



A Milano il 46° congresso della Sip - I professionisti: «Siamo scienziati dell'inclusione»

Psichiatri in cerca d'identità

La sfida di un sapere multiplo - Alt alla «non riforma» all'esame della Camera

Nelle quattro grandi aree in cui è articolato il 46° congresso della Società italiana di Psichiatria, che torna a Milano dal 7 all'11 ottobre dopo ben 27 anni, ci sono le grandi sfide della professione: neuroscienze; clinica e psicopatologia; riabilitazione; modelli organizzativi. Si gioca su questi fronti, dice la Sip - sulla capacità di recitare un ruolo da protagonisti, invece che da comparse - la partita professionale del futuro.

Il momento è delicato. C'è da attuare la legge 9/2012 sul superamento degli Opg. C'è da affrontare le conseguenze di una crisi che impatta direttamente sulla salute mentale dei cittadini e però riduce i fondi. C'è da ridefinire la posizione di garanzia del medico che opera sul territorio. C'è da fronteggiare i mai sopiti tentativi di (contro)riforma. E c'è da ricordare le lezioni dei «maestri», come Carlo Lorenzo Cazzullo e Dargut Kemal. (M.Per.)

«**N**utrire la mente. Dalla prevenzione alla riabilitazione oggi»: il titolo del 46° congresso della Società italiana di Psichiatria, in corso a Milano fino all'11 ottobre, vuole descrivere l'essenza di un grande progetto per restituire alla psichiatria un ruolo ampio, riconoscibile e centrale nell'ambito delle discipline mediche, ma anche una necessaria funzione di comunicazione con la società.

La scelta di utilizzare l'espressione «nutrire la mente» nasce come continuum ideale con l'evento di Milano «Expo 2015 Nutrire il pianeta». L'obiettivo è discutere e definire le caratteristiche di un contesto capace di sostenere una crescita sostenibile della mente che valga per tutti i cittadini. Il percorso definito dalla seconda parte del titolo riconduce l'area del sapere psichiatrico a un ambito più vasto. Non più una psichiatria orientata alla sola psicopatologia, ma aperta a tutti gli interventi necessari a creare salute psichica, in tutte le età della vita e in tutti i contesti.

La sfida è quella di poter pensare a una psichiatria che non si occupi solo dei pazienti più visibili e più destinati alla marginalizzazione ma che sia capace di integrare tutte le



espressioni del disagio psichico presenti nella società e di parlare ai cittadini, di essere compresa e di operare come soggetto forte portatore di un sapere forte. È importante colmare la perdita di definizione dell'agire psichiatrico nato dall'abbandono voluto del mandato custodiale. Bisogna riconoscere e saper comunicare le basi di un sapere fondato su rigorose procedure me-

todologiche, di tipo diagnostico e terapeutico. Un sapere costruito dalla capacità di integrare scienze mediche tradizionali, scienze sociali e l'esplosiva ribalta prodotta dalle neuroscienze.

La psichiatria in questo senso è scienza dell'inclusione, in grado di contenere aree disciplinari diverse capaci di rafforzarsi a vicenda. Lo psichiatra è il portatore di un sapere

Viaggio nel disagio in 30 scatti

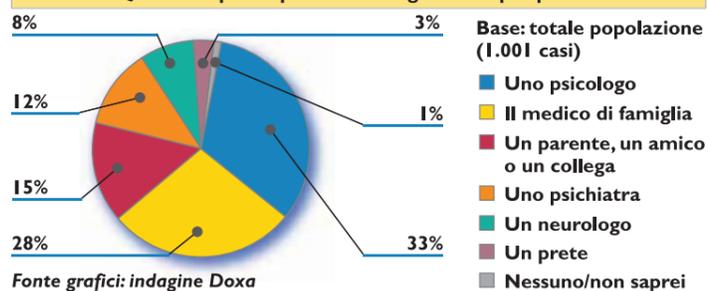
Si intitola «Invisibili solitudini» la mostra di fotografia che è possibile visitare all'Hotel Michelangelo di Milano nei giorni del congresso Sip. Una raccolta di trenta fotografie, che dal 12 al 27 ottobre saranno esposte all'Università Bicocca, realizzate da sei fotografi professionisti e pubblicate sul sito SocialDocumentary.net. Un viaggio intorno al mondo del disagio mentale. Diego Ibarra Sanchez racconta la malattia come conseguenza della guerra in Afghanistan (sua la foto qui accanto a destra). Catherine Karnow coglie le conseguenze terribili dell'Agente Arancio in Vietnam, Jenn Ackerman le condizioni di vita dei malati mentali nelle carceri Usa (lo scatto a sinistra). Se Steve Davis immortalava gli ultimi giorni di una clinica per disabili in dismissione vicino a Seattle, Magdalena Sole descrive la vita delle persone senza fissa dimora a Kamagasaki, in Giappone (sua la foto in alto a destra). Da ultimo, l'obiettivo di Enrico Fabian ritrae il flagello dell'abuso e della dipendenza dei farmaci da banco in India.

