

La salute mentale in Europa dopo Helsinki

Roberto Mezzina, psichiatra, DSM Trieste - Centro Collaboratore Leader OMS per lo sviluppo dei Servizi in Europa

(versione integrale dell'articolo pubblicato in forma ridotta su "Communitas" n. 12 /2006 "Le apocalissi della mente")

Premesse: salute mentale come questione politica europea

Una persona su quattro in Europa sperimenta almeno un episodio significativo di disturbo mentale nella propria vita (oltre 18 milioni di europei ogni anno soffrono di depressioni severe). Il costo economico delle malattie mentali è enorme, tra il 3 ed il 4 % del prodotto interno lordo. Circa 58 000 cittadini dell'Unione si suicidano ogni anno, più delle morti per incidenti e AIDS, e un numero di circa 10 volte superiore tenta il suicidio. Ancora in alcuni paesi europei fino all'85% dei finanziamenti per la salute mentale sono assorbiti dal mantenimento di grandi istituzioni psichiatriche". Con questi dati si apre la mozione per una risoluzione del Parlamento Europeo annessa al Libro Verde sulla salute mentale.

E' noto dagli studi disponibili che il peso della malattia mentale in Europa è molto maggiore in percentuale rispetto al resto del mondo, ossia arriva ad 1/5 del peso totale delle malattie (Murray & Lopez, 1996). Non solo, nell'ordine delle malattie, le prime 4 su 6 sono malattie neuropsichiatriche; ma 9 su 10 dei paesi col maggior tasso di suicidi sono in Europa, ed a ciò va aggiunto l'uso dell'alcol.

Come sostengono Saraceno e Saxena, da un punto di vista politico più generale, negli ultimi anni il processo di democratizzazione all'Est ha reso il problema psichiatrico evidente e creato maggior sensibilizzazione, come ad esempio nell'area dei Balcani. Inoltre si è imposta una presenza sempre maggiore delle associazioni dei familiari, e di quelle, sebbene più frammentate ma in alcuni paesi, come la Svezia, non meno influenti, degli utenti.

Uno studio (ESEMEd), condotto in 6 paesi inclusa l'Italia, ha mostrato che la prevalenza a 1 anno delle m.m. raggiunge il 9.6 %. In particolare, in Ucraina il 20.4 %. A fronte di ciò, il tasso dei disturbi non trattati va dal 36 al 50 % a seconda dei paesi (in Ucraina l'80 %, ed è legato alle classi sociali). Il Libro Verde, come vedremo più avanti, allega due tabelle piuttosto eloquenti che descrivono le disparità esistenti: una riguardante il tasso dei suicidi (anno di riferimento 2002), che oscilla da 3,6 per 100 000 abitanti in Grecia a 44 per 100 000 abitanti in Lituania (il più alto del mondo); l'altra l'importo del bilancio sanitario destinato alla salute mentale, in termini di percentuale del budget per la salute mentale sul totale del budget sanitario in Europa (2002), che varia anch'esso considerevolmente a seconda degli Stati membri, dal 2,1% della Slovacchia a quasi il 14% del Lussemburgo ed il quasi 12% della Gran Bretagna.

Le politiche restano finora caratterizzate ed ancora dominate, specie nei paesi dell'Europa Centro-Orientale ma anche in paesi come Francia, Belgio, Germania, da grandi ospedali psichiatrici e carenti o addirittura assenti strutture e servizi nella comunità. L'OMS, che ha aggiornato il suo Atlante Mondiale della Salute Mentale, ha nel frattempo varato un più dettagliato ed accurato sistema di valutazione a sei livelli, che va da quello nazionale delle legislazioni e delle politiche a quello locale dei servizi (WHO-AIMS), ed esso è stato sperimentalmente applicato ad un piccolo paese del sud-est del vecchio continente.

Comunque già l'Atlante dell'OMS (Saraceno e Saxena, 2005) mostra che la disponibilità di servizi comunitari in Europa è minore quanto minore è il PIL, e pure inversamente proporzionale è il tasso di letti negli ospedali psichiatrici rispetto a quelli negli Ospedali generali. Vi sono servizi insufficienti per i giovani, e ben il 38 % dei paesi non ha programmi per gli anziani, specie nel Sud Europa.

In presenza di tendenze alla trans-istituzionalizzazione che sono state arbitrariamente confuse come re-istituzionalizzazione (Priebe et al., 2004), sembra confermarsi la separazione artificiale tra dimensione medica e dimensione sociale (enfasi sull'acuzie, sull'ospedale, sul farmaco). La pressione delle industrie farmaceutiche resta un nodo critico. Una visione del processo di de-istituzionalizzazione, che è dunque ben lungi dall'essere completato, richiederebbe una ricerca approfondita per fare una mappa delle istituzioni totali, della violenza e dell'esclusione. Secondo l'Atlante, il tasso dei posti letto psichiatrici a popolazione si attesta su una media di 10 letti /10.000; di questi ben il 62% sono nei manicomi. Per fare qualche esempio, in Italia abbiamo 4.63 su 10.000; in Germania 7.5; in Francia 12.

