



Ministero della Salute
Dipartimento Prevenzione e Comunicazione
Direzione Generale Prevenzione Sanitaria



Centro Nazionale per la Prevenzione e il
Controllo delle Malattie

PROGETTO

PERCORSI DI RICERCA, PROMOZIONE E TUTELA DELLA SALUTE MENTALE IN ITALIA OGGI

Coordinatore Responsabile
Dott. Marco D'Alema

Novembre 2006

Indice

1. Premessa.....	3
2. Alcuni presupposti teorici.....	4
3. Obiettivo generale del progetto.....	6
3.1. Prima fase del progetto:.....	6
3.1.2. <i>Articolazione dei seminari e organizzazione dei gruppi....</i>	7
3.1.3. <i>Scheda riassuntiva delle giornate seminariali.....</i>	8
3.1.4. <i>Titoli dei seminari.....</i>	8

1. Premessa

La nostra proposta di lavoro intende sviluppare una linea programmatica e di coordinamento per la promozione della Salute Mentale in Italia, tenendo conto di quanto previsto dal Piano Sanitario Nazionale 2006 - 2008.

Il Piano Sanitario Nazionale, per quanto concerne la Salute Mentale¹, individua, in particolare, i seguenti obiettivi:

1. implementare la qualità dei CSM (Centri di Salute Mentale) e la loro capacità di rispondere alla domanda di trattamento per i differenti disturbi mentali, contrastando la stigmatizzazione e riducendo le liste di attesa, razionalizzando le modalità di presa in carico, creando percorsi differenziati per tipologie di pazienti, adottando linee guida e procedure di consenso, basate su prove di efficacia;
2. migliorare l'adesione alle cure e la capacità di presa in carico dei pazienti "non collaboranti";
3. attivare programmi di individuazione precoce delle psicosi schizofreniche;
4. migliorare le capacità di risposta alle richieste di cura per i disturbi dell'umore (con particolare riferimento alla depressione in tutte le fasce di età) e per i disturbi del comportamento alimentare (con particolare riferimento all'anoressia e alla bulimia);
5. accreditare le strutture residenziali, connotandone la valenza terapeutico-socio-riabilitativa;
6. implementare i protocolli di collaborazione fra servizi per adulti e servizi per l'età evolutiva, per garantire la continuità terapeutica nel trattamento dei disturbi mentali dell'infanzia e dell'adolescenza;
7. attivare e implementare interventi nelle carceri in favore dei detenuti con disturbi mentali;
8. garantire assistenza e reinserimento sociale ai pazienti ricoverati negli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG), con particolare riferimento ai dimessi;
9. implementare i programmi di lotta allo stigma e al pregiudizio nei confronti delle patologie mentali;
10. realizzare il Sistema Informativo Nazionale per la Salute Mentale.

Affinché questi obiettivi siano effettivamente perseguibili occorre definire un vero e proprio Piano Strategico Nazionale per la promozione e la tutela della Salute Mentale, che precisi una serie di linee guida e azioni conseguenti, in modo da concretizzare obiettivi e processi, e al fine di scongiurare il rischio di restare in un ambito generico ed approssimativo che si esaurisce nelle dichiarazioni di intenti senza modificarne sostanzialmente le pratiche.

Nello specifico, occorre affrontare in maniera appropriata, concordata e partecipata il rapporto fra Stato e Regioni.

Si dovrà operare, dunque, per la diffusione in tutte le Regioni di forme organizzative che hanno dato risultati d'eccellenza e attivare progetti finalizzati nelle situazioni più critiche.

¹ Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, p. 73-74.

Il sistema dei servizi dovrà essere radicato nei territori, integrato con l'area sociosanitaria, capace di andare incontro ai bisogni reali degli utenti, per assicurare la presa in carico e la continuità terapeutica e, non ultimo, il reinserimento lavorativo di soggetti che hanno attraversato problematiche psicologiche e psicopatologiche.

