

POLITICHE SOCIALI E SALUTE MENTALE

Quadro generale

Si è fatto insistentemente ricorrente, in questi ultimi anni, il rilievo della diffusione del disagio psichico e psicosociale che, in varie forme e con plurime manifestazioni attraversa gran parte della popolazione. Esso è oggetto di denuncia e sovente motivo di inchieste nello scenario mass-mediologico specialmente in coincidenza di eventi traumatici che colpiscono la sensibilità individuale e la coscienza collettiva. Lo rilevano quotidianamente i medici di medicina generale che vedono sfilare nei loro ambulatori i vari volti della sofferenza e del malessere psicologico spesso coperti dalla maschera del male somatico. Lo rilevano con metodi scientifici fornendone i connotati di quantità e qualità le ricerche epidemiologiche sia quelle effettuate su popolazioni che quelle centrate sui servizi.

Molto più semplicemente crediamo di poter dire che ognuno di noi ne riconosce l'esistenza in modo empirico lungo l'interfaccia dell'incontro con gli altri nella vita quotidiana.

E ci è dato constatare che il disagio psichico coinvolge e interessa trasversalmente tutte le fasce di età della popolazione anche se con forme espressive e incidenze qualiquantitative diverse: naturalmente i soggetti e i gruppi strutturalmente e socialmente più deboli sono più vulnerabili e hanno quindi una maggiore esposizione al rischio di malessere e di sofferenza. Pensiamo esemplificativamente, ai bambini e agli adolescenti, agli anziani, specie se soli, ai migranti, alle famiglie a basso reddito che oscillano tra piccola e grande povertà. Le analisi e le proposte di interventi elaborate nei piani di zona del nostro territorio sono fortemente indicative al riguardo

Il dato della grande diffusione del disagio e della sofferenza psichica e del suo incremento nel tempo non è ovviamente appannaggio della popolazione del nostro territorio ma riguarda tutte le società del mondo occidentale (in altre aree del pianeta la sofferenza psichica è ugualmente presente ed in misura rilevante ma con altri connotati). Per questo motivo gli allarmi lanciati dalle grandi Agenzie (OMS) e dalle Istituzioni internazionali, tra cui l'Unione europea, che richiamano l'attenzione degli Stati sulla necessità di politiche adeguate a contrastare il fenomeno. Due dati a titolo puramente indicativo: L'OMS stima proiettivamente che la "Depressione" è destinata a divenire la causa più frequente di malattia nel 2020; L'Unione Europea, mettendo a confronto i dati statistici forniti dai Paesi membri stima che il 27% della popolazione soffre di un disturbo mentale significativo almeno una volta durante la vita.

Naturalmente le stime sono inclusive di ogni tipologia di “disturbo” e di ogni grado di gravità: la lettura più dettagliata delle statistiche suggerisce che le patologie mentali gravi e molto gravi costituiscono la quota percentualmente più bassa. Sicché ricorrendo ad una immagine molto usata, potremmo dire che la patologia mentale è la punta emergente e più visibile di un iceberg il cui corpo sommerso e pertanto non immediatamente visibile è ampio ed esteso. Sembrerà di poter arguire che l’incremento progressivo che si va rilevando riguardi soprattutto questo corpo sommerso ed è dato per gran parte da figure patologiche mutevoli e fluttuanti che, pur non giungendo a determinare effetti invalidanti, interferiscono tuttavia nel funzionamento della persona e nella sua vita di relazione.

Questo quadro sinteticamente rappresentato conferisce forza di verità alla tesi del radicamento sociale della sofferenza mentale e chiama in causa la Società e le Società, i loro modelli socio-economico-culturali, le loro traiettorie evolutive e di cambiamento.

Non è questa la sede per addentrarsi nell’analisi dei processi tumultuosi che stanno modificando radicalmente l’ordine mondiale, la vita dei popoli, e dei singoli individui, i sistemi di valori che hanno retto per un lungo tratto della storia le convivenze umane.