Centrale, ma spesso sottovalutata, resta la questione delle leggi che normano la salute mentale e le sue istituzioni, in quanto condizione necessaria, anche se non sufficiente, per operare cambiare una profonda riforma che incida sui livelli di libertà di tutti i cittadini. Esistono alcuni studi comparativi (tra i quali quello di una specifico studio di una Commissione CEE anni '90, oppure opera di ONG come il CEDEP (Comité Doit, Ethique et Psychiatrie, Louzoun).

Secondo una recente metanalisi (Salize and Dressing, 2005), la pericolosità come motivazione del ricovero coatto scompare solo in Italia, Spagna e Svezia. Danimarca, Grecia, Finlandia, Irlanda, Portogallo e Gran Bretagna enfatizzano il bisogno di cura ma è pure possibile utilizzare il criterio della pericolosità. È singolare che in paesi per altro avanti in termini di community care persista una concezione rigidamente basata sul concetto di prevenzione del rischio connesso a comportamenti disturbati, nell'ipotesi di una persistente associazione tra malattia e pericolosità, tra psichiatria e ordine pubblico, che vede la salute mentale come cane da guardia dei processi di esclusione sociale del welfare state e regolatrice del diritto di accesso attraverso il confine tra norma ed antinorma. Le aspre discussioni che hanno accompagnato l'implementazione del NSF inglese rispetto ai problemi delle minoranze etniche e del loro alto gradiente di emarginazione e di istituzionalizzazione (Sashidharan) ne sono un esempio lampante.

Secondo tale studio, l'inclusione di un legale rappresentante, di un "advocate", sembra essere l'unico criterio ad aver abbassato i tassi di ricovero coatto in Europa. Viene riportato l'aumento dei ricoveri coatti ("civil detention") in molti paesi europei (Germania ad es.), e del numero dei ricoveri (revolving door), con tassi che variano dal 3.2 % del Portogallo (di tutti i ricoveri) al 30% della Svezia. In Croazia, dopo la nuova legge, si è assistito ad una riduzione di tale tasso ma a spese del calo delle garanzie, in quanto non è necessario il consenso informato al ricovero (da 39.6% nel 1999 al 3.5% nel 2002).

La proposta inglese di "compulsory preventive detention of the non-criminal mentally ill" è discussa per le limitazioni dei diritti, in particolare come violazione della Carta Sociale Europea. Tuttavia è al momento in discussione un analogo provvedimento in Francia.

Si afferma che non esiste nessuno studio capace di dimostrare l' "efficacia" di questi trattamenti, neppure sui comportamenti a rischio, mentre resta un problema etico e di organizzazione dei servizi. Pure forte si pone la questione dei diritti umani, come dimostrato dai 17 casi di morte per malnutrizione in un ospedale psichiatrico in un paese del Sud-Est europeo. Sempre più si parla di ethical -based o di values-based oltre che di evidence-based practice. Superare la privazione della libertà e la coercizione al trattamento, oltre ad un cambio legislativo, richiede fundamentalmente il miglioramento delle cure sul territorio ed il potenziamento dei servizi comunitari.

Ciò che è accaduto ad Helsinki

La necessità dell'abbandono dei manicomi e della creazione di servizi sul territorio, a bassa soglia ed offerti alla popolazione nel pieno rispetto dei diritti umani, venivano sottolineati con forza nella presentazione di Benedetto Saraceno, Direttore della Divisione Salute Mentale ed Abuso di Sostanze dell'OMS a Ginevra, in occasione della Conferenza Ministeriale Europea promossa dall'O.M.S. sulla

Salute Mentale (Helsinki, 12-15 gennaio 2005). Com'è noto, qui, per la prima volta in assoluto, i Governi di tutti gli stati europei hanno sottoscritto una importante ed innovativa Dichiarazione congiunta sulla Salute Mentale.

Il documento, preparato dall'OMS attraverso una serie di consultazioni con i Governi ed i loro Ministeri della Salute, riformulava la richiesta della Finlandia di guidare il tema delle promozione della salute mentale in Europa in uno scenario più generale, piegato anche al tentativo di indirizzare le politiche di implementazione dei servizi. Particolarmente significativo il fatto che fosse fortemente rappresentato il punto di vista degli utenti, attraverso le loro organizzazioni come la "Rete Europea degli (ex-)Utenti e Sopravvissuti", e dei *carers* (i familiari e quanti si occupano della salute delle persone con esperienza diretta di disturbo mentale), presenti con organizzazioni internazionali come l'EUFAMI.

