

Parere del Comitato economico e sociale europeo in merito al Libro verde — Migliorare la salute mentale della popolazione — Verso una strategia sulla salute mentale per l'Unione europea

COM(2005) 484 def.

(2006/C 195/11)

La Commissione, in data 14 ottobre 2005, ha deciso, conformemente al disposto dell'articolo 262 del Trattato che istituisce la Comunità europea, di consultare il Comitato economico e sociale europeo in merito al Libro verde — Migliorare la salute mentale della popolazione. Verso una strategia sulla salute mentale per l'Unione europea

La sezione specializzata Occupazione, affari sociali, cittadinanza, incaricata di preparare i lavori del Comitato in materia, ha formulato il proprio parere in data 3 maggio 2006, sulla base del progetto predisposto dal relatore BEDOSSA.

Il Comitato economico e sociale europeo, in data 17 maggio 2006, nel corso della 427^a sessione plenaria, ha adottato il seguente parere con 142 voti favorevoli, 1 voto contrario e 1 astensione.

1. Sintesi

Nel Libro verde la Commissione afferma inequivocabilmente l'importanza della salute mentale in Europa e, di conseguenza, sostiene la necessità di elaborare una strategia

- che sia composta di più elementi:
 - migliorare l'informazione sulla salute,
 - reagire più efficacemente alle minacce per la salute,
 - ridurre le disuguaglianze in questo campo,
 - garantire un livello elevato di salute e di protezione sociale mediante una strategia intersettoriale,
- che definisca obiettivi:
 - promuovere la salute mentale di tutti,
 - dare ampio spazio alla prevenzione,
 - migliorare le condizioni di vita dei malati,
 - elaborare un sistema informativo e un programma di ricerca per l'Unione europea,
- che formuli raccomandazioni, per esempio:
 - un progetto pilota sulla creazione di reti informative regionali che coinvolgono tutti gli operatori,
 - favorire il processo di deistituzionalizzazione per sfruttare meglio le risorse a disposizione,
- che identifichi le buone pratiche da seguire per agevolare l'inclusione sociale dei malati mentali e tutelare i loro diritti, i quali dovrebbero rientrare nelle competenze dell'Agenzia per i diritti fondamentali dell'UE.

L'importanza della salute mentale si manifesta alla confluenza di più fattori evolutivi:

- il fenomeno di massa dell'esplosione della domanda, con il cambiamento di paradigma dalla psichiatria alla salute mentale,

- l'irreversibile entrata in scena dei pazienti e/o dei loro rappresentanti, che dà luogo a un'interazione nell'ambito di ogni politica,
- lo squilibrio tra ospedale e ambulatorio e i problemi di flessibilità dell'intero sistema sanitario, dal pronto soccorso all'assistenza sociosanitaria.

2. Esposizione del problema

2.1 I disturbi mentali sono tra le prime dieci cause di incapacità nel mondo e comportano quindi conseguenze socioeconomiche devastanti per le persone, le famiglie e i governi.

2.2 Le persone affette da disturbi mentali si trovano spesso a subire comportamenti discriminatori, atteggiamenti di esclusione e gravi violazioni dei loro diritti fondamentali.

2.3 Il Comitato rileva una correlazione tra i problemi di salute mentale e la povertà: quest'ultima accresce il rischio di disturbi e riduce la possibilità di accedere a interventi essenziali per la salute mentale. I governi devono quindi annoverare i problemi di salute mentale tra le principali preoccupazioni per la salute pubblica.

2.4 Spesso, purtroppo, la salute mentale non è considerata una priorità sanitaria, in parte perché non tutti i paesi possiedono la capacità di istituire servizi di salute mentale completi ed efficaci.

2.5 Lo strumento comunitario per la salute mentale si inserisce nel programma di sanità pubblica che l'Unione europea, sulla base dell'articolo 152 del Trattato, ha elaborato per il periodo 2003-2008. Va però osservato che gli interventi avviati a questo titolo devono tener conto delle competenze degli Stati membri in materia di organizzazione dei servizi sanitari e prestazione di cure mediche.

