

SERVIZI PSICHIATRICI

Salute mentale fra sanitario e sociale: una inutile querelle

Benedetto Saraceno

direttore del Dipartimento di Salute mentale, OMS Ginevra

La Banca Mondiale nel 1995 e l'organizzazione Mondiale della Sanità nel 1996 hanno pubblicato dati allarmanti sulla diffusione dei disturbi mentali nel mondo (*WorldDevelopment Report 1993 e The World Health Report 1997*).

1 disturbo depressivo maggiore è presente in 340 milioni di individui e una stima approssimativa indica in 10- 20 milioni i casi annuali di tentato suicidio e in 1 milione i casi annuali di suicidio compiuto. L'alcoolismo colpisce 120 milioni di individui e l'abuso di sostanze psicoattive 28 milioni. Il ritardo mentale colpisce 60 milioni di individui e la schizofrenia 20 milioni. Due malattie che nei paesi occidentali vengono considerate "neurologiche" e non "psichiatriche", la demenza e l'epilessia, colpiscono rispettivamente 29 e 40 milioni di persone.

Si tratta di stime piuttosto approssimative che non considerano il fenomeno della comorbidità per cui uno stesso individuo può soffrire di due di queste condizioni allo stesso tempo (ad esempio, alcoolismo e depressione) e viene da queste statistiche "contato" due volte. Tuttavia si tratta di cifre molto importanti che spingono per la prima volta le autorità sanitarie nazionali e gli organismi internazionali a prestare più attenzione alle questioni di salute mentale di quanto non fosse in precedenza.

Accanto alle tradizionali misure di mortalità sono state recentemente introdotte nuove misure che, lungi dall'essere soddisfacenti, cercano tuttavia di esprimere quantitativamente il "peso" (*burden*) rappresentato dalle malattie e cercano di combinare in una unica misura il grado di disabilità e gli anni di vita sana perduti conseguente- mente ad una malattia cronica invalidante. La più diffusa di tali misure è il *DALYs (Disability Adjusted Life Years)* che ha

consentito di comparare i pesi relativi delle malattie. Osservando i diversi pesi delle malattie si nota come le malattie mentali e neurologiche rappresentino l'11 % dei *DALYs* contro rispettivamente il 10% delle malattie materno-infantile, il 9% delle respiratorie, il 6% del cancro, il 4% delle malattie cardiovascolari e il 3% della malaria. In altre parole, e paradossalmente, il fatto che di malattie, mentali non si muoia o si muoia relativamente poco, pone queste condizioni in *pool position* per quanto riguarda le disabilità conseguenti e durature. Delle prime dieci cause di disabilità ben cinque appartengono al dominio delle malattie mentali (la depressione in prima posizione su tutte le malattie, l'alcoolismo in quarta, i disturbi bipolari in sesta, la schizofrenia in nona e i disturbi ossessivo compulsivi in decima).

Come già detto prima, i problemi metodologici che stanno dietro a queste stime sono numerosi e questi dati vanno esaminati con cautela. Tuttavia il senso generale di queste stime e proiezioni è quello di richiamare l'attenzione delle autorità sanitarie sulla salute mentale, sulla assenza di strategie per la promozione della salute mentale e sulla assenza di investimenti per la prevenzione così come sulla grave inadeguatezza di risorse per fare fronte alle condizioni conclamate di malattia.

Se nei paesi industrializzati le risorse allocate per la salute mentale sono inadeguate (meno del 3% della spesa sanitaria nazionale in taluni paesi europei, circa il 4% in Italia) esse sono decisamente assenti nella maggior parte dei paesi del resto del mondo (meno dello 0.5% è la regola). Per quanto riguarda tutto questo complesso dibattito sarebbe opportuno che chi si occupa di problemi di salute mentale conoscesse il rapporto sulla salute mentale nel mondo prodotto dalla Università di Harvard nel 1995 e recentemente tradotto in italiano (Desjarlais, Eisenberg, Good, Kleinmann, *La Salute Mentale nel Mondo*, Il Mulino 1998).

