



Criticità e prospettive nei Servizi di Salute Mentale italiani: un confronto tra normative ed esiti dell'inchiesta della Commissione sul SSN del Senato – XVI legislatura

Daniela Maria Oliani¹, Ester Messina¹, Annalisa Boldrini¹,
Valentina Ciappolino¹, Luca Reffoli¹, Luca Tarantola²

¹*Dipartimento di Salute Mentale, Università degli Studi di Pavia, e*

²*Azienda Ospedaliera della Provincia di Pavia, Pavia, Italia*

Criticità e prospettive nei Servizi di Salute Mentale italiani

Dal 1978 ad oggi, in Italia si sono susseguiti leggi e decreti per la tutela della salute mentale, al fine di regolamentare e migliorare molteplici aspetti riguardanti i pazienti psichiatrici ed i relativi servizi preposti. Il 30 luglio 2008, il Senato ha istituito una Commissione parlamentare di inchiesta per la valutazione dell'efficacia e dell'efficienza del Sistema Sanitario Nazionale. In particolare, ha svolto un'inchiesta sui Dipartimenti di Salute Mentale finalizzata ad una ricognizione sullo stato dei servizi, mediante sopralluoghi ed audizioni. Dal lavoro svolto dalla Commissione sono emerse una serie di criticità riguardanti le strutture ed i servizi psichiatrici, in seguito alle quali la stessa Commissione ha stilato un elenco di proposte di intervento che, se globalmente e adeguatamente applicate, consentirebbero di apportare notevoli migliorie nella vita di pazienti con problematiche di tipo psichiatrico e farebbero dei Dipartimenti di Salute Mentale italiani modelli di eccellenza internazionale.

Issues and prospects in the Italian Mental Health Services

Since 1978, in Italy have followed laws and decrees for the protection of mental health, in order to rule-food and improve many aspects of psychiatric patients and the related services charge. On 30 July 2008, the Senate established a parliamentary commission of inquiry to assess the effectiveness and efficiency of the National Health System. In particular, carried out an investigation on the Mental Health Department directed towards a survey on the state of the services, through site visits and hearings. From the work done by the Commission have emerged a number of critical issues concerning the structures and psychiatric services, after which the Commission itself has compiled a list of proposals for action which, if properly and globally applied, would allow to make significant improvements in the lives of patients with psychiatric problems and would do the Departments of Mental Health Italian models of international excellence.

Introduzione

Dal 1978, anno della prima vera legge italiana a tutela della salute mentale, ad oggi, notevoli passi in avanti sono stati compiuti in tale ambito, grazie anche ai successivi decreti stabiliti dal Presidente della Repubblica, con i quali ci si è soffermati sulla valutazione di molteplici aspetti riguardanti i pazienti psichiatrici e i relativi servizi preposti. Obiettivo di questo lavoro di ricerca è l'individuazione di criticità e prospettive nei servizi di salute mentale, attraverso una rilettura delle normative esistenti a livello nazionale sulla salute mentale e le risultanze del lavoro operato dalla Commissione parlamentare di inchiesta sul Sistema Sanitario Nazionale (SSN) del Senato – XVI legislatura.

Legge n. 180 del 13/05/1978

Con la legge n. 180 del 1978, successivamente recepita dalla legge 833/78, si pone concretamente l'attenzione sulla tutela della salute fisica e psichica, diritto fondamentale dell'individuo, che deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana. Vari punti concernenti diversi aspetti del SSN, così istituito dalla legge 833/78, vengono analizzati attraverso la rilettura della legge 180, la quale ha inoltre il merito di identificare nelle Unità Sanitarie Locali (USL) il complesso dei presidi, degli uffici e dei servizi dei comuni, singoli o associati, e delle comunità montane i quali in un ambito territoriale determinato assolvono ai compiti del servizio sanitario nazionale. Oltre a definire concetto e ambito delle competenze delle USL, per quanto attiene la tutela della salute mentale, il passaggio delle cure da un ambito istituzionale ad un ambito territoriale, viene disegnato attraverso una piena volontarietà del trattamento, fatto salvo quanto previsto dal dispositivo del Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO). Gli accertamenti ed i trattamenti sanitari sono di norma volontari. Qualora però si rendesse necessario, un TSO può essere disposto dall'autorità sanitaria (rappresentata dal Sindaco) su proposta motivata di un medico e convalida di un secondo medico del SSN.