2.6 Nel quadro di un piano d'azione europeo, il Libro verde della Commissione punta ad avviare in Europa un ampio dibattito sul miglioramento della gestione della malattia mentale e sulla promozione del benessere mentale. Ciò per i seguenti motivi:

- senza salute mentale la salute non è possibile, cosa importante per l'individuo come per la società. La salute mentale consente all'individuo di esprimere il proprio potenziale e di trovare una collocazione nella società, nella scuola e nella vita lavorativa. È inoltre un'essenziale fonte di coesione sociale per un'Unione europea intenzionata a diventare una società della conoscenza,
- il disagio provocato dai disturbi mentali è molto pesante; ognuno di noi ha tra le persone care qualcuno che soffre di una malattia mentale. I disturbi compromettono la qualità della vita dei malati e delle loro famiglie e sono una delle principali cause d'invalidità,
- il costo sociale ed economico dei disturbi mentali è molto elevato e incide fortemente sulle risorse della società e sui meccanismi dell'economia, dell'istruzione, della società, dei sistemi penali e giudiziari. I dati di alcuni paesi indicano infatti che i disturbi mentali sono tra le principali cause di assenteismo, prepensionamento e riconoscimento di una pensione d'invalidità,
- l'esclusione sociale, la stigmatizzazione e la discriminazione dei malati mentali sono tuttora una realtà. Talvolta i trattamenti possono ledere i diritti fondamentali e la dignità di questi malati, suscitando in loro un senso di sfida contro la società e compromettendo quindi il «capitale sociale» dell'Unione.

2.7 Il Libro verde è stato pubblicato dalla Commissione europea nell'ottobre 2005, in seguito alla conferenza ministeriale europea sulla salute mentale svoltasi nel gennaio 2005 e organizzata dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) e dalla stessa Commissione. Basandosi sull'articolo 152 del Trattato («sanità pubblica»), la Commissione ha lanciato una consultazione su scala europea in merito alla salute mentale.

2.8 L'obiettivo espressamente dichiarato è migliorare la salute mentale della popolazione europea mediante una strategia che travalichi i confini del settore sanitario e tenda, più in generale, a «ripristinare» una prosperità sostenibile e accrescere la solidarietà, la giustizia sociale e la qualità della vita.

2.9 Nel corso di quest'anno il Libro verde deve suscitare un dibattito e un processo di consultazione tra i poteri pubblici, gli operatori del settore e le associazioni di pazienti, consentendo così di formulare proposte di azione comunitaria che, alla fine dell'anno, confluiranno nell'elaborazione di una strategia europea per la salute mentale.

3. L'analisi e le proposte del Libro verde

3.1 Un'affermazione inequivocabile dell'importanza della salute mentale in Europa ...

3.1.1 Secondo stime argomentate, nell'arco di un anno il 27 % degli adulti europei soffre di una forma di cattiva salute

mentale: il 6,3 % di loro è affetto da disturbi somatoformi, il 6,1 % da depressione e un altro 6,1 % da fobie.

3.1.2 Il numero di suicidi registrato negli Stati membri dell'Unione supera quello dei decessi provocati da incidenti stradali o dall'HIV/AIDS.

3.1.3 Ciò ha molteplici conseguenze per la collettività, e la relazione in esame si propone di valutarle tenendo conto della perdita di produttività e del costo per il sistema sociale, educativo, penale e giudiziario.

3.1.4 Si registrano significative discrepanze non solo tra gli Stati membri ma anche al loro interno.

3.2 ... che dimostra l'utilità di una strategia comunitaria per la salute mentale

3.2.1 Il programma d'azione comunitaria in materia di salute pubblica comprende già diverse iniziative destinate a:

- migliorare l'informazione sulla salute,
- reagire più efficacemente alle minacce per la salute,
- garantire un livello elevato di salute e protezione sociale mediante una strategia intersettoriale,
- ridurre le disuguaglianze in questo campo.

