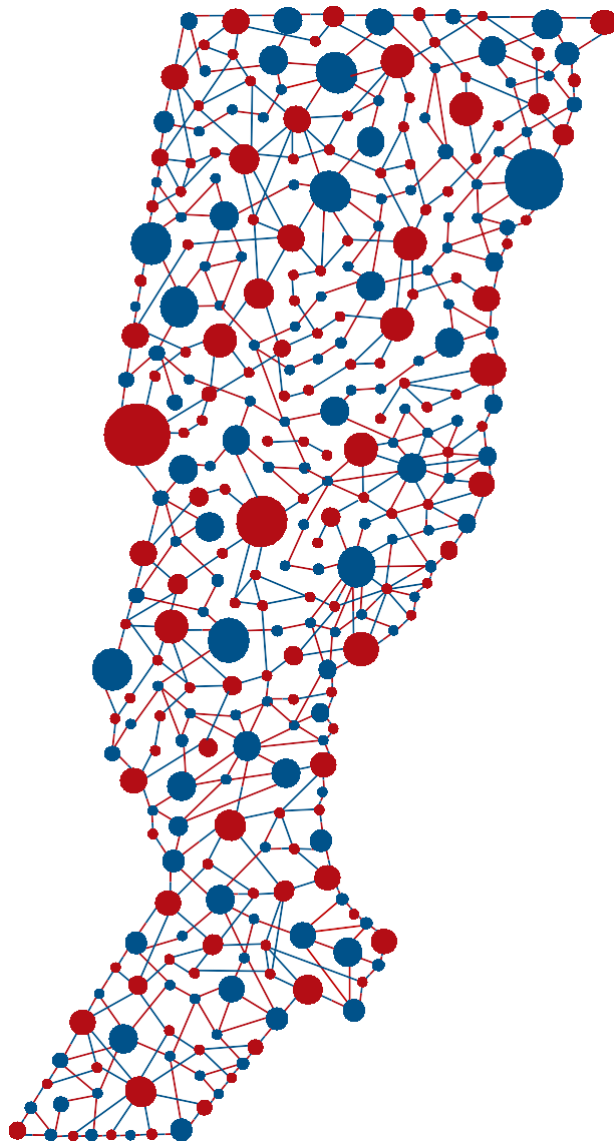


**Bozza
preliminare**

Plan Provincial de Salud Mental



Santa Fe
Provincia

Ministerio
de Salud

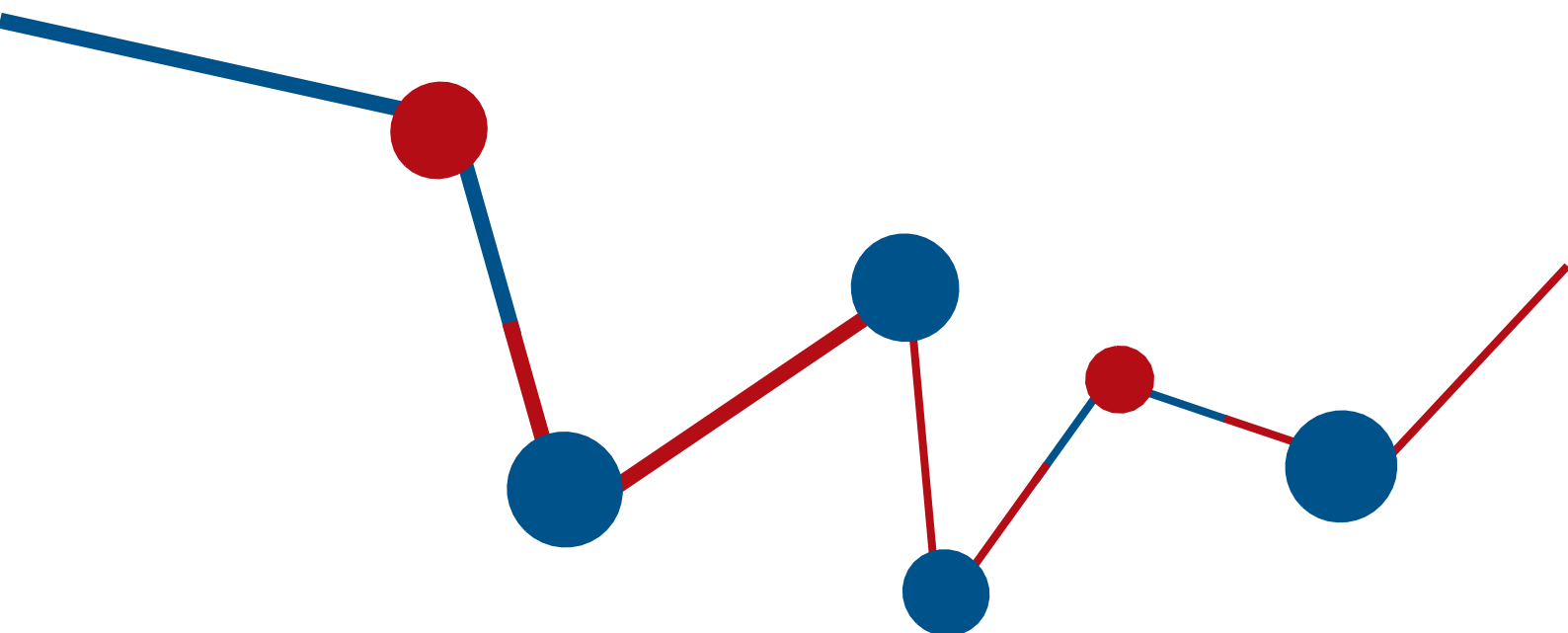
Dirección Provincial
de Salud Mental



Contenuto



1- Introduzione	3
2- Sfondo	4
3- Quadro normativo	7
4- Quadro giuridico e tecnico	8
4.1- Internazionale	8
4.2- Nazionale.....	9
4.3- Provinciale	9
5- Progettazione del Piano Provinciale di Salute Mentale.....	10
5.1- Visione e scopo	10
5.2- Principi trasversali che regolano il Piano provinciale per la salute maschile	10
5.3- Stato attuale	10
5.4- Assi di lavoro e obiettivi	16



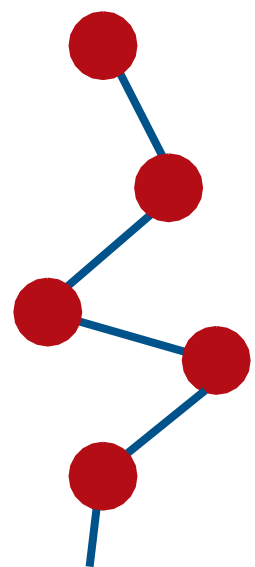
1) Introduzione

La presente proposta del Piano di Salute Mentale 2022-2026 della provincia di Santa Fe ha come visione e scopo l'effettiva trasformazione del modello di cura e attenzione alla salute mentale e alle dipendenze, verso una salute integrale e comunitaria con una prospettiva di diritti umani.