Ma cosa vuole dire investire per la salute mentale? Come vanno spese le risorse allocate? Queste domande sono in un certo senso precedenti a qualunque invocazione per maggiori investimenti.

Se in Italia si rendesse disponibile un 1% di più per la salute mentale, quali sarebbero le priorità in cui investire? Il dibattito è, come si può bene intuire, tutt'altro che pacato e il consenso non facile. Probabilmente il crinale maggio-

re che dividerebbe è rappresentato dalla nozione di spese sociali per il trattamento delle malattie mentali opposta a Ra nozione di spese mediche. Si tratta di una *querelle* antica in Italia (così come in Europa e negli Stati Uniti).

Dove finisce la dimensione medica e sanitaria e dove incomincia quella sociale e assistenziale?

Non è un dibattito astratto poiché la sua traduzione pratica ha conseguenze decisive sulle vite dei pazienti e dei loro familiari: cosa il settore sanitario deve finanziare e cosa no?

L'appartamento protetto per l'ex lungodegente è assistenza sociale o è cura? Le vacanze organizzate dal centro psicosociali per i propri utenti sono cura o assistenza sociale? Gli esempi sono infiniti ma tutti rimandano alla medesima questione: chi paga? Credo che un modo per evitare la *querelle*, mostrandone la totale insipienza, sia quello di riflettere sul rapporto fra dimensione sociale-malattie-trattamenti.

Moltissime malattie fisiche hanno definiti, determinanti sociali' '

Possono essere determinanti causali (il lavoro nelle miniere di silicio causa la silicosi) o determinanti concausali (le vemicci a base di aniline sono concausa del tumore della vescica) o comunque determinanti di rischio (una certa condizione sociale, ad esempio la povertà estrema, determina numerosissimi rischi di malattie, fra cui tutte quelle determinate dal non accesso ai servizi sanitari o a condizioni igieniche di vita). Risulta chiaro come la prevenzione di moltissime malattie sia possibile sia eliminando la esposizione ai fattori di rischio diretti (sostanze nocive sul lavoro, ad esempio) sia aumentando l'accesso ai servizi sociali e sanitari, sia, infine, modificando le condizioni di povertà estrema.

Nel caso delle malattie mentali, con la eccezione dell'alcoolismo e in parte dell'abuso di sostanze, i determinanti sociali sono assai meno evidenti e pertanto anche le misure preventive sono meno cogenti. Non sono infatti chiari i determinanti sociali della schizofrenia e solo in parte lo sono quelli della

depressione. Non vi sono probabilmente determinanti sociali che spieghino la comparsa di una grave neurosi ossessivo compulsiva o di un disturbo bipolare. La situazione si inverte radicalmente se invece di osservare i determinanti di malattia osserviamo i determinanti di esito favorevole dei trattamenti di malattie già conclamate.

La maggior parte delle malattie fisiche (qualunque ne sia la causa o il grado maggiore o minore di determinazione sociale) non si giovano di trattamenti sociali: ad esempio i tumori, quale ne sia la causa, si giovano esclusivamente di trattamenti chirurgici o chemioterapici o radioterapici; e così le malattie respiratorie, quelle renali e infine quelle infettive.

Le malattie mentali che, come abbiamo detto, hanno deboli e incerti determinanti sociali, all'inverso, si giovano marcatamente anche di trattamenti sociali (e psicosociali). Sappiamo bene che il trattamento della schizofrenia diventa più efficace (e lo si rileva dalla diminuzione delle ricadute) qualora alla assunzione di psicofarmaci si associ un intervento di informazione, formazione e sostegno della famiglia.

Moltissime psicosi croniche migliorano grazie a interventi di riabilitazione psicosociali, ivi compreso l'avvio a esperienze di lavoro o il passaggio da ricoveri in istituzioni alla residenza in strutture abitative protette. L'accompagnamento sociale di molti pazienti psichiatrici ha, inoltre, un effetto positivo sulle famiglie, in quanto ne alleggerisce il carico emotivo e fisico. Dunque il sociale non è un corollario o una dimensione susseguente temporalmente o parallela al trattamento medico. È parte integrante del trattamento.