Infine, occorre promuovere e valorizzare, come basilare scelta di metodo, il protagonismo delle persone affette da disturbo mentale. In questa prospettiva, si dovrà sostenere la partecipazione delle associazioni, dei pazienti e dei familiari, favorire la conoscenza e lo sviluppo di una pluralità di forme di auto-aiuto, attivare programmi volti a incrementare lo sviluppo delle reti sociali primarie e secondarie, fornire aiuti concreti alle famiglie. Al tempo stesso sarà necessario promuovere il ruolo di *partner* delle cooperative sociali nei progetti di vita, di integrazione lavorativa e di recupero di contrattualità sociale delle persone affette da disturbo mentale.

Al fine di realizzare tale prospettiva è necessario rafforzare il ruolo, la funzione e le risorse dei servizi di salute mentale pubblici, anche in senso innovativo. Per promuovere processi di tutela e di sviluppo nella *polis*, tali servizi devono partecipare attivamente divenendo motore centrale di strategie che si attuano in *partnership* con i diversi soggetti e attori della comunità locale.

Occorre, inoltre, dedicare un'attenzione specifica e programmatica ad alcune problematiche emergenti di forte impatto sociale nel contesto italiano, quali i comportamenti di abuso, la diffusione di tossicofilie, le diverse forme di marginalità psico-sociale, i comportamenti violenti e i disturbi di personalità – problematiche tutte che, a ben vedere, sempre più invadono l'età adolescenziale e che è necessario saper affrontare adeguatamente. Alle problematiche dell'infanzia e dell'adolescenza andranno rivolti programmi dedicati, con una specificità sia di metodologia clinica che di configurazione organizzativa, tenendo in debito conto aspetti di natura pedagogica e di psicologia della salute.

Non ultimo, è necessario prestare uno sguardo attento alle problematiche legate alla dimensione della Salute Mentale sollevate dall'etnopsichiatria e al rapporto fra le diverse culture nella costruzione di uno stile di convivenza interculturale, data la crescente eterogeneità della presenza di stranieri nelle nostre città. Con ciò si intende certamente riferirsi ai processi di trasformazione di una società sempre più multi-etnica, ma più in generale riconcepire la salute mentale nel quadro epistemologico dei processi che interessano tutte le culture locali (giovanili, rurali, metropolitane, mediatiche etc.).

2. Alcuni presupposti teorici

In questa sezione riportiamo alcuni aspetti teorici direttamente collegati alla realizzazione degli obiettivi proposti dal piano sanitario nazionale.

Nelle pratiche di promozione e tutela della Salute Mentale diventa sempre più decisiva la rielaborazione di teorie in grado di affermare la centralità insita nel rapporto individuo - contesto. Se il senso di sé come individuo, in altri termini, si forma, si consolida e si trasforma in rapporto a una serie di variabili riferibili al contesto esistenziale, ne deriva che, nel prendersi cura dell'individuo, non si può prescindere dal suo gruppo familiare, dal complesso della sua storia, dal contesto sociale, economico, culturale e politico di appartenenza.

Appare artificiosa, in tale prospettiva, la separazione fra "biologico" e "sociale": la salute, la sofferenza e la malattia non possono quindi essere ricondotte, circoscritte o imprigionate nel solo territorio della razionalità medica o psichiatrica, ma piuttosto

rinviano con forza e con insistenza a problemi di ordine culturale, sociale, storico, antropologico, come ampiamente dimostrato dall'approccio etno-psichiatrico.

A fronte di una tale complessità a cui rimanda la relazione sociale di un singolo individuo, una delle prime implicazioni, per gli operatori della Salute Mentale, sarà l'educarsi, o il formarsi, alla comprensione e alla gestione delle contraddizioni e dei conflitti che un territorio esprime quotidianamente, rimanendo nel rispetto della complessità della realtà di ognuno, senza scivolare nella riduzione tecnica del fare per semplificare la realtà relazionale dei soggetti interessati dai programmi di cura; saper stare nelle contraddizioni e nei conflitti, senza rifugiarsi nei soli poteri tecnici, è la sfida attuale per i Servizi, che tuttavia appaiono culturalmente e intrinsecamente deboli anche per la forte complessità della domanda.