La Legge nazionale sulla salute mentale e le dipendenze n. 26.657, approvata nel 2010, rende esplicito il diritto all'assistenza per la salute mentale e il pieno godimento dei diritti umani delle persone affette da malattie mentali.

In questo senso, la provincia di Santa Fe ha deciso di lavorare in modo partecipativo alla costruzione di un Piano di Salute Mentale con l'obiettivo di rendere effettivo il rispetto della Legge Nazionale n. 26.657 (2010) e della Legge Provinciale n. 10.772 (1991).

La trasformazione del modello di cura, in accordo con le attuali normative internazionali, nazionali e provinciali, richiede la progettazione di un Piano di Salute Mentale per la provincia di Santa Fe che guidi le definizioni e le azioni in termini di politiche di Salute Mentale, utilizzando una metodologia partecipativa e territoriale nel processo di costruzione. Cioè coinvolgendo le persone che usufruiscono dei servizi sanitari, le persone che lavorano nel campo della Salute e della Salute Mentale, i diversi ministeri e settori governativi e le organizzazioni della società civile (organizzazioni per i diritti umani, sindacati, università, associazioni professionali, organizzazioni sociali, tra le altre).



2) Sfondo

La provincia di Santa Fe, in termini di modello di assistenza alla salute mentale, ha una storia ospedalocentrica rappresentata dall'esistenza di grandi istituzioni monovalenti. In questo senso, l'approvazione della Legge Provinciale sulla Salute Mentale n. 10.772 (1991) segna una pietra miliare enunciando ridefinizioni e proposte di cambiamento nel campo della Salute Mentale.

Nel 2005 è stata rifondata la Direzione Provinciale di Salute Mentale, che ha permesso, da un lato, di dare entità, valore e assegnare budget al settore della Salute Mentale e, dall'altro, di avanzare nella ridefinizione e nel rafforzamento di alcuni processi di riforma delle pratiche. Allo stesso modo, i processi di cura sono stati messi in discussione per umanizzare l'assistenza negli ospedali psichiatrici monovalenti della provincia. All'interno di questo quadro, i team Matrix [1] sono stati formati nella prospettiva e nell'approccio della clinica allargata [2] per fungere da supporto alle équipes sanitarie di fronte alla complessità delle situazioni di salute e salute mentale. D'altra parte, sono state avviate le prime esperienze di creazione di centri culturali per la convivenza e di centri di produzione di scambio come strumento per generare proposte complementari di assistenza e di economia sociale, nonché i primi alloggi assistiti. Allo stesso tempo, l'organizzazione del sistema sanitario è stata privilegiata e rafforzata attraverso la strategia di assistenza sanitaria primaria (PHC). Allo stesso modo, sono stati portati avanti programmi di lavoro intersettoriali con diversi dipartimenti e programmi finalizzati alla cura dei bambini, al ripristino dei diritti delle persone con disabilità e alla garanzia di un'assistenza completa di fronte al consumo problematico di droga. Allo stesso modo, sono state attuate politiche innovative nel circuito di cura delle persone private della libertà, come stabilito dall'articolo 23 della Legge Provinciale sulla Salute Mentale, e sono stati creati Dipartimenti di Salute Mentale nelle carceri per i cittadini privati della libertà e sottoposti a misure di sicurezza, con dislocazione in tutte le unità penitenziarie della provincia, riconvertite nel 2009 in Dispositivi Sanitari Interdisciplinari. Così, a Coronda, attraverso il dispositivo citato, è stata promossa e realizzata la chiusura del reparto psichiatrico (Corralito) di questa unità penitenziaria.

[1] Matrix Reference and Support Teams, una categoria coniata da Gastão Wagner de Sousa Campos (1998).

[2] Clinica Ampliada, teorizzazione di Gastão Wagner de Sousa Campos (2001).

Va inoltre notato che nel 2007, a seguito di un processo partecipativo, è stata regolamentata la Legge Provinciale sulla Salute Mentale n. 10772 (Decreto n. 2155), che promuove strategie comunitarie per un'assistenza completa alla salute mentale.

La legge nazionale sulla salute mentale e le dipendenze n. 26.657, identificata con i progressi legislativi nel campo dei diritti umani, ha significato un riconoscimento delle esperienze e dei movimenti degli utenti e dei lavoratori nel campo della salute mentale e ha permesso di aumentare la legalità e la legittimità delle forme di lavoro alternative, con la graduale istituzionalizzazione dei dispositivi di salute mentale e l'emergere di nuovi programmi e progetti sostitutivi. Così, la riforma della Salute Mentale, la demanicomializzazione, come viene solitamente definita, ha significato, tra l'altro, la possibilità di denunciare la disumanità di una cura centrata su istituzioni totali, sostenuta da pratiche di segregazione ed esclusione, e di rendere visibile l'internamento iatrogeno a medio e lungo termine.

La difesa dei diritti umani, che ha una lunga storia a Santa Fe, è diventata più vigorosa nella critica all'istituzione dell'asilo; Le organizzazioni per i diritti umani, le associazioni professionali, i movimenti degli utenti e dei lavoratori della salute mentale, le amministrazioni nazionali, provinciali e comunali - con progressi e battute d'arresto - hanno promosso una nuova legislazione, il rafforzamento dei servizi di salute mentale negli ospedali generali, lo sviluppo dell'Assistenza Mentale Primaria e vari dispositivi - tra cui i processi di riforma dell'assistenza e i programmi ambulatoriali che hanno generato esperienze (con una bassa capacità di istituzionalizzazione) di Salute Mentale di Comunità sul territorio. Queste riforme hanno significato, e significano tuttora, ricostruire su nuove basi i fondamenti clinici, epistemologici, teorici e giuridici delle pratiche di cura, nonché mettere in discussione le relazioni sociali di discriminazione verso la follia che approfondiscono lo stigma, la segregazione e la violenza nei confronti delle persone con malattie mentali.