3.2.2 Una strategia comunitaria per la salute mentale potrebbe essere orientata verso i seguenti obiettivi:

- promozione della salute mentale di tutti,
- lotta al problema della cattiva salute mentale attraverso interventi preventivi,
- miglioramento della qualità della vita dei malati mentali mediante l'inclusione sociale e la tutela dei loro diritti e della loro dignità,
- elaborazione di un sistema dell'Unione europea per l'informazione e la ricerca sulla salute mentale e la comprensione del fenomeno.

3.2.3 Tra le iniziative comunitarie ipotizzabili vi potrebbero essere raccomandazioni del Consiglio per la riduzione dei comportamenti depressivi e suicidi, basate su un progetto pilota che ha consentito di diminuire del 25 % i tentativi di suicidio tra i giovani mediante la creazione di reti informative regionali comprendenti il settore sanitario, i pazienti e familiari e i facilitatori sociali.

3.2.4 Nel quadro della sua azione per una migliore inclusione dei malati mentali nella società, la Commissione europea invita gli Stati membri ad accelerare il processo di deistituzionalizzazione. Uno studio che ha commissionato di recente ha infatti confermato che la sostituzione degli istituti psichiatrici con centri di salute mentale distribuiti sul territorio ha consentito di migliorare la qualità di vita dei pazienti. Nel giugno 2005 è stata lanciata una gara d'appalto per la realizzazione di uno studio che punterà ad analizzare ed esporre le possibili modalità per sfruttare al meglio le risorse disponibili e che fornirà dati numerici sulla deistituzionalizzazione.

3.2.5 In quest'ambito si potrebbero ipotizzare altre iniziative comunitarie:

- l'UE potrebbe determinare le buone pratiche da seguire per promuovere l'inclusione sociale dei malati mentali e tutelare i loro diritti,
- la Carta inclusa nel progetto di Costituzione europea dovrebbe garantire condizioni adeguate per i malati mentali e gli ospedali psichiatrici, all'insegna dei diritti fondamentali e diritti dell'uomo.

3.2.6 L'Unione europea intende migliorare la comprensione della salute mentale sostenendo programmi di ricerca e favorendo le occasioni di contatto tra ricerca e ambienti decisionali.

4. Il punto di vista del Comitato sulle proposte

4.1 *L'importanza della salute mentale si manifesta alla confluenza di più fattori evolutivi*

4.1.1 Gli ultimi anni sono stati caratterizzati dai seguenti dati: il fenomeno di massa dell'esplosione della domanda, il cambiamento di paradigma dalla psichiatria alla salute mentale, l'irreversibile entrata in scena degli utenti e dei familiari che li rappresentano. Ognuno di questi dati, con ritmi diversi a seconda del paese, ha indotto cambiamenti legislativi o normativi che sono espressione del loro maggiore o minore recepimento da parte della politica o dell'amministrazione.

4.1.2 La domanda di massa, che sta saturando tutte le strutture, è dovuta alla complessa interazione tra cambiamenti intervenuti, da un lato, nella rappresentazione da parte della società del fatto psichico e della psichiatria, ormai considerata più normale o meno stigmatizzata e, dall'altro, nell'offerta di servizi. Osservato allo stesso tempo in tutti i paesi sviluppati, l'incremento della domanda trova riscontro nell'epidemiologia: i disturbi mentali diagnosticabili presentano un tasso di prevalenza annuo nella popolazione generale pari al 15-20 %; sono causa di invalidità nel 12-15 % dei casi, quanto le malattie cardiovascolari e due volte più del cancro; sono all'origine del 30 % del numero totale di anni di vita persi per mortalità evitabile o invalidità (fonte: OMS, 2004). Questa pressione si riflette anche nell'arricchimento della programmazione sanitaria, che con il passare del tempo affida alla psichiatria sempre più compiti.