Ci basta rilevare con molta semplicità e buon senso quello che appare a tutti evidente: e cioè che viviamo in una società che da un lato è sempre più competitiva ed escludente e dall’altro mostra sempre più aspetti di fragilità e di insicurezza. Uno dei sociologi più noti e accreditati del mondo contemporaneo, Zygmunt Bauman ha definito la società dei nostri giorni come “modernità liquida” dove l’incertezza è endemica e i legami interpersonali e sociali sono fragili, mutevoli e sempre in discussione. Lo stesso autore indica nella “solitudine dell’uomo globale” uno dei fattori di crisi (e quindi di malessere – disagio) del nostro tempo. Dove la solitudine è riduzione al privato individuale senza ponti di collegamento con il pubblico e il collettivo. Questa analisi in particolare non coincide del tutto con la nostra realtà sociale, (almeno per ora!) ma tuttavia essa contiene elementi di verità condivisibile e indica una tendenza delle trasformazioni in atto anche nelle nostre città.

Noi assumiamo il principio che la Salute Mentale è un bene collettivo, anche se si declina nella soggettività degli individui che insieme compongono un collettivo che, negli obiettivi della politica sociale, deve tendere a funzionare come una comunità. La salute mentale è dunque un elemento fondamentale e imprescindibile del benessere individuale e della qualità della vita sociale. E’ sulla base di questo principio che l’obiettivo salute mentale va assunto come asse portante delle politiche

sociali e della costruzione di un nuovo Welfare che abbiamo cominciato da qualche anno a definire come Welfare di comunità.

In altre parole la Comunità Locale come protagonista attivo, luogo per la rilevazione e la valutazione di bisogni dei cittadini, ma anche il terreno della ricerca di soluzioni “originali” ai problemi mediante l’utilizzo coordinato delle risorse pubbliche e del capitale sociale composito che è presente con varia visibilità nel contesto sociale della stessa comunità.

Questa è del resto la “filosofia” che fa da sfondo politico e che ispira i piani di zona e i piani per la salute che stanno gradualmente decollando.

L’obiettivo “Salute Mentale” si colloca precisamente in questo contesto.

La riflessione che stiamo compiendo e che oggi proponiamo pubblicamente non è fortunatamente isolata ma si colloca in modo abbastanza sintonico in un concerto di segnali, provenienti da vari livelli istituzionali e sociali, che sono significativi e indicativi di una ridestata sensibilità.

La commissione Europea ha prodotto e diffuso nei mesi scorsi un documento sulla salute mentale con la denominazione di “Libro verde” con l’intento di promuovere un dibattito che, nei vari Paesi dell’Unione e tra loro, coinvolga gli operatori sanitari e sociali, le Associazioni di pazienti e di familiari, la cosiddetta Società civile.

A titolo puramente esemplificativo estraiamo dal testo due passi che si collegano al “filo del discorso” che stiamo seguendo.

1. “I soli interventi medici, sebbene indispensabili per far fronte al problema non possono tuttavia modificare i determinanti sociali; occorre pertanto una 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 o diritti umani”:
2. “La promozione della salute mentale e la lotta alle patologie mentali riguarda individui, famiglie, comunità e determinanti sociali, si realizza potenziando i fattori protettivi e riducendo i fattori di rischio; le scuole e i luoghi di lavoro dove le persone trascorrono gran parte del loro tempo sono terreni di intervento essenziali”.

L’orizzonte di una politica programmatica della salute mentale dunque è molto più ampio di quanto possano evocare le dimensioni puramente sanitarie (leggi: psichiatriche) dei problemi che ne

costituiscono peraltro componenti importanti e fondamentali. E' un orizzonte che deve tendere a coincidere, integrandosi, con quello di una "complessiva" politica del territorio che concepiamo come una funzione di regia nella capacità di rilevare i bisogni umani e sociali emergenti dal territorio e nella coordinata distribuzione delle risposte attraverso le politiche di settore.

Quello che ne deriva è un approccio al tema del disagio psichico e della malattia mentale che, consapevole delle determinanti sociali e dei risvolti sociali dei problemi, valorizza la socialità (intesa come aggregazione, partecipazione, solidarietà, appartenenza alla comunità locale) come il medium entro cui prendono corpo processi di cambiamento con il concorso delle competenze tecniche espresse dai vari servizi operanti sul territorio: sociali, educativi, sanitari.

Un simile approccio conferisce allora unitarietà alle diverse Azioni finalizzate alla promozione della salute mentale (e della salute tout court), alle azioni di prevenzione e contrasto del disagio psichico e psicosociale e alle pratiche di malattia mentale e di lotta agli stigmi e alle esclusioni. Sono inevitabilmente cura della diversi e molteplici i soggetti chiamati in causa come protagonisti principali di tali azioni, ma l'unitarietà che si richiede deve derivare, oltre che dalla condivisione dell'approccio culturale, dalla persistente costruzione, ricercata programmaticamente e definita metodologicamente, del lavoro di rete: per operare connessioni, facilitare comunicazioni, economizzare energie, risorse e competenze.

