Piemonte sta sperimentando:

- Reti di Case della Salute, nell'ambito delle attività delle Cure Primarie, nei Distretti ASL e
- Progetti di domiciliarità per la salute mentale, nell'ambito delle attività dei DSM.
- Occorre far parlare tra loro le esperienze in atto, integrando le attività dei Centri di Salute Mentale (CSM) con quelle erogate nei Distretti delle ASL.
- Nelle Case della Salute/Comunità (CdC), inserite in una Comunità corresponsabile della salute dei propri cittadini, è possibile intercettare precocemente il bisogno di salute mentale prevedendo una stretta collaborazione tra figure professionali del CSM e Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti, Infermieri di Comunità e Servizi Sociali.

Le diverse figure professionali dei CSM (Psichiatri, Psicologi, Educatori, Infermieri, Operatori Socio Sanitari, Assistenti Sociali), potranno lavorare insieme su Progetti di Cura personalizzati, orientati ai bisogni delle persone.

CdC come Casa comune quindi, che integra i percorsi di salute, fisica e mentale e le figure professionali che contribuiscono al loro sviluppo. Possibilità di accesso comune ai servizi potranno contribuire a superare lo stigma, consentendo di abbattere le barriere esistenti, anche culturali.

Le CdC potrebbero ospitare, ancora, le esperienze di Utenti e Familiari esperti (UFE).

Alcune ASL del Piemonte oggi iniziano a prevedere, all'interno delle attività erogate nelle Case della Salute, la possibilità di sviluppare Percorsi di Salute Mentale (es. Progetti in corso di costruzione nell'Asl di ASTI).

Occorre inoltre aprire alle Comunità i CSM all'interno di Progetti di cura individualizzati e/o Budget di salute. I Progetti metteranno insieme le risorse del sistema sanitario e di quello sociale, con la collaborazione delle scuole e del mondo del lavoro, attraverso interventi al domicilio (reperibilità telefonica, pasti al domicilio, forme di auto-mutuo aiuto), di supporto a un abitare autonomo.

Tirando le fila...

Portare i Servizi di Salute Mentale nelle Comunità quindi: il modello proposto è finalizzato a rafforzare il ruolo dei Distretti nei percorsi di integrazione sociale dei pazienti con problemi di disagio mentale. Ai Distretti verranno assegnate la governance e la valutazione degli esiti dei Progetti.

Vigorelli Marta

Mito&Realtà, associazione per le comunità terapeutiche e residenziali,
Università degli studi Milano-Bicocca

Buone pratiche delle Comunità terapeutiche democratiche

I percorsi di presa in carico soprattutto dei pazienti gravi (con disturbi di personalità e doppie o triple diagnosi, antisociali ecc.) nei servizi di salute mentale territoriali hanno da tempo subito interruzioni, fallimenti o deleghe portando ad invii impropri nelle strutture residenziali (SR), in gran parte private, diventate in molti casi depositi isolati di cronicizzazione, separate dalle reti sociali e familiari. I tempi di permanenza nelle SR spesso vanno oltre i limiti stabiliti dai Lea (2017), gli esiti non vengono considerati e valutati e non è prevista una formazione adeguata del personale curante.

Tenendo conto che il costo delle SR assorbe circa il 60% della spesa della psichiatria, è possibile un superamento di queste “cattive pratiche”, recuperando e potenziando, da un lato la funzione e le risorse dell'*équipe* multiprofessionale territoriale inviante e, dall'altro, la specificità di queste strutture necessarie, come fasi transitorie, fondandole su fattori organizzativi e terapeutico-riabilitativi, secondo il modello *recovery oriented*.

