Ripensare l'organizzazione dei servizi di salute mentale sulla base delle evidenze scientifiche per una loro maggiore credibilità e autorevolezza

Con l'approvazione della Legge 180/78, con la quale sono stati istituiti servizi di salute mentale e sono stati definitivamente chiusi gli ospedali psichiatrici, si è diffuso un nuovo modo di trattare e interpretare il disturbo psichiatrico, basato sui seguenti principi: le persone con malattie mentale non devono essere segregate ed isolate, ma reinserite a pieno titolo nella società, riprendendosi i loro diritti di cittadinanza; la malattia mentale è una malattia come le altre e, pertanto, passibile di cura e anche di guarigione; l'assistenza, la cura e la riabilitazione devono essere offerte nel luogo di vita delle persone affette.
A tali principi, del tutto condivisibili e costantemente difesi, non è corrisposto l'impegno a riempirli di indicazioni tecniche e di revisioni organizzative, entrambe ormai non più eludibili, a causa di una serie di rilevanti fenomeni, che hanno contribuito a rendere più complesso il quadro e più difficile il compito di cura: l'aumento dell'incidenza e della prevalenza del disturbo mentale nella fase adolescenziale e in giovane età, la diffusione impressionante dell'uso di sostanze, il fenomeno migratorio e la pandemia del Covid 19. Si stima che in almeno nel 50% delle persone che accedono ai servizi di salute mentale degli adulti l'esordio della malattia si sia manifestato in età adolescenziale e che il consumo problematico di sostanze psicoattive è passato da 2,5% nel 2010 a 9% nel 2021. Altra fonte di preoccupazione è il tasso di incidenza e di prevalenza della malattia mentale nelle popolazioni migranti, che sono toccate da tale problema in una percentuale che va da un terzo al 50%.
La pandemia Covid 19 non ha fatto altro che agire da detonatore su ragazzi e giovani, già costituzionalmente vulnerabili, e resi ancora più vulnerabili dall'uso di sostanze, assunte il più delle volte a scopo auto-terapico.
Per quanto riguarda le revisioni organizzative, esse dovrebbero basarsi sui dati scientifici provenienti dalla letteratura e non su affermazioni ideologiche o meramente di principio, come è successo finora nel settore. Oggi le evidenze ci dicono che:

a) La malattia mentale se non curata precocemente in modo multidimensionale, interdisciplinare e multiprofessionale evolve verso la disabilità , ossia verso la perdita di ruolo sociale e verso un deterioramento delle facoltà cognitive, essenziali per vivere, relazionare, scegliere e intrepretare correttamente la realtà personale e sociale. La disabilità è la più grave conseguenza della malattia mentale, spesso più grave dei sintomi, in quanto produce alterazioni dell'identità e processi di auto-stigmatizzazione.
b) Le ricadute possono essere gestite anche senza ricovero ospedaliero, purché l'intervento sia tempestivo, nel luogo di vita della persona, intensivo (accessi quotidiani) e supportivo anche nei confronti del contesto familiare. E' stato dimostrato che, nel caso di persone particolarmente vulnerabili, al fine di prevenire le ricadute l'équipe curante dovrebbe avere almeno 3 contatti settimanali con il paziente e la sua famiglia.
c) La dipendenza da sostanze non è un vizio ma una vera e propria malattia, che mina l'autodeterminazione e la volizione, rendendo la persona priva della possibilità di scegliere per il suo bene e tiranneggiata dal desiderio

incontrollabile utilizzare droghe per sedare dolori, angosce e sintomi. Più della metà delle persone che accedono ai nostri servizi ha una comorbilità psichiatrica con uso di sostanze e non può essere curata da servizi separati.

d) Le neuroscienze scoiali hanno scoperto che il cervello è neuroplastico e che pertanto stimolare i pazienti all'esercizio delle facoltà mentali (ragionamento, riflessione, logica e apprendimento) e cognitive (memoria, attenzione, funzioni esecutive, problem solving) produce una riorganizzazione delle reti neurali, tali da compensare i deficit del neuro sviluppo cerebrali (presenti, in modo più o meno massivo, in tutte le malattie mentali) e da contrastare l'evoluzione disabilitante della malattia mentale.

e) Gli ambienti, le cui regole sono lontane da quelle vigenti nella società, dove le persone non sono esposte alla vita "reale" (vedi residenze psichiatriche), ma vengono "accudite" 24h su 24 sono inevitabilmente disabilitanti, ossia inducono la perdita di abilità, in quanto, secondo le scienze dell'apprendimento, le abilità, se non vengono esercitate, si estinguono. Al contrario, ambienti che allenano alle competenze sociali e non fungono da barriera nei confronti della vita, ma, al contrario, favoriscono il contatto con le piccole e grandi sfide della quotidianità sono abilitanti, evolutivi e destigmatizzanti.