La ragione per cui in tale paragrafo ci si sofferma così a lungo sulla questione dei TSO, è spiegata dal fatto che quest'ultima rappresenta una vera e propria rivoluzione in ambito psichiatrico, poiché per la prima volta viene delegittimato l'obbligo al trattamento, fatta eccezione per quelle situazioni in cui è in pericolo l'incolumità del paziente stesso. Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori devono essere accompagnati da iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato. Le unità sanitarie locali devono attivamente impegnarsi a ridurre il ricorso a tali trattamenti sanitari obbligatori, sviluppando le iniziative di prevenzione e di educazione sanitaria ed i rapporti organici tra servizi e comunità. La legge stabilisce inoltre che qualsiasi individuo può richiedere al sindaco la revoca o la modifica del provvedimento con il quale è stato disposto o prolungato il trattamento sanitario obbligatorio, e che il sindaco ha tempo dieci giorni per prendere una decisione.

Con la legge 180 si regola anche il TSO anche in ambito di regime ospedaliero: qualora esistano alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, se gli stessi non vengano accettati dall'infermo e se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere, si può procedere al ricovero obbligatorio presso strutture psichiatriche ospedaliere ed extraospedaliere, al fine di garantire comunque la continuità terapeutica. Il provvedimento con il quale il sindaco dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera deve essere notificato, entro 48 ore dal ricovero, tramite messo comunale, al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il comune, il quale, entro le successive 48 ore, provvede con decreto motivato a convalidare o non convalidare il provvedimento e ne dà comunicazione al sindaco. In caso di mancata convalida il sindaco dispone la cessazione del TSO. Nei casi in cui il trattamento sanitario obbligatorio debba protrarsi oltre il settimo giorno, ed in quelli di ulteriore prolungamento, il sanitario responsabile del servizio psichiatrico della unità sanitaria locale è tenuto a formulare, in tempo utile, una

proposta motivata al sindaco che ha disposto il ricovero, il quale ne dà comunicazione al giudice tutelare, indicando la ulteriore durata presumibile del trattamento stesso. Lo stesso sanitario è tenuto a comunicare al sindaco, sia in caso di dimissione del ricoverato che in continuità di degenza, la cessazione delle condizioni che richiedono l'obbligo del trattamento sanitario, oppure l'eventuale sopravvenuta impossibilità a proseguire il trattamento stesso. Il sindaco, entro 48 ore dal ricevimento della comunicazione del sanitario, ne dà notizia al giudice tutelare, il quale può adottare, qualora ne sussista la necessità, provvedimenti urgenti che possono occorrere per conservare e per amministrare il patrimonio dell'infermo [1].

DPR 7/04/1994 "Tutela salute mentale 1994-1996"

A seguito della riforma psichiatrica varata nel 1978 con la legge n. 180, sono maturati in Italia profondi cambiamenti culturali e organizzativi a tutti i livelli delle istituzioni pubbliche preposte al settore. Con la nuova disciplina legislativa infatti, è cambiato l'approccio alla malattia mentale e si è spostato l'asse portante delle istituzioni assistenziali dagli interventi fondati sul ricovero ospedaliero a quelli incentrati sui servizi territoriali. Malgrado ciò, i risultati ottenuti erano complessivamente insoddisfacenti, e soprattutto erano emerse profonde differenze tra le varie regioni italiane nell'ambito dei servizi predisposti e delle modalità di intervento. Quattro importanti questioni sono emerse come punti da riconsiderare, al fine di elevare ed omogeneizzare la qualità di intervento:

- costruzione in tutte le USL di una rete di strutture (territoriali psichiatriche, residenziali e semiresidenziali, ospedaliere);
- aumento e diversificazione delle competenze professionali degli operatori del settore;
- sviluppare un'organizzazione dipartimentale del lavoro, che garantisca il funzionamento integrato e continuativo dei servizi stessi;
- superare definitivamente il concetto di ospedale psichiatrico.

Di primaria importanza risulta quindi l'attuazione di una strategia di intervento tesa a rafforzare e completare quanto decretato dalla riforma del '78. Si tratta in linea concreta di:

- realizzare il presente progetto-obiettivo, attuandolo soprattutto a livello regionale;
- razionalizzare l'impiego delle risorse impegnate nel settore;
- attivare meccanismi di controllo partecipato sullo sviluppo del settore nei tre anni di validità del progetto-obiettivo.