capace di misurarsi con fenomeni che vanno dal comportamento di un recettore neuronale esposto a una molecola ad azione antagonista alla risposta comportamentale di una persona esposta a grandi elementi di stress. Il metodo e il sapere garantiscono così una competenza unica e preziosa che spesso negli ultimi anni è stata nascosta o mostrata in modo incoerente. La

continua discussione dei propri mezzi e delle proprie competenze ha contribuito a una relativa perdita di centralità. Spesso, purtroppo, abbiamo consegnato la nostra disciplina a una marginalizzazione comunicativa. Pensate alla rappresentazione mediatica dello psichiatra che interviene solo quando qualcuno agisce con violenza irrazionale. La marginalizzazione nella rappresen-

La persona più indicata per ricevere aiuto

Quale tra queste persone consiglierebbe per prima?



Le opinioni sui farmaci

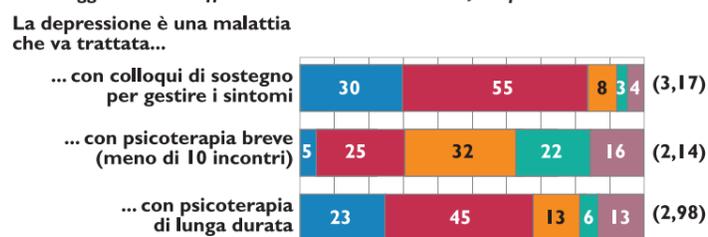
Opinioni sui farmaci come metodo per curare la depressione

Le leggerò alcune affermazioni di altri intervistati, lei quanto è d'accordo?



Opinioni sui trattamenti psicoterapici

Le leggerò alcune affermazioni di altri intervistati, lei quanto è d'accordo?



Base: totale popolazione (1.001 casi) - Grado di accordo medio (4...1)
 ■ Molto d'accordo (4) ■ Abbastanza d'accordo (3) ■ Poco d'accordo (2)
 ■ Per nulla d'accordo (1) ■ Non sa
 Valori percentuali

INDAGINE DOXA

Depressione: per gli italiani è un «affare privato»

Gli italiani conoscono la depressione meglio di un tempo: quattro su dieci ammettono di averne sofferto in prima persona o di avere familiari e amici che ne sono colpiti. Ma sulla malattia pesano altri macigni. Perché per quattro italiani su cinque la depressione va vissuta da soli, senza parlarne neppure con il proprio medico. E perché resistono ancora pregiudizi e miscredenze, soprattutto tra gli anziani: un terzo dei nostri connazionali crede che chi soffre di depressione «possa risolvere il problema da solo se lo vuole» e un quarto ritiene addirittura che le persone colpite dalla malattia «sono pericolose per gli altri».

I dati arrivano dall'indagine demoscopica Doxa realizzata su mille italiani per il Centro studi e ricerche in psichiatria dell'Asl 2 di Torino e presentata al congresso Sip di Milano. Lo studio rivela una maggiore conoscenza del problema: uno su cinque dichiara di averne sofferto personalmente. Ma quando si passa alle definizioni la confusione abbonda: il 77% pensa che sia «una malattia come le altre»; il 72% si dice molto o abbastanza d'accordo con il considerarla «uno stato di eccessiva preoccupazione»; il 55% la bolla come «una debolezza del carattere»; appena il 58% concorda con il ritenerla una vera e propria malattia mentale.