In coerenza con le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (Carta di Ottawa: la salute come benessere fisico, psichico e sociale – 1986) e con l'indicazione del "Libro Verde" dell'Unione Europea (2005, già citato) molte delle azioni dirette alla prevenzione e al contrasto del disagio sono state individuate dai tavoli tematici dei Piani di Zona e integrati nel percorso di formazione del Piano per la Salute 2006-2008 / che si sta elaborando). Le richiamiamo qui sinteticamente per favorirne una visione globale:

- *Azioni rivolte all'infanzia*: comprendono innanzitutto una rinnovata attenzione sulla nascita che implica l'accompagnamento della gravidanza e il monitoraggio della relazione madre-bambino a partire dal suo decollo neonatale e, a seguire nella evoluzione diadica e triadica nel corso del primo anno di vita. Le strutture educative della prima infanzia, di cui è ricco il nostro territorio, costituiscono luoghi di rilevazione di segnali di possibile disagio nei bambini e quindi di attivazione di interventi competenti per capirne le origini e la natura e concertare vie di risoluzione. La scuola, in tutti i suoi ordini e gradi è l'ambiente in cui scorre gran parte del tempo di vita di tutti i bambini e gli adolescenti e quindi la sede in cui

si manifestano i loro disagi e le loro difficoltà di crescita. I servizi di Neuropsichiatria e Psicologia dell'età evolutiva operano in stretta collaborazione con la scuola, ma, come è stato detto in un recente rapporto presentato pubblicamente in sede provinciale, non è pensabile che i problemi che si rilevano possano essere risolti con una delega ai servizi tecnici. E' invece indispensabile un coinvolgimento, una presa di coscienza di responsabilità e una assunzione di compiti di tutte le componenti interne ed esterne alla scuola: da un lato quindi i docenti, i metodi, i modelli organizzativi, dall'altro i genitori, con le loro condizioni sociali e socio culturali e con la loro inalienabile funzione educativa. A tal proposito va rilevato come nel corso degli ultimi anni si è sentito evocare da varie fonti l'esistenza di una crisi della genitorialità come fenomeno, forse generazionale, diffuso e sistemico. Se così è, questa va considerata una espressione e al tempo stesso una fonte di disagio psichico e psico-sociale e va pertanto considerato come obiettivo-bersaglio di interventi appropriati che abbiano come costante il ruolo attivo e protagonisti dei genitori stessi, per lo più in forme aggregative e socializzanti.

- *Prevenzione e recupero del disagio negli adolescenti*: l'adolescenza e il mondo degli adolescenti contemporanei sembrano rappresentare, nella percezione sociale, il fronte più avanzato dell'esposizione al disagio che nei vari modi si manifesta nella scuola, nella famiglia e nella vita sociale. E' verosimilmente la componente sociale della popolazione che, per le caratteristiche psicologiche della fascia di età (che è strutturalmente e culturalmente transizionale) su cui ricadono gli effetti del tumultuoso cambiamento connesso con il processo di globalizzazione. Ancora una volta la scuola costituisce il terreno fondamentale di intervento: la scuola intesa come comunità comprensiva di tutti i protagonisti. Al riguardo disponiamo di un prototipo di intervento che ha dalla sua una esperienza ormai quinquennale, quella della promozione del benessere a scuola, prodotto della collaborazione tra l'Assessorato provinciale alla scuola e l'Istituzione "G.F. Minguzzi", divenuto dopo una prima fase di sperimentazione, modello di intervento permanente nella scuola dell'autonomia. Caratteristiche precipue di tale modello sono: il rovesciamento dell'ottica dal rimedio al disagio alla promozione del benessere; il conseguente spostamento del focus dal singolo individuo all'organizzazione scolastica nel suo complesso, individuandone i fattori favorevoli e quelli sfavorevoli all'obiettivo benessere, la valorizzazione e lo sviluppo delle risorse dei componenti e dell'organizzazione nell'ottica di appartenenza alla comunità scolastica.