Il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) nasce in questo contesto come struttura appartenente all'azienda-USL e ad esso fanno capo tutte le attività, territoriali e ospedaliere, dell'assistenza psichiatrica. In base a quanto stabilito, ciascun DSM, deve:

- avere un bacino di utenza non superiore ai 150,000 abitanti;
- garantire qualsiasi tipo di intervento, compresa l'urgenza;
- avere un organico pluriprofessionale unico e adeguato e una direzione unica;
- disporre di una sede, di ambulatori, posti letto ospedalieri, strutture semiresidenziali e residenziali.

Ciascun DSM inoltre deve essere dotato di:

- Centro di Salute Mentale (CSM): struttura territoriale e sede organizzativa del Dipartimento, aperto almeno 12 ore al giorno per 6 giorni a settimana. Il CSM deve garantire assistenza ambulatoriale e domiciliare agli utenti e ai loro familiari, collaborando con i servizi distrettuali di base, sociali e sanitari, e assicurando l'intervento in tutte le situazioni di urgenza. Inoltre deve partecipare attivamente ai programmi e alle iniziative di superamento delle strutture residue manicomiali di competenza.

- Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC): struttura che deve provvedere alla cura dei pazienti che necessitano di ricovero ospedaliero, accogliendo trattamenti volontari e obbligatori, e garantendo l'assistenza di pazienti in condizioni di emergenza. Ciascun SPDC deve essere dotato almeno di un letto ogni 10,000 abitanti e disporre di ampi spazi adeguati alle necessità dei pazienti ricoverati.
- Day Hospital psichiatrico (DH): struttura semi residenziale in cui vengono attuati i programmi terapeutici e riabilitativi a breve e medio termine programmati dal CSM, aperto almeno 8 ore al giorno, con la funzione di evitare ricoveri a tempo pieno e di limitarne la durata qualora essi si rendano indispensabili.
- Centro Diurno (CD): struttura semi residenziale con funzioni terapeutico-riabilitative, anch'esso aperto almeno 8 ore al giorno, rivolto soprattutto a quegli utenti i cui bisogni derivano da incapacità o difetti gravi nello stabilire validi rapporti interpersonali e sociali.
- Strutture Residenziali: fondamentali per tutti quei pazienti che necessitano di lungo-assistenza e di residenzialità protetta e semiprotetta, in trattamento riabilitativo, e che abbisognano dell'intermediazione dell'assistenza psichiatrica per lo svolgimento delle attività di vita quotidiana. Tali strutture devono essere dotate di non più di 20 posti letto ed accogliere pazienti del residuo manicomiale e i cosiddetti nuovi cronici.

Infine, è prevista la costituzione di gruppi appartamento per quei pazienti giunti in fase avanzata del loro reinserimento sociale, il tutto da realizzare nei tre anni di validità del progetto-obiettivo [2].

DPR 14/01/1997 "Requisiti minimi per le strutture psichiatriche"

Un altro importante passo viene fatto 3 anni dopo, quando lo Stato interviene per dare alle regioni dei limiti entro cui muoversi. Il Presidente della Repubblica infatti approva e definisce con il DPR del 14/01/1997 i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private. Alle regioni viene dato un anno di tempo, a partire dall'emanazione del decreto, per attuare le nuove disposizioni, mentre l'applicazione deve essere immediata in caso di realizzazione di nuove strutture o di trasformazione o ampliamento di quelle preesistenti. Con tale decreto sono stati stabiliti i requisiti minimi strumentali e tecnologici generali in termini di protezione antisismica, protezione anti-incendio, protezione acustica, sicurezza elettrica e continuità elettrica, sicurezza anti-infortunistica, igiene dei luoghi di lavoro, protezione dalle radiazioni ionizzanti, eliminazione delle barriere architettoniche, smaltimento dei rifiuti, condizioni microclimatiche, impianti di distribuzione dei gas, materiali esplodenti. Vengono di seguito riportati i requisiti minimi strutturali e tecnologici e organizzativi decretati per ogni singola struttura:

- CSM: numero di locali e spazi in relazione alla popolazione servita, presenza di personale medico e infermieristico per tutto l'orario di apertura, apertura 12 ore al giorno per 6 gg a settimana, intervento in situazioni di emergenza-urgenza e collegamento con il Dipartimento di Emergenza-Urgenza.
- CD: locali per lo svolgimento di attività di gruppo e per visite e/o colloqui, collocazione in normale contesto residenziale urbano (l fine di favorire i processi di socializzazione), presenza di personale medico specialistico e di psicologi programmata, apertura 8 ore al giorno per 6 gg a settimana.
- DH: locali e spazi in relazione alla popolazione servita, apertura 8 ore al gg per 6 gg a settimana, ubicato in presidi territoriali extra-ospedalieri (preferibilmente CSM e CD).