- A livello nazionale esiste dal 2006 un *Network* di SR, sia per adulti che per minori, aggregate dall'associazione Mito&Realtà, che si propongono come “buone pratiche” che potrebbero essere estese seguendo questi requisiti qualificanti ed efficaci:
- Il metodo della Comunità terapeutica (CT) che trae origine dal movimento inglese degli anni '50 (Bion, Foulkes, Jones, Main e francese (Racamier, Sassolas) che cura con un funzionamento psicodinamico integrato attraverso un programma individualizzato su più livelli (bio-psico-sociali) in collaborazione con le famiglie e i servizi inviati.
- la CT offre uno spazio non medicalizzato con caratteristiche familiari e tempi definiti in cui condividere i gesti della quotidianità come palestra di responsabilità e apprendimento della cura di sé e dell'ambiente.
- la CT propone un percorso evolutivo che favorisce il recupero e la scoperta delle risorse dell'utente rendendolo protagonista attivo del suo progetto di cura e di vita.
- Il percorso comunitario si può articolare attraverso varie tappe utilizzando strutture con differenti livelli di intensità, di protezione e di attivazione riabilitativa (alta, media, bassa protezione) e il budget di salute individuale.
- in CT l'esperienza gruppale e relazionale costituisce il metodo fondamentale per attivare la vita psichica e per apprendere dall'esperienza attraverso il rispecchiamento e l'interazione con gli altri.
- l'organizzazione è basata sulla collaborazione e partecipazione di tutti i membri, operatori, utenti e famiglie secondo una prassi decisionale democratica con riunioni di piccoli e grandi gruppi.
- la CT è uno spazio aperto e connesso con le reti delle comunità locali e favorisce attività di inclusione sociale, lavorativa e abitativa che consentano l'autonomia e

l'espressione dei diritti dell'utente come cittadino.

- formazione degli operatori permanente con supervisione.
- valutazione e ricerca: si realizza dal 2012, attraverso lo strumento innovativo del *Visiting* (ripreso da *Community of Communities*) anche in forma Virtuale come accreditamento "tra pari" con auto ed etero valutazione, manuali condivisi, visite tra terne di CT, obiettivi annuali di miglioramento e trasmissione di buone pratiche.

Volpi Ilario

Cooperativa sociale Il Grande Carro – Roma

INCLUSIONE SOCIO-LAVORATIVA E SOFFERENZA MENTALE

1.Introduzione

Non avere lavoro (e/o non averlo decente) può essere considerata "la mortificazione delle mortificazioni". La mortificazione di chi non ha lavoro non ha bisogno di essere molto argomentata e spiegata. Possono essere sufficientemente evocative le parole del noto sociologo L. Gallino quando dice "...il lavoro è un diritto, non è una merce (...) Il lavoro non è separabile dalla persona".

È evidente la mortificazione in termini di mancanza di potere per chi è già "di suo" in una condizione di debolezza e pesante squilibrio nei confronti degli altri (tecnici/operatori, famiglia, contesti, ecc.). È questo il caso delle persone con grave sofferenza mentale, che si ritrovano massicciamente escluse dal mercato del lavoro.

Eppure è palese un interesse "oscillante" e confuso nei confronti della problematica. Spesso prevalgono i pregiudizi come quelli riconducibili all'ergoterapia ("dategli una zappa in mano che gli passa...!"), o quelli di segno completamente opposto ("volete farli lavorare a tutti i costi...mentre non sono ancora pronti...").

Anche tra coloro che sembrano aver preso maggiormente a cuore la questione, non mancano poi affermazioni fuorvianti del tipo "il lavoro vero è nel mercato (ad es. con la legge 68/99) non con le cooperative...", come se la questione fosse semplicemente riducibile a come far rientrare i matti in quelli che qualcuno ha chiamato i "bunker del mercato del lavoro".

