



## **Coordinamento Toscano delle Associazioni per la Salute Mentale ODV**

Via F. Simonetti,32 - 55100 S. Vito Lucca - tel./fax 0583.440615  
C.F. 90031460471

[www.coordinamentotoscanosalutementale.it](http://www.coordinamentotoscanosalutementale.it)

[info@coordinamentotoscanosalutementale.it](mailto:info@coordinamentotoscanosalutementale.it)

[ctsm@pec.coordinamentotoscanosalutementale.it](mailto:ctsm@pec.coordinamentotoscanosalutementale.it)

**All'attenzione dell'Assessora al Diritto alla Salute e alle Politiche Sociali della regione Toscana**

**Monia Monni**

Nei giorni scorsi si è verificato al Centro di salute Mentale di Sesto Fiorentino un grave episodio, un paziente, con problemi di salute mentale e di tossicodipendenza, ha compiuto una aggressione violenta nei confronti di un infermiere in servizio.

L'organizzazione sindacale ha diffuso un documento nel quale si afferma che "L'episodio di Sesto si inserisce in una sequenza di aggressioni, secondo la Fp Ggil, sta interessando diversi servizi della Usl Toscana Centro... E proprio i servizi psichiatrici territoriali sarebbero tra quelli maggiormente esposti, i casi registrati risulterebbero raddoppiati rispetto al 2025".

Inoltre il sindacato accusa la Direzione Aziendale e la Prefettura di non aver effettuato le azioni previste da uno specifico piano per prevenire e contenere le aggressioni ai danni del personale.

Il Coordinamento Toscano delle Associazioni per la Salute Mentale esprime grande preoccupazione per quanto accaduto e condanna in modo risoluto l'uso della violenza, riteniamo che i servizi di salute mentale debbano essere luoghi di cura dove si produce benessere per le persone che si rivolgono per essere curate e per il personale che li lavora.

Non pensiamo che la soluzione stia nel far diventare i servizi di salute mentale (SPDC e CSM) dei fortini inespugnabili, come in parte sono (vetri antisfondamento, porte chiuse, vigilantes armati), ma nel costruire e organizzare luoghi adeguati dove rispondere con umanità, gentilezza e soprattutto competenza ai bisogni che i pazienti portano nei luoghi di cura.

I fenomeni di aggressione non nascono in modo improvviso come potrebbe apparire dalla cronaca, sono segnali di un disagio profondo ed interrogano i servizi sulla loro capacità di prendersi cura dei pazienti più fragili. I segnali di forte disagio che preludono agli atti di aggressione non possono essere ignorati ma intercettati per tempo.

La programmazione partecipata dovrebbe essere assunta come punto di partenza per l'identificazione dei bisogni della persona, indipendentemente dall'ente istituzionalmente competente a soddisfarli.

Questo deve rappresentare un capovolgimento metodologico rispetto a un'impostazione centrata preliminarmente sulle competenze dei professionisti e dei singoli enti. Prima si individuano i bisogni, poi si definiscono gli interventi, i soggetti chiamati a concorrere alla risposta, le risorse necessarie e gli indicatori di risultato.

Solo successivamente sarà possibile distinguere i bisogni il cui soddisfacimento trova fondamento nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) in materia di salute mentale da quelli che richiedono interventi integrati tra Azienda USL, Comune, Società della Salute, Terzo Settore e reti di comunità.

La salute mentale costituisce un bene della comunità. La sua tutela non può essere demandata esclusivamente ai servizi sanitari, ma richiede la corresponsabilità delle istituzioni, delle famiglie, delle associazioni, dei servizi sociali, della scuola, della medicina generale e della cittadinanza.

Il problema della sicurezza del personale e degli utenti non può essere disgiunto dal tema dell'organizzazione dei servizi e dalla condizione dei luoghi dove questi servizi operano, in molti casi i centri di salute mentale sono sistemati in locali di fortuna che non corrispondono alle esigenze utili ad una corretta attività terapeutica riabilitativa e rappresentano elementi di pericolo per gli utenti e per coloro che vi lavorano.

I dati epidemiologici ci dicono che sono in aumento, specie nelle giovani generazioni, le persone che hanno patologie psichiatriche e contemporaneamente sono tossicodipendenti le così dette "doppie diagnosi".