- Residenziale Psichiatrica: dedicate a utenti di esclusiva pertinenza psichiatrica, devono garantire il trattamento di situazioni di acuzie o di emergenza per le quali non risulti utile il ricovero ospedaliero, numero massimo di posti 20, collocate in normale contesto residenziale urbano per favorire i processi di socializzazione, presenza programmata di medici specialisti e altre figure professionali, presenza di personale di assistenza nelle 24 ore in strutture terapeutico-riabilitative e nelle 12 ore in strutture socio-riabilitative.
- Area di degenza: deve essere strutturata in modo da garantire il rispetto della privacy dell'utente ed un adeguato comfort di tipo alberghiero, camera di degenza: 9 mq per posto letto, non più di 4 posti letto per camera, almeno un servizio igienico ogni 4 posti letto, almeno il 10% delle stanze di degenza deve ospitare un solo letto. Per le aree di degenza pediatrica devono essere previsti spazi di soggiorno e svago ad uso esclusivo dei bambini, in proporzione al loro numero.

La verifica della permanenza dei requisiti minimi deve essere effettuata con periodicità almeno quinquennale e ogni qualvolta le regioni ne ravvisino le necessità ai fini del buon andamento delle attività sanitarie. Con il presente decreto viene inoltre stabilito che le regioni determinano gli standard di qualità che costituiscono requisiti ulteriori per l'accreditamento di strutture pubbliche e private in possesso dei requisiti minimi. Le regioni inoltre disciplinano le modalità per la richiesta di accreditamento da parte delle strutture autorizzate, la concessione e l'eventuale revoca dello stesso, nonché la verifica triennale circa la permanenza dei requisiti ulteriori richiesti per l'accreditamento medesimo [3].

DPR 10/11/1999 approvazione del progetto-obiettivo "tutela della salute mentale" 1998-2000

In seguito ai DPR del '94 e del '97, il Presidente della Repubblica approva il progetto-obiettivo "Tutela salute mentale 1998-2000" che costituisce adempimento prioritario da parte del Piano sanitario nazionale. Gli aspetti più significativi della strategia di intervento proposta con tale progetto possono essere così riassunti:

1. istituzione del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) quale organo di coordinamento per garantire l'unitarietà e l'integrazione dei servizi psichiatrici di uno stesso territorio;
2. individuazione della tipologia delle componenti organizzative del DSM e definizione dei relativi standard, in rapporto alla popolazione;
3. individuazione delle funzioni del DSM e di ciascuna delle componenti organizzative;
4. attivazione di collegamenti con altri servizi confinanti, quali medicina di base, medicina scolastica, guardia medica, consultorio, servizi sociali, neuropsichiatria infantile.

Grazie ai dati conoscitivi a nostra disposizione, è possibile affermare che, seppur con diversi gradi di realizzazione, il processo di riorganizzazione dell'assistenza psichiatrica in età adulta è stato avviato in tutte le regioni, e che notevoli progressi sono stati fatti rispetto al passato. In particolare, con la legge 229/99, si è provveduto al superamento degli ex Ospedali Psichiatrici (OP). Malgrado ciò, però, alcune problematiche necessitano ancora di essere adeguatamente affrontate: tra queste spiccano l'assenza di una specifica attenzione per i problemi della salute mentale in età evolutiva, la mancata istituzione di centri di costo per il monitoraggio delle spese, carenza di valutazioni sistematiche in ordine all'efficienza delle risorse impiegate e all'efficacia degli interventi attuati, nonché la presenza di situazioni di istituzionalizzazione che non sono state toccate dal processo di superamento degli ex OP. I principali obiettivi di salute che devono essere perseguiti, stabiliti in accordo con il Piano sanitario nazionale, prevedono l'azione complementare e coordinata dei soggetti e delle istituzioni che concorrono alla tutela della salute mentale e prevedono oltre alla promozione della salute mentale nell'intero ciclo di vita, azioni di prevenzione primaria e secondaria dei disturbi mentali mirate a individuare precocemente situazioni di disagio psicosociale, azioni di prevenzione terziaria

attraverso la riduzione delle conseguenze disabilitanti, e salvaguardia della salute mentale grazie al miglioramento del funzionamento dei nuclei familiari. Determinati quindi gli obiettivi prioritari, sono state individuate le azioni più opportune per intervenire:

1. abbandono di una prassi di attesa da parte dei servizi di salute mentale e l'attuazione di interventi attivi e diretti nel territorio;
2. formulazione di piani terapeutico-preventivi e riabilitativi personalizzati;
3. integrazione in tali piani dell'apporto di altri servizi sanitari;
4. applicazione di strategie terapeutiche giudicate di maggiore efficacia;
5. maggior coinvolgimento delle famiglie;
6. attivazione di programmi specifici di recupero dei pazienti che abbandonano il servizio;
7. sostegno alla nascita e al funzionamento di gruppi di mutuo-aiuto di familiari e di pazienti e di cooperative sociali, specie di quelle con finalità di inserimento lavorativo.

Il Dipartimento di Salute Mentale (DSM)

Come anche indicato dal piano sanitario nazionale, il modello organizzativo dipartimentale è da ritenersi il più idoneo per garantire l'unitarietà degli interventi e la continuità terapeutica, ovvero garantire interventi di emergenza/urgenza 24 ore su 24 in ogni giorno dell'anno. Con le norme e le indicazioni di seguito riportate ci si riferisce a DSM dei servizi di salute mentale per gli adulti, ma essi sono da ritenersi validi anche per i servizi dell'età evolutiva. Ciascun DSM quindi, deve attenersi a specifiche indicazioni:

- garantire l'individuazione delle specifiche risorse e l'omogenea programmazione del loro utilizzo, in collaborazione con le strutture operative dell'azienda USL e dell'azienda ospedaliera;
- l'attribuzione delle risorse ai singoli DSM deve tenere conto di esigenze specifiche documentate, ed il budget a disposizione negoziato annualmente dal direttore del DSM con la direzione generale dell'azienda sanitaria;
- in relazione alla densità della popolazione, ogni DSM può essere articolato in diverse subunità a direzione unica, fermo restando che il bacino di utenza non deve essere comunque superiore a 150,000 abitanti;
- presenza di almeno un operatore ogni 1,500 abitanti;
- attivare un nucleo di valutazione e miglioramento della qualità (MCQ), impegnato nella valutazione dell'efficacia e dell'efficienza delle attività condotte dal DSM;
- analizzare i dati relativi ai residenti nel territorio di competenza ricoverati con diagnosi psichiatrica in reparti ospedalieri diversi dallo SPDC, e conoscere il numero dei persi di vista.

Per quanto riguarda infine le componenti organizzative del DSM, esse non hanno subito modifiche rispetto a quanto dichiarato dal precedente progetto-obiettivo. I servizi essenziali costitutivi del DSM quindi restano il Centro di Salute Mentale, il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, il Day Hospital, il centro diurno, la residenza terapeutico-riabilitativa e socio-riabilitativa [4].

Discussione

In seguito alla valutazione dei decreti che negli anni hanno regolamentato la tutela della salute mentale, e attraverso un confronto tra questi e la reale situazione che oggi si evince nelle strutture psichiatriche italiane, la Commissione parlamentare d'inchiesta ha stilato un elenco delle criticità emerse, seguito da una serie di proposte di intervento. Il 30 luglio 2008 il Senato ha istituito una Commissione parlamentare di inchiesta per la valutazione dell'efficacia e dell'efficienza del Servizio Sanitario Nazio-

nale. In particolare, ha svolto un'inchiesta sui Dipartimenti di salute mentale finalizzata ad una ricognizione sullo stato dei Servizi, mediante sopralluoghi ed audizioni. La Commissione ha operato nella consapevolezza che le conoscenze scientifiche e cliniche della psichiatria di oggi sono in continua evoluzione, e che questo può comportare una serie di mutamenti e aggiornamenti non solo nell'organizzazione dei servizi preposti, ma anche nelle politiche di prevenzione delle malattie e delle disabilità, negli interventi di sostegno alle famiglie, e nelle azioni di difesa dei diritti degli utenti.