Dal nostro punto di vista, al contrario, continua ad essere fondamentale considerare l'inserimento lavorativo delle persone con grave sofferenza mentale come paradigma (ancora una volta quello degli ultimi) attraverso il quale si misura la consapevolezza di una collettività e si riapre un fronte che riguarda la "qualità" del lavoro per tutti. O, detto in altro modo, vorremmo ancora rimarcare come l'esercizio di un diritto (categoria apparentemente non sanitaria) può trasformarsi in salute e benessere in una situazione in cui invece "la sanità" tende ormai ad espellere il problema e a delegarlo altrove (i centri per l'impiego, le cooperative qualunque, gli obblighi di collocamento, ecc.).

L'inserimento lavorativo delle persone con disturbo psichico non ha senso fuori dai

progetti terapeutico/riabilitativi e dall'azione dei DSM e lo stesso dicasi per le cooperative sociali integrate che proprio a tal fine sono nate

Alla luce di queste premesse risulta quindi essenziale:

- riattualizzare la questione drammatica di esclusione delle persone con sofferenza mentale dal mercato del lavoro che, soprattutto in una situazione di crisi generalizzata dell'occupazione, rischia di essere completamente abbandonata e ricollocata completamente nel circuito dell'assistenza/assistenzialismo/pietismo. Non è un caso se, anche nei diversi incontri preparatori della Conferenza quello dell'inclusione socio-lavorativa sia stato uno degli argomenti maggiormente evocati;
- rilanciare una riflessione su un tema da sempre patrimonio scientifico, culturale, politico ed operativo degli operatori della salute mentale, ma che rischia di essere messo in secondo piano, disatteso, travisato e di male intersecarsi con tutto il discredito che negli ultimi anni ha investito il "sociale" in diverse parti del Paese;
- delineare le possibili strategie per promuovere un'azione di sistema sul problema e contrastare la confusione degli approcci e delle operatività anche cercando di omogeneizzare le opportunità nei diversi contesti locali.

2. Alcuni dati di scenario

Un primo dato di scenario con cui occorre confrontarsi attiene semplicemente ad un tentativo di quantificazione della misura della estraneità delle persone con sofferenza mentale dai circuiti del mercato dal lavoro.

Anche se scarseggia la disponibilità di dati, sia l'esperienza diretta che indagini specifiche testimoniano che le percentuali di persone in condizione non occupazionale nella popolazione dei servizi di salute mentale sono più che doppie rispetto a quelle della popolazione generale e la situazione si aggrava ulteriormente se il setting di osservazione riguarda gli utenti dei circuiti riabilitativi (strutture residenziali e centri diurni¹)

Di fronte ad un quadro di questo genere è evidente che le dimensioni dell'esclusione sono da vera e propria "emergenza sociale" e di fronte ad essa le istituzioni (e tutti coloro che hanno a che fare con la materia) hanno il dovere di prenderne atto e di farci i conti. Gli strumenti e le strategie messi in campo fino ad oggi appaiono palesemente insufficienti e forse inadeguati.

D'altro canto l'assenza di opportunità sul versante dell'inclusione al lavoro e comunque di prospettive di "uscita" dal circuito sanitario è uno dei problemi principali con i quali si confrontano i DSM e le strutture riabilitative con rischio evidente di intasamento e di involuzione nei percorsi di cura e di crescita degli utenti

Ulteriori dati di scenario emergono da alcune indagini a carattere nazionale seppur datate (Progetto Pil del Ministero della Salute) o multiregionale (Progetto Prop dell'Isfol), ma lasciano immaginare un quadro che nel corso degli ultimi anni (con o senza gli effetti devastanti della pandemia) sarà andato ulteriormente ad aggravarsi.

Si conferma una difficoltà notevole a reperire informazioni ed a renderle confrontabili (alcuni intendono per inserimento lavorativo le assunzioni vere e proprie, altri includono

qualsiasi tipo

di iniziativa in tema di lavoro) e sono rintracciabili patterns assolutamente differenti ai diversi livelli

locali.