Le evidenze suddette richiedono un cambiamento di rotta nelle prassi e nelle organizzazioni dei servizi di salute mentale, che cercherò di descrivere nei punti seguenti, consapevole, ovviamente , che la proposta è solo abbozzata e non certo esaustiva :

a) I servizi sono spesso troppo farraginosi e burocratici, rendendo l'accesso difficile, quando tra la richiesta di appuntamento e la prima visita sono interposti una serie di altri passaggi, e frantumato, quando diversi professionisti effettuano interventi sullo stesso paziente senza integrarsi tra loro. Ciò incide anche sulla tempestività di intervento, sia nei confronti delle malattia all'esordio sia nei confronti delle ricadute, spesso ritardato rispetto ai tempi nei quali dovrebbe essere offerto. E' necessario, pertanto, un sistema di servizi con minori barriere, dove il professionista che accoglie un cittadino, sia al primo contatto che ai successivi, coinvolga velocemente le altre professionalità, armonizzi le proprie competenze con quelle dei colleghi e restituisca una valutazione diagnostica e un chiaro percorso di cura al paziente e alla famiglia in tempi ragionevoli (la letteratura ci dice entro 7/10 gg. al massimo), facendo ricorso alle migliori evidenze disponibili.

b) Lo stile di lavoro deve essere orientato ad una maggiore pro-attività, adottando quello che gli anglosassoni chiamano "assertive outreach" (i professionisti escono dagli ambulatori e raggiungono i pazienti nel luogo di vita), superando l'atteggiamento di attesa (aspettare che sia il paziente a recarsi in servizio), che così spesso è stato causa di interventi ritardati e di abbandoni.

c) Bisogna porsi il problema di come riorganizzare i servizi al fine di offrire trattamenti psicosociali basati sull'evidenza scientifica e orientati alla ripresa della salute mentale. E' inaccettabile che i trattamenti psicosociali vengano offerti solo ad un quarto delle persone che ne avrebbero bisogno e che ancora oggi siano considerati ancillari rispetto alla terapia farmacoterapica .

d) E' prioritario ridefinire il ruolo dei SerD, chiedendosi anche se , alla luce

dell'aumento di popolazione con comorbidità psichiatrica e uso di sostanze, ha ancora senso mantenerli. Il trattamento delle dipendenze oggi si svolge, di fatto, all'interno di un duopolio: SERT - Comunità che ha cercato di "bilanciare", senza mai riuscirci completamente, il concetto del "prendersi cura" dal punto di vista educativo con quello del "curare" dal punto di vista clinico. Il mandato sociale al Sistema di intervento sulle tossicodipendenze è sempre stato ambiguo: molto più indirizzato al contenere i problemi sociali e, forse, le persone che li provocavano, piuttosto che a curare e, possibilmente, a guarire. Contemporaneamente, sistemi attigui - come quello psichiatrico - se da una parte individuano l'inadeguatezza dei trattamenti forniti a pazienti "doppia diagnosi", dall'altra faticano a proporre e a costruire collaborazioni per la costruzione di modelli di intervento adeguati. Nella nostra cultura il "paziente doppia diagnosi" tende a diventare ... di competenza altrui ... specialmente quando la "doppia diagnosi" è dichiarata!

e) Bisogna interrogarsi se il DSM, così come è organizzato, sia ancora funzionale. Chi scrive è convinto di no. Il crescente numero di pazienti con bisogno di trattamenti integrati multidimensionali e la conseguente necessità di superare la presa in carico delle singole UO devono orientare verso un modello di presa in carico in cui siano coinvolti operatori adeguatamente competenti, a prescindere dal servizio di appartenenza (Centro di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche, SPDC, Neuropsichiatria Infantile, Servizi Sociali, Consultorio, Medici di Medicina Generale), con incontri sistematici tra tutte le figure professionali interessate al piano di trattamento per l'utilizzo interdisciplinare di tutte le risorse presenti. In altri termini si tratta di superare il modello organizzativo a "silos", dove i diversi servizi lavorano in modo parallelo o sequenziale, ma sostanzialmente separato e senza interconnettersi, per transitare la modello di rete o *user-centered,* dove il cittadino riceve una risposta coerente e omogenea in qualunque nodo dell'organizzazione si imbatta.