Commissione parlamentare d'inchiesta e principali criticità emerse

Il problema più eclatante emerso in seguito a tale indagine, è dovuto all'enorme difformità dei Servizi sul territorio nazionale: si è visto infatti come le normative nazionali non abbiano trovato applicazione uniforme a livello delle singole regioni, portando a differenze, talvolta sostanziali, nelle possibilità di cura del cittadino in relazione al luogo di vita. Laddove le normative non sono state applicate in modo completo, o non sono state affatto applicate, per disimpegno politico o incapacità amministrativa, sono conseguite carenze negli interventi sociosanitari per la psichiatria a livello regionale e locale. Le principali criticità emerse che necessitano di essere menzionate sono:

- l'apertura solo diurna dei CSM, spesso per fasce orarie ridotte, con conseguente ricorso alla domanda di posti letto nell'ambito ospedaliero dell'SPDC;
- l'esiguità di interventi territoriali individualizzati ed integrati con il sociale, che frequentemente si limitano a semplici visite ambulatoriali ogni due/tre mesi, prevalentemente per prescrizioni farmacologiche;
- la persistenza, malgrado i processi legislativi di de-istituzionalizzazione, delle comunità ex-articolo 26, più simili a contenitori sociosanitari che a luoghi con valenza riabilitativa;
- possibilità di ricovero in cliniche private convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale, accessibili anche senza coordinamento da parte dei CSM;
- un controllo non sempre completo e non sempre garantito da parte degli organi sanitari di controllo, criticità questa denunciata più e più volte da parte delle associazioni di utenti e familiari.

Oltre a tali criticità, l'inchiesta ha evidenziato in ciascuna tipologia di struttura, alcune specifiche disfunzioni, anche rispetto al processo di differenziazione territoriale:

- i DSM non solo differiscono molto tra loro per le diverse opportunità di cura, ma spesso non riescono ad uniformare l'offerta sanitaria neanche sul loro stesso territorio;
- gli SPDC, che rappresentano l'unica struttura presente all'interno degli ospedali, restano ancora oggi per di più luoghi chiusi, ove peraltro si ricorre ancora in alcuni casi alle pratiche di contenzione; non tutti sono attrezzati per interventi riabilitativi, e spesso l'unica possibilità terapeutica è rappresentata dalla sola psicofarmacologia;
- per quanto concerne i servizi di neuropsichiatria infantile, i sopralluoghi effettuati hanno dimostrato una carenza e una difformità di presenza dei posti letto ospedalieri e dei servizi territoriali per minori sul territorio;
- tranne che in pochi casi, i CSM risultano aperti solo di giorno per 5 giorni a settimana, scaricando nelle restanti fasce orarie le funzioni di cura al Pronto Soccorso dell'Ospedale;

- in seguito alla legge 180 e al superamento degli Ospedali Psichiatrici, ciascuna regione ha dato avvio all'edificazione di strutture intermedie, complessivamente definite comunità riabilitative, all'interno delle quali le criticità emerse sono state molteplici: in molti casi esse sono risultate molto onerose dal punto di vista economico e non efficienti in termini di esito; ridotto turn-over dei ricoveri, che spesso ha condotto situazioni di istituzionalizzazione sanitaria di seconda generazione; scarse possibilità di inserimento lavorativo; limitate sono le esperienze di gruppi-appartamento in mutuo-aiuto;
- carenza di strutture semiresidenziali e residenziali per la cura dei disturbi psicopatologici più gravi delle fasce adolescenziali, che non possono trovare risposta nelle strutture per gli adulti.

