

Organizzazione dei servizi per la salute mentale: verso il nuovo piano sanitario regionale

Author:

S. Domenichetti affiliation: Psichiatra, Responsabile Unità Funzionale Salute Mentale Adulti, ASL Firenze



1 - L'evoluzione della Psichiatria a Salute Mentale di Comunità

Se si esaminano gli elementi di successo della trasformazione culturale ed operativa della psichiatria italiana, uno è particolarmente significativo: il passaggio da una logica di psichiatria ad una logica di Salute Mentale, che si sostanzia della socializzazione di persone desocializzate o a grave rischio di diventarlo a causa della presenza di un disturbo psichico. Per salvaguardare la salute mentale occorre un'attenzione protettiva nei confronti delle condizioni di vita, di lavoro, di apprendimento e sull'insieme di quelle dell'ambiente macrosociale, che nella loro complessità incidono sulla qualità delle relazioni personali, sullo sviluppo della personalità e, non ultimo, sulla possibilità di accedere alle cure e godere i benefici. Tutto ciò comporta la storicizzazione della sofferenza del paziente e la pratica di inquadrarla nel contesto nel quale si manifesta, contesto che va esplorato, conosciuto e, se possibile modificato con attenzione e impegno pari a quelli dedicati al mondo interno del paziente e al suo equilibrio biochimico.

L'altro elemento di trasformazione culturale poggia sul principio che la salvaguardia della salute mentale passa per la costituzione gruppale dell'agente di cura e la sua composizione multi professionale: questo al fine di rendere i servizi in grado di decodificare la globalità dei bisogni di cura e di formulare programmi di intervento che comprendano il complesso insieme clinico, psicologico e sociale della sofferenza mentale. Il gruppo curante deve fondarsi sull'integrazione delle professioni sanitarie (psichiatra, infermiere), di quelle psicologiche (psicologo), di quelle educative (educatori professionali), di quelle sociali (assistente sociale).

La Salute Mentale di Comunità, altro elemento della trasformazione culturale della psichiatria, è stata la scelta che ha presieduto alla riforma dell'assistenza psichiatrica in Italia ed alla successiva costituzione di servizi di salute mentale alternativi al manicomio. Essa si è sviluppata in base all'idea che le persone portatrici di sofferenza psichica dovessero essere curate nel luogo dove vivono e lavorano. Tale luogo si trova dentro un territorio geograficamente definito e identificato dalla presenza di gruppi umani omogenei per transazioni antropologico-culturali. All'interno dei gruppi umani sono presenti le reti sociali come reti relazionali che connettono i soggetti presenti. Queste reti di relazioni sono specifiche per ogni individuo in quanto configurano i rapporti che egli attiva con i soggetti che scambiano transazioni umane con lui. Applicare i principi della Salute Mentale di Comunità consente di garantire la tutela della salute mentale di un determinato territorio, alla realizzazione dei cui compiti la psichiatria può partecipare, ma dei quali non può avere il monopolio. La tutela passa primariamente per la formulazione di programmi politico-sociali che comprendano gli aspetti di salute e per interventi psicosociali in cui i servizi attuino la parte sanitaria. I programmi devono necessariamente far parte delle politiche di governo degli enti pubblici; gli interventi vedono i servizi in qualità di partners degli operatori politico-sociali in una comune azione di bonifica degli ambienti sociali di aggregazione e a rischio di sofferenza mentale (scuole, luoghi di lavoro, luoghi di aggregazione sociale, categorie sociali a rischio in ragione della loro minore tutela). La bonifica degli ambienti sociali va a completare l'attività di prevenzione primaria dei servizi fondata sullo specifico sanitario del rilevamento dei sintomi prodromici e di quelli precoci di malattia e sulle attività di educazione sanitaria. I principi della Salute Mentale di Comunità portano poi a considerare i circuiti sociali come naturale prosecuzione di quelli dei percorsi interni di cura dei servizi, e richiamano alla necessità di renderli permeabili alla diversità, in modo che questa ne possa fruire, e di attivare le reti sociali (fatte di soggetti formali come gli enti e le istituzioni, e di soggetti informali come le associazioni e le articolazioni del mondo del lavoro) a programmi riabilitativi di integrazione sociale dei soggetti svantaggiati.

