



I servizi ad elevata integrazione socio-sanitaria

Salute mentale



Riforma Basaglia

Legge 13 maggio 1978, n. 180

Il manicomio
non serve a curare
la malattia mentale
ma solo a distruggere
il paziente
Franco Basaglia



Io ho detto
che non so
cosa sia la follia.
Può essere tutto
o niente. È una
condizione
umana.
In noi
la follia esiste
ed è presente
come lo è
la ragione.

Conferenza brasiliana, 1979

Radicali cambiamenti organizzativi in campo psichiatrico e a livello socio-culturale



Riforma Basaglia

Legge 13 maggio **1978**, n. 180



Abolizione trattamento coatto



Dignità della persona con disturbi mentali
differente concezione della malattia mentale



Creazione di strutture territoriali extra-ospedaliere

«PROSSIMITÀ» TRA LUOGO DI CURA E DI
VITA DELLA PERSONA IN TRATTAMENTO

* «**CONTROLLO**» DEI MALATI MENTALI

TERRITORIALIZZAZIONE E DOMICILIARIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI

* «**PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE DEI DISTURBI MENTALI**»

1978 2020



«Percepire l'invisibile»

“Quasi tutti siamo invisibili. Ogni giorno mi posso sentire invisibile. Gli invisibili di oggi sono le persone che vivono ai margini. Anche le persone anziane sono invisibili”.

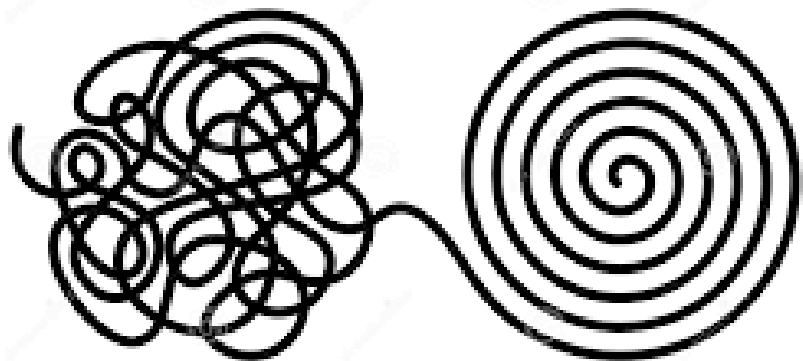
<https://www.dire.it/10-10-2020/513681-video-salute-mentale-gli-utenti-del-centro-diurno-a-roma-scrivono-la-sceneggiatura-di-un-film/>