- *Prevenzione della sofferenza e del disagio psico-sociale negli ambienti di lavoro:* una iniziativa europea promossa dall’Agenzia Europea per la qualità negli ambienti di vita e di lavoro ha ispirato la scelta del “benessere sul lavoro” come priorità di intervento dei grandi attori pubblici impegnati come promotori del Piano per la Salute di Bologna e che rappresentano i maggiori datori di lavoro di tutto il territorio (complessivamente, circa 15.000 addetti), le Aziende sanitarie di Bologna (AUSL Bologna; AOSP e IOR). Al programma partecipano anche, nella loro veste di datori di lavoro, diversi Comuni (ad esempio i Comuni del Distretto Pianura Ovest). I “Patti per la salute” che verranno firmati dai datori di lavoro per quanto riguarda la organizzazione interna e dai principali soggetti responsabili dell’organizzazione dei servizi e delle attività della società civile nei territori hanno l’intento di armonizzare tempi di vita e tempi di lavoro e promuovere un ambiente di lavoro favorevole e alla promozione della salute mentale e alla rimozione delle cause del diffuso disagio psico-sociale rilevato in sede di analisi del profilo di salute della nostra comunità (progetto “Star bene per far star bene”).
- *Azioni rivolte alle persone anziane:* con l’obiettivo di evitarne l’isolamento e l’affievolimento esistenziale mediante l’attivazione di reti di sostegno sociale, la promozione di attività fisica e la valorizzazione del ruolo sia in termini relazionali (si pensi al ruolo sociale dei nonni) sia in termini di partecipazione ai programmi comunitari e di volontariato attivo. Essenziale nodo della rete di sostegno sono i Centri di Medicina Generale (i futuri Nuclei di cure primarie) che rappresentano un esempio di cooperazione tra Medico di famiglia, infermieri domiciliari, operatori dei Servizi sociali dei Comuni, associazioni di volontariato
- *Azioni verso i gruppi sociali più vulnerabili:* sappiamo che le condizioni di disuguaglianza, di disoccupazione e di sotto-occupazione, di povertà economica e di deprivazione socioculturale, di marginalità sociale contengono, in dose elevata, rischi di perdita o alterazione della salute mentale. Dobbiamo purtroppo constatare la persistenza di meccanismi e automatismi sociali per i quali la malattia mentale è causa di esclusione ma anche conseguenza ad effetto di processi emarginanti protratti nel tempo. Occorrerà dunque, nella dimensione di ogni territorio attivare progetti di superamento della condizione di vulnerabilità che coniughi la messa in atto di fattori protettivi e di sostegno con la sollecitazione alla partecipazione attiva dei soggetti interessati. Particolare attenzione deve essere dedicata ai migranti, alle loro famiglie, ai loro bambini (che costituiscono gruppi

sociali vulnerabili sui generis) perfezionando e diffondendo l'approccio multiculturale e interculturale a favore di una integrazione rispettosa delle diverse identità.

In questa cornice si collocano le azioni più specificatamente dirette alla cura delle malattie mentali.

Partiamo dal presupposto che le riflessioni che oggi proponiamo si collocano all'interno di un processo evolutivo nel solco tracciato dalla legge 180 del 1978. A fronte della forza innovativa di questa legge, che ha costituito un'autentica svolta storica nella concezione della malattia mentale e della psichiatria, il processo di cambiamento è stato, nella realtà, lento discontinuo e contraddittorio, caratterizzato da grandi disomogeneità nella dimensione nazionale e da minori disomogeneità nelle dimensioni territoriali regionali e locali, anche quelle di nostra pertinenza. Vanno però oggi nella direzione del superamento di questo stallo alcuni segnali indicativi di una più matura consapevolezza della necessità di dar vita ad una spinta rivitalizzante ed innovatrice dell'intero sistema "salute mentale". Sono segnali di provenienza istituzionale fra i quali vogliamo qui marcare particolarmente la bozza di documento messa a punto dal Servizio Salute Mentale e Assistenza Sanitaria nelle Carceri della nostra Regione. Il testo, intitolato significativamente "Materiali preliminari ai lavori della seconda Conferenza Regionale per la Salute Mentale", ci sembra ad una prima lettura un'ottima base di discussione per i suoi contenuti e, quanto al metodo dichiaratamente aperto ai contributi che la dialettica del confronto diffuso e articolato potrà produrre. Ma vi sono segnali che provengono anche dalle Organizzazioni sociali e dal "movimento" che in questi ultimi anni si è riattivato intorno al tema della salute mentale coinvolgendo e aggregando operatori, associazioni di familiari, rappresentanti sindacali globalmente riconoscibili nel "forum per la Salute mentale". Il documento espresso dal forum nell'ottobre 2003 merita di essere tenuto in considerazione nel corso del dibattito che si svilupperà nei prossimi mesi perché su molti punti di esso vi è potenzialità di convergenze molto ampie che possono essere un valore aggiunto di forza attuativa per un progetto-programma di innovazione. Va raccolto l'appello, contenuto in quel documento, al superamento delle separatezze e delle dissociazioni fra enunciati e pratiche, dando invece spazio al confronto, agli scambi fra esperienze, alla cooperazione e alla partecipazione.