Proposte d'intervento

1. Prevenzione: il maggior intervento sanitario deve essere di tipo preventivo del disagio, ed attuato soprattutto ad opera dei CSM per quanto riguarda le operazioni di coordinamento, essendo le strutture più vicine ai luoghi di vita.
2. Livelli essenziali di assistenza (LEA) e Diagnosis Related Groups (Raggruppamenti omogenei di diagnosi – DRG) di percorso – CSM accessibili 24 ore al giorno: gli interventi sanitari e sociali devono essere più integrati e individualizzati per contenuti e risorse. Laddove necessario potrebbe essere utile implementare, o istituire se non presenti, posti letto accessibili sulle 24 ore nei CSM territoriali, per ridurre il ricorso all'ospedalizzazione in SPDC nelle situazioni acute e subacute.
3. Potenziamento delle capacità dell'utente: la programmazione sanitaria psichiatrica deve essere finalizzata alla valorizzazione delle competenze della persona, implementando la partecipazione attiva degli utenti e familiari dei Servizi. I TSO non devono sottendere comportamenti di medicina difensiva, non devono arginare una pericolosità sociale: a tale scopo fondamentale risulta essere uno stretto collegamento con la Medicina di base sul territorio.
4. Interventi sul servizio psichiatrico di diagnosi e cura: fornire prestazioni riabilitative psicosociali precoci, già in fase di acuzie, già durante la degenza. È necessario contenere il fenomeno del ricorso ai posti letto ospedalieri, aumentando quelli a disposizione del CSM.
5. Prevenzione della contenzione fisica: ancora oggi risultano essere in uso in molti SPDC pratiche contenitive, motivo per cui si rende necessaria l'imposizione di rigorosi protocolli di prevenzione delle stesse, come il divieto di fasce contenitive già applicate ai letti.
6. Norme della terapie elettroconvulsivante (ETC): divieto di prescrizione off-label; utilizzarla solo il sala operatoria, in presidi nei quali sia presente una divisione di anestesia; obbligo di nulla-osta neurologico in via preliminare e di follow-up neuropsicologico per il monitoraggio degli eventi avversi; definizione del numero massimo di esposizione ai cicli ETC.
7. Interventi di riconversione della residenzialità riabilitativa: la residenzialità riabilitativa deve essere posta sotto il continuo controllo dei CSM; sono state ipotizzate alcune soluzioni graduate secondo le diverse necessità degli utenti: comunità sanitarie riabilitative che offrono una degenza di massimo un anno, con presenza di personale sanitario e psico-socio-educativo sulle 24 ore; soluzioni residenziali organizzate in piccoli appartamenti; case-famiglia, senza vincoli temporali di permanenza, dotati di posti letto non superiori ai sei; gruppi-appartamento, nei quali non sarebbe necessaria la presenza di personale sanitario. Al termine dei programmi di cura residenziale, deve essere previsto un prosieguo del trattamento riabilitativo ed assistenziale da parte del CSM sul territorio. [5]

Conclusioni

Nel contesto sanitario italiano, le normative vigenti sulla tutela della salute mentale offrirebbero, se regolarmente applicate, sufficienti possibilità di attuazione e organizzazione dei servizi. Come già delineato dalla legge 13 maggio 1978, n. 180, infatti, attraverso una filosofia di cura territoriale che stimoli la comunicazione e l'interazione tra i diversi servizi psichiatrici, potenzi la consapevolezza delle famiglie degli utenti sulle problematiche legate alla tutela salute mentale, assistendole nel contempo nel processo terapeutico e riabilitativo dei soggetti affetti da disturbi psichiatrici, si potrebbero ottenere i risultati auspicati. Laddove la normativa vigente è stata applicata tempestivamente e i servizi di salute mentale sono stati realizzati in modo efficiente, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha valutato gli stessi come un modello di eccellenza internazionale; ove ciò non è avvenuto invece sono emerse lacune, talvolta anche gravi, nella rete globale dell'assistenza sanitaria nazionale. Inoltre, altro aspetto importante emerso in seguito all'inchiesta, è la difformità di servizi che si è prodotta sul territorio italiano, a causa delle diverse declinazioni regionali delle normative nazionali. Questo ha infatti condotto a differenze talvolta sostanziali nelle possibilità di cura del cittadino in relazione al luogo di vita. Concludendo, attualmente non risulta necessario regolamentare modificare le leggi già in vigore relative ai servizi psichiatrici per l'assistenza dei cittadini, ma sarebbe auspicabile una globale e più scrupolosa attuazione delle normative già esistenti, attraverso una regolamentazione più cogente con dispositivi di penalizzazione economica per le regioni inadempienti, al fine di raggiungere pienamente e su tutto il territorio nazionale gli obiettivi che ciascun decreto aveva prefissato.

Bibliografia

1. Legge 13 maggio 1978, n. 180 "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori" pubblicata nella Gazzetta Ufficiale 16 maggio 1978, n. 133.
2. Decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 1994, "Tutela salute mentale 1994-1996" pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 93 del 22 aprile 1994.
3. Decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997, "Requisiti minimi per le strutture psichiatriche" pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 42 del 20 febbraio 1997.
4. Decreto del Presidente della Repubblica 10 novembre 1999, approvazione del progetto obiettivo "Tutela salute mentale 1998-2000" pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 274 del 22 novembre 1999.
5. Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale – XVI legislatura. Seduta n. 191 del 30 gennaio 2013.