2 - L'evoluzione politico-istituzionale

Il dispositivo che permette di attuare i programmi sociosanitari e gli interventi di integrazione sociale fin qui descritti, risiede nella complessità delle articolazioni della Società della Salute che, attraverso la determinazione del Profilo di Salute e la formulazione del PIS, dispiega la possibilità di programmare politiche sanitarie adeguate ad una medicina di comunità.

3 - Le controtendenze rispetto ad una Salute Mentale di Comunità

Se quelle descritte sono le conquiste culturali della psichiatria della riforma, le tendenze distorte della modernità perseguono una razionalità che si esprime in esigenze di organizzazione e di programmazione a lungo termine, di controllo gerarchico degli operatori, che portano al trionfo della professionalità che non è più intesa come ottimizzazione delle competenze rispetto a un certo obiettivo, ma come costruzione di figure differenziate in funzione dei compiti specifici. Si ha così una taylorizzazione della salute: frammentazione del bisogno e costruzione di un servizio per ogni frammento, basato su aspetti specialistici più tecnici, diagnostici e terapeutici. I servizi vengono "spinti" a non essere più di territorio (cioè dedicati a una certa comunità) ma sul territorio e caratterizzati dall'essere disponibili per una utenza di una specifica fascia di età (infanzia, adolescenza, adulti, anziani); oppure specializzati per patologia (disturbi psicotici, depressione, nevrosi e attacchi di panico, disturbi del comportamento alimentare, dipendenze con associati disturbi psichici). Assecondare queste tendenze significa smantellare i servizi a favore di centri superspecializzati che frammentano l'unitarietà della sofferenza mentale e l'unitarietà della risposta in termini di servizi basati sulla multiprofessionalità, sulla differenziazione dei presidi di cura, sulla continuità terapeutica. E' quando quest'ultima viene rotta che il paziente della salute mentale diventa problema e clamore sociale, eccesso di costi economici di assistenza, oggetto di mal pratica sanitaria.

Altro elemento di rischio per una buona salute mentale di comunità è quello che, prima ancora di una verifica dei costi e in via pregiudiziale rispetto ad interventi ritenuti

inutili in un'ottica sanitaria restrittiva, fa sentire i propri effetti negativi prima di tutto su quei servizi che per scelta sono polivalenti, cioè quelli che sul territorio garantiscono interventi sociali a supporto di quelli specificatamente sanitari. La separazione tra sociale e sanitario gioca contro l'efficacia degli interventi, aumenta la cronicità, obbliga a interventi psichiatrici più onerosi.

4 - Il mandato sociale e istituzionale della psichiatria. L'equità nell'accesso ai servizi e nell'allocazione delle risorse

Il mandato della psichiatria è quello di avere attenzione per tutti i problemi di salute mentale, rispondendo alle caratteristiche di equità e di universalismo nell'accesso alle prestazioni, che devono continuare a caratterizzare il sistema sanitario pubblico. Pensiamo quindi a una psichiatria saldamente ancorata al carattere di universalità, equità e uguaglianza nel diritto ad accedere all'assistenza sanitaria, attenta a evitare che tale diritto possa mai essere, neppure indirettamente, condizionato da caratteristiche fondate sulla cultura, razza, identità sessuale e censo del fruitore.