Quasi la totalità degli italiani (99%) ritiene che per uscire dallo stato di depressione sia necessario chiedere un aiuto esterno, e chi lo pensa - in media - consiglierebbe (a un amico o parente che soffre di depressione) due persone alle quali rivolgersi. Lo psicologo raccoglie il 55% delle citazioni, seguito dal medico di famiglia (38%). Lo psichiatra è indicato soltanto dal 29% degli intervistati, il neurologo dal 21 per cento. Poco meno del 10% suggerirebbe addirittura un prete o un guaritore.

Ma il consiglio vale soprattutto per gli altri. Anche se un italiano su due ritiene il medico di medicina generale perfettamente in grado di gestire un paziente depresso, tre su cinque si sentirebbero in imbarazzo a parlare con lui di depressione. Sul ricorso ai farmaci l'indagine registra una forte resistenza: il 40% degli italiani ritiene che non siano necessari per curare la depressione e il 55-65% crede che abbiano gravi effetti collaterali e

possano indurre dipendenza, tanto che in media si pensa che ricostituenti e vitamine possano essere più utili e sicuri degli antidepressivi. L'85% pensa però che un trattamento psicoterapico, con una vera psicoterapia o colloqui, sia opportuno per curare la depressione; in sette casi su dieci ci si rivolgerebbe a una psicoterapia di lunga durata, mentre le terapie brevi vengono considerate efficaci soltanto dal 30% degli italiani.

Terapie a parte, quasi tutti considerano fondamentale il supporto di parenti e amici, così come l'esigenza di ritrovare il proprio benessere fisico e psicologico, magari attraverso lo sport o un corso di gestione dello stress.

«Gli italiani oggi conoscono la depressione molto meglio rispetto al passato - spiega Carmine Munizza, direttore scientifico del Centro studi e ricerche in psichiatria della Asl 2 di Torino -: sanno a esempio che è una malattia che colpisce circa il 15 per cento della popolazione, ne conoscono i segni, spesso l'hanno vissuta

sulla propria pelle o vista in parenti o amici. Ma c'è molto da lavorare. Lo stigma nei confronti della malattia è tuttora molto elevato». E sono ancora pochi i pazienti depressi che riescono a riconoscere il problema. «Accade solo in un caso su due», osserva Claudio Mencacci, presidente del congresso. «Fra questi, solo un'ulteriore metà si rivolge al medico e, fra chi chiede aiuto, solo il 50% non abbandona le terapie. Senza contare che spesso non ci si rivolge alla persona giusta».

Per assicurare la compliance alle cure, dicono gli psichiatri Sip, è fondamentale la collaborazione con i medici di base, che però vanno messi in grado di lavorare al meglio. «Se il medico di base si affiancasse a infermieri che potessero chiamare i pazienti e accertarsi dell'aderenza alle cure - sottolinea Eugenio Aguglia, presidente Sip - avremmo già fatto un passo avanti non da poco: oltre a una corretta diagnosi, infatti, serve anche assicurarsi che ogni paziente sia trattato nella maniera più adeguata». La sfida è sempre lì: riorganizzare l'assistenza, stringere alleanze, aumentare il dialogo tra i professionisti.

M.Per.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



tazione collettiva è un pericoloso cono d'ombra che porta alla marginalizzazione di tutto, compresi i finanziamenti. Ciò che viene svolto nei servizi, in quanto incommunicabile diventa invisibile e dunque inutile, agli occhi degli amministratori e dei cittadini. Sembra rarefarsi il bisogno stesso di cura a cui gli psichiatri rispondono.

Eppure circa un terzo della popolazione soffre annualmente di patologia psichica, dunque l'esperienza di un familiare sofferente è estremamente comune e diffusa in tutta la popolazione. Ma non sembra esserci proporzione tra bisogno e risposta in un'esigenza condivisa e pubblicamente discussa di cure, interventi, trattamenti e servizi dedicati. Il tema viene sempre affrontato con una forma di silenziosa discrezione carica di vergogna e una impossibilità di pubbli-

ca condivisione di cui noi psichiatri siamo in parte responsabili. Pensate come sarebbe diverso se un terzo della popolazione soffrisse ogni anno di invalidanti forme di patologie cardiologiche od oncologiche. Quali servizi, quale eco, quale discussione pubblica, quale opera di prevenzione verrebbe attivata, quali finanziamenti verrebbero stanziati?