Esso prende le mosse dal World Mental Health Report ("New Understanding, New Hope") del 2001, è un atto innovativo in quanto iscrive la salute mentale nell'agenda dei Governi e nell'opinione pubblica europea in un posto-chiave, sintetizzato dalla frase "non c'è salute senza salute mentale", sia a livello dell'organizzazione della salute pubblica che delle legislazioni e delle politiche sanitarie ed assistenziali. I Ministri della Sanità degli Stati membri della Regione europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), "riconoscono che la salute mentale ed il benessere mentale sono fondamentali per la qualità della vita e la produttività degli individui, delle famiglie, delle comunità e delle nazioni, e conferiscono un senso alla nostra esistenza permettendoci d'essere dei cittadini creativi e attivi. Credono che l'obiettivo essenziale delle azioni realizzate nel campo della salute mentale è migliorare il benessere ed il funzionamento delle persone, mettendo in evidenza i loro punti forti e le loro risorse, accrescendo la loro resilienza e stimolando i fattori esterni di protezione". Per cui essi "riconoscono che la promozione della salute mentale, la prevenzione, il trattamento, le cure e la riabilitazione dei disturbi mentali, costituiscono una priorità per l'OMS ed i suoi Stati membri, l'Unione Europea (UE) ed il Consiglio d'Europa". Essi inoltre "riconoscono il ruolo importante della promozione della salute mentale e del legame pregiudiziale esistente tra i problemi di salute mentale e l'emarginazione sociale, la disoccupazione, l'assenza di domicilio fisso ed i disturbi legati all'utilizzo d'alcool ed altre sostanze. Riconoscono l'importanza della Convenzione per la salvaguardia dei diritti umani e delle libertà fondamentali, della Convenzione sui diritti dell'infanzia, della Convenzione Europea sulla prevenzione della tortura e delle pene o trattamenti inumani o degradanti, della Carta Sociale Europea e dell'impegno del Consiglio d'Europa verso la protezione e la promozione della salute mentale (...) Essendo la salute mentale una componente centrale del capitale umano, sociale ed economico delle nazioni, questa deve quindi essere considerata come parte integrante ed essenziale di altri campi della politica pubblica, quali i diritti dell'uomo, l'assistenza sociale, l'educazione e l'occupazione".

La Dichiarazione definisce come priorità del prossimo decennio:

- "diffondere l'importanza del benessere mentale;
- lottare collettivamente contro lo stigma, la discriminazione e la l'ineguaglianza e responsabilizzare e sostenere le persone affette da problemi di salute mentale e le loro famiglie affinché possano partecipare attivamente a questo processo;
- concepire e realizzare sistemi di salute mentali completi, integrati ed efficaci che inglobino la promozione, la prevenzione, il trattamento, la riabilitazione, le cure ed il reinserimento sociale;
- rispondere al bisogno di disporre di un personale di cura competente ed efficace in tutti questi campi;
- riconoscere l'esperienza e la conoscenza degli utenti dei servizi e degli assistenti quale base importante per la pianificazione e sviluppo dei servizi di salute mentale".

Nell'articolato Piano d'Azione allagato, si sostiene l'ingresso di adeguate attenzioni al benessere psichico in tutte le situazioni della vita sociale e della comunità, stimolando la consapevolezza nel

pubblico attraverso adeguate campagne (“la promozione della salute mentale come investimento a lungo termine”) che incidano sugli stili di vita inducendo comportamenti di salute invece di quelli a rischio (come l’abuso di alcool), che impattino sul mondo del lavoro (e sulla medicina del lavoro) introducendo modulazioni di orari, mobilità fisica, differenziazione delle routines, stili “salutari” di management. Vi é particolare enfasi sull’abbandono dello stigma e delle forme di discriminazione, promuovendo partnership con le organizzazioni non governative in particolare degli utenti e dei familiari - ed anche sostegni per la loro costituzione; e sulla qualità della vita, con una sensibilità rivolta alle peculiarità dei cicli di vita ed alle diverse problematiche legate all’età, in definitiva sulla promozione della salute mentale e sulla prevenzione dei problemi di salute mentale e del suicidio, a partire dalle popolazioni a rischio. Significativa è l’introduzione di raccomandazioni per gli anziani e i rischi di istituzionalizzazione, promuovendo un’azione intersettoriale attraverso partnership tra i servizi psichiatrici, gli altri socio-sanitari ed altre agenzie, che ponga al centro la risposta ai bisogni generali dell’utente e quindi prefigurando scenari di welfare-community. Viene ribadito il ruolo-chiave della medicina di base, sia per facilitare l’accesso alle cure che per mantenere il contatto con le popolazioni a rischio.