4.1.3 La combinazione tra domanda di massa e cambiamenti nella rappresentazione della malattia mentale ha accentuato il carattere ambulatoriale delle richieste di intervento. Alla dicotomia classica tra malattia e salute si è così sostituita l'esperienza più marcata di un passaggio tra stati clinici contigui che può condurre fino alla sofferenza psichica. Ciò ha reso impossibile scindere i disturbi osservati dal contesto sociale in cui compaiono, obbligando a stimare, nell'ambito della valutazione dei bisogni, anche le ripercussioni dei disturbi nella società. Oggi il compito della psichiatria consiste in gran parte nel precisare la diagnosi distinguendo ciò che è psichiatrico da ciò che non lo è e stabilendo ciò che lo è abbastanza per rendere necessario l'intervento della disciplina senza però ridursi ad

essa, per consentire una condivisione del carico di lavoro con altri partner o per aiutare questi ultimi a ridiventare i soggetti principali dell'assistenza o della terapia. Queste tensioni dialettiche, a volte conflittuali, tra clinica, etica e organizzazione sono espressione dell'opposizione tra i paradigmi «psichiatria contro salute mentale» e di una terminologia a volte contraddittoria, perfino nei documenti ufficiali. Nella letteratura internazionale, però, la differenziazione tra psichiatria (*psychiatry*) e salute mentale (*mental health*) non pone praticamente nessun problema.

4.1.4 Infine, ultimo ma non per importanza, l'aspetto dell'acquisizione di potere da parte degli utenti e dei rappresentanti delle famiglie. È un fenomeno che esprime un'evoluzione generale, nazionale e internazionale, che non si limita alla psichiatria e che è stato accentuato da patologie come l'AIDS, che hanno profondamente alterato il rapporto tra medico e malato. Ne sono l'illustrazione più notevole la legislazione sui diritti del malato e il fatto che i documenti amministrativi del settore, nell'ambito dell'organizzazione dei servizi, della risposta ai bisogni e delle loro concrete applicazioni, facciano ora riferimento agli utenti e alle loro famiglie.

4.1.5 Quest'acquisizione di potere investe anche i rappresentanti della popolazione e tutti gli utenti potenziali. La politica generale, quella urbana in particolare, e la salute mentale rivelano sempre più chiaramente le interazioni esistenti tra loro. I rappresentanti eletti sono sempre più coinvolti nelle ripercussioni dell'evoluzione della psichiatria, che vedrà sempre più spesso la loro partecipazione.

4.1.6 Il fenomeno ha aggravato fortemente lo squilibrio tra ospedale e ambulatorio e i problemi di flessibilità dell'intero sistema sanitario, dal pronto soccorso all'assistenza socio-sanitaria. Ha inoltre evidenziato il frequente insuccesso della deistituzionalizzazione e la mancata integrazione della psichiatria nel complesso ospedaliero. Poiché i confini tra sanitario e sociale, professione e formazione sono permeabili, una delle chiavi della soluzione futura è la formazione iniziale e continua degli operatori allo svolgimento di nuove funzioni. Oltre a queste trasformazioni si sono imposti anche problemi nuovi, come quelli dei detenuti con malattie mentali, degli anziani con patologie neurodegenerative che si traducono in disabilità psichiche, e di gruppi particolarmente deprivati della popolazione.

4.1.7 Nella maggior parte dei paesi sviluppati la fine della seconda guerra mondiale, la sensibilizzazione all'esperienza dei campi di concentramento e ai diritti dell'uomo, l'atteggiamento critico verso il ricovero psichiatrico com'era praticato allora, l'avvento dei farmaci psicotropi, la comparsa di movimenti di consumatori-utenti e i vincoli di bilancio hanno costretto la psichiatria a un'evoluzione che la letteratura internazionale definisce, con espressione anglosassone, «processo di deistituzionalizzazione», ossia un'organizzazione delle cure e dei servizi basata non tanto sul ricovero quanto su interventi volti a favorire il mantenimento del paziente nel suo ambiente naturale.

