

Grave situazione dell'**assistenza psichiatrica in Italia**.

Esperienza di psichiatra e di telefono bianco.

E' così evidente la drammaticità del disagio psichico che rischiamo di non vederlo e di abituarci.

L'assistenza psichiatrica fa parte dell'assistenza socio-sanitaria territoriale o di primo livello.

E' in previsione una riforma dell'assistenza territoriale (mmg saranno dipendenti SSN) che non significa solo mmg, ma diverse strutture che nel tempo si sono affievolite, spente (distretti, consultori, ADI e salute mentale...)

Primo livello va riformato: in Italia se uno si ammala, ha bisogno di qualcosa, parte un meccanismo kafkiano di ulteriori difficoltà, come se fosse attiva una corrente contraria, fatta di varie complicazioni, non solo di inutile burocrazia.

Perché non semplificare, invece, la vita al malato e al cittadino che deve fare un percorso diagnostico breve (esempio) o lungo che sia (esempio) o un percorso di cura di anni...

Identifico tre settori d'intervento fondamentali:

- **1. informazione**, (diritto a essere informato, risolto con la carta dei servizi?, diritto ad una comunicazione efficace, per la 219 è fuorilegge il medico che non comunica bene con il paziente, è frettoloso... Al diritto dell'informazione sostituirei il diritto alla comunicazione efficace (secondo regole di reciprocità, di comprensibilità, di livello scolastico, eccetera) Perché non esistono esperti della comunicazione all'interno delle varie agenzie sanitarie?

- **2. procedure snelle** (diritto all'uso della tecnologia, di IA, telemedicina)

Esempio: lunghe liste d'attesa per la prima visita per riconoscimento dell'invalidità civile; più di 1,1 milioni di cittadini, allarme lanciato dallo stesso INPS (lavoro quasi esclusivamente certificatorio, esiste lo snellimento della procedura per i malati oncologici sottoposti a chemioterapia con risposta di massimo trenta giorni; suggerire la telematizzazione di tutte le prime istanze, di semplificazione della verifica su base documentale. In Italia la domanda di IC può essere valutata da medici convenzionati con l'INPS oppure da medici delle ASL, che tutte le Regioni adottino un unico modello di gestione al momento che lo Stato assicura il diritto alla Salute a tutti i cittadini senza distinzioni territoriali)

- **3. sostegno alle persone sole/anziani** o famiglie pluri-problematiche, in stato di povertà, non solo economica ma anche educativa (sorgono ambulatori popolari, anche a Vicenza, per persone che non potrebbero accedere al SSN, in stato di povertà, immigrati, ecc. C'è una categoria di persone che devono essere aiutate a capacitarsi con l'uso dei servizi, con l'informazione, con l'uso del telefonino, fascicolo sanitario elettronico, spid, ecc

Specificità psichiatrica dell'assistenza territoriale.

**1. Psichiatria e salute mentale.** Nel tempo sempre più imbucati nella psichiatria. Allargare il campo di interesse, non solamente entro le categorie diagnostiche, che si sono dimostrate limitate, interessarsi alle condizioni sociali che determinano sofferenza psichica, dolore mentale, rischio suicidario, eccetera... Salute mentale come concetto più ampio della psichiatria. A rigore, la psichiatria adotta il modello bio-medico, mentre la salute mentale è inevitabilmente bio-psico-sociale, fa prevenzione, fa promozione della salute, si attiva per il benessere mentale del contesto socio ambientale., è inevitabilmente pluri-professionale. Non è così perché la maggior parte dei CSM o CPS che si sono trasformati in ambulatori medici, eliminando la continuità terapeutica...

**2. Non esiste una storia naturale della malattia/disagio mentale,** ma esistono storie di persone che usano servizi diversi, condotte variabili connesse al paziente, alla sua famiglia, al servizio e alla sua organizzazione, alla cultura del luogo, al livello scolastico, economico, alla presenza di servizi sociali, di una rete di sostegno, di volontariato, ecc con esiti molto differenti che significa che va sgretolata la predominanza medica biologica (ospedale-centrica o di Direzione medica) e vanno attivati progetti multi-professionali estesi comprensivi anche di una figura di tutela dei diritti dell'interessato.

