



Contributo per Sessione n. 3: Residenzialità Pesante e neo istituzionalizzazione. Costruire le alternative 14 giugno 2019

di **Tiberio Monari** – psichiatra, FP Cgil Medici e Dirigenti SSN Veneto

Se dopo più di 40 anni dalla legge Basaglia dobbiamo ancora parlare di residenzialità pesante e neo istituzionalizzazione vuol dire che c'è ancora molto lavoro da fare e come diceva qualcuno abbiamo chiuso i manicomi ma non la mentalità manicomiale.

Sicuramente è stato fatto molto, ci sono delle meravigliose esperienze che sono state svolte nei vari territori italiani, ma in questo breve intervento vogliamo soffermarci sulle criticità.

Partiamo dalla prevenzione del disagio psichico in età pediatrica. Diversi studi scientifici evidenziano l'importanza dell'intervento precoce ma ci chiediamo se i servizi sono strutturati per dare delle rapide e adeguate risposte ai primi segni di disagio dei minori.

La tempestività dell'intervento permette una prognosi più favorevole, così come al contrario se dei minori devono aspettare molto tempo prima di avere una visita e non vi è una presa in carico adeguata la percentuale di cronicizzazione è molto più elevata.

Dai dati in nostro possesso emergono molte criticità e sono necessari ulteriori fondi per favorire e progettare degli interventi socio educativi nelle comunità locali, con gli enti locali, i servizi, il privato sociale, l'associazionismo e il volontariato.

I consultori famigliari sono spesso insufficienti e sotto standard di personale e non riescono a garantire cure adeguate e a svolgere il loro servizio.

Ribadiamo pertanto la necessità di una presa in carico adeguata.

Questo concetto si può estendere a 360 gradi per quanto riguarda la salute mentale, e riguarda la prevenzione, il trattamento e la riabilitazione.

Non ci stancheremo di ripetere che una presa in carico adeguata ha a che fare anche con un assetto strutturale e organizzativo dei servizi che devono garantirla.

Le strutture dei Dipartimenti di salute mentale devono essere organizzate in modo da dare delle risposte ai bisogni di salute mentale.

La logica manicomiale lavorava sul contenimento delle parti malate dei pazienti mentre una logica più moderna lavora sul potenziamento delle parti sane dei pazienti.

Per fare sì che questi concetti vengano poi applicati concretamente è basilare una localizzazione territoriale dei CSM ed una facile accessibilità, ed è indispensabile che ogni figura professionale sia presente in relazione alle esigenze della popolazione di quel territorio.

Purtroppo dobbiamo dire che questo spesso non accade: ci sono molti servizi che sono in cronica assenza di varie figure professionali, e pertanto quei servizi non sono in grado di dare delle risposte adeguate ai bisogni.

Pensiamo sia indispensabile valutare per ogni struttura del DSM quali sono le risorse necessarie in termini di personale (Infermieri, psicologi, assistenti sociali, educatori, medici,

operatori socio sanitari, tecnici della riabilitazione) e ribadire che, se questi parametri non vengono rispettati, non è possibile garantire cure adeguate.

Non è più accettabile che in molti Dipartimenti di salute mentale vi sono delle strutture nelle quali mancano da tempo vari professionisti che non vengono sostituiti.

Uno dei punti presenti nel piano di salvataggio del SSN della Fondazione Gimbe è:

Rilanciare **politiche e investimenti per il personale** e programmare adeguatamente il fabbisogno di medici, specialisti e altri professionisti sanitari

Non si può accettare che per i cittadini che hanno problemi di salute mentale vi siano delle evidenti discriminazioni.

Pensiamo alla delibera della Regione Veneto che prevede un accesso diretto dei pazienti psichiatrici nei servizi di Diagnosi e cura psichiatrici.

Non a caso la definizione contenuta nella legge del 1904 parlava di alienati la cui etimologia alienus fa riferimento a colui che è altro non appartiene alla nostra comunità ed alienato è il participio passato del verbo alienare il cui significato è allontanare, rendere estraneo, ostile.

