



**La centralità del DSM nella rete socio-sanitaria e
nella continuità ospedale/territorio**

Giuseppe Cardamone

Direttore Area Salute Mentale Adulti – Azienda USL Toscana Centro

Il DSM ha costituito, al contempo, l'articolazione organizzativa e lo strumento operativo che ha completato i processi di deistituzionalizzazione prima e lo sviluppo della rete territoriale dopo.



Tali eventi sono accaduti con tempi, modalità e applicazioni differenti sul territorio italiano. Diventa pertanto molto difficile oggi leggere in una prospettiva unitaria la realtà dei DSM.



È tuttavia importante ricordare che quando parliamo di DSM ci riferiamo all'articolazione organizzativa che sovrintende a tutte le attività della salute mentale, volte ad aggiornare le linee di indirizzo nazionali e i piani socio-sanitari regionali sulla base della propria cultura organizzativa e delle proprie risorse professionali e materiali.



La composizione del DSM è eterogenea, comprendendo le aree per gli adulti, per i minori e per le dipendenze patologiche. Ma indipendentemente dalle modalità organizzative resta un obiettivo strategico quello di un sempre maggiore coordinamento.



Particolarmente sentita è l'esigenza di un'accelerazione dei processi di confronto fra servizi di salute mentale e per le dipendenze patologiche, con l'obiettivo di migliorare le forme di coordinamento dei modelli di intervento esistenti e di elaborarne di nuovi.



Importante è la differente disponibilità tra i DSM toscani in termini di strutture, di risorse impegnate, di percorsi di cura possibili e di qualità delle risposte. Tali differenze emergono quando si va a valutare la disponibilità di strutture attive nel territorio, i tempi di apertura, le liste di attesa, la quantità e la qualità dei posti residenziali, le modalità di risposta alla emergenza e alla crisi (n. di posti letto in SPDC).



Non è disponibile un dato nazionale sulla quota percentuale di finanziamento per la salute mentale, nonostante sia riconosciuta l'esistenza di aziende sanitarie che destinano al DSM un finanziamento pari al 5% della spesa sanitaria complessiva.



Un DSM più abile nell'intercettare e rispondere alle nuove domande deve:

1. prestare attenzione non solo all'organizzazione ma anche alle progettualità,
2. saper sviluppare connessioni (fra persone, fra organizzazioni, fra settori...)
3. essere centrato più sui bisogni dell'utente che sull'offerta
4. mantenere un equilibrio fra territorializzazione e cooperazione interterritoriale
5. coordinare e integrare le risorse pubbliche e quelle degli erogatori accreditati



Va sottolineato che il sistemato dei servizi pubblici di salute mentale ha anticipato culturalmente e sperimentato istituzionalmente alcune grandi intuizioni della medicina e della ricerca in sanità:



1. la centralità ordinante delle storie e delle biografie
2. la continuità dei percorsi fra contesti e nel corso del tempo
3. la presa in carico della cronicità
4. l'intreccio fra biologia, biografie e dimensione socioantropologica



Tutto ciò è a alto rischio di marginalizzazione. Una marginalizzazione che è organizzativa e culturale. Di fronte del rischio di perdita di questa grande eredità, occorre rimettere i principi ispiratori della salute mentale di comunità al centro dell'operatività dei servizi e dei processi formativi.



Priorità:

1. centralità dei diritti sociali e di cittadinanza
2. sviluppo dei sistemi di monitoraggio dei processi e degli esiti.
3. rilancio del lavoro di equipe
4. sviluppare percorsi di formazione, intervento e ricerca che sappiano sfruttare al meglio le conoscenze scientifiche (della scienza hard ma anche delle scienze umane applicate) e arrivare in tal modo ad esercitare una leadership scientifica e culturale rispetto alle progettualità complessive che i territori sviluppino e promuovono.



Sfide:

La popolazione migrante, in generale, e i richiedenti asilo e rifugiati, in particolare, costituiscono un rompicapo clinico, socioantropologico e istituzionale che rischia di mettere in crisi la modalità consuetudinaria di funzionamento dei Servizi.



Esempi non esaustivi di simili evenienze critiche:

- Le difficoltà di comunicazione linguistica si costituiscano come barriera alla comprensione, ma anche alla relazione (con i conseguenti problemi di mancata compliance, fino al rischio di malpractice). L'uso della lingua dell'utente in clinica (ML-C) non è un mero gesto di ospitalità, ma azione tecnica volta a favorire il protagonismo dell'utente e il suo empowerment individuale e culturale



- Le presentazioni sintomatiche, le fenomenologie cliniche e le logiche di azione dei migranti rischiano inoltre di rimanere difficilmente decifrabili e collocabili nosograficamente se non si riesce ad accedere alla dimensione culturale nel cui ambito i pazienti sono cresciuti (inculturazione iniziale e acculturazioni successive nel paese di origine o altrove).