Questa psichiatria, tuttavia, deve anche sapere privilegiare i bisogni di chi è più grave, e quindi ha più bisogni, e spesso ha un minor grado di contrattualità, soprattutto quando è privo di una famiglia, economicamente svantaggiato, e quando presenta una molteplicità di problemi. In secondo luogo, questa psichiatria deve fornire lo stesso livello di sostegno e di aiuto in tutto il territorio regionale, superando le differenze di offerta, che sono emerse nelle esperienze più recenti, tra una zona e l'altra. L'accesso ai servizi, nel senso della capacità di articolare i propri interventi in rapporto alle reali necessità e alla loro evoluzione, dovrà essere realizzato offrendo una gamma diversificata di funzioni e spazi di cura e di sostegno, e una gamma diversificata di opportunità riabilitative, in grado di incontrare le inclinazioni e le capacità caratteristiche di ciascuno. Abbiamo cioè bisogno di risposte meglio articolate e diversificate nei campi dell'intervento territoriale, senza irrigidimenti che non tengano conto delle diverse specificità, ma anche saper immaginare risposte diverse per bisogni diversi.

5 - Il protagonismo dei pazienti e la rete sociale

La medicina in generale non costituisce più, oggi, un intervento tecnico sulla malattia da parte di un professionista della salute (attivo) su un soggetto sofferente (passivo).

La situazione si è trasformata (consenso informato, alleanza terapeutica ecc.) coinvolgendo i diretti interessati. Ciò determina processi di risoggettivazione e restituzione di diritti, ma anche, quand'è possibile, di responsabilità, e profonde trasformazioni del contratto di cura e del ruolo professionale. Questi processi investono la psichiatria e, in modo più significativo, il suo versante più spostato verso la riabilitazione, e ricollocano il suo paziente, oggi non solo portatore di bisogni ma anche risorsa all'interno del suo (e altrui) processo di cura. Si avverte quindi l'esigenza di programmi volti a favorire la partecipazione di cittadini, utenti e familiari, sia in forma individuale che associativa, alla pianificazione e alla valutazione dei programmi volti localmente alla tutela della salute mentale. Assistiamo a una fase caratterizzata da processi attraverso i quali la nascita di gruppi di auto-aiuto tra i pazienti può favorire la diffusione dell'abitudine all'ascolto e all'aiuto reciproco, e fare di ciascun paziente una risorsa in più a disposizione dell'altro e del funzionamento complessivo, anziché un mero "carico di lavoro" per l'équipe. La restituzione di responsabilità e consapevolezza si traduce, inoltre, in una insistente richiesta d'informazione da parte di pazienti e familiari, ai quali il DSM deve rispondere, alla luce anche delle evidenze scientifiche emerse nel campo delle patologie gravi, dotandosi di efficaci strumenti di psicoeducazione.

6 - I bisogni di cura e le offerte di cura

Le richieste di cura che oggi vengono indirizzate ai servizi di salute mentale sia da parte del contesto istituzionale che da parte della cittadinanza sono di tipo globale. La società in generale pretende che il paziente della salute mentale sia seguito dai servizi in tutto l'ambito dei suoi bisogni di malattia e di vita. Viene richiesto non solo di rispondere all'emergenza delle crisi del contesto relazionale e sociale unitamente all'urgenza degli scompensi psicopatologici acuti, ma anche ai bisogni di cura di lungo periodo sia sul piano farmacologico che su quello psicoterapico che riabilitativo.

Spesso si incorre nell'ambiguità di delegare ai servizi anche la presa in carico dei bisogni sociali come la casa ed il lavoro che, al contrario, devono diventare specifica competenza degli enti locali. Spesso ancora si chiede alla psichiatria di sostituirsi al controllo sociale che spetta altrimenti ai custodi dell'ordine pubblico: in tal modo si psichiatrizzano situazioni di clamore sociale chiedendo alla psichiatria di assolvere a funzioni di tipo contenitivo e segregante. Ripulito il campo dalle richieste e dalle deleghe improprie vediamo quali sono le funzioni precipue dei servizi e l'articolazione ottimale in presidi per espletarle.