Ne consegue una necessaria ri-definizione delle pratiche, consapevoli che la pratica dipende dalle realtà locali in cui si colloca, dalle risorse disponibili, dalle competenze accumulate nei servizi (non solo psichiatrici, ma anche psicologici, educativi e di mediazione interculturale) che insistono su un certo territorio, dalle competenze e dalle capacità dei professionisti chiamati in causa.

Le interazioni tra pazienti e operatori della Salute Mentale e la cura che ne discende dipendono, infatti, da ciò che esiste in concreto, dai confini che si costruiscono intorno ad ogni realtà, dalle idee che curanti e curati sono disposti a mettere in comune, come dai desideri e dai bisogni che reciprocamente vengono appagati nell'interazione.

Questo processo non è riducibile a pura e semplice operatività ma è sostenuto, se andiamo a guardare da vicino, da teorizzazioni che fanno da cornice alla elaborazione delle esperienze locali e ne rappresentano l'elemento ordinatore.

Si tratta spesso di una teorizzazione frammentaria o implicita, che pur non misurandosi con le ondate universalistiche delle leggi scientifiche, dei messaggi mass mediatici, delle ideologie sopravvenienti, viene riconosciuta e riceve forza dal consenso che ottiene nel risolvere problemi concreti delle persone che vi fanno ricorso.

Parliamo in fondo di forme di psichiatria locale che vanno rispettate, alla pari di altre che utilizzano forti teorizzazioni, magari riconosciute scientificamente, ma che spesso perdono di vista i reali bisogni dell'utenza per la troppa attenzione ai grandi numeri della scienza esatta.

Il riconoscimento della loro pari dignità, tuttavia, non le assolve dal misurarsi con la cultura della valutazione nei servizi al fine di garantire ubiquitariamente la qualità dei processi, la loro centralità e la loro diffusione, e favorire il percorso che va dalla rilevazione dei bisogni alla programmazione degli interventi. Dà forza ai saperi, locali e non, la capacità di garantire la difesa dei diritti degli utenti, che non si esaurisce nella costituzione di una rete di protezione (fatta di facilitazioni, attenzioni, norme specifiche) ma si attua con il sostegno a quelle competenze che permettono loro l'esercizio dei diritti (il diritto alla salute, alla casa e al lavoro, ma anche i diritti di cittadinanza che ne sono il fondamento).

Se ciò non avviene il sistema psichiatrico si caratterizzerà per un processo di selezione dei più deboli con la loro esclusione dalla linea principale di cura. E costoro verranno accomunati sempre più spesso nella categoria pseudo-scientifica dei *no responders* (alla cura) e per essi verranno istituiti circuiti di istituzionalizzazione a tempo indeterminato. Curare, in altri termini, significa, senza esclusioni, mettere in atto un progetto e un processo terapeutico integrato all'interno di dispositivi specificamente strutturati intorno alla dimensione relazionale, grupale e culturale, sempre più personalizzati, condivisi, partecipati.

3. Obiettivo generale del progetto

L'obiettivo generale del progetto è quello di attivare nuovi processi per la promozione della Salute Mentale sull'intero territorio nazionale. Al fine di darne una prospettiva articolata nel tempo, l'obiettivo può essere individuato in particolare in quattro momenti:

- i.* la raccolta dei dati relativi allo stato dell'arte sulla Salute Mentale in Italia oggi, stesura di un rapporto di ricerca e redazione di un apposito libro bianco sulla Salute Mentale che raccoglie gli elementi essenziali dell'esperienza seminariale;
- ii.* la realizzazione di quattro conferenze regionali sulla Salute Mentale;
- iii.* la realizzazione della II Conferenza Nazionale sulla Salute Mentale, da svolgersi indicativamente nella Primavera 2008;
- iv.* la stesura del Piano Strategico Nazionale per la Salute Mentale.