L'ultimo decennio (2010-2020) costituisce il periodo, formalizzato nella Legge Nazionale sulla Salute Mentale n. 26657 e nei relativi regolamenti, in cui è stata fissata la scadenza per la sostituzione degli effetti monovalenti con servizi basati sulla comunità; un obiettivo che a Santa Fe non è stato ancora pienamente raggiunto. La piena attuazione implica la progettazione di un modello di assistenza di salute mentale comunitaria che deve ancora essere tradotto in pratiche interdisciplinari e intersettoriali e in una rete di assistenza che sostituisca la logica e le pratiche degli ospedali psichiatrici. Per questo motivo, attualmente esistono modelli di assistenza che coesistono in una situazione di transizione.

La provincia di Santa Fe possiede preziose esperienze alternative alla logica del confino, che devono essere recuperate e diffuse. Tuttavia, l'attuazione di una politica che sostituisca realmente il modello di asilo centrato sull'ospedale non è ancora stata raggiunta. Attualmente esiste un isolamento e una frammentazione delle esperienze e delle pratiche di salute mentale comunitaria, legati all'assenza di un Piano Provinciale di Salute Mentale che delinea gli assi e le azioni da seguire e definisca le trasformazioni in corso.

L'orientamento per la trasformazione del sistema di cura della salute mentale richiede l'abbandono delle vecchie istituzioni e pratiche, la creazione di formazione e riflessione nel servizio, la progettazione di servizi e strategie di salute mentale comunitaria e la produzione di informazioni epidemiologiche pubbliche. Questi assi sono fondamentali quando si pensa alla riforma complessiva dei sistemi di cura e assistenza nel campo della salute in generale e della salute mentale in particolare, che dovrebbe necessariamente portare a un cambiamento qualitativo delle condizioni di cura e di lavoro, ampliando e ridistribuendo le risorse e ricostruendo il significato del settore pubblico, dando priorità ai bisogni della popolazione, con particolare attenzione ai gruppi sociali storicamente discriminati e vulnerabili.

Quanto descritto finora mostra la necessità di procedere con lo sviluppo partecipativo e cooperativo di un Piano Provinciale di Salute Mentale che avrà come assi principali il rafforzamento della rete di Salute Mentale e dei processi di cura al primo livello di assistenza; l'approccio globale alla Salute Mentale negli ospedali generali, nelle SAMCO e nel Sistema di Emergenza e Trasferimento; la trasformazione e la sostituzione degli ospedali monovalenti; il rafforzamento e l'articolazione della rete sostitutiva di Salute Mentale; la trasformazione delle pratiche e delle logiche di salute mentale; la produzione di epidemiologia e ricerca in Salute Mentale.

3) Quadro Normativo

Il nostro Paese dispone di un vasto corpus legislativo che fa parte delle politiche che la Repubblica argentina ha adottato con l'obiettivo di estendere i diritti della popolazione nel quadro di un rispetto illimitato dei diritti umani.

In questo senso, la legge nazionale sulla salute mentale n. 26.657, approvata nel 2010, rende esplicito il diritto all'assistenza per la salute mentale e il pieno godimento dei diritti umani delle persone con malattia mentale. A tal fine, l'articolo 31 stabilisce la necessità di creare un Piano Nazionale di Salute Mentale.

I cambiamenti normativi vanno ben oltre le riforme procedurali, configurando una prospettiva che intende l'assistenza per la salute mentale come un diritto e lo Stato come suo garante. Si riconosce quindi la necessità di fare un salto di qualità all'interno di un costante movimento di rinnovamento del sistema di conoscenza e cura nel campo della salute mentale. In questo senso, si rende visibile la necessità di riflettere sui cambiamenti in atto e sui conflitti generati dall'approccio alle trasformazioni culturali e organizzative all'interno delle istituzioni, dei dispositivi e delle équipes di salute mentale. Tuttavia, si ratifica l'imperativo di rispettare il quadro giuridico vigente e di abitare lo Stato nella difesa della costruzione pubblica delle istituzioni e dei programmi che svolgono compiti per il diritto alla salute.

assistenza dignitosa alle persone con sofferenza mentale, alle persone con disabilità psichiatrica e alle persone affette da problemi di droga.

In relazione a ciò, diventa esplicita la necessità di garantire il diritto di ogni cittadino a vivere in comunità. È quindi essenziale la tessitura di reti assistenziali che adottino criteri e pratiche incentrate sull'autonomia, sulla realizzazione dei diritti umani e sociali, nella prospettiva della riduzione del danno. In questo quadro, la Salute Mentale è intesa in modo integrale e comunitario, come un processo determinato da molteplici fattori storici, socio-economici, culturali, biologici e psicologici e, pertanto, le strategie di cura richiedono necessariamente un lavoro interdisciplinare, intersettoriale e territoriale.

4) Quadro giuridico e Tecnico

4.1 Internazionale

Risoluzione 46/119 dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite - Dicembre 1991 - Principi delle Nazioni Unite per la protezione delle persone affette da malattie mentali e per il miglioramento dell'assistenza alla salute mentale.

Dichiarazione di Caracas dell'Organizzazione Panamericana della Sanità e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità - Novembre 1990 - Per la ristrutturazione dell'assistenza psichiatrica nei sistemi sanitari locali.

Conferenza regionale per la riforma dei servizi di salute mentale: 15 anni dopo Caracas - novembre 2005 - Brasilia Principi: principi guida per lo sviluppo dell'assistenza alla salute mentale nelle Americhe.

Convenzione internazionale sui diritti delle persone con disabilità e il suo Protocollo opzionale adottato con risoluzione dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite - dicembre 2006.

4.2 Nazionale

Costituzione della Nazione Argentina (1853).

Trattati internazionali con gerarchia costituzionale (art. 75. inc. 22 CN).

Legge nazionale n. 26.378 (2008). La Convenzione internazionale sui diritti delle persone con disabilità e la legge n. 27.044 (2014), che le conferisce una gerarchia costituzionale.

Legge nazionale n. 26.657 (2010). Diritto alla tutela della salute mentale e relativo decreto normativo n. 603/2013.