Il superamento e la chiusura dei manicomi è un obiettivo raggiunto ed acquisito ma il rischio di istituzionalizzazione è presente e sempre in agguato e richiede pertanto vigilanza verso automatismi inerziali più o meno mascherati. Tale rischio va contrastato soprattutto orientando il sistema dei Servizi, sia per quanto concerne i dispositivi organizzativi che le metodologie e le prassi operative, su quello che riteniamo sia e debba essere il focus fondamentale della sua “mission”: il **recupero della Salute Mentale della persona e la sua inclusione sociale attraverso la progettazione di percorsi di cura in cui conoscenze tecnico-scientifiche (dove peraltro deve trovare posto la dimensione biologica) e risorse sociali co-agiscono nel perseguimento dell’obiettivo.**

Il DSM costituisce una macro cornice potenzialmente utile e funzionale all’integrazione fra servizi e livelli di intervento, alla progettazione unitaria e al coordinamento, alla elaborazione delle esperienze e alla diffusione delle buone pratiche. Proprio dentro questa cornice sentiamo che si debba oggi procedere ad una analisi e revisione critica dell’esistente e a conseguenti correzioni e innovazioni per rispondere in modo adeguato e progredito ai bisogni di salute che si rilevano nelle comunità territoriali. Su questi temi la sessione tecnica che seguirà quella politica ci porterà sicuramente gli opportuni spunti di riflessione in tal senso.

Il quadro locale.

Per quanto riguarda più specificamente la nostra realtà locale, non dobbiamo avere timore a chiederci se l’attuale organizzazione dei Servizi di Bologna e della nostra Provincia, risponde in modo efficace al diritto di cura e di inclusione sociale per chi presenta una patologia mentale.

Perché questa domanda in un territorio in cui molto si è fatto e si sta facendo? Rispondo con una citazione, che trovo pertinente ed efficacissima per la nostra realtà, tratta dal libro “ L’epoca delle passioni tristi” di Miguel Benasayag e Gerard Schmit: “ Da qualche tempo a questa parte è in atto un cambiamento che ci costringe a porci alcuni interrogativi. Siamo di fronte probabilmente a un fenomeno di tipo nuovo, non riducibile alla evoluzione quantitativa delle domande di aiuto...ci pare di poter individuare innanzitutto un vero e proprio cambiamento qualitativo, di cogliere un malessere che siamo impreparati ad affrontare non solo per la sua ampiezza, ma forse soprattutto per il suo contenuto... Perché le crisi di cui ci occupiamo oggi avvengono - e questa è la novità- in una società essa stessa in crisi. *La crisi nella crisi*: ecco il punto centrale a partire dal quale

cerchiamo di comprendere l'evoluzione della domanda di aiuto per poter elaborare risposte adeguate”.

La Provincia, la Conferenza sociale e sanitaria territoriale, i sindaci hanno sentito il bisogno di una verifica di tale senso allargata ad altri amministratori, a tecnici, sindacati ed operatori, cittadini.

Vogliamo ragionare su quali sono i bisogni e i diritti emergenti oggi, su quali sono le risposte erogate dai servizi sanitari, ma anche più generalmente su quale idea di società sta dietro a questi servizi, come pure quale delega viene fatta ad essi dalla società.

Per questo abbiamo pensato di riunire rappresentanti delle istituzioni civili della nostra Provincia, come i sindaci, la scuola, i servizi sanitari nelle articolazioni dell'Azienda USL di Bologna e regionali, i servizi sociali – per ascoltare pareri ed opinioni che aiutino a rilanciare il modello di integrazione fra servizi, a sperimentare nuovi assetti organizzativi delle cure.