Fra i bisogni di cura destano particolare interesse, a volte clamore sociale e a volte necessitano di attenzione prioritaria, alcune patologie che negli ultimi anni hanno visto aumentare la loro prevalenza come:

- A. disturbi psichici gravi all'esordio e salute mentale dell'adolescenza e nella giovane età adulta;
- B. disturbi dell'umore, suicidi, tentati suicidi in tutte l'età della vita;
- C. DCA;
- D. disturbi psichici correlati con le dipendenze patologiche e i comportamenti d'abuso;
- E. disabilità complesse e disturbi psichici correlati in età evolutiva e adulta;
- F. disturbi psichici dell'anziano;
- G. disturbi psichici dei detenuti minori e adulti;
- H. disturbi psichici pre e post partum.

Bisogna rendere i servizi in grado di dare risposte specifiche e integrate nella rete e nei percorsi generali di cura.

Ciò che ogni servizio di salute mentale deve essere in grado di offrire ad ogni singolo paziente in modo imprescindibile e chiaro è un progetto di cura individualizzato che comprenda l'integrazione fra l'intervento farmacologico, psicoterapico, riabilitativo, sociale. Deve essere questo il contratto fondamentale fra i servizi, la loro utenza, i familiari, il contesto socio-istituzionale di vita. Altre volte ancora i progetti di cura possono richiedere l'attivazione delle reti e delle risorse sociali. Il lavoro e l'abitare a volte possono essere i supporti fondamentali per il compimento di processi complessi di cura. I progetti individuali possono a volte iscriversi in progetti più ampi che riguardano gruppi aggregati.

E' in questo insieme complesso di risposte che devono risiedere le funzioni di cura dei servizi, per il governo delle quali è necessario che l'agente curante sia costituito da un gruppo multiprofessionale che abbia in sé tutte le competenze necessarie a decodificare i bisogni complessi della sofferenza mentale.

7 - I luoghi della cura

Progetti così complessi di cura richiedono che i servizi siano attrezzati al loro interno di altrettanto articolati percorsi di cura fatti dalla possibilità di intersecare il presidio più adatto e specifico alle fasi ed alle differenti tipologie della malattia mentale. Essa è fatta di crisi acute e subacute, di disabilità psicosociali, di periodi intercritici di benessere, di sofferenze psicologiche senza espressività psichiatrica, ma pesantemente condizionanti la vita del paziente. La rete integrata dei presidi deve necessariamente essere orientata verso i percorsi della comunità di riferimento.

Questi ultimi devono essere trattati dall'intervento come i presidi più avanzati del processo di integrazione comunitaria del paziente ed il terreno della prevenzione primaria.

Il SPDC resta il luogo d'eccellenza dove curare la crisi acuta sia per le implicazioni biologiche che per le richieste di cura intensiva.

Le crisi subacute e le disabilità psicosociali unite a vari gradi di regressione dell'io e del funzionamento psicosociale, possono trovare utile risposta nelle Strutture Residenziali, necessariamente a vario grado di intensità di cura. Sempre più doverosa sembra essere oggi un'accurata riflessione su di esse. E' necessario che esse siano caratterizzate per tipologie e per capacità di risposta a bisogni diversificati (a trattamento intensivo, come risposta prevalentemente sanitaria/clinica e psicoterapico-riabilitativa per brevi periodi; a trattamento protratto, come risposta riabilitativa strutturata a medio e lungo termine; di tipo socio-assistenziale, finalizzate al recupero del diritto di cittadinanza, e quindi anche luoghi di vita o comunque luoghi ove trascorrere periodi molto prolungati della propria vita, con un profilo assistenziale "non dedicato" ma proveniente dalle pratiche "ordinarie" del CSM).

Il CSM costituisce la sede programmatica, organizzativa ed assistenziale di tutto il servizio. L'assistenza poggia sulla cura ambulatoriale, sulle attività di DH e DT, sulla riabilitazione territoriale e sulla prevenzione. Il CSM è correlato funzionalmente e logisticamente alla funzione semiresidenziale del day hospital "territoriale" e solo funzionalmente alla funzione residenziale con trattamenti di diversa intensità.

Il CD costituisce il punto di snodo tra le strutture residenziali e il CSM come quello tra questo e la comunità. Le sue funzioni sono infatti integrate a quelle delle strutture e del CSM e si rivolge ad un'utenza con basso grado di disabilità psicosociale.