La crisi amplifica il bisogno di cure psichiatriche. Serve un potenziamento dei servizi ancora più esposti a segnali di disagio psichico crescenti provenienti da aree della popolazione prima sconosciute. Non a caso il congresso si svolge in contemporanea alla 20ª Giornata mondiale della salute mentale (10 ottobre), dedicata a "Depressione e crisi globale".

I lavori sono indirizzati a tutti i colleghi che operano nell'ambito

dei disturbi psichici: si è cercato di coinvolgere non solo gli psichiatri che lavorano nei Dipartimenti di salute mentale ma anche coloro che operano in strutture private o come liberi professionisti. Sarà un momento di confronto aperto anche ad altri operatori dei servizi e ad altre specialità mediche.

Il momento è delicato. Alla commissione Affari sociali della Camera è in discussione il testo unificato "Disposizioni in materia di assistenza psichiatrica". Una "non riforma" che vende per novità soluzioni vecchie e già fallite sul campo, che mortifica i medici e i pazienti, che legifera dove invece è il medico a dover decidere. Oltre a considerare il malato in modo generico senza tenere conto del fatto che le malattie mentali sono molte, molto diverse da loro e che quindi diverse sono anche le

fasi e le condizioni psicopatologiche nelle quali la persona malata può trovarsi. Non a caso i punti più contestati sono anche quelli che riguardano i casi più gravi.

È uno stravolgimento di quanto avevamo proposto in occasione dei rarissimi incontri in commissione. L'articolo 8 obbliga lo psichiatra a informare dello stato di salute mentale del paziente e delle eventuali cure il coniuge, i genitori, i fratelli, i figli maggiori di età, senza considerare le possibili situazioni familiari, sospendendo di fatto le norme esistenti sulla riservatezza dei dati sanitari e sulla privacy, peraltro garantite a livello costituzionale e internazionale.

La riforma, varando una legge specifica sull'assistenza psichiatrica al di fuori del quadro giuridico complessivo che regola l'assistenza sanitaria, sembra realizzare una

pesante stigmatizzazione di questi malati rispetto agli altri. Pare di tornare indietro di qualche decennio. Anche alcune "soluzioni" prospettate mostrano pochissima conoscenza della situazione attuale, come nel caso dell'istituzione di "équipe mobili 24 ore su 24", che già sono state sperimentate a costi altissimi senza apprezzabili risultati. Incredibile anche il caso del trattamento sanitario obbligatorio, che cambia immotivatamente nome in «necessario», modificato senza riferimento ad alcuna base scientifica o epidemiologica, aumentato come durata e allargato dai Spdc (i reparti per acuzie in ospedale generale) alle strutture riabilitative e addirittura a domicilio del paziente con possibili rischi anche per la famiglia. Inaccettabile inoltre il trattamento obbligatorio in ambito extraospedaliero di 6 mesi rinnova-

bili che demanda al privato la custodia del paziente e che rende la riabilitazione una realtà clinico-terapeutica assimilabile alla fase di acuzie problematica.

Le strutture private corrono il rischio di divenire "carceri" a tutti gli effetti perché mai avranno interesse a dimettere i pazienti anche se guariti. Anche altri punti testimoniano un atteggiamento di assoluta sfiducia verso le capacità professionali degli psichiatri italiani e di stigmatizzazione verso le persone malate.

Eugenio Aguglia
Presidente Sip
Luigi Ferrannini
Past president Sip
Claudio Mencacci
Presidente
Comitato scientifico locale

© RIPRODUZIONE RISERVATA

UNA PROPOSTA DI LEGGE DAL MODELLO TRENTO

«Fatta la 180, facciamo la 181»

«Abbiamo fatto 180, facciamo 181». Il movimento Parole ritrovate, che dal 2000 riunisce utenti, familiari e operatori della salute mentale all'insegna del «fare-assieme», ha partorito un'altra idea: una proposta di legge in 19 articoli che sia figlia della Basaglia e che aiuti a completare oggi la rivoluzione cominciata nel 1978.