4.1.8 Laddove ha dato la priorità alla deospitalizzazione, però, la deistituzionalizzazione si è sempre ritrovata di fronte ad ostacoli: la criminalizzazione, ovvero la tendenza della società e della psichiatria a trasferire o mantenere in carcere un gran numero di malati mentali; il nomadismo dei pazienti marginali o precari che, una volta interrotto o concluso il trattamento, senza alloggio né prestazioni sociali, diventano senza-tetto (*homeless*); la «sindrome della porta girevole» (*revolving door syndrome*), ossia il percorso regolare di un certo numero di pazienti che sono ricoverati, dimessi e di nuovo ricoverati in un ciclo interminabile. Con il passare del tempo e i tagli al bilancio, la combinazione tra questi fenomeni e la domanda di massa ha saturato le unità di pronto soccorso e gli ospedali e ha finito per indurre a creare ulteriori posti letto a tempo pieno probabilmente evitabili, a volte per la pressione seguita al verificarsi di gravi incidenti (malati mentali aggressori o vittime). In questi casi l'opinione pubblica è riuscita ad influenzare i decisori politici, spingendoli a reagire accrescendo l'attenzione alla sicurezza o, al contrario, avviando programmi di salute mentale.

4.2 L'informazione e i media

I media per lo più si interessano al disagio mentale nei casi in cui un malato mentale commette un atto criminale (che però non sono più numerosi in questa categoria che nella popolazione in genere). L'impatto di questo stato di cose, in termini di creazione di immagini negative e tensioni legate all'insicurezza, determina un aumento dell'intolleranza e il rifiuto dei malati mentali. L'informazione sulla salute mentale, nella sua continuità, deve smettere di essere un aspetto incontrollato e sempre più sensibile ed essere impiegata per prevenire gravi conseguenze e raggiungere il grande pubblico attraverso i media e i loro operatori.

4.3 I presupposti e gli elementi di una strategia comune per la salute mentale

4.3.1 Il Comitato sostiene l'iniziativa della Commissione diretta ad elaborare una strategia europea integrata in favore della salute mentale. A suo giudizio il dibattito sulla ricerca, l'individuazione e l'elaborazione di questa strategia deve inserirsi nel contesto della società della conoscenza. Ciò, tra l'altro, significa che la società europea deve:

- farsi un'idea chiara dei concetti inerenti alla salute mentale e del loro contenuto,
- cogliere con precisione l'ampiezza del problema, nella sua forma attuale e anche nella sua probabile dinamica,
- essere nettamente più coinvolta nella creazione dei presupposti necessari per la scelta di soluzioni integrate.

4.3.2 L'ampiezza dei bisogni esige quindi un programma ambizioso e una strategia comune fondata su alcuni principi pienamente condivisi. Va sottolineato che problemi di salute, anche di dimensioni più limitate, si avvalgono di una mobilitazione massiccia. La situazione della salute mentale, tra l'altro, si presenta diversa a seconda del paese considerato e, in futuro, sarà aggravata dal ritardo dei paesi che aderiranno all'Unione più a lungo termine, ritardo che rischia di accentuarsi.

Sembra comunque necessario affermare fin d'ora alcuni presupposti.

4.3.3 Una strategia comune presuppone innanzitutto una comprensione condivisa di termini e concetti quali, per esempio, «cattiva salute mentale» o «portatore di handicap mentale».

4.3.4 Riconoscere la salute mentale come priorità, conformemente agli effettivi bisogni, rappresenta un notevole passo in avanti nell'imposizione degli interventi necessari.

4.3.5 Su un piano diverso, questo riconoscimento va consolidato da un inventario dei bisogni esistenti e delle risposte attualmente fornite.

4.3.6 Per quanto riguarda gli interventi da realizzare, le proposte del Libro verde non possono che incontrare il favore del Comitato. Le proposte per la promozione della salute mentale della popolazione mettono l'accento sui bambini e sugli adolescenti, sui lavoratori e sulle persone anziane.