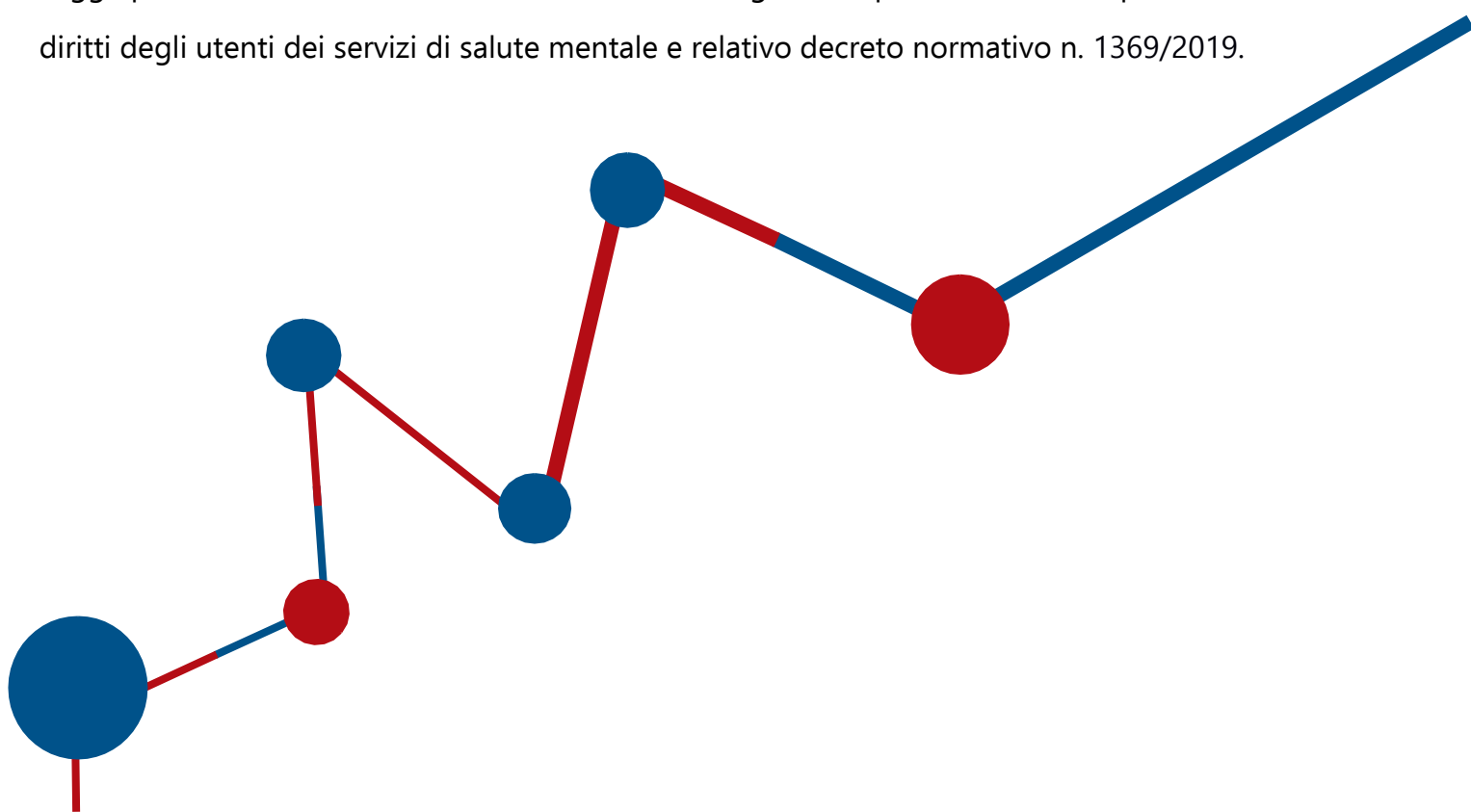
Legge nazionale n. 26. 529 (2009). Diritti del paziente, anamnesi clinica e consenso informato e il suo decreto normativo n. 1089/2012.

4.3 Provinciale

Costituzione della Provincia di Santa Fe (1962).

Legge provinciale n. 10.772 (1991) Diritto alla tutela della salute mentale e relativo decreto normativo n. 2155/2007.

Legge provinciale n. 13.733 (2017) Istituzione dell'Organismo per la verifica e la promozione dei diritti degli utenti dei servizi di salute mentale e relativo decreto normativo n. 1369/2019.





5) Progettazione del Piano Provinciale di Salute Mentale

5.1- Visione e Scopo

Trasformazione del modello di cura e attenzione in Salute Mentale e Dipendenze, verso una Salute Mentale integrale e comunitaria.

5.2- Principi trasversali che regolano il Piano Provinciale di Salute Mentale

Approccio basato sui diritti.

Prospettiva di genere e diversità. Interculturalità.

Prospettiva dell'infanzia e della gioventù.

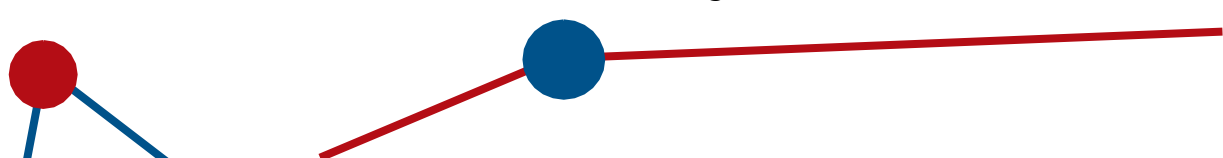
Interdisciplinarietà e intersettorialità.

Territorialità.

5.3- Stato attuale

Il sistema sanitario provinciale, come quello nazionale, è frammentato, segmentato e molto complesso. In questo senso, il grado di copertura e l'accesso ai servizi sanitari sono rappresentativi dello sviluppo eterogeneo delle diverse regioni della provincia di Santa Fe. La distribuzione spaziale dei diversi servizi, istituzioni e programmi presenta note disuguaglianze regionali, mettendo in discussione il grado di adeguatezza dei servizi sanitari pubblici ai principi di equità socio-spaziale e solidarietà regionale.

