

A proposito di "Lode del dubbio. Riflessioni su alcuni aspetti del ruolo e delle funzioni dei servizi di salute mentale in Italia" di Bernardo Carpiniello et al. pubblicato su *Psichiatria e Psicoterapia* (2007) 26, 4, 283-290.

Giuseppe Ducci

Le riflessioni di Carpiniello e collaboratori sono articolate in quattro domande, ma esse possono essere raggruppate in due temi fondamentali: il primo tema verte sulla risposta ai disturbi cosiddetti "minori" e raggruppa le prime tre domande, mentre la quarta domanda pone il problema delle alternative possibili al ricovero in SPDC.

Più in particolare, nella risposta relativa alla prima domanda sono esposti due temi ampiamente noti alla comunità scientifica italiana: la popolazione dei pazienti dei servizi territoriali di salute mentale è composta per oltre 2/3 da persone affette da Disturbi emotivi comuni (la cosiddetta piccola psichiatria) che esprimono prevalentemente una domanda di trattamento psicoterapeutico; i servizi territoriali, ma in generale, l'insieme dell'offerta dei DSM, è storicamente tarata sui pazienti affetti da psicosi e più in generale da malattie mentali gravi (SMI, Severe Mental Illness) ed è strategicamente orientata a garantire la continuità terapeutica e la restituzione sociale di pazienti lungoassistiti. In termini di prevalenza, questa rappresentazione del case mix dei servizi è tuttavia ancora lontana dalla rappresentazione della distribuzione nella popolazione generale: laddove i SMI esprimono una prevalenza del 1-2%, mentre gli altri disturbi sono presenti in misura probabilmente superiore al 8% indicato dalla ricerca ESEMed. Questa quota di cittadini che non ricorre ai CSM si rivolge ai Medici di Medicina generale e agli specialisti privati. Pertanto, non è sostenibile l'affermazione che i servizi psichiatrici pubblici tradiscano la loro *mission* primaria occupandosi dei casi cosiddetti "minori".

Piuttosto, appare evidente come il problema sia un altro: il servizio pubblico deve configurarsi come servizio generalista o come servizio specializzato? Questo problema è stato sempre affrontato in Italia in modo ideologico, senza tenere conto delle modificazioni della popolazione dei pazienti, né di esperienze e forme organizzative sviluppate in altri paesi. Inoltre, a fronte di scelte organizzative prevalentemente generaliste, ogni servizio ha sviluppato forme improprie e striscianti di specializzazione basate sulla formazione personale originaria degli operatori presenti, invece che sulla scelta di modalità operative basate sull'evidenza e sulle caratteristiche della domanda. Assistiamo quindi oggi ad un rapido modificarsi delle forme della patologia, dovuto all'incremento esponenziale dell'abuso di alcol e sostanze, all'aumento dei casi di confine (minori, anziani, patologie organiche) e dei disturbi depressivi collegati alla precarietà del lavoro, all'irrompere di disturbi culturalmente caratterizzati per la presenza sempre più ampia di immigrati. Inoltre, una maggiore attenzione alla diagnosi dimensionale ha portato ad un incremento dei casi di Disturbo di personalità, con particolare riguardo alla patologia borderline. Infine, questi cambiamenti non sono diffusi in modo uniforme sul territorio nazionali, ma subiscono accelerazioni notevoli nelle aree metropolitane, vanificando di fatto ogni tentativo a livello nazionale (vedi Progetto Obiettivo Tutela della Salute Mentale 1998-2000) di individuare soluzioni organizzative universali. A fronte di questi cambiamenti, in Olanda, ad esempio, così come nel Regno Unito ed in altri paesi europei, ma non in Italia, è cresciuta l'offerta di servizi specializzati, sia di tipo ambulatoriale che di ricovero.

Ne consegue quindi un paradosso: i servizi territoriali, comprendendo tra essi anche i SPDC, che sono nati come alternativa più umana, più moderna, più scientifica e più economica al manicomio, ripropongono una omologazione al ribasso delle risposte molto simile a quanto avveniva negli ospedali psichiatrici, quasi ignorando i progressi nei trattamenti e negli approcci ai diversi disturbi avvenuti negli ultimi 30 anni e l'emergere di nuove forme di sofferenza psichica.

Il tema posto dalla seconda domanda è quasi retorico: non solo lo studio citato del Global Burden Disease Study evidenzia che la depressione sarà nel 2020 la seconda causa di disabilità, ma anche il Piano d'azione sulla salute mentale per l'Europa, contenuto nel Rapporto della Conferenza ministeriale europea dell'OMS (2007) conferma la medesima previsione e indica nella depressione non psicotica un target primario d'intervento.

Come? Qui si apre lo scenario della terza domanda, che appare però viziato da un bias tutto italiano. Non è possibile infatti paragonare il sistema italiano delle cure primarie con quello di altri paesi europei. L'Italia è l'unico paese avanzato dotato di un Sistema sanitario nazionale universale finanziato dalla fiscalità generale dove le cure primarie sono affidate a sanitari convenzionati, privi di formazione specifica e di budget. È evidente che la loro capacità di farsi carico di problematiche psichiatriche è assolutamente insufficiente e certamente inferiore a quella riscontrabile in altri paesi europei, quale la Finlandia citata nello studio di Vuorilehto del 2007.