Per quel che riguarda specificamente i trattamenti psichiatrici, ciò che appare notevole è la dichiarazione che l’offerta di cure efficaci, attraverso servizi aperti nella comunità, alle persone con problemi severi di salute mentale (“ciò di cui hanno bisogno, quando e dove lo necessitano”) deve informare i sistemi sanitari nazionali e locali, lasciando al ricovero ospedaliero un ruolo assai marginale e limitato al trattamento di situazioni di rischio e di particolare gravità. Si afferma che i servizi comunitari debbano essere offerti nei luoghi di vita delle persone (compresi gli interventi sulla crisi), essere basati sui loro desideri e bisogni e tenere conto della loro cultura, religione, genere ed aspirazioni, esponendole altresì al più basso livello possibile di rischio. Quindi i sistemi di salute mentale devono essere accessibili 24 ore al giorno, 7 giorni alla settimana, integrati, “comprehensive” ed efficienti, capaci di coprire dalla promozione alla prevenzione, alla cura ed al recupero (“recovery”). Si dichiara esplicitamente che non v’è più spazio per grandi istituzioni che escludano ed isolino le persone sofferenti o per interventi antiterapeutici o dannosi. L’interruzione di tutte le pratiche di questo tipo prevederebbe anche ispezioni per arrestare incurie ed abusi nei trattamenti. Adeguato spazio ed attenzione sono dati al ruolo degli utenti e di tutti i cittadini interessati a partire da quelli maggiormente coinvolti, ovvero i familiari, in termini di rappresentanza, e di influenza, ma anche come destinatari di interventi di formazione e di sostegno.

La risposta del Libro Verde e il nodo dell’inclusione sociale

Il punto cruciale del dopo-Helsinki riguarda dunque le realizzazioni pratiche nel quadro di questi importanti atti. Pur nel riconoscimento della enorme varietà e peculiarità storica, geografica, politica e culturale dei 52 paesi europei, ed in presenza di cornici politiche rilevanti come il Patto di Stabilità, la sfida del prossimo futuro sarà rappresentata da come la Commissione Europea ed il Consiglio d’Europa, nonché i singoli stati, risponderanno alla richiesta di sostenere l’implementazione della Dichiarazione sulla base delle rispettive competenze.

In rapida successione nel corso del 2005, il Libro Verde della Commissione delle Comunità Europee, intitolato “Migliorare la salute mentale della popolazione”, si è proposto “di definire una strategia a favore della salute mentale per l’UE, creando un contesto per gli scambi e la cooperazione tra Stati membri, contribuendo a migliorare la coerenza degli interventi nel settore sanitario e in quelli non sanitari, tanto negli Stati membri quanto a livello comunitario, e promuovendo la partecipazione di un’ampia gamma di interessati alla ricerca di soluzioni” e di “avviare un dibattito con le istituzioni europee, i governi, gli operatori sanitari, le parti interessate di altri settori, la società civile, comprese le

organizzazioni di pazienti, e la comunità dei ricercatori, in merito all'importanza della salute mentale nell'UE, alla necessità di una strategia a livello di UE e alle sue eventuali priorità”.

Il Libro Verde sostiene chiaramente che i soli interventi medici, sebbene indispensabili per far fronte al problema, non possono tuttavia modificare i determinanti sociali, e che occorre pertanto un'impostazione globale, che riguardi le cure e l'assistenza da fornire ai singoli, ma anche un'iniziativa destinata alla popolazione, al fine di promuovere la salute mentale, prevenire le patologie mentali ed affrontare le sfide connesse a stigmatizzazioni e diritti umani.

Per quanto riguarda le Competenze dell'Unione / degli Stati esso ricorda che a livello comunitario il mandato d'intervenire nel settore della salute pubblica è stabilito dall'articolo 152 del trattato CE (“nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche ed attività della Comunità è garantito un livello elevato di protezione della salute umana”); che l'intervento della Comunità integra le politiche nazionali volte al miglioramento della sanità, alla prevenzione di malattie e affezioni, all'informazione e all'educazione in tema di salute e promuove la cooperazione tra gli Stati membri in questi settori.

Il programma di sanità pubblica dell'UE per il periodo 2003-2008 costituisce la base giuridica degli interventi.

Sebbene gli Stati membri mantengano una competenza esclusiva per l'organizzazione dell'assistenza e dei servizi sanitari, si afferma che “La *deistituzionalizzazione* dei servizi psichiatrici e l'istituzione di servizi in servizi comunitari (c.d. “centri medici di base”) locali e negli ospedali generali, secondo le necessità dei pazienti e delle loro famiglie, possono agevolare l'inclusione sociale”, mentre si ribadisce che “i grandi ospedali psichiatrici possono facilmente contribuire alle stigmatizzazioni”. La transizione attuale è così descritta: “nell'ambito delle riforme dei servizi psichiatrici numerosi paesi si stanno allontanando da un trattamento terapeutico presso grandi istituti psichiatrici (che in alcuni nuovi Stati membri costituiscono ancora un'ampia percentuale dell'infrastruttura di tali servizi) verso servizi a livello locale”.