Nella provincia di Santa Fe, la rete sanitaria pubblica è composta da diversi tipi di centri sanitari: ospedali ad alta e media complessità (monovalenti/polivalenti), SAMCO a media e bassa complessità, centri sanitari e il Sistema Integrato di Emergenza Sanitaria (SIES). Gli operatori sanitari sono organizzati territorialmente in 5 (cinque) regioni e suddivisi in tre livelli di complessità. Gli effettori sono 782 in totale e sono distribuiti come segue



come segue: Regione della Reconquista: 93, Regione di Rafaela: 99, Regione di Santa Fe: 216, Regione di Rosario: 306, Regione di Venado Tuerto: 62.

Nel caso delle istituzioni e dei programmi di Salute Mentale, l'Assistenza Sanitaria Primaria, come strategia organizzativa per l'intero sistema sanitario, è stata privilegiata al primo livello di cura, dove sono state create équipe su base interdisciplinare - in particolare psicologi e assistenti sociali - e sono state incorporate équipe a matrice con la partecipazione di psichiatri e assistenti sociali con funzioni di supporto e accompagnamento per le équipe sanitarie nei territori.

Tuttavia, l'offerta è insufficiente, soprattutto a causa dell'aumento della domanda dovuto alla pandemia e alla complessità delle situazioni che le squadre affrontano quotidianamente. Inoltre, a causa delle differenze regionali, la distribuzione dei professionisti della Salute Mentale è molto eterogenea e vi sono località che non dispongono di psichiatria, psicologia e/o altri operatori specifici del settore, il che costituisce una difficoltà per la costituzione di équipe interdisciplinari come proposto dall'attuale quadro normativo. L'assenza di determinate risorse, per lo più nel nord della provincia, genera la necessità di recarsi in altre località, il che si traduce in un approccio ospedalocentrico nonostante gli sforzi delle équipe locali. Per questo motivo, la rete di assistenza comunitaria è stata recentemente rafforzata nella Regione della Reconquista e nel Cordone Industriale (San Lorenzo), mentre lo strumento della teleassistenza [4] è stato sviluppato per integrare l'approccio interdisciplinare ed evitare trasferimenti e ricoveri.

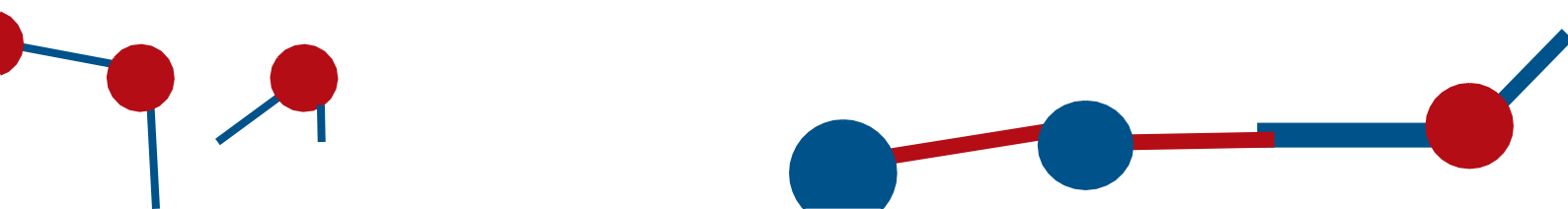
Nella rete di salute pubblica, le pratiche di salute mentale che promuovono processi di demistificazione, cura e sostegno alla comunità sono quelle che hanno la priorità come linee guida di intervento, il che presuppone trasformazioni nella cultura tradizionale. Il modello di trattamento medico egemonico della psicoterapia e della cura farmacologica è insufficiente di fronte a popolazioni con un maggior grado di sofferenza psichica che necessitano, tra le altre strategie, di un accompagnamento terapeutico, di una vita assistita, di un sostegno socio-economico, di un approccio assistenziale, di una mediazione familiare e comunitaria per la convivenza quotidiana. Allo stesso modo, è stato a lungo

[4] La teleassistenza è un'équipe della Direzione Provinciale della Salute Mentale che opera nell'ambito di una strategia che assicura assistenza a distanza per la salute mentale in tutta la provincia di Santa Fe.

È stato dimostrato che la vicinanza alle famiglie e alle comunità del territorio, insieme al rafforzamento delle forme di cura e di accompagnamento, è una risorsa strategica per prevenire l'istituzionalizzazione di persone con malattie mentali, condizioni problematiche, violenza di genere, problemi dell'infanzia e della gioventù.

Gli attuali problemi dei bambini e dei giovani, aggravati dagli effetti della pandemia, ci inducono a creare un'area per l'accompagnamento, l'approccio precoce, il monitoraggio e la cura dei bambini e degli adolescenti, in coordinamento con le istituzioni e le organizzazioni preposte alla tutela dei diritti. Queste pratiche di cura dovrebbero promuovere l'accesso al gioco, all'arte, allo sport e a vari strumenti ludico-pedagogici per un approccio tempestivo che eviti la patologizzazione e la medicalizzazione e promuova pratiche basate sui diritti.

Per quanto riguarda l'assistenza alla salute mentale negli ospedali generali (articolo 28 della legge sulla salute mentale n. 26.657), come indicato dalle raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e dalla ricerca sulla salute mentale, l'approccio alle situazioni di emergenza e di crisi negli ospedali polifunzionali riduce il rischio di esclusione, stigmatizzazione e cronicizzazione. Sebbene questi approcci vengano attuati nella maggior parte degli ospedali della provincia, incontrano ancora notevoli difficoltà, oltre alla mancanza di condizioni di vario tipo. In questo senso, la maggior parte degli ospedali e delle SAMCO hanno équipe di salute mentale costituite in modi diversi e in cui, in larga misura, non sono formalizzate amministrativamente come servizi. D'altra parte, ci sono alcune istituzioni che non hanno ancora adattato o dedicato spazi di cura con le condizioni necessarie per l'accompagnamento dei ricoveri in salute mentale, e non tutte dispongono delle risorse e della formazione necessarie, incidendo direttamente sull'accesso della popolazione sottoposta a processi di crisi soggettiva o di sofferenza legata al consumo problematico. In alcuni casi, vengono indirizzati agli ospedali pubblici, il che complica il raggiungimento dell'obiettivo della loro sostituzione definitiva verso le strutture comunitarie (stabilito dall'articolo 27 della Legge sulla Salute Mentale n. 26.657), riducendo le possibilità di internamento volontario, con i parenti o le équipe di riferimento che devono richiedere ordini civili per la protezione delle persone nelle istituzioni giudiziarie,



con la conseguente difficoltà di articolare i trasferimenti per l'assistenza.