Ciononostante 2 sono le informazioni fondamentali che emergono:

- A. l'attività nettamente prevalente su questi versanti a vantaggio degli utenti concerne l'utilizzo di provvidenze economiche per l'attivazione di tirocini, borse lavoro e simili (oltre i $\frac{3}{4}$ di ciò che viene fatto);
- B. la nettissima maggioranza delle assunzioni storicamente è avvenuta ed avviene proprio all'interno della cooperazione sociale di tipo b, che interviene circa nel 75% dei casi e che appare perciò insostituibile.

L'inserimento lavorativo di tale tipologia di cosiddetti "soggetti svantaggiati" presenta caratteristiche e difficoltà specifiche e non può essere una attività "improvvisata": richiede il rispetto di alcuni accorgimenti fondamentali e l'azione di risorse specifiche professionalmente competenti.

1 cfr. ad esempio: Regione Lazio - Assessorato alla Sanità "Atti della 1° Conferenza regionale per la salute mentale", Edizioni Grafiche Manfredi, Roma luglio 2009

In questa breve analisi, quindi, non può mancare un cenno alle esperienze maggiormente significative di cooperazione sociale che si sono andate consolidando i cui fattori decisivi sembrano essere:

- Forte integrazione tra servizi pubblici di salute mentale e cooperazione sociale. Le cooperative di tipo “b” maggiormente efficaci sono nate proprio dai servizi stessi e (caso abbastanza originale nella dinamica pubblico/privato, la salute mentale sembra essere uno dei pochi ambiti in cui le cooperative sono state storicamente “più forti” laddove più forti sono stati i servizi pubblici ed orientati in senso riformatore).

Le cooperative integrate sono uno strumento del processo riabilitativo (il loro stesso funzionamento e la costruzione di identità e appartenenza sono parte del processo riabilitativo), fuori da questa cornice, ridotti a semplici “fornitori” o prestatori d’opera la loro esistenza, la loro efficacia non ha più senso;

- capacità di ricomporre, in una logica evolutiva, segmenti del processo di presa in carico delle persone con sofferenza mentale (intervento clinico, socializzazione, preformazione, inclusione socio-lavorativa) che troppo di frequente vengono propinate come separate provocando meccanismi perversi di assistenzialismo e cronificazione;
- radicamento territoriale delle esperienze (anche l’inclusione lavorativa, come il resto del processo di cura non può essere “deportata”);
- grande attenzione alla qualità dei processi produttivi (personalizzazione degli inserimenti, capacità di assorbire la discontinuità dei lavoratori svantaggiati, lavoro “in brigata”, promozione dell’identità di compagine, ecc.);

3. Quali proposte

Occorre a nostro avviso, partire dalla assoluta insufficienza degli strumenti di sostegno pubblico al funzionamento delle coop. di tipo b che collaborano coi DSM. Queste solitamente svolgono almeno 5 diverse funzioni: formazione, accompagnamento al lavoro, inserimento lavorativo, produzione, mantenimento degli inserimenti; e l’unico sostegno attuale riguarda gli sgravi contributivi per gli svantaggiati assunti. Vi è quindi uno scarso o nullo riconoscimento del ruolo “sociale” che assolvono le cooperative di tipo b. Esistono, anzi, ritardi spaventosi delle Pubbliche Amministrazioni nei pagamenti delle prestazioni svolte dalle cooperative stesse.

Da questa criticità possono discendere alcune proposte operative che, a nostro avviso, dovrebbero esplicitamente trovare spazio nelle linee programmatiche degli organismi interessati, delle amministrazioni e delle istituzioni. Alcune evidentemente attengono maggiormente al livello regionale, altre al livello comunale, altre appunto a quello nazionale, ciò che è evidente è che per cambiare realmente la situazione non servono iniziative “spot” ma una vera e propria azione di sistema:

- a. Maggiore utilizzo dell’art. 5 della legge 381/91. Dare seguito, ad esempio, a quanto “auspicato” in passato da diverse istituzioni locali (ma poco o nulla realizzato) sulla necessità di trattative riservate “a stralcio” rispetto alle gare centralizzate e/o a

qualunque altra ipotesi di centralizzazione degli acquisti. Riproporre una puntuale ed oculata attuazione della Delibera di Giunta comunale del 23 aprile 2009 che, riservava almeno il 5% delle forniture di beni e servizi del Comune di Roma alle cooperative sociali stesse;

- b. Diffusione della conoscenza ed utilizzo di strumenti di coprogettazione e del budget di salute;
- c. Sostegno del sistema pubblico allo start up di imprese sociali. (es. riutilizzo di beni sottratti alla malavita, di spazi dismessi dei vecchi Ospedali Psichiatrici ed altri manufatti, ecc.)
- d. Maggiore coinvolgimento del sistema imprese (anche per utilizzo art. 12 della legge 68/99 che prevede le Convenzioni con le Cooperative sociali di tipo b a fronte dell'affidamento di lavori);
- e. vincolare le valutazioni del management sanitario e sociale all'incremento dei risultati sugli inserimenti lavorativi delle persone con sofferenza mentale;
- f. rinforzare e valorizzare l'esperienza dei Centri Diurni e garantirne la "spinta" evolutiva". Incrementare le risorse a disposizione in questo ambito, volte a salvaguardare la forte integrazione tra circuito terapeutico/riabilitativo e circuito del mercato del lavoro, tra momenti preformativi/formativi ed inserimenti lavorativi. Ciò può essere ottenuto attraverso ad esempio la creazione di un fondo annuale specifico ed aggiuntivo per l'avvio di impresa sociale in ambiti "merceologici" coerenti con le attività preformative svolte dai Centri Diurni e gestito in collaborazione coi Centri stessi;
- g. promuovere la creazione di strumenti regionali ad hoc (es. Agenzia Regionale per l'Impresa Sociale) con l'obiettivo di mobilitare risorse per l'economia sociale in particolare per favorire accesso ai fondi europei, potenziare le esperienze maggiormente significative;
- h. promuovere la convergenza tra tutte le diverse agenzie coinvolte (Comune, Città Metropolitana, Regione, Municipi, Centri per l'impiego, Cooperazione sociale, Associazionismo di utenti e familiari, organismi datoriali, ecc.), nonché tra i diversi Assessorati dell'Amministrazione Comunale (servizi sociali, formazione, lavoro, lavori pubblici, ecc.), nonché tra l'amministrazione centrale ed i Municipi
- i. accreditare l'impresa sociale come bacino di impiego per le nuove generazioni. Il settore negli anni della crisi ha manifestato una dinamica di crescita occupazionale di circa il 16% e costituisce quindi un potenziale ambito di lavoro per i giovani. Occorre trarne le conseguenze sul piano formativo ad esempio attraverso l'inserimento delle imprese sociali nei programmi di alternanza scuola/lavoro;
- j. istituire un organismo con compiti di monitoraggio e verifica sulla realizzazione dei punti precedenti.

Wenusch Fabian – Dusberg Kirsten Maria

Associazione Ariadne – Bolzano

L'approccio Ex-In definisce l'attività dei *peer*, ovvero delle persone esperte per esperienza, di "accompagnamento alla guarigione". La figura professionale si può perciò definire col termine di "accompagnatore alla guarigione", guarigione intesa come ripresa, come ritorno ad uno stato di benessere, o di cosiddetta *recovery*.

I programmi di formazione EX-IN sono stati costruiti sia per la figura degli accompagnatori alla guarigione, sia per i formatori che conducono i corsi che abilitano le persone con esperienza a svolgere il lavoro di accompagnatore alla guarigione. La struttura del corso di formazione EX-IN è stata costruita all'interno di un progetto europeo, a cui hanno partecipato operatori della salute mentale, persone con esperienza di sofferenza mentale, utenti dei servizi di salute mentale e familiari di sei Paesi europei.