«Non servono solo o soprattutto soldi, non servono ricoveri obbligatori prolungati, non servono comunità terapeutiche grandi e chiuse», spiega lo psichiatra **Renzo De Stefani**, direttore del Servizio di salute mentale di Trento e instancabile "animatore" del movimento (tra le sue imprese, raccontate su queste pagine, ricordiamo "Oceano dentro", la traversata atlantica in barca a vela con un gruppo di malati e operatori, e "Quel treno speciale per Pechino" da Venezia alla capitale cinese). «Servono invece cose semplici ma quotidiane, ascolto e fiducia nel sapere di utenti e familiari, investimento sulla responsabilità di tutti, percorsi di cura chiari e condivisi, sorriso, cuore, tanta umanità».



La proposta è stata presentata sabato 6 ottobre a Trento, nel corso del 13° incontro nazionale de "Le parole ritrovate". Non si tratta di un testo normativo classico, naturalmente. Il «figlio che la Signora 180 aspetta», per dirla con loro, annovera tra le priorità l'abbellimento dei servizi psichiatrici grazie a donazioni private e fundraising. Perché «colori pastello e belle piante fanno la vita un po' migliore, sempre». Contempla l'inserimento a pieno titolo nel sistema sanitario degli Ufe, gli «utenti familiari esperti» che negli anni sono diventati un pilastro del modello trentino. Chiede

la nascita di un Garante che aiuti il lavoro di squadra indispensabile nei percorsi di cura. Riconosce che mai e poi mai i servizi di salute mentale possono «chiamarsi fuori» nei momenti di crisi: devono rispondere «in giornata» alle esigenze delle famiglie. Per loro, le famiglie, devono valere le tre A: ascolto, aiuto, accompagnamento. E bisogna favorire l'auto-aiuto, sportelli autogestiti, incontri, scambi, tutto ciò che serve a far scoprire che «non sono uniche nel loro dramma». Cruciale l'accoglienza, che deve essere «calda e sorridente» (anche grazie ad appositi incentivi). Ma pure l'informazione: una «psico-card» può facilitare la conoscenza dei referenti e del funzionamento del Dipartimento e dei servizi. La proposta richiama l'importanza di abitare, lavoro e socialità, ambiti nei quali l'impegno dei servizi dev'essere totale. E interviene anche sugli aspetti economici, prevedendo a esempio che le spese per ricoveri e residenze ad alta protezione non possano superare insieme il 50% del bilancio del Dipartimento.

De Stefani ha da poco dato alle stampe con **Jacopo Tomasi** "Psichiatria mia bella - Alla ricerca delle cure che Basaglia sognava" (Erickson, Trento, 2012). Due racconti e undici ritratti (più il testo della 181) per fotografare quel «curare plurale» che caratterizza l'approccio del «fare-assieme». «Se Basaglia ci fosse e potesse vedere - scrive lo psichiatra - forse potrebbe compiacersi dell'impegno e della passione che la sua gigantesca opera di pioniere ha innescato».

M.P.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

PARLA PEPPE DELL'ACQUA, L'EREDE DI BASAGLIA

«Sì ai servizi territoriali, no a farmaci e ricoveri»

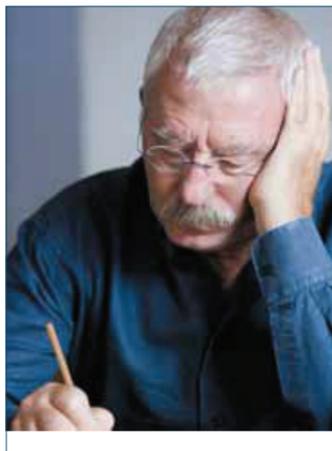
Attenzione ad allontanarsi dagli orizzonti disegnati dalla legge 180, basati su rispetto della persona, cura e possibilità. «Le accademie - dice **Peppe Dell'Acqua**, psichiatra triestino e principale erede della lezione di Basaglia - stanno tornando a essere prepotentemente dominate dalle psichiatrie biologiche, dalle psichiatrie del farmaco e dalle psichiatrie degli interessi privati, le stesse che creano le acuzie, che mantengono le cronicità e che costano».

