

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.

Antonino Minervino, Pasquale De Luca

La prima, circa la missione dei servizi pubblici in Italia

I dati circa la “massa critica” sono in linea con quanto, nell’esperienza quotidiana, si va apprezzando ormai da tempo nei servizi del nostro Dipartimento di Salute Mentale.

La gravità, se questo è il parametro che si vuole scegliere, non è appannaggio solo dei disturbi psicotici: disturbi appartenenti ad altre aree diagnostiche possono avere manifestazioni cliniche gravi, tali da inficiare il buon funzionamento di una persona. Se quindi la missione di un servizio pubblico è quella di occuparsi di situazioni cliniche gravi, bisogna smettere di pensare che siano solo i quadri psicotici a essere il compito istituzionale primario.

Se si vuole scegliere il punto di vista epidemiologico che ci dice che i disturbi psicotici sono in diminuzione sia come carico “storico” che come “nuovi casi”, ancor di più si rivela come poco comprensibile che una popolazione ridotta di utenti assorba il massimo delle risorse di un servizio.

Quindi non si tratta di operare una scelta nel senso di occuparci di qualcuno per trascurare qualcun altro, ma di rendersi conto della necessità urgente di ridisegnare i percorsi di cura dei servizi rimuovendo lo stigma nei confronti di molte patologie ritenute “minori” e non riconosciute nel loro carico di sofferenza e nel loro potenziale di invalidità.

La seconda, circa il pregiudizio sui disturbi “minori”

Condividiamo tutte le argomentazioni portate per evidenziare che di “minore” non c’è proprio niente nei disturbi citati. Impressionante è semmai il dato quantitativo, sia attuale che potenziale: della popolazione già in carico ai CSM la percentuale più alta è già rappresentata da questi disturbi, ma tale percentuale è ben poca cosa rispetto alla quota che nell’ambito della popolazione generale è rappresentata dalle persone che ne soffrono.

Altro che “massa critica”. Si avverte quindi che l’attuale disegno dei servizi di salute mentale, figlio della necessità di organizzare l’epoca post manicomiale (ammesso e non concesso che ci sia riuscito) mostra la corda ma non è ancora chiaro in che direzione è meglio che si orienti.

La terza, circa la medicina generale

La questione andrebbe posta a nostro avviso partendo da un enunciato: servizi di psichiatria e medici di medicina generale devono costruire un modello integrato di intervento su specifiche aree della salute mentale e i Dipartimenti di Salute Mentale devono produrre lo sforzo organizzativo

SOTTOMESSO APRILE 2009, ACCETTATO MAGGIO 2009

secondo i modelli proposti dalla psichiatria di collegamento e consultazione. Non possiamo pensare a dipartimenti che si ipertrofizzano o a medici di medicina generale che si specializzano in psichiatria. Lo sforzo è quello di cercare un setting comune, uno sforzo creativo ma supportato da evidenze scientifiche già disponibili. Bisognerebbe superare il modello per cui i medici di medicina generale fanno al posto degli psichiatri e gli psichiatri fanno tutto al posto di tutti. L'integrazione è la formula da perseguire.

La quarta, circa il problema dei posti letto e dei ricoveri

Troviamo che sia la più difficile da argomentare e da commentare visti i dati riportati nell'articolo in questione. Guardandosi da attrazioni ideologiche proponiamo comunque alcuni punti:

- Il sistema assistenziale, per la parte riguardante i posti letto assorbe molte risorse ed è difficile da portare a pareggio economico;
- Non si può pensare che l'assistenza psichiatrica possa disporre di risorse ospedaliere inadeguate come quantità e come qualità;
- Nella questione "letti" in psichiatria ci va di tutto e in questo "tutto" la parte del leone la fanno spesso i circuiti residenziali;
- Le persone che soffrono di un disturbo psichico hanno diritto ad una assistenza dignitosa alla pari degli altri pazienti (sempre ammesso che anche gli altri pazienti ce l'abbiano).

Conclusione

È ancora possibile parlare di missioni dei "Servizi Pubblici" in Italia?

Fino a che punto sono confrontabili le diverse realtà regionali (risorse, spazi, strumenti, professionalità).

Crediamo che le domande formulate dovrebbero avere una risposta basata sull'analisi delle diverse realtà locali. Nello spirito più completo della Psichiatria di Comunità. Una Psichiatria orientata alla Comunità entro cui si muove.

Quindi la problematica disturbi minori/maggiori, la collaborazione con la Medicina Generale, le alternative all'ospedalizzazione, possono trovare una risposta efficace/efficiente solo se inserite in una precisa analisi del contesto in cui si opera.

Un'organizzazione complessa come un DSM non può che essere concepita come un'organizzazione aperta e flessibile capace di ridurre le rigidità strutturali imposte a diversi livelli. La chiave di volta sta nel centrare la propria attività orientando le scelte organizzative sui reali bisogni del territorio in cui il DSM agisce.

Il sostanza si ritorna sempre al "sacro principio" enunciato più volte dall'OMS: "*Pensare globalmente e agire localmente*".

Le domande poste nell'articolo hanno il merito di delineare con maggiore precisione alcuni aspetti critici dell'attuale situazione nei Servizi Psichiatrici. Ma crediamo che ad ogni singola domanda dovrebbero corrispondere concrete risposte basate su specifiche analisi sia epidemiologiche che organizzative. Ma forse è proprio questo il punto. Spesso si danno risposte in totale assenza di una vera valutazione analitica dei bisogni. E' questo peccato originale, questa repulsione per la valutazione ed il confronto che finisce per relegare le nostre pratiche in una dimensione pre-scientifica. Si va avanti per prove ed errori.

Alcuni degli studi citati nella pubblicazione sono vasti studi epidemiologici che fotografano

Antonino Minervino, Pasquale De Luca

la situazione con un obiettivo grandangolare utilissimo per una visione d'insieme da cui non si può prescindere. Ma l'ottica da usare per le risposte dovrebbe essere quella di un DSM che orienta il proprio percorso organizzativo sulla base di indicatori costruiti per il confronto delle pratiche all'interno ed all'esterno del DSM stesso.

Antonino Minervino*, Pasquale De Luca**

*Direttore DSM –UOP25, Azienda Ospedaliera “Istituti Ospitalieri” di Cremona

** Responsabile SPDC- Presidio Ospedaliero “Oglio Po”, UOP 25 DSM Azienda Ospedaliera “Istituti Ospitalieri” di Cremona