4.4 Per una salute mentale dalla parte del cittadino

4.4.1 La politica per la salute mentale s'interessa al malessere delle persone nell'ambito della famiglia, del loro contesto esistenziale e di una data società. Riunisce quindi diversi interventi:

- il dispositivo di lotta alle malattie mentali, che deve necessariamente combinare prevenzione, cura e reinserimento,
- le campagne di prevenzione destinate a determinati gruppi della popolazione,
- gli interventi terapeutici in risposta al disagio di determinate fasce della popolazione,
- le azioni positive per la salute mentale, in grado di modificare comportamenti dannosi che interessano indifferentemente l'individuo, determinati gruppi o la società intera.

4.4.2 Da questo punto di vista va posto l'accento sulla prevenzione, o sulla sua componente primaria, secondaria e terziaria più adatta al settore interessato. Devono essere sviluppati gli interventi di promozione della salute mentale e quelli di informazione del pubblico sull'acquisizione e sul mantenimento di sane abitudini di vita e sulla creazione di un contesto propizio alla realizzazione del potenziale individuale. Lo stesso vale per l'attività di prevenzione che punta a ridurre l'incidenza dei disturbi mentali concentrandosi sui fattori di rischio e sulle situazioni patogene. Qualche esempio:

- intervento precoce presso madri e lattanti che presentano un quadro depressivo o provano un senso di incompiutezza,
- interventi mirati presso i bambini con gravi difficoltà scolastiche,
- informazione e sostegno alle famiglie confrontate alla malattia mentale,

- studio dei fattori di rischio, o dei fattori legati a manifestazioni di disagio o malattia, in funzione della cultura d'origine,
- organizzazione di una psichiatria di collegamento che consenta un approccio più globale alle patologie somatopsichiche e il coinvolgimento attivo e passivo della famiglia del malato (apprendimento delle modalità di vita e di sostegno ai malati e, se necessario, aiuti finanziari). Gli strumenti di sostegno psicologico sono preferibili alla prescrizione di farmaci psicotropi senza un sostegno.

4.4.3 La risposta ai bisogni dei bambini e degli adolescenti rappresenta una palese priorità. La domanda non proviene esclusivamente dalle famiglie o non è espressa solo da loro, ma anche dalle istituzioni educative, giudiziarie e sociali, dalle forze dell'ordine o dagli enti locali, sulla base di situazioni sempre più estreme che coinvolgono bambini sempre più piccoli e famiglie affette da molteplici problemi. Più di altri, le famiglie e i bambini subiscono in pieno le conseguenze dell'evoluzione della società.

4.4.4 Un'organizzazione coerente e armoniosa dovrebbe consentire di offrire un pacchetto di servizi coordinati e articolati attorno a tre moduli o programmi di base:

- il modulo dedicato alla prima infanzia, alle famiglie e ai partner sociosanitari, educativi e giudiziari corrispondenti a questa fascia d'età,
- il modulo dedicato ai bambini in età scolare, alle famiglie e ai partner corrispondenti,
- il modulo dedicato agli adolescenti, alle famiglie e ai partner corrispondenti.

4.4.5 Ogni modulo dovrebbe poter offrire, oltre a trattamenti ambulatoriali programmati nell'ambito di consultori, anche trattamenti più intensivi e istituzionali secondo formule adeguate all'età, trattamento degli episodi acuti e trattamenti di lunga durata. La psichiatria di collegamento, assicurando la reattività e la mobilità dei moduli, parteciperebbe alla rivelazione precoce delle crisi, alla loro prevenzione e all'offerta di sostegno ambulatoriale alle famiglie e ai partner corrispondenti.

4.4.6 A questi moduli di base si aggiungerebbero programmi specializzati destinati a gruppi di popolazione o situazioni a rischio tali da rendere plausibile un'attività di prevenzione primaria o secondaria: individuazione precoce dei disturbi invasivi dello sviluppo, di determinate patologie della prima infanzia, delle disfunzioni genitoriali precoci, delle famiglie monogenitoriali o multiproblematiche, dei disturbi di dipendenza adolescenziali, ecc. Un'attenzione ancora maggiore dovrà essere riservata a quelle strutture sociali, educative e giudiziarie (centri di prevenzione, carceri) in cui siano ospitati gravi casi sociali che presentano disturbi mentali associati o che, dato il carattere estremo e cumulativo delle situazioni, rischiano di svilupparli.