Viene preconizzata l'istituzione di una piattaforma dell'UE sulla salute mentale, per scopi di analisi, definizione di pratiche evidence-based, di elaborazione di raccomandazioni per iniziative comunitarie ed individuazione di “pratiche ottimali per promuovere l'inclusione sociale delle persone affette da malattie psichiche e handicap nonché per tutelare i loro diritti fondamentali e la loro dignità.”

Scelte conseguenti

Tra le principali novità del Libro Verde si evidenzia in definitiva la rivalutazione dei fattori sociali come determinanti di salute e del nesso di causalità a due vie tra disuguaglianza e malattia; la collocazione delle strategie di inclusione sociale come cornice centrale delle pratiche; la previsione di fondi strutturali della UE per i servizi.

La sua implementazione è legata ad una serie di raccomandazioni dei “tecnici”, come è stato già per alcune iniziative quali quella di Londra del Novembre 2005 sui temi dei Migranti e delle Diseguaglianze in Salute Mentale.

Tra le questioni che qui si pongono, è quella della sostenibilità nella cooperazione, che dovrebbe prevedere l'innescò, da parte di programmi internazionali di intervento per la deistituzionalizzazione, di processi virtuosi quanto meno di riconversione, evitando che esperienze innovative e di cambiamento si esauriscano al terminare dei fondi europei o di singoli paesi donatori.

Sappiamo quanto sia importante, in questo come in altri campi, imparare dall'esperienza e non ripetere i molti errori del pur grande e decisivo movimento antiistituzionale italiano, che, attraverso esperienze pilota degli anni '60 e '70, ha portato, attraverso la legge di riforma, i progetti obiettivo degli anni '90 e gli sforzi del coté politico di determinare la chiusura, alla fine dell'era dei manicomi nel nostro paese.

Lavorare da dentro le istituzioni totali, non illudendosi che la loro chiusura possa avvenire dall'esterno o per morte naturale; vincolare gli enunciati alle pratiche, al “praticamente vero”; creare reti alternative

di servizi coerenti e sinergici sul territorio evitando frammentazione e specialismi inutili se non dannosi, e ciò attraverso non modelli ma processi verificati collettivamente da porre dei cittadini (utenti, familiari, comunità e sue istituzioni); evitare l'implementazione prioritaria dei servizi ospedalieri per le emergenze in luogo delle strutture territoriali. A proposito di quest'ultima questione, mentre l'Italia "scopre" la questione della contenzione meccanica e delle nuove forme di segregazione sia pure temporanea e di sospensione delle garanzie di libertà per i cittadini che vengono ricoverati negli SPDC (i dati della ricerca Progres Acuti confermano che il 70% circa di tali servizi ha utilizzato mezzi di contenzione nel mese precedente alla rilevazione ed l'85% li ha in regolare dotazione), nel frattempo il governo irlandese dichiara ormai di ritenere concluso l'esperimento dei reparti psichiatrici negli ospedali generali.

E' necessario un passaggio da istituzioni ad organizzazioni per la salute con una visione di "sistema" ma fondata sulla vita delle persone (whole systems, whole life approach) che prevedano un singolo punto d'accesso (one-stop-shop), lo sviluppo del lavoro a domicilio, di rete ed in rete, che sia centrato sulla persona nel suo contesto, dunque sulla sua storia e sul suo capitale sociale, e non sul trattamento della malattia. E' opportuno quindi prevedere un sistema di opzioni possibili che differenzi le risposte e le renda flessibili e personalizzate.

Tuttavia ciò che appare assolutamente decisivo è che il rinnovamento nei sistemi di welfare deve essere strettamente collegato a questi cambiamenti. Come di mostrato dall'esempio italiano, non è sufficiente creare un welfare straccione e separato con i resti delle spese per i manicomi che vengono chiusi, col rischio di creare nuovi circuiti di emarginazione e di miseria assistita, ma bisogna porre la questione centrale dell'accesso alla piena cittadinanza in termini di diritti sociali per le fasce deboli che escono dalle istituzioni totali o che percorrono le periferie d'Europa, ai margini dei processi produttivi, per disabilità psichiatriche o per mancanza di opportunità sociali e di equità nell'accesso.