E infine, ma non meno importanti, sono le competenze professionali del personale. Nel settore della salute mentale, storicamente, si è sempre data poca rilevanza alla formazione di chi, per anni, ha in carico persone con gravi problemi psichiatrici e quasi mai si è tenuto il passo con il recente sviluppo delle conoscenze scientifiche.

Neanche le discipline correlate a quella psichiatrica, deputate a fornire ai servizi importanti figure professionali non mediche, si sono sostanzialmente preoccupate di aumentarne le competenze operative, rivelando l'assenza di programmi di formazione sui temi di fondo della psichiatria di comunità nella maggioranza dei corsi universitari per psicologi, assistenti sociali, infermieri, educatori professionali.

Alcuni motivi del disinteresse dimostrato si ritrovano: a) nella maggiore evidenza scientifica della psicofarmacoterapia e nella scarsità di studi attestanti l'efficacia delle tecniche psicosociali; b) nella convinzione che la principale causa delle malattie mentali sia di origine biologica, per cui l'esito ottimale atteso consiste, tutt'al più, nella stabilizzazione dei sintomi psicotici; 3) nella scorretta interpretazione del concetto di cronicità, considerata da sempre una conferma di

inguaribilità piuttosto che la caratteristica di una malattia persistente (alternanza di periodi di remissione a periodi di riacutizzazione per l'intero corso della vita).
E così la gestione di una malattia cronica, quale quella mentale, è stata affidata ad ambiti aspecifici e a personale impreparato e scarsamente supportato, che nella migliore delle ipotesi si è limitato ad una buona assistenza, intesa come soddisfacimento dei bisogni primari (sussidi, vitto, alloggio, supporti aspecifici), o all'offerta di programmi ricreativi e di intrattenimento. Si è, quindi, rinforzato nella psichiatria di comunità del nostro Paese uno sconcertante paradosso: proprio dalla grave disabilità psichiatrica, bisognevole di continui tentativi terapeutici, investimenti e risorse, si è maggiormente disinvestito sotto il profilo della rigorosità e della qualità degli interventi, relegata in un limbo, dove è richiesto il semplice possesso di una generica disponibilità, ma non di specifiche attitudini, abilità, conoscenze, basali per affrontare alcuni temi dell'assistenza psichiatrica pubblica.
Oggi i nuovi bisogni richiedono nuove conoscenze, nuove abilità e nuove attitudini, per cui massima deve essere l'attenzione agli operatori che quotidianamente affrontano la sfida comportata dalla malattia mentale. È oggi quanto mai importante occuparsi della loro motivazione e del loro benessere. Non bisogna, infatti, sottovalutare quanto gli esiti di salute mentale nelle persone affette da disturbo psichiatrico dipendano in gran parte dalla motivazione e dai livelli di competenza professionale del personale, a prescindere dalla loro categoria professionale, e che i pazienti senza speranza sono frutto di operatori senza speranza perché lasciati soli e privi di strumenti .

Pur riconoscendo l'importanza di tutte le inziative tese a porre l'atenzione sulle risorse, ritengo questa azione insufficiente e a rischio di essere un'ennesima *vox clamantis in deserto*, se non è accompagnata da una proposta di miglioramento di alcuni modi di operare che finora ha avuto la salute mentale, al fine di guadagnare quella credibilità e quella legittimazione - non politica ma scientifica - che non abbiamo mai avuto e che ci occorre come ossigeno per poter convincere i nostri interlocutori che quanto chiediamo ha un corrispettivo in termini di servizi innovativi, moderni e rispondenti ai bisogni. E quindi, dal momento che questo dibattito ci ha anche riallenato a farci domande, chiediamoci: Cosa si aspettano da noi le famiglie, i pazienti e le stesse Direzioni Generali o i vari Assessorati, che rappresenti quel valore aggiunto, tale da farci superare la posizione decennale di questuanti e traghettarci in quella di offerenti?