4.5 I rapporti tra lavoro, disoccupazione e salute

4.5.1 Considerata la loro influenza sulla salute mentale, va promosso il miglioramento delle condizioni di lavoro o di non lavoro (disoccupazione). La relazione tra i temi del lavoro e della salute mentale tocca questioni come il valore attribuito al lavoro e il suo costo personale, gli effetti della disoccupazione e l'invalidità.

4.5.2 Le risposte che andranno trovate al problema dell'esclusione sociale sono altrettanto importanti per la salute mentale.

4.5.3 Infine, anche l'invecchiamento della popolazione rende necessarie risposte adeguate. Il fatto che il 20 % degli anziani si trovi, per usare un concetto dell'OMS, a «invecchiare con successo», significa che l'80 % degli anziani soffre di malattie, perdita dell'autonomia, ecc. L'avanzare dell'età non fa certo scomparire le malattie mentali, anzi. Le malattie demenziali, quasi assenti (1 %) nella fascia d'età dei sessantenni, diventano frequenti (30 %) dopo gli 85 anni. Nel 70 % dei casi le persone colpite presentano disturbi del comportamento.

4.6 I richiedenti asilo

4.6.1 In questo settore si pone il problema della salute mentale in relazione all'accompagnamento del richiedente asilo nella procedura d'accoglienza, al suo luogo e modo di vita e, infine, alla sua dimensione esistenziale, comprendente la storia della persona e la sua temporalità psichica. La gravità dei traumi subiti, spesso causati intenzionalmente e con estrema crudeltà e contenenti una dimensione collettiva, attesta situazioni di violenza organizzata. In questa popolazione i disturbi post-traumatici sono spesso aggravati da lutti multipli e da un'esperienza di esilio molto dolorosa.

4.7 La problematica della salute mentale

4.7.1 La stessa problematica di salute mentale si pone in relazione a un ingente numero di detenuti, che ha a disposizione strutture di cura molto ridotte.

4.7.2 Occorre appoggiare l'elaborazione di programmi di prevenzione della depressione, dei suicidi e dei comportamenti di dipendenza.

4.7.3 Per quanto riguarda il cambiamento di paradigma proposto con la deistituzionalizzazione, si può osservare che nella fase attuale, iniziata alla fine degli anni '90, si sta arrestando il declino della soluzione del ricovero, e si sta assistendo, da un lato, alla disillusione dei fautori del processo e, dall'altro, all'emergere dell'esigenza di un'organizzazione che preveda la compresenza di solide strutture sul territorio e possibilità di ricovero a tempo pieno. Un tasso di ricovero troppo elevato impedisce di allocare risorse all'estensione dell'ampiezza e della gamma dei servizi offerti dall'unità territoriale, dei quali hanno bisogno i pazienti e le loro famiglie. Viceversa, però, non si può garantire il primato di una struttura ambulatoriale se questa non è sostenuta in permanenza da una struttura ospedaliera immediatamente accessibile, per brevi soggiorni, ai pazienti che presentino disturbi acuti che non possono essere oggetto di altri tipi di trattamento. Infine, non si può conseguire una riduzione del ricorso al ricovero laddove la risposta ambulatoriale non offre servizi che consentano: di prevenire i ricoveri evitabili; di accogliere e accompagnare i pazienti lungodegenti in grado di essere dimessi se adeguatamente preparati; di accompagnare i pazienti non ricoverati per mantenerli nella comunità di origine a condizioni accettabili e rispettose delle loro esigenze; di offrire un'alternanza tra ricovero e trattamento ambulatoriale ai pazienti che ne abbiano bisogno.

