



COLLEGIO NAZIONALE DEI DIPARTIMENTI
DI SALUTE MENTALE

DOCUMENTO D'INTENTI

I sottoscrittenti direttori di Dipartimenti di Salute Mentale di Aziende Unità Sanitarie Locali d'Italia,

riuniti a Bologna il 18 Ottobre 2020,

hanno dato vita alla APS **“Collegio Nazionale dei Dipartimenti di Salute mentale”**.

Il Collegio, consapevole che:

- le istituzioni che hanno l'onore di dirigere sono eredi di una nobile tradizione e titolari di una funzione sociale e sanitaria di primaria importanza per la società civile del nostro Paese in linea con i principi di universalismo e di affermazione del diritto alla salute che hanno ispirato la Riforma del SSN del 1978;
- la salute mentale è un bene comune, individuale e collettivo, un diritto fondamentale, tutelato da diverse convenzioni internazionali vincolanti e numerose normative nazionali e regionali;
- la salute mentale è un fattore di grande rilievo per lo sviluppo economico, sociale e culturale di una comunità, nella misura in cui le istituzioni sono messe in grado di prevenire e ridurre le disabilità, migliorare la coesione ed il capitale sociale, contenere i costi diretti ed indiretti legati ai disturbi mentali ed alle dipendenze patologiche;
- Il sistema dei Dipartimenti di Salute Mentale italiani si trova oggi in grave difficoltà in ragione della storica mancanza di un coordinamento nazionale, della assenza di orientamenti e linee guida validati a livello scientifico ed amministrativo, della carenza di risorse umane e finanziarie che nella maggior parte dei territori nazionali si è fatta progressivamente drammatica negli ultimi 15 anni;

intende difendere e tutelare le pratiche di salute mentale costruite in quarant'anni di esperienza ed innovarle, trasformarle, rendere adatte alle sfide dell'oggi e del domani.

In Italia abbiamo una rete territoriale di servizi capillare ed organizzata, che nasce da una idea di salute mentale di comunità. Per mantenere questa aspirazione e questa tensione occorre oggi sciogliere alcuni nodi problematici che minacciano di riportarla ad una dimensione puramente medicalizzante, inadeguata a dare risposta ai bisogni della popolazione. Per fare questo il **Collegio** propone i seguenti punti programmatici chiedendo a tutti gli stakeholders interessati di avviare un confronto nelle sedi istituzionali, con l'obiettivo di arrivare ad una Conferenza Nazionale istituzionale convocata dal Ministero della Salute.

- 1- Creazione di una **Tecnostruttura di Salute Mentale presso il Ministero della Salute**, dotata di competenze e risorse adeguate per poter coordinare i processi che sostanzieranno la realizzazione dei punti successivi e che consenta al Ministero di garantire le proprie funzioni di verifica LEA, trasparenza, monitoraggio degli indicatori, eventuali decisioni di commissariamento, verifica dell'utilizzo dei finanziamenti vincolati a superamento delle disuguaglianze inter-regionali. Il Ministero potrà inoltre avvalersi del potenziamento delle risorse presso propri enti strumentali (**Istituto Superiore di Sanità, AGENAS**) per le funzioni tecnico-scientifiche relative alla epidemiologia clinica e valutativa, per la ricerca e consulenza tecnico-scientifica in materia di sanità pubblica specifica per la salute mentale, al fine di orientare le politiche sanitarie sulla base di evidenze scientifiche, dalla prevenzione alla promozione della salute mentale.
- 2- Elaborazione di "**Livelli Organizzativi Essenziali**" dei DSM, in assenza dei quali non si può parlare di "Dipartimenti di Salute Mentale", ma di generica assistenza specialistica psichiatrica poco qualificata. Pur nel rispetto delle competenze normative e delle regolamentazioni regionali, sul territorio nazionale è ormai indispensabile adottare il Dipartimento Gestionale Strutturato comprendente almeno tutte le attività di Psichiatria, Neuropsichiatria Infantile e cura delle Dipendenze. Al tempo stesso va affermata ufficialmente una **mission condivisa dei DSM**, che definisca in modo chiaro i soggetti, le collaborazioni, le azioni e le priorità in campo sanitario ed in campo sociale in accordo con i Documenti della Conferenza Stato-Regione;
- 3- Elaborazione di un **Programma Nazionale per la Presa in Carico e per la Continuità Terapeutica dei Disturbi Psichiatrici Gravi**. Esistono tutti gli strumenti culturali, le conoscenze, le strategie, e le metodologie per superare la frammentazione di orientamenti e di pratiche che di fatto non garantisce la qualità degli interventi e la continuità terapeutica. In tale Programma particolare attenzione deve essere prestata alla promozione ed alla cura della salute fisica, in collaborazione con i Medici di Medicina Generale ai fini della riduzione del c.d. *mortality gap* dei pazienti con disturbi mentali gravi.
- 4- Elaborazione di un **Programma Nazionale sui Disturbi Emotivi Comuni**, che sebbene minori, in ragione della loro alta incidenza e prevalenza, sono la principale causa di disabilità psichiatrica. Il programma dovrà verificare la applicazione di pratiche validate di *stepped-care* con i Medici di Medicina Generale ed assicurare da parte dei servizi sociali e sanitari una approfondita analisi della sfera psicosociale e dei bisogni personali, relazionali e sociali.
- 5- Elaborazione di un **Programma Nazionale sui Percorsi specialistici** che formalizzi i percorsi formali standardizzati di macro-sistema per le problematiche delle Disabilità intellettive, dei Disturbi dello Spettro Autistico, dei Disturbi del Comportamento Alimentare, dei gravi disturbi della personalità, della Psicogeriatrics, dell'ADHD Adulto, delle condizioni di "transizione difficile" dall'età adolescenziale all'età adulta.
- 6- Elaborazione di un **Programma Nazionale di prevenzione, cura e riabilitazione delle condizioni di dipendenza** in sinergia con i Serd. L'evoluzione del consumo di alcol e sostanze negli ultimi trent'anni