Avvicinarsi ai cambiamenti auspicati



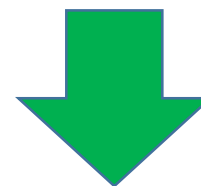
Organizzativi

Culturali



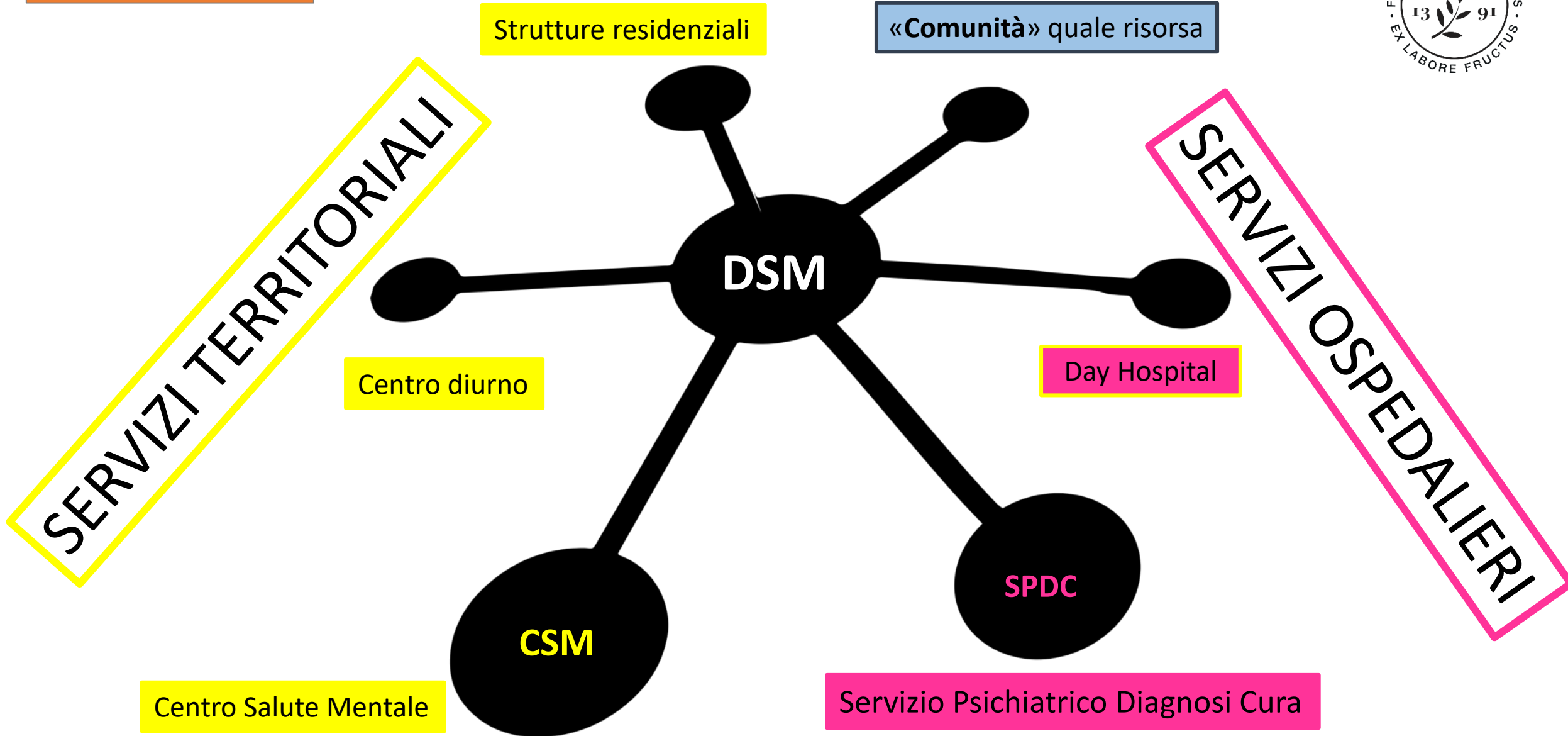
bussola di orientamento

Progetto obiettivo «Tutela della salute mentale»
1994-1996; 1998-2000



Delineano gli assetti organizzativi della rete dei servizi assistenziali per la tutela della salute mentale e la presa in carico dei disturbi psichiatrici

RETE SERVIZI



Centro Salute Mentale

Servizio Psichiatrico Diagnosi Cura

La salute mentale nelle varie fasi della vita

https://www.istat.it/it/files/2018/07/Report_Salute_mentale.pdf



Alcuni esempi:

- Disagi giovanili: dipendenze, disturbi della personalità (borderline, antisociale, autolesionismo non suicidario, ...) del comportamento alimentare (anoressia, bulimia), ecc
- Disagi adulti: depressioni, ansia
- Disagi dell'invecchiamento: demenze senili

DSM-5 (2013)

«Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali»

Rilevamento entità del fenomeno nel nostro paese: ISTAT

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2932_allegato.pdf

«Dipendenze patologiche»



Anni Settanta: emersione fenomeno **tossicodipendenza**

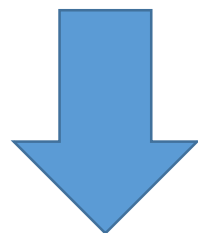
stupefacenti e
sostanze psicotrope

Stereotipie e stigma → ***Eroinomane*** = «deviante», *privo di volontà, sporco, socialmente «pericoloso», ecc.*

**Interventi normativi di tipo
«repressivo»**

Le prime forme di «*presa in carico*» del fenomeno (servizi e comunità terapeutiche) provengono dalle associazioni di volontariato e del privato sociale (v. Gruppo Abele, San Patrignano, Exodus, Giovanni XXIII, ecc..).