Nonostante, quindi, che l'OMS Europa abbia indicato quale obiettivo per tutti i paesi aderenti il "garantire l'accesso a cure primarie di qualità per la salute mentale", con particolare riferimento ai disturbi emotivi comuni (2007, pag. 27-28 e 111-118, op. cit.), in Italia oggi non appare realistico trasferire ai Medici di MG le competenze specialistiche di individuazione precoce degli stati a rischio e di presa in carico "nella comunità" dei disturbi psichici meno gravi senza avere prima provveduto ad una profonda trasformazione del sistema.

La quarta domanda, infine, attinge largamente ai dati del Progres-Acuti. In realtà, considerando altri parametri, il divario in termini di disponibilità di ricovero non appare così marcato. Infatti, il tasso di ricovero in SPDC x 10.000 abitanti è pari a 19,8. Se poi consideriamo le Case di Cura Neuropsichiatriche (6,9) arriviamo a 26,7. In Inghilterra il valore è pari a 32 x 10.000. La durata media del ricovero in SPDC (12,0 giorni) è molto simile al valore mediano (15 gg) dell'Inghilterra (anno 2000). Il ricorso al TSO riguarda il 13% di tutti i ricoveri in Italia (in Europa si va dal 3,2 del Portogallo al 30% della Svezia, mediana 13,2), mentre il tasso x 10.000 abitanti è pari a 2,5 (in Europa dallo 0,6 al 21,8, mediana 7,4).

Piuttosto, sono cambiati gli obiettivi dei cosiddetti PES (*Psychiatric Emergency Services*, secondo la definizione dell'APA, 2002). Dagli obiettivi storici (controllo di agitazione, rabbia e disperazione, contenimento delle manifestazioni più disturbanti sul piano sociale, tralasciando diagnosi e valutazione delle cause della crisi) quelli attuali indicano che il successo dei SPDC non si misura sul numero di pazienti visitati, ricoverati e stabilizzati, ma sul numero di quelli affidati con successo a progetti di cura a lungo termine.

Per raggiungere questo obiettivo la disponibilità adeguata di posti letto in un sistema integrato di salute mentale è assolutamente necessaria, come conferma lo studio citato di Thornicroft e Tansella del 2004.

In questa prospettiva, l'applicazione su larga scala di modelli di ricovero privi di prove di efficacia, quali il CSM aperto 24 ore, appare dettata da tentativi di colonizzazione ideologica. Al contrario, la strategia della complementarità, appare più flessibile nei diversi contesti territoriali. Tale strategia deve prevedere un sistema articolato e differenziato di ricovero, anche all'interno dello stesso SPDC (creando ad esempio, aree ad alta e a bassa intensità di cura), il rispetto degli standard minimi per il ricovero di pazienti acuti (almeno 1 posto letto in SPDC per 10.000 abitanti), l'integrazione delle Case di Cura accreditate come luoghi della post-acuzie direttamen-

te collegati ai SPDC, la creazione di spazi di ricovero negli Ospedali generali per adolescenti, anziani, pazienti con patologie organiche.

Bibliografia

- APA (2002). *Emerging best practices in the management of behavioural emergencies*. APA Annual Meeting, Atlanta.
- OMS (2007). *Salute mentale: affrontare le sfide, costruire le soluzioni. Rapporto della Conferenza ministeriale europea dell'OMS*. CIS Editore, Milano.
- De Girolamo G, Barbato A, Bracco R, Gaddini A, Miglio R, Morosini P, Norcio B, Picardi A, Rossi E, Rucci P, Santone G, Dell'Acqua G (2007). Caratteristiche e attività delle strutture di ricovero per pazienti psichiatrici acuti: i risultati dell'indagine nazionale PROGRES-Acuti. *Giornale italiano di Psicopatologia* 13, 26-39.
- De Girolamo G, Barbato A, Bracco R, Gaddini A, Miglio R, Morosini P, Norcio B, Picardi A, Rossi E, Rucci P, Santone G, Dell'Acqua G (2007). Characteristics and activities of acute psychiatric in-patient facilities: national survey in Italy. *British Journal of Psychiatry* 191, 170-177
- De Girolamo G, Rucci P, Gaddini A, Picardi A, Santone G (2008). Compulsory admissions in Italy. Results of a national survey. In Ducci G. (ed) *Involuntary Admission and Compulsory treatment in Mental Health Services*, vol. 2. *International Journal of Mental Health* 37, 46-60.
- Thornicroft G, Tansella M (2000). *Manuale per la riforma dei servizi di salute mentale. Un modello a matrice*. Il Pensiero Scientifico, Roma.
- Vuorilehto MS et al. (2007). Do characteristics of patients with major depressive disorders differ between primary and psychiatric care? *Psychol Med* 37, 893-904.