3.1. Prima fase del progetto:

Obiettivo specifico

L'obiettivo specifico di questa prima fase del progetto consiste nella realizzazione di un ciclo di seminari, con sede a Roma, sul tema della Salute Mentale a cui parteciperanno operatori dei servizi di Salute Mentale, utenti, familiari, esponenti della comunità scientifica, esperti sul tema, associazioni, cooperative, amministratori locali, decisori politici.

La modalità con cui si realizzeranno i seminari si avvale del metodo partecipativo che permetterà di definire *dal basso* modalità, procedure e concettualità, facendo emergere sia i punti di eccellenza, sia le aree di criticità presenti nel nostro territorio nazionale relative alle tematiche sulla Salute Mentale.

Tempi di realizzazione dei seminari

Gli otto seminari saranno realizzati nel periodo che va da Gennaio 2007 a Settembre 2007. Ciascun seminario si svolgerà con cadenza in media tri-settimanale. In questa prima fase di lavoro, inoltre, nel periodo da Ottobre 2007 a Dicembre 2007, i dati raccolti attraverso i seminari saranno elaborati e redatti in un *report* finale relativo all'esperienza seminariale e volto a racchiudere i risultati raggiunti.

Partecipanti

I partecipanti al progetto sono gli operatori del Settore della Salute Mentale nonché utenti, familiari, esponenti della comunità scientifica, esperti sul tema, associazioni, cooperative, amministratori locali, decisori politici, ecc.; mentre i destinatari indiretti sono rappresentati da tutta la cittadinanza rispetto alla quale il progetto avrà delle ricadute operative.

Selezione dei destinatari diretti

I partecipanti, all'intero ciclo di Seminari, saranno selezionati non secondo un criterio "gerarchico" e cioè sulla base del ruolo ricoperto all'interno dell'istituzione, ma sulla base delle esperienze e delle competenze in merito al tema affrontato da ciascun seminario.

Una quota sarà scelta dal gruppo di lavoro sulla Salute Mentale promosso dal Ministro della Salute Livia Turco e coordinato dal consigliere del Ministro Dott. Marco D'Alema, l'altra dalle Regioni su indicazioni del Comitato Tecnico Regionale sulla salute mentale (C.T.R.).

I destinatari diretti saranno invitati attraverso l'invio di una scheda di adesione (si veda allegato) nella quale dovranno essere indicate la disponibilità a partecipare alla giornata seminariale ed informazioni di carattere tecnico-scientifico relative alla propria esperienza e competenza professionale in merito al tema per il quale vengono coinvolti.

Una volta avuta l'adesione degli esperti del settore potrebbe essere realizzata una *brochure* per l'invito ufficiale alla giornata seminariale in cui saranno riportati i nomi di coloro che parteciperanno con degli interventi e con una breve descrizione di come si svolgerà l'intera giornata.

3.1.2. Articolazione dei seminari e organizzazione dei gruppi

Il ciclo di Seminari si articola in otto incontri, i cui temi specifici vengono presentati a pag. 10. Ciascuna giornata seminariale prevede una relazione iniziale tenuta da due relatori che introducono il tema dell'incontro, interrogandosi su alcune questioni anziché proporre definizioni, con la finalità di fornire una serie di stimoli alla platea che, successivamente, sarà chiamata a discuterne in assetto di piccolo gruppo. I partecipanti alla giornata seminariale, in numero di sessanta, saranno suddivisi, infatti, in 4 gruppi di 15 partecipanti ciascuno. Ogni gruppo sarà articolato in maniera eterogenea, cioè i partecipanti saranno suddivisivi in modo tale che in ogni piccolo gruppo ci siano persone che ricoprono differenti ruoli professionali e non, al fine di promuovere l'interscambio di esperienze e un confronto tra pari sulle proprie competenze, su aspetti e problematiche comuni inerenti al tema proposto dai relatori. Data la complessità delle tematiche affrontate, i seminari privilegiano un approccio integrato e interdisciplinare.