4.7.4 La decisione di trattare un malato mentale mediante ricovero o in ambulatorio è fortemente influenzata dalla cultura e dal modello formativo dell'operatore, dal suo grado di isolamento, da fattori socioculturali generali come la tolleranza della società, dai fattori di precarietà presenti nel territorio considerato (che accrescono il ricorso a questo tipo di servizi) e dalla disponibilità di alternative. È perciò impossibile raccomandare perentoriamente un unico indice del bisogno di posti letto per i ricoveri a tempo pieno di pazienti in fase acuta senza tener conto delle circostanze locali.

4.7.5 Il fattore determinante per un trattamento, peraltro, non è tanto il luogo in cui viene prestato ma la sua natura, ossia quali vantaggi è destinato ad apportare, per soddisfare quali bisogni, con quale efficacia riconosciuta.

4.7.6 I vantaggi abitualmente riconosciuti al trattamento ospedaliero riguardano la disponibilità di personale qualificato, l'accoglienza in un idoneo ambiente di contenimento e la possibilità di svolgere il proprio lavoro in condizioni sufficientemente sicure. Questi vantaggi si riducono o scompaiono se la carenza di posti letto determina una concentrazione di pazienti non collaborativi con disturbi molto gravi, tali da provocare un grado di disturbo del lavoro ambiente troppo elevato, insopportabile o pericoloso.

4.7.7 Numerosi studi, francesi e internazionali, rivelano che fino al 40 % dei malati con disturbi acuti che chiedono di essere ricoverati o di cui viene disposto il ricovero possono essere presi in carico in contesti terapeutici alternativi nella misura in cui si dimostrano collaborativi oppure se ne può ottenere o negoziare la collaborazione con l'aiuto di familiari o della rete di sostegno sociale (interventi urgenti e in caso di crisi). Tanto è vero che la crescente efficacia delle strutture sul territorio tende a riservare agli ospedali, e quindi a concentrare negli ospedali, solo i casi più «inevitabili»: quelli che hanno urgentemente bisogno di una doppia valutazione psichiatrica e somatica, che presentano patologie acute miste particolarmente severe, gravi ricadute di patologie psichiatriche note, comporta-

menti violenti e suicidi incoercibili e così via. Questi casi rendono spesso necessario il ricovero forzato. Come si vedrà, tutto ciò ha conseguenze sul piano dell'organizzazione e dell'inquadramento.

4.7.8 Tenuto conto di quanto esposto, gli stessi studi raccomandano di non scendere sotto la soglia di 0,5 posti letto per 1 000 abitanti adulti destinati a pazienti in fase acuta, una cifra da ponderare se si ipotizza, come si raccomanda, un tasso di occupazione delle strutture dell'80-85 %. Beninteso, questa soglia presuppone che le alternative a monte e a valle siano sufficientemente attrezzate ed efficaci e non include i letti di sicurezza per casi acuti necessari alla psichiatria medico-legale né i posti letto per adolescenti e persone anziane. Avvicinarsi troppo a questa soglia senza che siano soddisfatte tutte le condizioni ambulatoriali sostitutive non farebbe altro che indurre a creare posti letto aggiuntivi, psichiatrici o medici, estremamente costosi.

4.8 *L'ambiente di prestazione delle cure*

4.8.1 Mentre la soglia per il numero di posti letto può variare a seconda del paese, un complesso di norme minime di ricovero può essere proposto con maggiore convinzione. Qualsiasi locale impiegato dovrebbe essere adatto allo scopo e, pur potendo far parte di una vecchia struttura, conformarsi agli attuali valori di dignità e rispetto per i degenti. L'idoneità dell'ambiente è infatti fondamentale ai fini della guarigione. I rischi legati all'ambiente dovrebbero essere valutati e affrontati in funzione delle specifiche esigenze dei degenti.

4.8.2 I degenti dovrebbero avere accesso a un'ampia gamma di terapie destinate ad integrare e a favorire il trattamento in corso. Tutti gli addetti ai malati mentali dovrebbero influire positivamente sull'ambiente della struttura grazie a un'adeguata formazione, alle loro competenze e all'umanità del loro approccio.

Bruxelles, 17 maggio 2006

La Presidente
del Comitato economico e sociale europeo
Anne-Marie SIGMUND