Fanno parte della rete integrata dei presidi anche i gruppi appartamento assistiti a fasce orarie e rivolte a pazienti con bisogni abitativi in fase di completamento dell'autonomizzazione sociale e lavorativa.

8 - Il Dipartimento di Salute Mentale

Struttura della "clinical governance" dell'insieme dei servizi, dove è centrale la definizione e la documentazione di modalità, appropriate e omogenee, di integrazione di interventi sanitari e sociali in quella che potremo definire la Presa in Carico Intensiva Territoriale. In secondo luogo, è indispensabile che tra le pratiche del DSM il trattamento a lungo termine dei pazienti più gravi, affetti dai disturbi mentali più persistenti e disabilitanti, sia prioritariamente tutelato dalla riduzione delle risorse sanitarie e da una crescente ambiguità sulle responsabilità relative al soddisfacimento dei bisogni macrosociali delle persone affette da disturbi mentali. Tale ambiguità coinvolge la definizione delle responsabilità tra aziende sanitarie ed enti locali, nel corso della quale i bisogni del nostro paziente rischiano di restare insoddisfatti. Queste pratiche, che comprendono un insieme di interventi finalizzati alla risocializzazione e al recupero dei diritti di cittadinanza, sono quelle che i servizi psichiatrici hanno offerto e offrono con maggiore continuità e competenza dopo la legge di riforma.

9 - Il rapporto con la medicina generale

E' necessario prevedere modalità appropriate e omogenee di integrazione stabile e continuativa tra i DSM e la medicina generale, allo scopo di verificare la fattibilità di modelli "a rete" locali, che consentano:

- un rapporto costante consulenziale e di accesso dei servizi di salute mentale e nuclei per le cure primarie per favorire la diagnosi e il trattamento tempestivo ed efficace di disturbi ansiosi e depressivi di piccola gravità, lasciando la presa in carico continuativa di questi pazienti al medico di medicina generale. È ovviamente necessaria un'informazione più approfondita al sistema della medicina generale sull'offerta delle funzioni e sulle strutture del DSM, con particolare attenzione ai temi dell'accessibilità e della distribuzione periferica delle strutture volte alla tutela della salute mentale (UFSMA: CSM, centri diurni e day-hospital, residenzialità, attività per l'emergenza/urgenza, reparti ospedalieri per acuti, strutture di ricovero private convenzionate, attività del privato sociale e del volontariato);
- una sperimentazione congiunta e condivisa tra DSM e sistema della medicina generale su nuovi modelli di prevenzione in salute mentale (riconoscimento e trattamento precoci dei disturbi psicotici, sperimentazione di modelli di trattamento precoce non farmacologico di disturbi emotivi o di disturbi ansiosi e depressivi "sottosoglia");
- un sistema di segnalazioni tempestivo ed efficace che consenta ai due sistemi di confrontarsi sui casi non conosciuti e difficili da avvicinare con i metodi tradizionali in uso nei servizi psichiatrici pubblici (comportamento parasuicidario in adolescenza, disturbi del comportamento alimentare, gravi depressioni del puerperio, aggressività e violenza domestica ecc.).

10 - Le superspecializzazioni e le aree di confine

La parcellizzazione, in parte inevitabile, del campo disciplinare finora richiamato impone una riflessione sulla possibilità di pianificare e rendere operativi gli strumenti organizzativi che, senza mettere in discussione l'identità unitaria di chi opera in psichiatria e la natura inevitabilmente complessa della disciplina e del campo d'intervento, consentano tuttavia una maggiore efficienza e un risparmio di risorse, per allocarle altrove. Tra questi nuovi strumenti organizzativi, pensiamo a

centri/ambulatori di "Il livello", da realizzarsi all'interno dell'offerta complessiva di funzioni e strutture del DSM, in rapporto quindi con una visione capace di tener conto dell'eterogeneità dei problemi. Tali centri/ambulatori di "Il livello" potrebbero essere resi operativi, con funzioni sovra-distrettuali, tenendo conto della quantità e della qualità dei bisogni specifici presentati nell'area territoriale di riferimento (per pazienti adolescenti in integrazione con la neuropsichiatria infantile, per pazienti con disturbi del comportamento alimentare in integrazione con psicologia clinica e con i nutrizionisti, per pazienti con "doppia diagnosi" in integrazione con i SerT ecc.), in collaborazione e integrazione con le associazioni di volontariato, con il Privato Sociale e imprenditoriale, e soprattutto con l'Università.