Riteniamo che sia necessario ancora oggi ribadire che i cittadini che hanno problemi di salute mentale hanno il diritto di essere adeguatamente curati, come ogni altro cittadino. Questo diritto viene affermato anche dalla risoluzione A/RES/46/119 dell'Assemblea generale dell'ONU del 17.12.1991 sulla tutela delle persone con malattie mentali e sul miglioramento della salute mentale, ma ancora oggi viene più volte lesa nel più assordante silenzio.

I dati sulla mancata applicazione dei LEA sono sconfortanti: nel 2006 vi erano 1,3 milioni di italiani che non accedevano a questi diritti, nel 2018 sono più che sestuplicati arrivando a 8,5 milioni.

Non vogliamo negare la complessità della cronicizzazione ma pensiamo che in parte vi sia ancora una mentalità che privilegia il contenimento rispetto alla realizzazione di un progetto riabilitativo e terapeutico con la possibilità di un percorso a medio-breve periodo in una struttura riabilitativa ed il ritorno presso la propria comunità di appartenenza.

Vogliamo in questa sede ribaltare i concetti che la salute mentale richieda un investimento economico che non possiamo permetterci e che stiamo spendendo molto per la salute mentale.

Siamo in realtà uno dei paesi europei che spende meno per la salute mentale, mediamente il 3,4% della spesa sanitaria, la metà ad esempio della Germania che spende il 7%.

Teniamo presente che le patologie mentali comportano costi economici enormi, stimati attorno al 3-4% del PIL degli stati membri degli stati membri dell'Unione europea. (J Bowis Migliorare la salute mentale della popolazione 2006).

Secondo un altro studio contenuto nel rapporto Health at a Glance : Europe 2018 dell'OCSE, il report sulla qualità delle cure nei Paesi dell'UE, l'Italia è fra i Paesi europei in cui le patologie mentali comportano costi più alti: il 3,3% del PIL, pari a 55 miliardi di Euro, un terzo dei quali (18 miliardi) sono costi indiretti, cioè legati alla riduzione dell'occupazione per le persone con problemi di salute mentale e della produttività, dovuta invece alla assenza dal luogo di lavoro.

Uno studio pubblicato su The Lancet Psychiatry da un gruppo di ricercatori guidati da Dan Chisholm (esperto del Dipartimento di salute mentale e abuso di sostanze dell'OMS) ha calcolato

che per ogni dollaro investito per offrire ai cittadini più servizi per il trattamento dei disturbi psicologici e psichiatrici è possibile ricavarne ben 4.

Per i discorsi fatti fino ad ora una comunità contenitiva , che privilegia il contenimento in tutti i sensi, anche sulla qualifica, la formazione e il numero degli operatori, ha dei costi apparentemente più bassi nel breve periodo ma che poi si innalzano notevolmente nel lungo periodo: dai dati SIEP del 2016 vi sono dei tempi medi di permanenza nelle strutture riabilitative in Italia che vanno da 30 giorni in una regione a 2268 giorni in un'altra regione.

E' importante ricordare che il diritto costituzionale alla salute contempla sia la prevenzione che la cura.

Una comunità che ha una mentalità riabilitativa e le risorse di personale necessarie con una adeguata formazione potrà avere dei tempi più brevi di permanenza degli utenti ed alla fine anche costi meno elevati.

Non vogliamo comunque semplificare un problema complesso e pensiamo sia necessaria anche una attenta e scrupolosa analisi di questi dati per valutare ogni possibile variabile.

Riteniamo che una effettiva attenzione per la salute mentale partendo dall'infanzia e adeguati investimenti , oltre che a rispondere al diritto costituzionale della tutela della salute e ai doveri etici e deontologici di ogni professionista possono comportare nel medio e lungo periodo anche un risparmio di spesa.

Concludiamo citando delle esperienze positive presenti in alcune regioni che confermano quanto affermato in precedenza, come ad esempio i budget di salute e la residenzialità leggera che lavora sull'integrazione delle parti sane dei pazienti nella società e non sulla loro esclusione.