



default watermark

L'obiettivo è accendere i fari sulle necessità e urgenze delle cure psichiatriche in Italia e nei territori partendo da un'analisi approfondita dei dati per proporre le direttrici di una riforma della Salute mentale da attuare nel Paese partendo dal basso e dall'esperienza quotidiana vissuta nei luoghi della cura, del disagio e della sofferenza, nei dipartimenti che innervano il tessuto assistenziale.

• spiega Ducci. Fari puntati sulle priorità per i servizi di salute mentale nel nostro Paese per proporre un programma strategico per il miglioramento e lo sviluppo dei Dipartimenti di Salute Mentale in Italia. Il primo nodo è il sottofinanziamento che in base allo standard fissato oltre 20 anni fa (nel 2001) dovrebbe essere il 5% della torta come obiettivo minimo raccomandato per i Paesi a basso e medio reddito e che invece in Italia è attestato a una media che non supera il 3% a fronte del 10% dello standard internazionale (Francia, Germania, Canada, Regno Unito).

I mancati investimenti in Salute mentale si traducono in maggiori costi diretti e indiretti – aggiunge Starace – (3,3% del Pil stima Ocse di cui lo 0,2% per cure psichiatriche). Il sottofinanziamento della salute mentale genera infatti costi maggiori per l'intero sistema per ricoveri, farmaci, perdita di produttività e impatto familiare.

La proposta del Collegio nazionale dei Dipartimenti di Salute mentale per una svolta e il cambiamento si traduce in 3 strategie: rifinanziare e ampliare le previsioni e l'intesa siglata nel 2022, con progetti di rafforzamento dei dipartimenti attraverso fondi vincolati e rendicontazione di risultati superando l'attuale frammentazione (tipo quella del bonus psicologo). Poi raggiungere il faro del 5% del fondo sanitario nazionale che significa mobilitare circa 2,3 miliardi annui integrando risorse PNRR e adeguando gli standard di personale. Infine riallocare le risorse regionali incentivando i territori sotto media nazionale a redistribuire fondi interni, mobilitando centinaia di milioni e riducendo disuguaglianze territoriali. Quando si parla di risorse aggiunge Ducci non si fa riferimento solo a quelle economiche: l'obiettivo prioritario è infatti l'adeguamento degli organici agli standard Agenas, approvati in Conferenza Stato Regioni tre anni fa e migliorare i processi di reclutamento, responsabilizzando anche la componente universitaria per favorire l'ingresso del personale in formazione nei Dipartimenti. Poi la questione del modello organizzativo: vale a dire dipartimento integrato con le dipendenze patologiche e i servizi per età evolutiva, la transizione adolescente adulto, la multidisciplinarietà come valore organizzativo, culturale e strategico.

Un nuovo modello organizzativo che distingue la Psichiatria come disciplina medica e la Salute Mentale come sistema interdisciplinare, valorizzando le diverse professionalità.

Il Dipartimento di Salute Mentale è infatti un'organizzazione multiprofessionale che integra discipline complementari e professionalità diverse. I principi guida? Sono la recovery, l'empowerment degli utenti e professionisti, l'inclusione sociale e lotta allo stigma laddove i nodi da sciogliere attuali sono l'attuale modello di psichiatria generalista dominante, la prevalenza dell'approccio medico-farmacologico, la carenza di trattamenti psicosociali efficaci e la necessità di modelli scientificamente validati. Noi proponiamo continua Ducci PDTA integrati per adulti, dipendenze e infanzia e adolescenza, modelli stepped care meno invasivi, budget di Salute per integrazione sociale, ampliamento delle porte d'ingresso ai servizi tenendo ben presenti i nuovi bisogni emergenti relativi ai disturbi alimentari, neurosviluppo (spettro autistico, ADHD e disabilità intellettive), disturbi di personalità (comorbidità con abuso di sostanze) la regolazione emotiva (adolescenti in transizione verso età adulta). A fronte di ciò occorre migliorare l'accesso e la qualità delle cure puntando sull'accesso ampliato (visite psicologiche, triage infermieristici, primo contatto con assistenti sociali e reti di prossimità), il superamento del modello medico-centrico, (rafforzamento degli interventi psicosociali, psicoterapia e riabilitazione con psicologi ed educatori), e sicurezza degli ambienti (dignità utenti, sicurezza operatori e superamento stigma interno) tenendo sempre ben presenti i fari della Prevenzione selettiva (nelle scuole su ritiro sociale, fobia scolastica, consumo di sostanze), della integrazione territoriale (sinergie con medicina primaria nelle Case della Comunità), dell'intervento precoce (programmi dedicati alla psicopatologia dell'adolescenza e giovani adulti), e delle reti di comunità (coinvolgimento di associazionismo, enti locali, settori produttivi).