- Le popolazioni migranti fanno sì che i Servizi debbano confrontarsi con dimensioni istituzionali originarie (ad es. le diverse forme e organizzazioni familiari nelle diverse culture) o nella società di arrivo (ad es. il sistema di accoglienza per richiedenti asilo e rifugiati) per nulla o poco conosciute.



Tutto ciò tende a produrre:

- Non accessibilità dei servizi
- Ricoveri più lunghi, con maggior ricorso a misure di contenzione e con dimissioni complicate
 - Maggiore incertezza diagnostica
 - Non compliance dell'utenza
 - Drop out



Occorre che i DSM:

- Si dotino di conoscenze, competenze, strumenti operativi adeguati alle sfide cliniche;
 - Sviluppino capacità di lavoro clinico, ma anche territoriale, con le nuove dimensioni istituzionali che i flussi migratori e la loro gestione pongono innanzi
- Interagiscano con le progettualità che maturano in altri ambiti istituzionali o in altri settori (es. Progetto SPRINT)



GIR (Gruppo Interdisciplinare Regionale)		Psicoterapeuta/Antropologo/Mediatori linguistico-culturali
EMM ASL Centro	Trasversali	Educatori/Antropologi/Mediatori linguistico-culturali
	<i>Firenze (Comune)</i>	4 Psicoterapeuti/e
	<i>Firenze (Mugello)</i>	1Psicoterapeuta
	<i>Firenze (Empoli)</i>	1 Psicoterapeuta
	<i>Prato</i>	2 Psicoterapeuti
	<i>Pistoia</i>	1 Psicoterapeuta
EMM ASL Nord-Ovest	Trasversali	Educatori/Antropologi/Mediatori linguistico-culturali
	<i>Lucca (Capannori e Valle del Serchio)</i>	1 Psicoterapeuta
	<i>Lucca (Piana di Lucca e Versilia)</i>	1 Psicoterapeuta
	<i>Massa Carrara</i>	1 Psicoterapeuta
	<i>Pisa</i>	1 Psicoterapeuta
	<i>Livorno</i>	1 Psicoterapeuta:
EMM ASL Sud-Est	Trasversali	Educatrici/Antropologi/Mediatori linguistico-culturali
	<i>Siena</i>	1 Psicoterapeuta
	<i>Arezzo</i>	1 Psicoterapeuta
	<i>Grosseto</i>	1 Psicoterapeuta

Composizione dell'Equipe:

9 psicoterapeuti/e

2 antropologi (1 M e 1 F)

6 educatori/educatrici

N mediatori linguistico-culturali



Richieste di attivazione per Provincia e per trimestre

Provincia	v.a.	Periodo	v.a.
Firenze	143	I trimestre	256
Lucca	102	II trimestre	209
Prato	72	III trimestre	100
Grosseto	61	IV trimestre	20
Pistoia	51		
Siena	41		
Arezzo	37		
Livorno	27		
Massa-Carrara	26		
Pisa	25		
Totale	585	Totale	585



Condizione della persona al momento della richiesta di attivazione

Condizione	v.a.	% su tot. risp.
Aveva già beneficiato di intervento psicol./psych. dell'ente gestore	146	25,8%
Si riteneva plausibile che la persona avesse subito tortura*	143	24,4%
Già in carico ad un DSM prima di SPRINT*	83	14,2%
Stava assumendo psicofarmaci	80	14,2%
Era già stata ricoverata in SPDC prima di SPRINT*	45	7,7%
Era stata sottoposta a un TSO*	9	1,5%



Prese in carico per nazionalità e genere della persona. Primi dieci Paesi

Paese	Maschi	Femmine	Totale	% F/M
Nigeria	136	89	225	38,6
Gambia	54	1	55	1,8
Senegal	33	1	34	2,9
Mali	31	-	31	-
Ghana	26	2	28	7,1
Guinea	22	4	26	15,4
Pakistan	25	-	25	-
Costa d'Avorio	16	6	22	27,3
Somalia	19	3	22	13,6
Camerun	12	9	21	42,9
Altri Paesi	63	11	74	14,9
Totale Risultato	436	122	558	21,9