Il primo approccio alle situazioni di crisi soggettiva richiede team interdisciplinari con formazione e conoscenza del processo di cura. In questo intreccio, il sistema di emergenza e di trasferimento ha la funzione di un anello della rete assistenziale che deve essere rafforzato.

L'esistenza di team di supporto a chiamata per i ricoveri, con le loro varie modalità, è valutata positivamente, anche se non tutte le regioni e/o località ne dispongono ancora. Allo stesso tempo, c'è uno scarso coordinamento con i processi di assistenza ambulatoriale programmata, con la cura e il trattamento di bambini e adolescenti, e un limitato coordinamento con le équipes di salute mentale degli ospedali e dei centri sanitari stessi. Di recente sono stati compiuti passi avanti nella strategia di gestione delle emergenze di salute mentale e delle condizioni problematiche, incorporando team interdisciplinari itineranti negli ospedali generali delle grandi città. Pertanto, la formulazione della Risoluzione del Ministero della Salute della provincia di Santa Fe N°179/22, è uno strumento per avanzare nella capacità di assistenza e nel rafforzamento e definizione dei circuiti di assistenza della rete sanitaria.

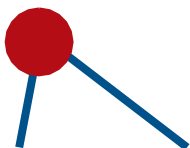
Durante la transizione alla democrazia, gli ospedali pubblici monovalenti sono stati sottoposti a diverse ondate di riforma sanitaria, e i cambiamenti nei loro nomi ne sono la prova. Attualmente, esistono due istituzioni monovalenti e una polivalente con ricovero per salute mentale cronica: il Centro Regionale di Salute Mentale Dr. Agudo Ávila situato nel macrocentro della città di Rosario, la Colonia Psichiatrica Dr. Abelardo Irigoyen Freire nella città di Oliveros (60 km a nord della città di Rosario) e l'Ospedale Dr. Emilio Mira y López nella città di Santa Fe, classificato come polivalente dal 2015, ancora in fase di trasformazione. In questo senso, recentemente sono stati compiuti passi avanti verso la trasformazione istituzionale, con la creazione di dispositivi di approccio territoriale e domiciliare; l'inserimento di medici clinici nei servizi di guardia, l'organizzazione di un reparto di cure intermedie nell'ospedale Dr. Agudo Ávila; la definizione del potenziamento degli alloggi esterni adiacenti alla Colonia Psichiatrica Oliveros e la territorializzazione degli psichiatri del servizio di consulenza esterna dell'ospedale Dr. Mira y López,

tra gli altri. Inoltre, la provincia ha 13 (tredici) istituzioni psichiatriche private (monovalenti); 9 (nove) di queste si trovano nella città di Rosario, 3 (tre) nella città di Santa Fe e 1 (una) a Reconquista. Tuttavia, esistono altre strutture in cui le persone sono ricoverate per motivi di salute mentale: case per disabili, case geriatriche e comunità terapeutiche che, dal punto di vista amministrativo, non fanno parte della rete sanitaria.

Oltre alle difficoltà di effettuare ricoveri ambulatoriali sostenibili, i rinvii per il ricovero in ospedali monovalenti in via di trasformazione, per ordine giudiziario e nell'ambito di procedimenti penali, costituiscono uno dei punti più complessi. Il fatto che i giudici penali si affidino a relazioni forensi non conformi ai criteri interdisciplinari stabiliti dalla legge nazionale sulla salute mentale è un punto chiave di questo problema. In questo senso, il lavoro che si sta svolgendo con la magistratura è essenziale per dare sostanza alla valutazione fatta dalle équipe sanitarie nel determinare se ci sono o meno i criteri per il ricovero e/o l'ospedalizzazione, dando al ricovero un carattere sanitario, cioè inquadrato principalmente nell'ambito della Legge sulla Salute Mentale e non negli articoli 106 e 107 del Codice di Procedura Penale della Provincia di Santa Fe (CPPSF).

Va notato che nella provincia di Santa Fe esiste una legge provinciale n. 13.733 che crea l'Organismo per la revisione e la promozione dei diritti degli utenti dei servizi di salute mentale, incardinato nell'Ufficio dell'Ombudsman, che ha un ruolo centrale nel controllo della legalità dei ricoveri, nella protezione dei diritti umani e nel monitoraggio dell'applicazione della Legge nazionale sulla salute mentale n. 26.657.

Un altro problema importante è che le informazioni epidemiologiche e quelle sulla valutazione dei servizi e dei programmi sono scarse, frammentarie e con indicatori quali-quantitativi di grande rilevanza per una politica che voglia rafforzare i processi di attuazione della Legge Nazionale sulla Salute Mentale. Va notato che l'adeguata registrazione epidemiologica e il monitoraggio delle pratiche svolte dalle équipe di salute mentale è un debito pendente sul campo, dato che le registrazioni di informazioni esistenti nei sistemi di raccolta dati della provincia non sono molto affidabili.



parziale ed eterogeneo. Queste particolarità indicano una carenza nella capacità delle équipes di produrre conoscenza a partire dalla propria pratica, ostacolando la formalizzazione e, quindi, la capacità di generare input per la progettazione di politiche pubbliche, che ha portato alla creazione dell'Area Epidemiologia della Salute Mentale della Direzione Provinciale della Salute Mentale.

Infine, per quanto riguarda il bilancio della Salute Mentale, la sua analisi richiede un approccio specifico e investigativo; è necessario contemplare le voci e i programmi destinati alla Salute Mentale in particolare, così come gli ospedali monovalenti in via di trasformazione, le disposizioni che sono state create, l'APRECOD^[5] e altri che costituiscono il campo della Salute Mentale Comunitaria. Allo stesso tempo, è necessario valutare la spesa per la Salute Mentale al di fuori di quelle citate (ad esempio, negli ospedali generali), e poiché queste risorse non sono identificate nei documenti di bilancio, non è possibile includerle nell'analisi senza un'indagine esaustiva, attualmente in corso e indispensabile, dato che non esiste un documento di bilancio precedente sulla Salute Mentale nella provincia.