11 - Il rapporto con l'Università

Per lo svecchiamento della ricerca e della didattica e per l'elevamento della qualità della cura e della formazione c'è bisogno di riattualizzare l'Università nella realtà assistenziale territoriale e senza filtri del DSM. La riattualizzazione comporta sia la gestione diretta dell'Università di pezzi di territorio con personale integrato DSM-Università. A ciò va aggiunta la cogestione dei centri di specializzazione.

12 - Parametri finanziamento e personale

Le esperienze realizzate in Italia e nei paesi sviluppati hanno dimostrato che la migliore organizzazione sanitaria per far fronte ai bisogni della salute mentale della popolazione è l'attivazione di Gruppi Operativi Multidisciplinari/Equipe Curanti che operano in un determinato territorio (60.000-90.000 abitanti) e che hanno a disposizione direttamente le risorse dell'intero percorso assistenziale. Si ricorda che in questa dimensione i Servizi di Salute Mentale sono gli unici servizi specialistici che si occupano di minori e adulti, che operano contestualmente in ospedale e nel territorio, 24 ore su 24 per 7 giorni su 7.

Quest'articolazione dell'assistenza non è una semplice soluzione organizzativa, ma una strategia complessiva, che si fonda su alcuni principi essenziali: la capacità di formulare una diagnosi accurata e di fornire interventi precoci (per evitare lo sviluppo delle forme meno reversibili di disabilità), la continuità terapeutica (con il pieno coinvolgimento di familiari, utenti, operatori dei servizi di medicina generale), la presa in cura con l'offerta di una gamma vasta e diversificata di servizi, la relazione di collaborazione e di partnership con i pazienti e le loro famiglie, la capacità di coinvolgimento attivo della e nella comunità locale, l'integrazione con l'assistenza sanitaria di primo livello e con il servizio sociale. E' un sistema di cura unitario e complesso che per funzionare ha bisogno di passaggi coerenti e chiari, altrimenti si spezza e si disarticola in tanti frammenti: ospedalieri e territoriali, terapeutici e riabilitativi, monoprofessionali; determinando così un insieme confuso di servizi totalmente inefficaci e inefficienti. Il quadro normativo regionale, Delibera di G.R. n. 596/2003- PSR 2007/2010- L.R. 15/2005- PIRS 2007, delibera G.R. n. 1016/2007, ribadisce come punti di riferimento per l'organizzazione dei Servizi per la Salute Mentale sia la presa in cura sia la continuità terapeutica, e la necessità di rivedere l'organizzazione con riferimento ai nuovi livelli politico-istituzionali di governo del sistema: Area Vasta, Zona/Distretto, Società della Salute. Si indica così il sistema di governo prevedendolo esclusivamente nel DSM (In particolare nella nostra Regione è stata fatta la scelta della istituzione del DSM a livello di ogni azienda sanitaria locale quale strumento di governo dei processi riguardanti la salute mentale e non come strumento di gestione così come si è scelto nell'esperienza triestina e nella maggioranza delle altre regioni.) e nell'UFMA (corrispondente alla Zona/SdS) prevedendone per zone con oltre 150.000 abitanti l'articolazione in MOM. Nell'area metropolitana fiorentina vi è una complessità non solo demografica, socio-economica, ma anche istituzionale con la presenza di comuni, oltre il capoluogo, di notevoli dimensioni e in Firenze dei Consigli di Quartiere titolari di funzioni di governo in ambito sociale che, se si vuole essere coerenti con il modello toscano, è necessario recuperare e rafforzare il ruolo e il significato d'Equipe Curante/MOM che in una data dimensione demografica e geografica è titolare del percorso assistenziale della persona.