Si è provveduto alla costituzione del Dipartimento di salute mentale e dipendenze per ricondurre ad un'unica dimensione organizzativa funzioni assistenziali che allo stato attuale si ritrovano dispersi. Ma nella realtà attuale i pazienti devono spostarsi tra sedi differenti se hanno percorsi di cura attivi presso i Centri di Salute Mentale e/o i SerD per cui le persone con patologie più complesse e doppia diagnosi devono fare riferimento a strutture assistenziali diverse che hanno anche sedi di lavoro diverse con problemi che è facile comprendere e da cui spesso possono derivare confusione e atteggiamenti che poi risultano difficili da gestire.

Con questa modalità organizzativa è difficile garantire la continuità della presa in carico anche nei giorni festivi, nei periodi di ferie e nelle situazioni di ridotta operatività dei servizi.

Le crisi psichiatriche e le fasi di peggioramento non seguono il calendario amministrativo. La programmazione dovrebbe quindi prevedere forme organizzative capaci di assicurare reperibilità, raccordo tra operatori e continuità informativa, riducendo il rischio di interruzioni dell'assistenza e di ricorso improprio all'emergenza.

Con la precedente direzione aziendale della ASL Toscana Centro il Coordinamento ha partecipato alla ricognizione compiuta dal direttore sanitario insieme al direttore del dipartimento di salute mentale in tutte le zone distretto (SdS) dell'azienda per verificare la situazione delle strutture dedicate alla salute mentale ospedaliera e territoriali. Erano emerse diverse criticità e si era predisposto un programma che permettesse la risoluzione dei principali problemi emersi, poi è arrivato il PNRR e tutte le attenzioni sono state rivolte verso la realizzazione della assistenza territoriale attraverso le Case di Comunità e si sono rimandati molti degli interventi rivolti alla salute mentale.

Addirittura nella ASL Toscana Centro abbiamo avuto in 5 anni 3 diversi direttori del dipartimento di salute mentale, questa discontinuità ha rappresentato un grave elemento di debolezza per tutto il sistema.

A proposito dell'allarme lanciato dall'assessora Monni del grande accesso di minori ai reparti di neuropsichiatria infantile, noi chiediamo che si ponga l'attenzione non solo alla eventuale scarsità di posti letto ospedalieri ma in primis si vada a verificare il funzionamento dei servizi territoriali dedicati all'infanzia e adolescenza in particolare le Unità Funzionali di Neuropsichiatria Infantile e i Consultori

La programmazione deve prevedere strategie di intercettazione precoce e di outreach attivo, ispirate alle esperienze internazionali più consolidate.

Nei Paesi nordici, e in particolare in Norvegia, sono stati sviluppati modelli organizzativi quali ACT (Assertive Community Treatment) e FACT (Flexible Assertive Community Treatment), nei quali équipe multiprofessionali non attendono che la persona si presenti ai servizi, ma la raggiungono attivamente nei propri contesti di vita.

L'outreach si fonda sul principio secondo cui, nei casi di maggiore vulnerabilità, non è sempre la persona a dover raggiungere i servizi, ma sono i servizi che devono essere in grado di raggiungere la persona, costruendo una relazione continuativa, flessibile e una presa in carico integrata. Tale approccio si è dimostrato particolarmente efficace nel favorire l'accesso alle cure, ridurre l'abbandono dei percorsi terapeutici e intercettare precocemente situazioni di elevata fragilità.

Una strategia territoriale di questo tipo richiede il coinvolgimento coordinato della medicina generale, dei Centri di Salute Mentale, dei servizi sociali, delle scuole, delle associazioni, delle farmacie, del Terzo Settore e delle reti di comunità. La comunità deve essere messa nelle condizioni di riconoscere precocemente i segnali di sofferenza e di favorire l'aggancio ai servizi prima che il bisogno evolva in situazioni di emergenza.

Il punto non consiste semplicemente nell'effettuare una visita o un contatto occasionale, ma nel costruire una relazione stabile, perseverante e orientata al progetto di vita della persona, coinvolgendo anche il contesto familiare e sociale.

Non riteniamo opportuno investire solo in posti letto ospedalieri perché senza aver affrontato il funzionamento dei servizi territoriali rischiamo di non raggiungere l'obiettivo.

Proponiamo che sia attivato un tavolo di lavoro operativo e dichiariamo la nostra disponibilità ad affrontare insieme ai professionisti e le direzioni aziendali per decidere concretamente il da farsi.

Galileo Guidi

Presidente del Coordinamento Toscano delle Associazioni per la Salute Mentale

8 settembre 2026