Il percorso di formazione Ex-In si differenzia dai tradizionali percorsi formativi per operatori dei servizi di salute mentale, sia per il metodo, sia per i contenuti. Attraverso 12 moduli strutturati, la formazione EX-IN persegue l'obiettivo di elaborare e valorizzare al massimo l'esperienza e le conoscenze acquisite dalle persone che hanno vissuto periodi di crisi e di sofferenza mentale e che hanno attraversato il processo di guarigione. Nel caso della formazione EX-IN, il processo di professionalizzazione significa diventare consapevole della propria esperienza, rielaborare la propria storia di vita, integrando l'esperienza della crisi e del disagio, elaborare in gruppo un sapere esperienziale, grazie a continui scambi e confronti tra i partecipanti. Significa rafforzare, consolidare il processo di *recovery*, di *empowerment*, di salutogenesi. Significa imparare a riconoscere i diversi strumenti per affrontare lo stigma, per aiutare gli altri a prevenire e gestire diversamente la crisi, a prendersi cura di sé, a non perdere la speranza. Riconoscere le abilità relazionali e l'unicità dei percorsi dei singoli sono al centro del percorso di formazione. I corsi di formazione vengono condotti sempre da un tandem, formato da una coppia di formatori che sono stati a loro volta formati come trainer: una persona con esperienza vissuta e un operatore/un'operatrice con esperienza professionale (ad es. infermiere, educatore, assistente sociale, psicologa, psichiatra, ecc.).

Fabian, utente del DSM di Merano, ha frequentato il corso per accompagnatori a Bolzano nel 2017

"Dopo una crisi importante, accompagnato dalla perdita di tante risorse e attività, ho cercato un nuovo orientamento e un nuovo percorso di vita. Ho iniziato il corso di formazione Ex In per accompagnatori alla guarigione anche per trovare strumenti per la mia guarigione, oltre alla prospettiva di un nuovo lavoro. Grazie al percorso di formazione con i 12 moduli sono cresciuto come persona, mi sono ritrovato. Ho imparato a convivere con la mia diagnosi, perché ho conosciuto i concetti della salutogenesi, della *recovery* e dell'*empowerment* che hanno cambiato il mio rapporto con me stesso, e anche con la psichiatria. Il corso è diventato una tappa fondamentale della mia *recovery*. In

particolare mi hanno stimolato e fatto rinascere il contatto con il gruppo e il metodo: Io - Tu - Noi“

Fabian e Kirsten, sociologa presso il DSM di Udine, stanno seguendo ora la formazione per formatori Ex IN - Train the Trainer che si svolge a Monaco di Baviera con partecipanti provenienti da Germania, Austria, Svizzera.

Anche i formatori Ex In vengono a loro volta formati da un tandem/una coppia formata da un trainer con esperienza professionale e un trainer con esperienza di lavoro come accompagnatore alla guarigione. Vengono approfonditi i nuclei tematici significativi (concetti di salutogenesi, empowerment, recovery, dinamiche di gruppo, metodi per la generazione di sapere esperienziale “Io - Tu - Noi”: i partecipanti elaborano una domanda o un tema prima da soli, poi avviene un confronto in coppia (io - tu), dopo si raccolgono i risultati in un piccolo gruppo, che successivamente vengono portati in forma di sintesi nella plenaria. La formazione dei trainer è centrata sulla scoperta delle varie possibilità di accompagnamento del gruppo nei processi di apprendimento, creando uno spazio di stimolo e di incoraggiamento dei partecipanti ad elaborare e fidarsi delle proprie esperienze, conoscenze e delle proprie capacità relazionali.

A cura di
Ministero della Salute
Direzione generale della comunicazione e dei rapporti europei e internazionali Ufficio 2

Finito di stampare nel gennaio 2022

www.salute.gov.it



Per una
**SALUTE MENTALE
DI COMUNITÀ**



Ministero della Salute