L'assetto gruppale si articolerà in due sessioni nelle quali si discuteranno i temi e i concetti forniti dai relatori; in ciascun gruppo vi saranno un conduttore, che avrà la funzione di coordinare e facilitare la discussione, e un osservatore che avrà il compito di rilevare, nel modo più obiettivo possibile, gli argomenti affrontati dai partecipanti. Tale metodologia è basata sull'assunto che ogni partecipante deve essere attivamente coinvolto nel processo partecipativo previsto da ciascun seminario.

Successivamente vi sarà una sessione di plenaria nella quale gli osservatori, in qualità di *recorder*, riferiranno quanto emerso durante il confronto in assetto di piccolo gruppo. I relatori dopo aver ascoltato la sintesi dei *recorder* opereranno una restituzione delle argomentazioni emerse durante l'intera giornata.

3.1.3. Scheda riassuntiva delle giornate seminariali

Ore 10.00 - 11.30: PLENARIA INTRODUTTIVA

Ore 11.30 - 12.00: COFFEE BREAK

Ore 12.00 - 13.30: PRIMA SESSIONE DI LAVORO IN ASSETTO DI PICCOLO GRUPPO

Ore 13.30 - 14.30: PAUSA PRANZO

Ore 14.30 - 16.00: SECONDA SESSIONE DI LAVORO IN ASSETTO DI PICCOLO GRUPPO

Ore 16.00 - 16.30: COFFEE BREAK

Ore 16.30 - 18.00: PLENARIA CONCLUSIVA

3.1.4. Titoli dei seminari

- 1. La partecipazione nello sviluppo di comunità e nella promozione della Salute Mentale**
Responsabilità individuale e collettiva nei servizi di cura; il protagonismo degli utenti, dei familiari e delle associazioni e i gruppi di auto-mutuo-aiuto e il ruolo dell'impresa sociale e dell'inserimento lavorativo.
- 2. Infanzia e adolescenza: la costruzione dell'identità**
Reti di cura e organizzazione dei servizi nelle problematiche dell'infanzia e dell'adolescenza.
- 3. Modelli organizzativi dei servizi di Salute Mentale**
La funzionalità dei diversi modelli rispetto agli obiettivi di Salute Mentale.
Culture e pratiche dell'integrazione socio-sanitaria: la ricerca dei rapporti di interazione, di connessione, di intersectorialità con altri servizi.
- 4. Epistemologia e metodologia della cura nelle società multiculturali**
Identità, cultura e fenomeni migratori.
Potenzialità e limiti dei luoghi istituzionali, costruzione e ricerca di altri luoghi dell'osservazione e dell'intervento (accessibilità ai servizi).
- 5. Le relazioni che curano**
La Psicoterapia dei Servizi di Salute Mentale.
Processi e Fattori psicoterapeutici nei diversi luoghi di cura (domicilio, residenze, ospedale [SPDC] e altri contesti).
- 6. Tra la responsabilità di curarsi e il diritto alla cura**
Obbligo della cura: aspetti legislativi, modalità operative e pratiche di presa in carico.
La dimensione della Salute Mentale nelle carceri.
Gli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e misure alternative.
- 7. La formazione continua nell'ambito della Salute Mentale**
Il ruolo della ricerca-azione e i rapporti Università-territorio.
- 8. Dalla conoscenza alla valutazione, alla programmazione**
I servizi di Salute Mentale e le loro attività in un'ottica di *clinical governance*.
Dalla rilevazione dei bisogni alla programmazione degli interventi.