Il libro verde sottolinea che è necessario incentrare l'attenzione sui gruppi sociali più vulnerabili, in quanto:

- un basso status sociale ed economico accresce la vulnerabilità alle patologie mentali;
- la perdita del lavoro e la disoccupazione possono ridurre l'autostima e causare depressioni;
- i migranti e altri gruppi emarginati corrono un rischio maggiore di sviluppare malattie psichiche;
- gli interventi volti a reintrodurre i disoccupati nel mercato del lavoro possono dimostrarsi economicamente vantaggiosi;
- il sostegno ai gruppi sociali più vulnerabili può migliorare la salute mentale, rafforzare la coesione sociale ed evitare i relativi oneri sociali ed economici.

In Gran Bretagna, un rapporto del 2004 sulla questione dell'esclusione sociale ha messo a fuoco quanto singole persone, o interi territori, soffrano spesso di una combinazione di problemi correlati: disoccupazione, scarse capacità, basso reddito, abitazioni povere, alto tasso di criminalità, cattiva salute e rotture del nucleo familiare, e come tali problemi si rinforzino reciprocamente in un circolo vizioso. Il tema dell'inclusione sociale e dell'azione positiva per lo sviluppo di sistemi di accesso ai diritti sociali ed alla cittadinanza è quindi ora al centro di un programma triennale intersettoriale e "cross-government", che cioè attraversa molti dicasteri (dall'ufficio del primo ministro a quello della salute a quello del lavoro e della previdenza, del commercio, della pubblica istruzione, dell'interno, del tesoro, della difesa). Esso è fondato su salute pubblica, promozione della salute mentale, programmi di equità. I due grandi obiettivi indicati sono il maggior accesso la lavoro di persone con disturbo mentale ed il loro inserimento in processi di partecipazione sociale e di accesso ai servizi. Lo stigma e la discriminazione, l'inserimento lavorativo, il reddito minimo garantito, l'istruzione e la formazione, la partecipazione comunitaria, il rinforzo delle reti sociali, gli aiuti economici diretti, sono i grandi capitoli di questo programma, che include 50 organizzazioni di utenti, volontari, operatori. Le linee su

cui esso si muove sono soprattutto lo sviluppo della forza lavoro, l'affrontamento delle diseguaglianze, il coinvolgimento della comunità, la giustizia. Nel riconoscimento dell'insufficienza di approcci anche personalizzati alle cure ed all'integrazione senza un impatto di sistema, viene auspicata una partnership tra comunità e servizi, la creazione di capitale sociale attraverso l'equità di accesso a forme di rappresentazione anche politica locale e di partecipazione alla vita ed alle scelte dei servizi, ed interventi attivi che riducano la stigmatizzazione attraverso azioni di rilevanza sociale (Morris, 2006).

Un simile programma è in atto in Scozia (Henderson, 2006) con grande enfasi sull'informazione, sulla ridefinizione culturale dei temi della salute mentale, sulla modifica di atteggiamenti e comportamenti, sulla facilitazione dell'accesso alle cure. L'approccio è politico-generale, e prevede un ruolo-chiave degli ONG (come l'Associazione scozzese per la salute mentale, SAMH). L'attacco allo stigma, in particolare, è stato realizzato attraverso grandi campagne nazionali ("See me" "One in four", etc), ma anche forme di sostegno, servizi flessibili, forme di assegnazione economica per pagamento delle cure prescelte, servizi autogestiti da utenti e loro organizzazioni. Il ruolo degli operatori è di rinforzo e di supporto a questi processi, ed anche i media sono centrali, attraverso forme di coinvolgimento e di orientamento (stigma stopwatch, speaker's bureau, volontari).

In Italia, la Regione Friuli-Venezia Giulia, nel realizzare la sua legge di applicazione della 328, ha messo in atto modalità innovative di intervento volte a promuovere il reddito minimo garantito ma anche a finanziare progetti di integrazione attraverso l'imprenditorialità sociale. Viene auspicato un nuovo welfare-mix che preveda forme di mobilitazione della comunità, ed in questa dinamica di macrosistema anche la salute mentale dovrebbe poter uscire da un ruolo di sottocircuito assistenziale separato, verso un pieno accesso dei soggetti deboli a risposte ai propri bisogni ed ad una reale cittadinanza, che è vista, in quest'ottica, come processo attivo di inclusione (De Leonardis, 1987).

Tutti gli indicatori di salute riportati in recenti studi (il numero di soggetti con disturbo che mantengono un ruolo sociale attivo e produttivo, ad esempio), indicano inequivocabilmente che la situazione dell'Italia, pur con le sue contraddizioni, la pone comunque su un piano di assoluta avanguardia in questi processi. La chiusura dei manicomi difatti, ed il ristabilimento di uno statuto di diritti per le persone portatrici di problemi psichiatrici, ha aperto a processi di reale integrazione sociale, di emancipazione e di guarigione. Dunque strategica sarà la collocazione, in questo processo, del nostro paese.