è un problema sociale di dimensioni ancora non pienamente comprese. Da problema di una fascia marginale giovanile disadattata e ribelle è diventato un fenomeno pervasivo trasversale ad ogni fascia sociale e ad ogni sottocultura. Le dipendenze, incluse quelle c.d. “comportamentali”, oggi sono un problema di sanità pubblica tanto vasto quanto sottovalutato. L’ultima Conferenza Nazionale sulla Droga risale a dodici anni fa. È ora di rifare seriamente il punto su questo problema per l’elaborazione di un Programma strutturato.

- 7- Elaborazione di un **Programma Nazionale per la salute mentale nelle carceri e nei percorsi extra-detentivi, nonché delle REMS**. L’impatto della riforma della Sanità penitenziaria del 2008 sui DSM e CSM è stato molto importante, quantitativamente e soprattutto qualitativamente, ben al di là delle previsioni. Non si tratta più di programmare e realizzare l’assistenza ai circa 1000 internati in OPG, ma si è chiamati, a gestire e seguire i 5000 già in carico al solo Dipartimento di Salute Mentale, e soprattutto di accogliere potenzialmente tutti i detenuti che all’interno delle carceri sperimentano un disagio psichico. Quello che sta avvenendo nelle carceri è un segnale esplicito di come si potrebbe manifestare il mandato sociale e di controllo alla psichiatria oggi. Occorre che per quanto riguarda il disagio psichico si investa su modalità e risorse messe in sinergia tra tutte le istituzioni civili, allontanandosi da meccanismi di pura delega alla esclusione.
- 8- Elaborazione di un **Documento Programmatico Unico per le modalità e i meccanismi di partecipazione**. Non è possibile parlare di DSM senza il coinvolgimento attivo dei destinatari e dei loro familiari nelle scelte organizzative, nel monitoraggio delle attività, nelle verifiche di qualità e nella co-progettazione e co-produzione di attività *core* e sussidiarie. Vanno inoltre promosse le pratiche di qualità, come la i percorsi *di recovery, empowerment, advocacy* e soprattutto di Supporto tra Pari (ESP, UFE ecc.)
- 9- Elaborazione di un **Documento Nazionale in tema di volontarietà ed obbligatorietà delle cure**. L’ingresso nei percorsi di cura degli autori di reato, le maggiori insicurezze presenti nella popolazione, l’intreccio con i fenomeni di tossicodipendenza e di devianza comportamentale, impongono una riflessione congiunta sull’uso degli strumenti coercitivi ed una azione congiunta nel monitoraggio finalizzato al loro contenimento.
- 10- Elaborazione di un **Documento Programmatico su formazione e ricerca nel DSM**. IL DSM deve essere soggetto attivo e protagonista in entrambi i campi. È indispensabile avviare un circolo virtuoso con il quale la formazione dei medici e degli specialisti, ma anche delle professioni sanitarie, avvenga per lunghi periodi nei luoghi in cui avviene il 99% della pratica, vale a dire nei CSM, negli SPDC ed in tutte le altre articolazioni del DSM. In ambito formativo sono ormai chiari i limiti del sistema dell’accreditamento ECM, inteso come mera raccolta di “punti qualità”. È necessario implementare percorsi formativi integrati, che privilegino le pratiche cliniche e riabilitative EBM e gli interventi di inclusione sociale, collegati a specifici obiettivi di miglioramento e valutati relativamente al cambiamento prodotto sulla qualità dell’assistenza. È altresì indispensabile potenziare e specificare il finanziamento della ricerca sui e nei servizi di salute mentale, principale garanzia del controllo della loro qualità e della loro organizzazione. In tali ambiti, inoltre, è opportuna l’elaborazione di un **Protocollo nazionale tra Ministero della Salute e MIUR relativo ai rapporti con l’Università e ricerca nei DSM**.

Il Collegio Nazionale dei Dipartimenti di Salute Mentale garantirà ai fini della realizzazione di questi punti programmatici la collaborazione delle migliori competenze professionali presenti nei Dipartimenti di Salute Mentale italiani e la valorizzazione delle esperienze, dei metodi e delle pratiche di qualità consolidate in questi decenni di Salute mentale di Comunità.

Angelo Fioritti

Marco Bertoli

Caterina Corbascio

Marco Goglio

Emiliano Monzani

Giuseppe Nicolò

Domenico Semisa

Fabrizio Starace

Franco Veltro