Dalla sua creazione, la Direzione Provinciale di Salute Mentale è cresciuta senza formare una struttura amministrativa. Per motivi organizzativi, è suddiviso in Centro-Nord e Sud, con un ufficio a Santa Fe e uno a Rosario. Sebbene alcune azioni siano svolte in coordinamento con altri dipartimenti (Infanzia, Disabilità, Genere, Diritti Umani, Cultura, Habitat, Educazione, Sviluppo Sociale, tra gli altri), è ancora necessario articolare e collegare le diverse aree di governo nello sviluppo e nella gestione di programmi specifici e politiche pubbliche che includano la componente Salute Mentale in ogni agenda. La presenza di personale e strutture della Direzione Provinciale di Salute Mentale è maggiore nelle regioni di Rosario e Santa Fe e, all'interno di queste, nelle città omonime, il che risponde alla densità di popolazione e alle esigenze di assistenza. Nelle altre regioni, la presenza avviene principalmente attraverso le équipes territoriali, che dispongono di strutture di attenzione e cura specifiche.

In ogni caso, una delle questioni principali da evidenziare, con i suoi progressi e le sue battute d'arresto, è il modo in cui i sistemi sanitari hanno introdotto cambiamenti nei paradigmi di cura e nei sistemi di assistenza nel senso di una clinica allargata e del rispetto dei diritti umani.

[5] Agenzia per la prevenzione dell'uso di droghe e il trattamento integrale delle dipendenze (APRECOD), sotto il Ministero della Salute.

Diritti umani degli utenti. Sebbene i programmi, le aree e i dispositivi si siano aggiunti per addizione, riproducendo modalità di lavoro settoriali e frammentate, segmentando le azioni e con un basso livello di articolazione, le esperienze accumulate da questo tipo di dispositivi segnano percorsi strategici per l'attuazione dei principali programmi e progetti del Piano Provinciale di Salute Mentale e per il rafforzamento della rete di assistenza sostitutiva.

5.4- Assi di lavoro e obiettivi

1

Asse 1: Rafforzamento della rete di salute mentale e dei processi di cura a livello di cure primarie.

Si propone di rafforzare la rete di assistenza per la salute mentale a livello primario, migliorando l'accesso tempestivo DeepL all'assistenza per la salute mentale, identificando i bisogni della comunità e delle équipe di assistenza, fornendo un'assistenza adeguata e la gestione intersettoriale e interministeriale necessaria per la continuità delle cure con una prospettiva comunitaria.

Obiettivo generale

Rafforzare il primo livello di assistenza per garantire un approccio globale, territoriale e comunitario alla salute mentale.

Obiettivi specifici

Ampliare l'accessibilità della popolazione alla rete di assistenza per la salute mentale.

Identificare le esigenze della comunità e dei team di assistenza.

Ottimizzare le politiche di prevenzione e promozione della salute mentale.

Migliorare la continuità delle cure nella rete assistenziale.

Asse 2: approccio globale alla salute mentale negli ospedali generali, nelle SAMCO e nel sistema di emergenza e trasferimento.

Questo asse mira ad adattare gli ospedali generali e le SAMCO rafforzando l'assistenza integrata nelle pratiche ambulatoriali e nell'approccio alle crisi di salute mentale e di dipendenza nella prospettiva di un'assistenza progressiva, tenendo conto dell'importanza del collegamento di rinvio e contro rinvio con le équipes di cure primarie per migliorare la continuità delle cure dopo il ricovero.

Il Servizio di Emergenza e Trasferimento ha un ruolo fondamentale nel primo approccio alle crisi e nella strategia di intervento allargata, si propone di rafforzare il suo ruolo di collegamento nella rete assistenziale per garantire l'accessibilità e la continuità del processo di cura.

Obiettivo generale

Migliorare l'approccio globale alla salute mentale negli ospedali generali in base alle esigenze delle comunità.

Obiettivi specifici

Rafforzare le équipes di salute mentale negli ospedali generali e nelle SAMCO con una prospettiva interdisciplinare.

Promuovere il miglioramento dei servizi di pronto soccorso.

Promuovere la formazione delle équipes sanitarie per il miglioramento della qualità e la tutela dei diritti.

Valutare le principali esigenze (edifici, personale, attrezzature) per generare i necessari adattamenti, spazi dedicati e miglioramenti delle condizioni di assistenza.

Creare team interdisciplinari per la salute mentale nel Dipartimento di Emergenza e nel Centro di Salute Mentale.

Trasferimenti.

Asse 3: Trasformazione e sostituzione di ospedali monovalenti

Questo asse mira a promuovere l'adeguamento delle istituzioni pubbliche e private a degenza singola ai principi della legge nazionale sulla salute mentale, fino alla loro definitiva sostituzione con reti di servizi di salute mentale basati sulla comunità. A tal fine, è essenziale costruire e attuare progetti di trasformazione delle istituzioni mono-ospedaliere in vista dell'ammissione di situazioni altamente critiche e del rinvio per ordine del tribunale di persone con sofferenza mentale e consumo problematico per scontare i procedimenti penali; la revisione dei ricoveri a fronte di situazioni di permanenza di persone che vivono in istituti monosessuati per le quali è necessario accompagnarle nel raggiungimento di condizioni di vita dignitose; la costruzione di strategie di dimissione che articolino il sostegno alla vita autonoma; la continuità delle cure e il mantenimento dell'assistenza ambulatoriale per evitare le riammissioni e la graduale deconcentrazione delle risorse materiali e umane verso gli operatori della comunità.

Obiettivo generale

Trasformare gli erogatori di cure monovalenti pubblici e privati in reti di servizi di salute mentale completi basati sulla comunità

Obiettivi specifici

Istituire una tavola rotonda intersettoriale per accompagnare e consigliare l'adattamento del settore privato.

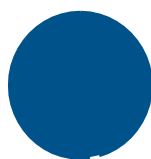
Progettare piani di adeguatezza per la trasformazione di ospedali pubblici e privati monovalenti in una rete di servizi nella comunità.

Sviluppare raccomandazioni sull'adeguatezza delle istituzioni per l'assistenza ospedaliera di bambini e adolescenti.
salute mentale.

Generare i necessari adattamenti dell'edificio.

Ridistribuire le risorse sanitarie disponibili in vista del potenziamento della rete sanitaria, della creazione dei Centri territoriali di salute mentale di comunità e dei nuovi servizi da creare nelle strutture degli istituti monovalenti.