L'evidenza delle pratiche e delle esperienze "basate sui valori"

La mozione di presentazione del Libro Verde suggerisce alla Commissione di identificare siti ed esempi di buone pratiche e di disseminare informazioni a tutti gli stati membri. Tutto questo fronte è in grande movimento, pur tra persistenti contraddizioni.

Le esperienze leader dell'Irlanda (i Servizi di Cavan & Monghan) propongono un modello mobile, flessibile ed integralmente comunitario, che ha portato il governo a dichiarare raggiungibile l'obiettivo di chiusura di tutti gli ospedali psichiatrici nei prossimi anni. La situazione inglese, dove il NSF ha prodotto un grande slancio alla creazione di team comunitari "funzionali" in alternativa al ricovero, vede il programma per "la vita intera" ("whole life") promosso dal NIMHE e l'esperienza del programma per l'inclusione sociale in Cornovaglia con operatori dedicati. Le contraddizioni di sette anni di piano sanitario per il rinnovamento della salute mentale in Norvegia, pur spingendo al cambiamento, soffrono della persistenza di sistemi ospedalentrici con istituzioni forti e dominanti, e si affiancano alle aporie della situazione francese, dove si segnala il rafforzamento di istituzioni psichiatriche giudiziarie pur a fronte di alcune esperienze esemplari comunitarie (Lille) e di un lento calo dei posti letto ospedalieri. L'imperativo dell'integrazione è confermato dai dilemmi della separazione sanità - assistenza determinati dalla legge del 1994 in Svezia, che pur in un welfare onni-comprendivo lascia spesso i soggetti deboli "cadere tra due sedie", mentre si segnala la chiusura dei

manicomi come processo ormai completato nel paese. Rispetto alle esperienze dei paesi del Nord Europa, al Sud (Grecia e Spagna) la disponibilità di risorse economiche per la salute mentale è di gran lunga inferiore. In particolare i nodi irrisolti tra ospedali e territorio in Grecia, paese dove i processi di deistituzionalizzazione in corso (che dovrebbero realizzare la completa chiusura dei manicomi entro pochi anni), hanno aperto a rischi di transistituzionalizzazione verso la residenzialità, mentre ancora stenta a decollare un sistema adeguato di servizi territoriali ed il lavoro nella comunità vede in prima linea i servizi sociali.

A Trieste negli ultimi anni, dalla chiusura del manicomio nel 1980, i risultati più eclatanti, già riportati dal documento dell'OMS del 2001 ("Stop exclusion - Dare to care"), hanno visto la costruzione di un sistema di servizi territoriali totalmente sostitutivi, aperti 24 ore e dotati di posti letto comunitari, dove è investito il 94% della spesa a fronte del solo 6% del piccolo servizio ospedaliero, con un ampio ventaglio di risposte ai bisogni, da soluzioni abitative in normali appartamenti per oltre settanta persone, ad inserimenti lavorativi (ogni anno oltre centocinquanta in formazione, di cui trenta assunti). Negli ultimi dieci anni si è sviluppato in parallelo il sistema integrato di cure sul territorio con i Distretti Sanitari e, nell'ottica dell'implementazione di progetti territoriali che realizzino sempre più tale integrazione, attraverso un'azione di indirizzo delle politiche sociosanitarie, è stato lanciato il Centro Studi Regionale sul Welfare Innovations (WIN).

Quello che era un esperimento, iniziato ormai trentaquattro anni fa, ha inequivocabilmente dimostrato che non solo la città può vivere senza manicomi, avanzando così sul piano della crescita civile, ma che è possibile fornire aiuto salvaguardando il maggior grado di libertà possibile, ed abbassando al massimo la soglia di accesso. Ciò ha significato, oltre ad abolire del tutto e pregiudizialmente forme di trattamento violento come la contenzione fisica e le terapie di shock, mantenere un numero minimo di trattamenti sanitari obbligatori (uno all'anno ogni diecimila abitanti), operando costantemente per evitare l'invio delle persone negli ospedali psichiatrici giudiziari e facilitarne il rientro delle (poche) presenti. Tra i fatti più rilevanti, si segnala che un progetto di prevenzione del suicidio, iniziato da otto anni, ha contribuito ad un dimezzamento del tasso suicidario, portandolo da valori mitteleuropei a valori mediterranei (da 25 a 12 per 100.000).