Le prime forme di «*presa in carico*» del fenomeno (servizi e comunità terapeutiche) provengono dalle ***associazioni di volontariato e del privato sociale (anni '70)***



Aiutano per una nuova interpretazione del problema come «problema sociale», da cui il bisogno di differenti modalità di intervento, ***preventivo e riabilitativo***, di tipo pubblico → (Usl, medici di medicina generale, medici psichiatri) e differenti provvedimenti normativi (**L.685/1975** disciplina delle sostanze psicotrope; prevenzione cura e riabilitazione nei relativi stati di tossicodipendenza).



Anni ottanta: diffusione dell'infezione da HIV → *riduzione del danno*

ANNI NOVANTA

... Cambio dello scenario



- *nuovo mercato: le «droghe sintetiche»*
- *doppia diagnosi (comorbidità psichiatrica)*
- *poliabuso*
- *tipologia dei consumatori (giovani)*



Necessità di ripensare le strategie
ed i programmi di intervento

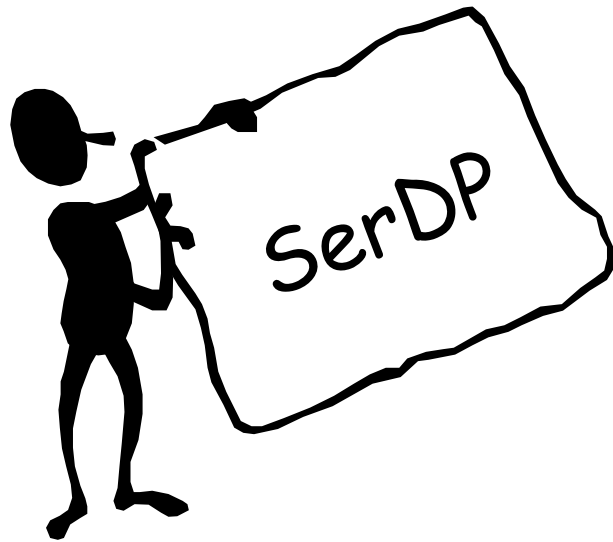
ANNI NOVANTA

La dipendenza da droghe **vecchie e nuove** diventa un fenomeno sempre più diffuso nella popolazione assieme a ulteriori **forme di dipendenza** → (gioco d'azzardo, sesso, farmaci, alcol, cibo, shopping compulsivo, «internet abuse»...)

L. 162/1990 (introduce una differenziazione tra *consumo*, dose media giornaliera, e *commercio illecito*; istituisce il **Servizi Pubblici per le tossicodipendenze (SERT)** attivati di norma in ogni Distretto delle ASL ed afferenti al Dipartimento di Prevenzione

D.P.R. n. 309/1990 (Testo unico delle leggi di disciplina della materia)
(art.106) Centri di informazione e consulenza nelle scuole (C.I.C), (servizio erogato dal SerT) svolgono attività di informazione e consulenza per i *bisogni* dei giovani studenti





1. ORGANIZZAZIONE

In genere la responsabilità del SerDP è affidata ad un dirigente Medico ed i servizi erogati riguardano interventi di informazione e consulenza (es. CIC), prevenzione, riduzione del danno (es. educatori *on the road* → servizio «a bassa soglia»), sostegno, orientamento e «cura».

2. FIGURE PROFESSIONALI

Sono dotati di organici comprendenti diverse figure professionali: medici (specialisti in farmacologia, infettivologia, psichiatria, ecc.), sociologi, psicologi, assistenti sociali, educatori professionali, infermieri ed amministrativi → EQUIPE MULTIPROFESSIONALE

3. COMPITI

Al SerDP sono demandate le attività “pubbliche” di prevenzione, riabilitazione (*tramite programmi personalizzati o di accesso a comunità terapeutiche*) e reinserimento sociale relative alle dipendenze patologiche.

I servizi ad elevata integrazione socio-sanitaria