Abbiamo competenze, professionalità, passioni e intelligenze per raccogliere le nuove sfide e inaugurare una nuova stagione della salute mentale a Bologna.

L'obiettivo è arrivare ad elaborare un sistema di relazioni fra competenza scientifica e tecnica, quella politica e la società che risponda davvero ai bisogni di oggi e che veda come attori protagonisti, pur nei diversi compiti istituzionali, tutti gli interlocutori che abbiamo chiamato a partecipare alla discussione di oggi; è un obiettivo che non si esaurirà certo in questa giornata di lavoro, ma dalle riflessioni di oggi dovremo identificare alcuni punti critici rispetto ai quali costituire gruppi di lavoro e rilanciare, quindi, prossimi appuntamenti di riflessione e verifica dei vari percorsi attivati.

Un piano di lavoro può sicuramente essere quello di includere la promozione della salute mentale tra le priorità del Piano per la Salute nel territorio dell'area metropolitana di Bologna e di stipulare dei Patti di solidarietà per la salute che permettano di disegnare programmi di intervento e percorsi di prevenzione, di cura, di riabilitazione sostenuti dagli attori sociali e culturali del nostro territorio, che sono stati invitati a questa iniziativa e che vorremmo fossero protagonisti del lavoro nei prossimi mesi.

In questo stesso periodo il Servizio di Salute Mentale e Assistenza Sanitaria nella Carceri dell'Assessorato Politiche per la Salute della nostra Regione ha proposto alla discussione un documento in preparazione di una Conferenza Regionale sulla Salute Mentale. Nelle considerazioni che vi sono contenute emergono aspetti positivi quali l'offerta molto ampia, diffusa con risposte a livello locale, con una integrazione fra pubblico e privato e con una differenziazione dell'intensità

assistenziale: domiciliare, ambulatoriale, semiresidenziale, semiospedaliera, residenziale, ospedaliera.

Fra i problemi, invece emergono quelli di coordinamento, continuità dei percorsi di presa in carico, uno sviluppo non coordinato del sistema residenziale privato, rispetto alla tendenza alla specializzazione qualcosa è andato perso – nei professionisti - nella capacità di “interpretarsi come artigiani della soluzione di problemi non codificabili a priori, nella capacità di uscire dai protocolli, nella capacità di integrarsi con altri servizi sanitari e sociali in una ottica di salute pubblica centrata sulla popolazione e sul cittadino”.

Fra le soluzioni organizzative relative alla psichiatria adulti vengono proposte, nell’unitarietà del DSM, una centralità del CSM con una possibilità di assistenza sulle 24 ore per 7 giorni alla settimana; una completa revisione del sistema ospedaliero e residenziale; percorsi riabilitativi efficienti; un’attenzione alla famiglia come destinatario degli interventi e all’integrazione socio-sanitaria; la promozione e tutela della salute mentale nell’infanzia e nell’adolescenza; un aumento della ricerca. Infine, la migliore qualità della vita e la maggiore soddisfazione dell’utente, della famiglia e dell’operatore vengono indicate nelle conclusioni fra i punti da raggiungere nel DSM del futuro.

Se questo è il panorama ipotizzato a livello regionale, quali sono per noi, nella Città e nella Provincia di Bologna, le valutazioni che a livello locale si possono fare dei punti di forza e degli aspetti critici dell’attuale sistema, e quali sono le proposte per costruire un futuro migliore ?

E’ proprio per avere risposta a queste domande che abbiamo qui riunito i diversi attori che a vario titolo sono coinvolti nella gestione della salute mentale, io cito solo alcuni aspetti, tra gli altri che emergeranno, sui quali possiamo lavorare:

- Dare risposta alla necessità, più volte richiestaci dalle famiglie dei pazienti adulti, di una presa in carico, superata la fase di acuzie, che possa seguire la famiglia stessa nella gestione del paziente ed assicurare una re-inclusione sociale di questo; in altre parole non programmare solo come “riempire la giornata” dei pazienti ma affrontare il problema della prospettiva.
- Nella fase di acuzie sottolineare il problema della tutela dei diritti del paziente, ad esempio nel delicato aspetto delle procedure per i trattamenti sanitari obbligatori.