Un j'accuse durissimo contro i suoi colleghi...

Ho molta più fiducia nei cittadini che negli psichiatri che si appassionano alle neuroscienze, si fanno pagare dalle farmaceutiche, si colludono con le cliniche private per avere i posti letto. Queste psichiatrie assorbono soldi e non producono nulla, se non la morte della persona. Le persone non solo muoiono metaforicamente nei luoghi chiusi e nei recinti, abbandonate per dieci, quindici anni, non solo restano intrappolate con i farmaci dentro certi circuiti, ma poi muoiono anche per davvero. Si veda quello che è successo a Francesco Mastrogianni, morto nel 2009 dopo essere rimasto legato mani e piedi a un letto per oltre 82 ore. Si sta riportando la psichiatria (si parla sempre meno di salute mentale) nell'ambito della medicina, della Sanità ospedaliera clinica, impoverendo e limitando le potenzialità legate alle possibilità di cura sul territorio. Si sta facendo il contrario di ciò che si dovrebbe fare.

Che cosa si dovrebbe fare?

Primo: i servizi di salute mentale devono essere diffusi e accessibili sul territorio. Si parla di uno ogni 50mila abitanti. Da noi invece la tendenza è a ridurli e ad accorparli, fino a uno ogni 500mila. Secondo: i servizi devono avere la capacità di negoziare con le persone. La 180 è una legge di negoziazione, perché nella obbligatorietà si perdono opportunità di cura e di ripresa.



«Ho molta più fiducia nei cittadini che negli psichiatri che si appassionano alle neuroscienze, si fanno pagare dalle farmaceutiche, si colludono con le cliniche private per avere i posti letto»

Nei nostri servizi si sta tornando a forme di distanza, trattamenti sanitari obbligatori, porte chiuse, farmaci. Terzo punto: le risorse. Il disturbo mentale è una delle maggiori cause di malessere sociale. Servizi orientati alla persona, che contano sul suo capitale umano, sociale e relazionale, richiedono investimenti ridotti e permettono grandi risultati.

Chi lo dice?

Tutti quelli che ce l'hanno fatta. A metà novembre uscirà il quarto titolo della collana «180». Archivio critico della salute mentale» di cui sono responsabile. Si tratta del libro «Guarire si può. Persone

ne e disturbo mentale», di Silva Bon e Isabel Marin: raccoglie sette storie straordinarie di persone che raccontano il loro percorso di guarigione e che chiariscono che cosa è stato importante per farcela.

Qual è la ricetta?

I servizi devono essere vicini, devo avere persone di fiducia con cui parlare, non devo perdere il mio ruolo familiare e sociale, devo stare il più possibile a casa, la mia identità deve essere rispettata fino in fondo, devo essere informato sui farmaci, devo poter negoziare anche gli obblighi, la mia rete familiare deve essere sostenuta e coinvolta. In poche parole, i servizi devono essere orientati alla guarigione perché, come si legge nel libro, «la parola guarigione esiste». Una rete di servizi deve essere organizzata così, non orientarsi alla sedazione, al contenimento della cronicità, al contenimento dell'agitazione. Bisogna offrire più occasioni che hanno a che vedere con lo stare insieme, collaborare con il privato sociale per favorire il reinserimento sociale e lavorativo, aprire all'associazionismo in tutte le sue forme.

Ma tante famiglie si sentono abbandonate.

Ritirarsi dal territorio significa condannarle alla solitudine. Il lavoro di Basaglia e la deistituzionalizzazione hanno dimostrato la validità di strade diverse. Oggi sappiamo che i determinanti sociali ed economici di salute sono di gran lunga più importanti di quelli biologici. Le cure nel campo della salute mentale orientate sul sociale (lavoro, abitare, relazione) sono quelle che danno maggiori possibilità di successo e quelle che costano meno. Ma i modelli del letto, del farmaco e del ricovero guadagnano terreno. Anche se sono perdenti.

Manuela Perrone

© RIPRODUZIONE RISERVATA