Quindi in via generale l'erogazione di servizi per la salute mentale si ha: a livello della Direzione ASL con il Dipartimento Tecnico per la Tutela della Salute mentale con le sue funzioni di coordinamento, sulla ricerca, la formazione, di indirizzo programmatico e organizzativo e con quella di contrattazione del budget complessivo, a quello della SdS/Zona-Distretto con l'Unità Funzionale con funzione di governo/programmazione e coordinamento dei servizi secondo le disponibilità nel percorso assistenziale, che si articola in MOM corrispondenti ai quartieri o comuni, con il ruolo di gestione organizzativa e clinica della rete assistenziale di propria competenza.

Da quanto detto risulta evidente che l'organizzazione strutturale e funzionale della Salute Mentale si dovrebbe articolare su tre livelli fra loro corrispondenti e omogenei: la direzione (DTTSM), il governo-coordinamento dei servizi (4 SdS/Zone Distretto- Unità Funzionali), la gestione operativo-assistenziale (MOM).

Questa complessità di livelli di funzioni basata sulla differenziazione dei compiti gestionali va salvaguardata e garantita per assicurare la funzionalità dei servizi di base. Questa, infatti, poggia sulla gestione operativa-assistenziale della rete dei presidi e dei percorsi assistenziali, su di essa costruiti, da parte di un unico gruppo di lavoro che ne garantisce la presa in carico e la continuità terapeutica, garantendo così la quasi totalità dell'offerta dei servizi attraverso il governo della stessa équipe curante (MOM). Ogni servizio opera attraverso almeno: 1 SPDC (0,6 pl/10.000 abitanti), 1 Centro di Salute Mentale, 1 Centro Diurno, 1 Struttura Residenziale Terapeutico-Riabilitativa (1 posto/ospite ogni 15.000 abitanti), 1 Struttura Residenziale Socio-Riabilitativa (1 posto/ospite ogni 10.000 abitanti), Gruppi-Appartamento nella ragione di 1 posto ogni 12.000 abitanti.

Vi sono anche strutture a proiezione zonale o interzonale come gli SPDC e le Strutture Residenziali ad Alta Intensità e Breve Durata di Trattamento per Giovani-Adulti (strutture a trattamento intensivo equiparabili alle Comunità Terapeutiche).

L'altra prerogativa fondamentale è che ogni servizio e quindi tutta la rete integrata dei differenti presidi, deve essere gestito da un unico gruppo curante multiprofessionale al fine di garantire la continuità terapeutica del progetto di cura.

Infine si tratta di prevedere una maggiore attenzione sulle risorse per la rete dei Servizi di Salute Mentale nella città di Firenze valorizzando alcune peculiarità del capoluogo/area metropolitana che dovrebbero rappresentare dei correttivi maggiorativi rispetto ai LEA regionali che per esempio assegnano di base 1 psichiatra ogni 10.000 abitanti. Nella città abbiamo:

- Un flusso turistico tra i più alti del mondo, che impegna prevalentemente il SPDC di Santa Maria Nuova.
- Una presenza extracomunitaria irregolare valutabile come stima in una popolazione di 40.000 abitanti che impegna tutta la città, ma in particolare i quartieri 1,4,5. E' sufficiente considerare che il 30% dei ricoveri nel 2006 nei SPDC cittadini sono di turisti ed extracomunitari.

- Tre istituti di pena per adulti e minorenni, che ospitano un terzo della popolazione penitenziaria della Regione Toscana.
- Un tasso maggiore di disagio psicopatologico delle aree metropolitane, legato alla specifica realtà urbanistica e sociale.

I dati riportati negli articoli tengono conto delle disposizioni normative di cui al Codice sulla Privacy e dei provvedimenti del Garante consequenziali al trattamento dei dati per scopi scientifici, di ricerca e divulgativi.

[0] commenti | comments