

La salute mentale, dal “manicomio” al socio-sanitario.

La legge 180/78, ha cercato di disciplinare il passaggio dal “manicomio” al socio sanitario e alla “salute mentale”. Trattandosi di **una Legge quadro ogni Regione ha prodotto leggi di applicazione delle norme ed articoli sulla psichiatria in modo diversificato**, cosa che sostanzialmente non hanno modificato i progetti-obiettivo “Tutela della salute mentale” 1994-1996 e 1998.2000, che pure istituivano la organizzazione dipartimentale. Abbiamo quindi tutt’ora **modelli organizzativi dei Dipartimenti di Salute Mentale diversi, disciplinati da leggi e norme regionali**. Diverse sono anche le collocazioni organizzative e funzionali dei Servizi per le Dipendenze (non solo da sostanze) e della Neurpsichiatria infantile ed adolescenziale. Mission dei DSM è la **prevenzione** dei disturbi mentali, la **cura**, la **riabilitazione**, fare **salute mentale nel territorio, nelle famiglie, nelle scuole, nei luoghi di lavoro**. **Non è solo la remissione dei sintomi**, ma **l’inclusione sociale** delle persone affette da patologia mentale, la **lotta allo stigma**, **l’inserimento lavorativo** e il recupero di una **piena cittadinanza** di chi soffre in qualsiasi modo a livello psichico e consentire ad ogni persona di avere relazioni sociali ed affettive, l’abitare, il lavorare. **Costruire la “RETE” delle strutture della salute mentale: Territorio (CSM/ SPDC) / DH, Riabilitazione domiciliare / Centro diurno / Gruppo appartamento / Residenza assistita / Comunità alloggio / CRAP. Costruire anche la rete con le istituzioni e il sociale** definendo le buone pratiche di salute mentale di comunità per la tutela delle fragilità psico-sociali. **Per fare tutto ciò servono risorse strutturali ed umane, dotazioni organiche** (Medici Psichiatri, Psicologi, Infermieri, Assistenti Sociali, Terapisti della Riabilitazione Psichiatrica, OSS, ecc.) che dovrebbero essere adeguate a svolgere il delicato e difficile compito della **cura e presa in carico delle persone che soffrono di patologia mentale**. E’ necessario **avere modelli organizzativi omogenei su tutto il territorio nazionale e stabilire le dotazioni organiche multidisciplinari minime** per le varie tipologie di strutture. Investire in **formazione, anche sul campo**, nella capacità di **valutare la qualità assistenziale**, nei programmi di miglioramento continuo della qualità, in **progetti di inclusione**, necessario intervenire ancora per avere **dati epidemiologici** sui primi casi, sugli abbandoni, sulle porte girevoli, sulle strutture riabilitative, sui ricoveri in SPDC, **sulle contenzioni (tema complesso e doloroso, che richiede analisi, lotta e prevenzione)**, ecc.

In qualche soccorso viene la **Legge 13 ottobre 2020, n. 126 - Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104, recante misure urgenti per il sostegno e il rilancio dell'economia. All’art. 29 ter recita, nei vari commi:**

- Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, al fine di fronteggiare adeguatamente le emergenze pandemiche, come quella da COVID-19 in corso, adottano piani di riorganizzazione dei distretti e della rete assistenziale territoriale per garantire l'integrazione socio-sanitaria, l'interprofessionalità e la presa in carico del paziente.

- Al fine di efficientare i servizi di salute mentale le Regioni...adottano “un protocollo uniforme sull'intero territorio nazionale che definisca le buone pratiche di salute mentale di comunità e per la tutela delle fragilità psico-sociali”.
- Si ridefinisca un modello organizzativo fondato su multiprofessionalità e multidisciplinarietà che permetta di sostenere e garantire un servizio di cura quotidiano e costante.
- Si proceda alla riorganizzazione dei dipartimenti di salute mentale tramite le rispettive aziende sanitarie locali.
- Si attui la costruzione di una rete di servizi e di strutture di prossimità con il coinvolgimento dei dipartimenti di salute mentale, delle istituzioni presenti nel territorio e degli enti del Terzo settore, per garantire l'attuazione dei più appropriati modelli di intervento e la qualità delle prestazioni erogate attraverso la co-progettazione.
- Si promuova la partecipazione attiva della rete delle associazioni degli utenti, dei familiari e del volontariato.
- Si favorisca il sostegno all'inclusione socio-lavorativa e alla condizione abitativa mediante il ricorso a strumenti innovativi quale il budget di salute individuale e di comunità.

Occorre vigilare perché questa legge sia applicata su tutto il territorio nazionale!

Necessario è poi avere dati e riflettere se è ancora attuale il rischio della neo-istituzionalizzazione nelle strutture riabilitative o se vi sia un rischio meno chiaro, più sottile e strisciante che è quello di tenere dentro il sistema della “salute mentale” le persone, protette sì, ma in un insieme di “scatole cinesi” che non danno la libertà. Il processo di chiusura dei manicomi non significa la fine di tutti i contenitori della sofferenza e dell'esclusione.

5.03.2021

Fulvio Picoco