Cruciale poi il rapporto tra psichiatria e giustizia, un solo dato: il 10-15% della popolazione detenuta ha un disturbo mentale grave (6.000-9.000 persone), ma esistono solo 320 posti in 33 sezioni specializzate per circa 60 mila detenuti in Italia.

Il superamento dell'ospedale Psichiatrico giudiziario ha avuto conseguenze drammatiche sui servizi di Salute mentale a causa dell'enorme dilatazione delle misure di sicurezza non detentive. Oggi le strutture residenziali ed ospedaliere sono occupate in misura significativa da persone soggette a misure di sicurezza di tipo psichiatrico, anche in presenza di situazioni che con la psichiatria hanno solo un contatto marginale. Ci² ha riproposto drammaticamente nei servizi di salute mentale quelle funzioni custodialistiche che si pensava di aver superato definitivamente con la legge 180. Rivendichiamo il mandato di cura e non di controllo da parte dei DSM. Oggi la non imputabilità è spesso estesa a disturbi di personalità che gonfia il ricorso alle REMS causando liste d'attesa e detenuti che non dovrebbero essere in quelle strutture. Così i soggetti non imputabili sono seguiti dai Dipartimenti di Salute mentale con funzioni custodiali mentre imputabili nel circuito penitenziario con accesso limitato. La nostra proposta di riforma passa per la revisione del Codice penale per definire/modificare la non imputabilità riconoscendo funzioni cognitive, emotive e relazionali complesse, il rafforzamento del sistema della salute mentale in ambito penale, la definizione di nuovi percorsi dentro e fuori le strutture penitenziarie, una migliore sicurezza delle Rems e la riduzione degli internati (abbattere liste d'attesa e migliorare opportunità di cura con misure non detentive per non imputabili).

Infine, la formazione e la ricerca: i Dsm devono essere soggetti attivi e protagonisti della formazione dei medici e degli specialisti, nonché delle altre professioni sanitarie. L'esigenza è anche di valorizzare il ruolo della psicologia clinica e dello psicologo distrettuale come espressione territoriale di base dei DSM (all'interno delle Case della comunità), il governo della rete degli accreditati (che in alcune realtà assorbe oltre il 40% della spesa), in integrazione e non competizione con pubblico, puntare sull'integrazione sociosanitaria, adottare il paradigma del budget di Salute (in termini di partecipazione, progettazione, coordinamento e inclusione).

Alcune delle Piazze collegate

La Piazza della Prefettura a Catanzaro, la Piazza Ghiaia a Parma, De Ferrari a Genova, il Palazzo Arese Borromeo in Brianza, la Sala Consiliare del Comune di Tolmezzo, Casa Berva presso il Comune di Cassano d'Adda in provincia di Milano, Piazza San Carlo a Torino, La Chiesa della S.S. Trinità, in Via del Pistone a Monferrato (Asti), Piazza San Graziano a Novara. E poi Teatro Fondazione Cariciv in Piazza Verdi a Civitavecchia, Piazza Sempione, la sede del Liceo Dante Alighieri e lo Spazio oratorio Santa Maria della Salute di Primavalle, i Caselli Romani, Minturno e decine di altre strade e Piazze a Roma, consiglio comunale di Cagliari, Piazza Politeama a Palermo, Villa Belvedere ad Acireale, Piazza della Repubblica a Foligno, Chiostro di San Pietro a Perugia.

Contatti:

Immediapress

Ufficio stampa Motore Sanità

Liliana Carbone ☎ 347 2642114

comunicazione@motoresanita.it

COMUNICATO STAMPA SPONSORIZZATO: Immediapress Ã un servizio di diffusione di comunicati stampa in testo originale redatto direttamente dallâ?ente che lo emette. Lâ?Adnkronos e Immediapress non sono responsabili per i contenuti dei comunicati trasmessi

â??

immediapress

Categoria

1. Comunicati

Tag

1. ImmediaPress

Data di creazione

Ottobre 10, 2025

Autore

redazione

default watermark