Tre sono i riferimenti utili:

- **1 Convenzione Nazioni Unite del 2006** sui diritti delle persone con disabilità include le persone con disabilità mentale. Per la prima volta i diritti delle persone con disabilità mentale sono assimilate ai diritti delle persone con disabilità fisica. Art. 14: "tutte le persone con disabilità godono del diritto alla libertà e alla sicurezza personale... qualsiasi privazione della libertà deve essere conforme alla legge e l'esistenza di una disabilità non giustifica in nessun caso una privazione della libertà" Altri due fondamentali articoli parlano del diritto a fruire dei più alti livelli possibili di salute fisica e mentale e il diritto ad uno standard adeguato di vita e protezione sociale. Ora, le persone con disabilità mentale hanno accesso a trattamenti medici al pari della popolazione generale? Le persone con disturbi mentali muoiono prima delle persone della medesima età e condizione socio-economica che non soffrono di queste malattie e disabilità. La speranza di vita in queste persone è ridotta. Troppe persone che hanno problemi di salute mentale e soffrono per una disabilità mentale non hanno servizi appropriati.

La disabilità diventa l'handicap. Riabilitazione come intrattenimento (Saraceno) se poi fuori non ci sono le opportunità (es del cieco che impara il braille e poi in città non ci sono scritte in braille)

- **2 Indirizzo dell'OMS dal 2000** (Saraceno) raccomandazione ad abbandonare il modello biomedico in salute mentale per orientarsi sulla promozione dei diritti e lo sviluppo di interventi di salute mentale di comunità. (Il cosiddetto modello bio-psico-sociale appare nel 1977, coniato da

George Engels, nella rivista "Science" Ha molti anni la previsione di un fallimento di una Salute Mentale basata eminentemente sul concetto psichiatrico biomedico)

- **3 Risoluzione approvata all'unanimità dalla Commissioni Affari Sociali della camera nel novembre 2019.** Impegni assunti: aggiornare i LEA, rivedere la normativa sul TSO, forme di inclusione sociale attraverso il "budget di salute" nominativo e non attraverso prestazioni sanitarie dell'operatore, formazione del personale sanitario, aumento delle risorse economiche da dedicare alla Psichiatria (siamo al 3,5% e il minimo adeguato è stato indicato nel 5% della spesa sanitaria), azione di rinforzo della NPI, ecc

Per rimanere in tema col titolo del Congresso (Attiviamo la democrazia) credo che i tempi siano maturi per proporre la **partecipazione degli utenti** stessi e dei familiari nei centri di gestione e di organizzazione dei servizi per la salute mentale. Ci sono esperienze di questo tipo, a vari livelli, con esiti positivi. Il contributo del paziente e del familiare non è solamente trasformare il problema in risorsa, come si diceva tempo fa, cosa utilissima certamente, ma anche far intervenire il punto di vista, non trascurabile in un contesto per definizione epistemologicamente debole, povero, dell'"esperto per esperienza" diretta (paziente o contesto familiare) necessario punto di vista, se non centrale in alcuni casi, nell'approccio con una persona impaurita, chiusa in casa, per esempio, per mettere a punto efficaci programmi di trattamento, di sostegno e cura.

Presenza di utenti nel disegnare e costruire programmi, organizzare servizi di riabilitazione, di attività ambulatoriale, di rispetto della persona e dei suoi diritti (all'abitare, al reddito economico, agli scambi sociali, ad imparare, ad esprimersi...) nonché nel semplice "stare a fianco" al sofferente nei momenti cruciali, nella stesura del cosiddetto consenso di Ulisse, per evitare TSO, contenzioni, eccetera...

*Diego Silvestri  
Cellula Vicenza - Padova*