Collaborare alla progettazione, alla pianificazione e all'attuazione di piani di sensibilizzazione e di inclusione sociale incentrati sulle persone.

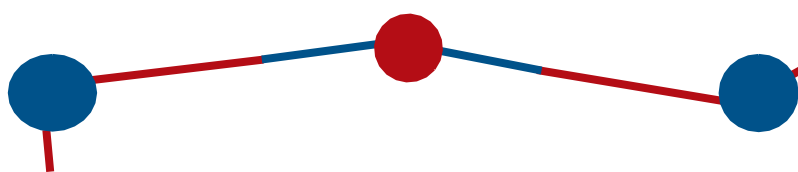


Asse 4: Rafforzamento e articolazione della rete di salute mentale alternativa

Questo asse mira a sviluppare e implementare azioni, progetti e programmi per la cura della salute mentale con un approccio territoriale e una prospettiva di diritti. La progettazione e l'attuazione di politiche alternative risponde alla domanda su cosa dobbiamo creare per trasformare il modello di cura ospedalocentrico, medicalizzante e stigmatizzante rappresentato dagli ospedali monovalenti.

Si ritiene fondamentale la creazione di servizi intermedi, una nuova cornice istituzionale: i Centri Territoriali di Salute Mentale di Comunità, che come nucleo renderanno possibile la tessitura della rete sostitutiva e genereranno uno spostamento del dilemma bidimensionale tra ospedale (secondo livello di complessità della salute) e centri di salute (primo livello di complessità della salute).

Per promuovere la vita comunitaria delle persone che utilizzano i servizi di salute mentale, è necessario rafforzare e accompagnare, oltre all'accesso alla salute, l'accesso ai diritti e al sostegno specifico per vivere, socializzare e lavorare. Pertanto, per orientare le pratiche e rendere disponibili le risorse, è indispensabile passare dalle esperienze alle politiche, al fine di valorizzare i dispositivi esistenti e la loro articolazione in una rete di servizi e programmi specifici interministeriali basati sulla comunità in una prospettiva di salute integrale e inclusione sociale.



Obiettivo generale

Costruire Centri territoriali di salute mentale di comunità collegati alla rete interministeriale e intersettoriale.

Obiettivi specifici

Articolare i programmi, i servizi e i dispositivi alternativi esistenti con l'obiettivo di promuovere l'inclusione sociale, culturale, educativa e lavorativa.

Rafforzare gli approcci collettivi generando forme di aiuto e sostegno reciproco.

Progettare una politica abitativa unica per gli utenti in difficoltà.

Promuovere l'accesso al lavoro per le persone che utilizzano i servizi sanitari psichiatrici.

Accompagnare la partecipazione e l'organizzazione degli utenti e delle loro famiglie.

5



Questo asse contempla la trasformazione delle pratiche e delle logiche di salute mentale verso il Modello Co- munitario in Salute Mentale attraverso processi di formazione e di educazione continua per le persone che lavorano nel campo della Salute Mentale, per gli attori dello Stato e della società civile; fornisce spazi per la revisione e la riflessione sulle pratiche e l'articolazione con corsi di laurea e post-laurea in discipline legate al campo della Salute Mentale, con l'obiettivo di influenzare la cultura della cura nella comunità e decostruire gli stigmi. Il lavoro intersettoriale è fondamentale per abbattere le barriere che ostacolano la vita comunitaria e l'esercizio dei diritti e per mettere in discussione gli immaginari sociali ancora in vigore sulla follia e sul suo trattamento. Inserire questo tema nell'agenda pubblica e trasformare la cultura della segregazione e dell'esclusione di chi è diverso richiede un lavoro con la società nel suo complesso, con i media, con i mezzi di comunicazione, con i media e con il pubblico.

e le organizzazioni della società civile. Questo ci permette di mettere in discussione il posto che nella nostra società viene dato alla sofferenza mentale e alle persone che ricorrono ai servizi di salute mentale e/o con disabilità psicosociali.

Obiettivo generale

Formare ed educare gli operatori e gli attori chiave nel campo della salute mentale da una prospettiva interdisciplinare, intersettoriale, comunitaria e dei diritti umani.

Obiettivi specifici

Implementare un piano di formazione continua e in servizio per gli operatori della salute mentale.

Promuovere la partecipazione delle organizzazioni della società civile alla progettazione e all'attuazione delle politiche pubbliche sulla salute mentale.

Progettare un piano di comunicazione di massa per il trattamento di problemi di salute mentale in i media.

Progettare piani e interventi culturali volti ad abbattere pregiudizi, barriere sociali, culturali e attitudinali che impediscono la partecipazione alla comunità delle persone che utilizzano i servizi di salute mentale.

Lavorare in modo intersettoriale sulle rappresentazioni socioculturali della sofferenza, del consumo problematico di droga e del suo trattamento.

Asse 6: Produzione epidemiologica e ricerca sulla salute mentale

Questo asse evidenzia la necessità di informazioni quantitative e qualitative sugli indicatori strategici per pianificare e monitorare le politiche pubbliche e i processi di transizione in Salute Mentale. Pertanto, si propone di sviluppare e implementare un sistema informativo epidemiologico che permetta la rilevazione dei bisogni nella popolazione, la lettura delle pratiche, la presa di decisioni tempestive in Salute Mentale e la produzione di conoscenze e ricerche solvibili per progettare e implementare politiche pubbliche in Salute Mentale di Comunità.

Obiettivo generale

Sviluppare un'area specifica che promuova l'uso di sistemi informativi e di gestione dei dati, orientati alla produzione di conoscenze epidemiologiche e al processo decisionale nel campo delle politiche pubbliche in Salute Mentale di Comunità.

Obiettivi specifici

Accompagnare la progettazione e la valutazione continua delle politiche di salute mentale da una prospettiva epidemiologica.

Costruire indicatori di salute mentale per valutare l'attuazione delle politiche di salute mentale. salute mentale comunitaria e la sostituzione della logica manicomiale.

Sistematizzare le buone pratiche esistenti in materia di salute mentale.

Ministra de Salud – Sonia Martorano

Secretario de Salud – Jorge Prieto

Subsecretaria de Equidad – Romina Carrizo

Dirección de Salud Mental – Celina Pochettino