Il sociale è sanitario, il sociale è terapia

Sui muri del manicomio liberato di Trieste apparve molti anni fa una scritta: "La libertà è terapeutica"; il più diffuso slogan del movimento brasiliano di psichiatria antistituzionale dice "La cittadinanza è terapeutica".

Ebbene questi slogan vanno presi molto sul serio. Riflettiamo come essi non dicano: "La libertà è un diritto dei malati di mente" oppure "La cittadinanza va data anche ai malati di mente". Questi slogan dicono che una buona

psichiatria, che davvero pretenda di curare, deve considerare le dimensioni della libertà e della cittadinanza come parte integrante di qualunque processo di cura.

La querelle finisce qui. Non c'è un punto dove finisce il sanitario e comincia il sociale ma il sociale è sanitario, il sociale è cura, e al contrario, là dove manchino queste dimensioni si avrà semplicemente una "cattiva cura", una "terapia inadeguata". Tutto questo gli psichiatri e spesso gli amministratori fanno fatica a capirlo e continuano a pensare che la dimensione sociale del trattamento delle malattie mentali è una sorta di optional, lodevole, segno di apertura mentale, da perseguirsi tuttavia fino a dove i finanziamenti lo permettano. Non si tratta di eliminare un optional erogabile solo in tempi di vacche grasse, ma di assumersi la piena responsabilità che tale eliminazione azzoppa la terapeutica, la rende meno efficace. In altre parole, è come dire che non tutti gli strumenti chirurgici saranno sterilizzati poiché mancano i fondi. Chi facesse questa dichiarazione sarebbe accusato di togliere ai malati il diritto a cure appropriate ed esporli a rischi addizionali.

L'assenza di residenze protette per i pazienti psichiatrici, la limitazione dell'accesso ai servizi territoriali e alle strutture riabilitative connesse, costituiscono una ablazione del diritto a cure appropriate e generano rischi addizionali per i malati.

Come si vede la querelle è sì antica ma è anche falsa.

E tutto questo ce lo dice la letteratura psichiatrica internazionale, la epidemiologia e anche l'organizzazione Mondiale della Sanità.

Infatti certi principi che erano rivoluzionari venti anni fa oggi sono i principi retti cui si ispira la OMS quando esprime raccomandazioni alle autorità sanitarie.

A questo proposito sono interessanti e andrebbero diffusi in Italia alcuni documenti chiave della OMS in cui emergono tendenze inequivocabili:

- bisogna superare l'egemonia dell'ospedale psichiatrico e sviluppare servizi comunitari (*Declaracion de Caracas, WHO/PAHO, 1990*);
- bisogna sviluppare modelli di riabilitazione basati sulla residenzialità e sul lavoro (*Psychosocial Rehabilitation, a consensus statement, WHO, 1996*);

- bisogna ampliare *le partnerships* comunitarie per sviluppare adeguati servizi di salute mentale, (*Global Action for the improvement of Mental Health Care*, "O, 1996);
- bisogna sviluppare la qualità dei servizi di salute mentale e valutarla periodicamente (*Quality Assurance in Mental Health Care*, WHO, 1997).

Sembra dunque che non sia più il tempo delle *querelles* che sono vecchie e dunque sono oramai soltanto scuse per difendere privilegi corporativi o scelte di politica sanitaria miopi.

E' il tempo della partecipazione (degli utenti, dei familiari, delle organizzazioni non governamentali, del privato sociale senza fini di lucro), è il *tempo della partnership* (non si danno servizi comunitari senza un serio coinvolgimento delle comunità), è il tempo del rigore e della valutazione (soltanto linee guide chiare, intelligenti, non ambigue, dettagliate, attente non solo a inventariare burocraticamente strutture e procedure ma anche a valutare gli esiti per i pazienti), e, se sarà il caso, sarà di nuovo il tempo degli schieramenti.

n. 7/1999 - Prospettiva Sociali e Sanitaria