In questi anni il Centro Collaboratore OMS (dal 1987) di Trieste ha già operato, oltre alle innumerevoli collaborazioni internazionali per la ricerca e lo scambio di esperienze, con interventi concreti in aree difficili, deprivate o di conflitto come i Balcani, dalla Bosnia-Erzegovina alla Croazia, dal Kosovo all'Albania alla Macedonia, paesi questi ultimi dov'è tuttora presente. E' intervenuta a più riprese in paesi poveri come il Mozambico, e sta inoltre attivamente collaborando con la Cooperazione Italiana in Palestina, offrendo formazione a Trieste ed inviando suoi operatori nelle aree sia di Gaza che della Cisgiordania. E' stata impegnata in precedenza per anni in America Centro-Meridionale, dal Brasile all'Argentina, dalla Colombia a Cuba ed alla Repubblica Dominicana. I servizi triestini sono stati visitati in questi ultimi anni da un flusso di operatori (circa 350 ogni anno) provenienti dall'Asia (Giappone, Cina, Malesia, India, Corea), dall'Africa (Tunisia, Mali, Mozambico), dall'Australia e Nuova Zelanda, dagli Stati Uniti e dall'America Latina, da quasi tutti i paesi europei.

Nel prossimo futuro Trieste verrà chiamata ancor più a fornire sostegno alla "formazione dei formatori", anche attraverso l'organizzazione di corsi in sede e di un Master in salute mentale comunitaria; alla formazione sul campo di operatori leader delle varie esperienze con cui sarà chiamata dall'OMS a collaborare; al sostegno ed alla consulenza per la progettazione e lo sviluppo concreto di servizi territoriali, alla chiusura di ospedali psichiatrici, o meglio alle due azioni contestuali. Cruciale è infatti mantenere l'impostazione di deistituzionalizzazione, in cui la chiusura dei manicomi è seguita, come logico sviluppo delle pratiche, dalla creazione di nuovi servizi nella comunità, il che rappresenta una scelta corretta di metodo e di merito per una reale trasformazione della questione psichiatrica, ed anche sostanza la sostenibilità economica dei nuovi assetti di servizio, se creati dalla riconversione del denaro speso nelle grandi istituzioni. Altro aspetto è quello legislativo e delle politiche, in cui

l'esperienza di applicazione corretta della legge e di programmazione a livello locale e regionale potrà portare adeguati contributi.

Trieste avrà il compito di coinvolgere le esperienze della rete internazionale di cui è parte come luoghi di formazione, come situazioni da visitare in esperienze di scambio, come partner in esperienze di collaborazione sul campo. A questo proposito l'IMHCN (International Mental Health Collaborating network, Rete di esperienze-guida in salute mentale comunitaria), recentemente costituitasi come ONG internazionale allo scopo di rendere più efficace la sua azione, ha tra i suoi obiettivi comuni:

- la diffusione delle pratiche antimanicomiali, per la chiusura degli OP che ancora persistono in Europa
- il principio del servizio sulle 24 ore in alternativa al ricovero
- la continuità di cura
- l'integrazione del servizio, la sua mobilità e flessibilità
- la non selezione dell'utenza
- la partecipazione ed il coinvolgimento attivo degli utenti
- la partnership con agenzie della comunità per la risposta ai bisogni
- un adeguato investimento di risorse che non sia inferiore al 5% della spesa sanitaria.

Dunque la costruzione ed il rafforzamento di reti nazionali ed internazionali, formali ed informali, come strumenti per opportune strategie di cambiamento si impone, assieme ad una rinnovata attenzione al lavoro anti-istituzionale.

Conclusioni

Da quanto fin qui descritto risulta la molteplicità dei livelli della trasformazione:

- I movimenti,
- la politica,
- le legislazioni,
- Le pratiche ed i modelli di servizio
- Le reti.

“Riconoscere la comune natura dell'oppressione” esemplificata dalle istituzioni totali è stata una delle parole d'ordine che ha legato ad un fondamentale scenario di democrazia reale ai processi di cambiamento. Il controllo (e la normalizzazione, intesa come mero adattamento, allineamento alla norma) e l'emancipazione (ovvero i processi soggettivi e le condizioni di possibilità materiali della ripresa / guarigione - “recovery”), restano d'altra parte le polarità all'interno delle quali si iscrive la “cura”, o meglio il processo di cura. Ciò permane come tensione dialettica in salute mentale ad ogni latitudine.

In particolare, il mutuo sostegno tra reti di innovatori, la disseminazione di pratiche efficaci e sostenibili, in sinergia con i movimenti di autorappresentazione dell'utenza, possono rappresentare la strategia più efficace per realizzare cambiamenti in aree pilota in Europa, in parallelo con i dovuti adeguamenti, anche radicali, sul piano legislativo e delle politiche.

Roberto Mezzina

Psichiatra, DSM di Trieste, Centro Collaboratore OMS Leader per lo sviluppo dei Servizi.

re:

Per l'esperienza di Trieste: www.triestesalutementale.it

Per i documenti dell'OMS e la conferenza di Helsinki: www.euro.who.int/mentalhealth2005

Per exclusion.net: www.exclusion.net

Per la Rete Internazionale delle esperienze-guida in salute mentale comunitaria: www.IMHCN.org