A parere di chi scrive, anche in base alla propria esperienza, oggi in salute mentale viene richiesto prima di tutto un alto livello di competenza, espressa da operatori non ideologici, che mettono al corrente i pazienti e familiari del loro problema in modo accurato e alla luce delle conoscenze più aggiornate; che siano capaci di far capire la gravità della situazione e, nel contempo, infondere speranza e prospettiva; che informino sul ventaglio di trattamenti disponibili; che sappiano spiegare quali offrire e perché; che siano chiari sugli esiti attesi e sugli indicatori con i quali questi ultimi saranno misurati; che conoscano l'efficacia dei trattamenti e sappiano far comprendere i motivi per i quali vengono proposti; che siano in grado di fare riferimento ad uno stesso paradigma e utilizzino lo

stesso metodo di intervento, a prescindere dal servizio di appartenenza, soprattutto per quei cittadini che hanno la sfortuna di imbattersi in diverse strutture del Dipartimento per problematiche complesse e rischiano di trovare comportamenti operativi del tutto difformi tra un servizio ed un altro. Operatori che riescono a comunicare tra loro velocemente, senza aspettare che sia sempre l'altro collega (quello delle DP, quello della UONPIA, quello del CSM....) a fare il primo passo, e che non fanno gravare sul paziente e sui familiari il compito impossibile di mettere in contatto due o più professionisti o di "farli andare d'accordo". Operatori aggiornati, che studiano, che sono entusiasti di imparare dalle ultime acquisizioni e Responsabili di servizio che si occupano della crescita professionale dei loro operatori, non inseguendo più i ruoli (non so perché tanto ambiti, dato che non è il nostro lavoro) di politici o di amministratori, molto in voga nei decenni passati, e non abdicando alla loro funzione di governo clinico. A questo proposito, in nessuna altra branca, come in quella della psichiatria, si è tralasciato di mettere al **centro della programmazione e gestione dei servizi sanitari i bisogni dei cittadini** e di valorizzare, nel contempo, **il ruolo e la responsabilità degli operatori sanitari, al** fine di garantire i migliori risultati possibili in termini salute. In nessuna altra branca della medicina si è stati tanto allergici all'impiego di metodologie e strumenti, quali le **Linee guida** e i **percorsi assistenziali basati su prove di efficacia,** la **valorizzazione del personale** e la relativa **formazione**, l' **integrazione** disciplinare e multiprofessionale e la **valutazione sistematica delle performance.** Tutto ciò implica anche l'evoluzione nei ruoli e nelle responsabilità delle figure non mediche, che non possono più rivestire un ruolo "ancillare" rispetto alle figure mediche, ma devono acquisire più autonomia e, contestualmente, maggiore responsabilità nei processi di trattamento. Da qui, i necessari cambiamenti nella loro formazione.

La scarsa attenzione attribuita in questi decenni ai punti citati ha contribuito al radicamento di stili comportamentali e comunicativi non appropriati nei confronti dei pazienti, che però non vengono affrontati direttamente con chi né è l'agente. E qui si apre un'altra grave criticità nell'area della competenza professionale del personale che opera nei servizi di salute mentale: si chiude un' occhio anche in presenza di stili di lavoro eclatantemente non etici né professionali, ritenendoli non un grave scostamento dalle indicazioni deontologiche e scientifiche, ma un "modo di essere " dell'operatore. Che, come tale, va rispettato, anche se lede il diritto dei pazienti a ricevere cure efficaci e ad essere trattati come persone. C'è quasi un sacro pudore da parte dei responsabili, o comunque di chi sa come si dovrebbe operare, ad intervenire con un feedback correttivo, sia per la fatica di abbandonare la propria "area di confort" sia per timore di alienarsi "la simpatia" del collega e di rendersi la vita lavorativa quotidiana scomoda e difficile.

Inoltre, la difesa dell'ideologia e la sottovalutazione dell'importanza della competenza professionale ha fatto sì che i servizi di salute mentale fossero percepiti dall'opinione pubblica, ma anche da altri settori della sanità (vedi i colleghi ospedalieri), come servizi non sanitari (se si intende per sanitario un servizio che tratta una malattia), ma come luoghi di ascolto, di relazioni più o

meno general generiche, di pratiche oscure e criptiche, mai spiegate e mai sintetizzate con chiarezza, dove più che altro si parla ma non si cura e dove è ammessa l'estrema disomogeneità di impostazioni e di visioni. Tale percezione deriva dalla particolare genesi della psichiatria di comunità nel nostro Paese, scaturita più dal bisogno di riconoscere alle persone con malattia mentale i diritti civili, il diritto alla libertà e all'inclusione sociale, che dall'obbligo etico di cercare il modo migliore di curare una malattia. Non ha contribuito a dare un'idea uniforme e chiara della psichiatria di comunità e del suo modello di intervento anche l'estrema frammentazione del corpus medico nel campo, spaccato da sempre tra i tre principali modelli che hanno caratterizzato il settore (biomedico, psicologico e sociale) e che lo hanno depotenziato, perché lo hanno conflittualmente diviso. Si è arrivati addirittura a dare un colore politico ai tre modelli: quello biomedico di destra, quello sociale di sinistra, quello psicologico..... a seconda. E non se ne esce ancora, anche se è stata dimostrata la profonda connessione tra ambiente, geni, comportamenti, emozioni e stili cognitivi e le influenze di eventi ambientali sul neuro sviluppo, tanto da rendere obsoleta l'appartenenza degli psichiatri alle diverse correnti e obbligata la presa in cura della persona nella sua dimensione olistica e complessiva.

Un elemento che ha contribuito al riduzionismo dell'intervento dei servizi di salute mentale, connotandoli come "dispenser di psicofarmaci", è stata la posizione subordinata dei trattamenti psicosociali rispetto a quelli farmacologici e la superficialità banalizzante con la quale si è trattata, ed è ancora trattata, la riabilitazione psichiatrica nel nostro Paese, assimilata di volta in volta ad un generico fare, ad attività afinalistiche e uguali per tutti i pazienti, a strutture murarie (CD e residenze), che per il solo fatto di essere "territoriali" erano di default "riabilitative", e ad inserimenti lavorativi più simili a parcheggi che a vere inclusioni sociali. La riabilitazione psichiatrica, a differenza dalla riabilitazione fisica, non ha mai avuto in Italia la dignità di una tecnica e per troppi anni è stata l'intervento per tutte le stagioni, utilizzata camaleonticamente in contesti che avevano tutt'altra finalità e da soggetti con competenze e formazione lontani da quelle richieste. Come scrive Anthony (2003) , spesso si è assistito allo "sviluppo di setting psichiatrici non tradizionali con il progetto di utilizzare tecniche psichiatriche tradizionali attuate da personale formato in modo tradizionale".

Pertanto, continuando con la buona abitudine di farsi domande, ci si può chiedere: Perché le DG e le Regioni dovrebbero finanziare servizi dove sono sufficienti, per curare una malattia complessa e grave come quella mentale, la relazione, il parlare, l'ascoltare, il coinvolgere in attività generiche, l'intrattenere, l'accompagnare, il contenere, l'empatizzare, etc., dato che basta un po' di disponibilità umana, un luogo dove radunare i pazienti e indurli a fare qualcosa o un generica accoglienza per attuare una psichiatria senza manicomi? Per queste attività non sono necessarie né risorse né fondi, ma solo specifiche qualità umane, un po' di pazienza e un buon carattere. Il bello è che la" sdentata" l'abbiamo già presa da anni in questo senso, dato che ormai anche un "non addetto ai lavori" capirebbe che oggi occuparsi del disturbo psichiatrico implica possedere alte competenze professionali, "prendersi cura" in modo continuativo del personale ed esercitare una leadership motivazionale e trasformativa.

Una proposta credibile dovrebbe vedere tutti gli psichiatri convergere su pochi punti chiari: il riconoscimento del diritto dei pazienti a trattamenti efficaci e a personale competente, oltre che dei diritti civili; il modello multidimensionale di malattia mentale; il modello integrato di intervento e la necessità di modificare radicalmente l'assetto dipartimentale; il valore della tempestività negli interventi e la rimozione delle barriere burocratiche che rendono spesso gli accessi lenti, farraginosi e respingenti; il ricorso agli interventi supportati dalle migliori evidenze e la riappropriazione da parte delle figure apicali del governo clinico.

E' necessario che la psichiatria di comunità abbandoni quell'identità incoerente e fumosa, dove è vero tutto e il suo contrario, per acquisire una dignità tecnica, intendendo per "tecnica" non la standardizzazione e l'omogeneizzazione degli interventi o l'azzeramento della creatività e della componente umana, ma, al contrario, l'acquisizione di strumenti utili proprio a contrastare i fenomeni di disumanizzazione e di "sine cura", spesso presenti nei nostri servizi.

Paola Carozza
Direttore DAISMDP (Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche) Ferrara
Deputy Vice President Europa WAPR (World Association Psychosocial Rrehabilitation)