- Nella fase di post-acuzie, invece, come emerso nel documento regionale e come indicato dalle famiglie, dobbiamo sempre più affermare una cultura della verifica dell'efficacia degli interventi svolti per evitare il rischio di nuove forme di cronicizzazione.
- Per l'età evolutiva un problema mi pare quello di creare le migliori condizioni organizzative affinché i servizi di Neuropsichiatria e Psicologia dell'Età Evolutiva possano svolgere adeguatamente quelle funzioni di accoglienza e assistenza che si sostanziano nella disponibilità di tempo e attenzione, da parte dei clinici e dei riabilitatori, da dedicare alle famiglie, alle scuole, al Servizio Sociale e ai diversi altri interlocutori.
- Superare le difficoltà che talora emergono nel lavoro di rete e collaborazione fra i diversi Servizi e potenziare le risposte che, al di là dell'aspetto sanitario, la società deve fornire, su temi come la casa e il lavoro che assieme alla attenzione, disponibilità, ed apertura costituiscono gli ingredienti indispensabili per una vera re-integrazione delle persone con disturbi psichici.
- Voglio richiamare, infine, la necessità che anche la politica si mostri più attenta e presente sulla tematica della salute mentale e consapevole del suo intreccio con le problematiche sociali; capace di stimolare e connettere le attività e le potenzialità di ricerca e didattica presenti nei Servizi con quelle presenti nell'Università; capace di promuovere un confronto con i Servizi che richieda loro respiro progettuale, integrazione tra saperi diversi e qualità scientifica pur nella consapevolezza dei vincoli derivanti dalle limitazioni di risorse economiche senza fare di queste il criterio unico di richiesta di elaborazione delle proposte.

Questi sono solo spunti di lavoro che non vogliono avere pretese di esaustività, anzi li potremmo rubricare come segnali e domande che abbiamo raccolto, da più parti, nel corso della nostra attività quotidiana come amministratori .

Una proposta di indicazioni finali

Ipotizzare quali siano le soluzioni organizzative adatte per rispondere alle difficoltà che abbiamo elencato desunte dai vari livelli (europeo, regionale, locale) è compito dei tecnici e dei responsabili dei diversi settori; a questo punto voglio infine solo sottolineare alcune indicazioni che derivano dalla coerenza con il quadro politico-programmatico prima delineato e che si situano all'interno di alcune sfide che ci interrogheranno sempre di più nei prossimi anni, quali l'integrazione multietnica, il disagio giovanile e il tema di riuscire davvero a fare oggi, nella nostra società, che ne ha sicuramente molto bisogno, attività di prevenzione e, più in generale, costruire una cultura di accoglienza ed inclusione:

- 1) Riteniamo innanzitutto che si debba procedere alla qualificazione e al potenziamento di nuovi modelli organizzativi e gestionali del sistema dei servizi di salute mentale tenendo presente gli obiettivi da garantire:
 - a) il forte radicamento sul territorio e nella comunità corrispondente,
 - b) la migliore accessibilità possibile alle opportunità di cura prevedendo varie modalità di accoglienza, compreso l'intervento domiciliare,
 - c) la presa in carico della persona con disturbo mentale e la continuità della responsabilità curante nei tempi e nei luoghi della cura,
 - d) erogazione delle cure nel segno e nel contesto della relazione con il paziente designato e con i suoi familiari,
 - e) la messa a punto dei percorsi di riabilitazione finalizzata al recupero degli equilibri personali e al reinserimento sociale,
 - f) Azioni di coinvolgimento, sostegno, info-formazione rivolte ai familiari e alle loro Associazioni.

- 2) Un sistema così concepito deve essere opportunamente collegato da un lato con la rete delle Cure Primarie e dall'altro con le reti sociali formali ed informali del territorio al fine di attivare tutte le potenziali risorse della comunità e socializzare al tempo stesso le problematiche connesse alla malattia mentale.

- 3) Il rapporto con le Istituzioni territoriali, e particolarmente con i Comuni e i Quartieri, sarà fondamentale per collegare gli obiettivi di reintegrazione sociale con le politiche per la casa e le politiche per il lavoro.

- 4) L'innovazione dell'organizzazione deve essere accompagnata da programmi di formazione continua di tutti gli operatori affinché non ci sia dissociazione fra enunciazioni e pratiche.

Anche sulla formazione di base e specialistica e delle varie professioni impegnate nei servizi territoriali di salute mentale occorre aprire un confronto e un dialogo con l'Università affinché i percorsi formativi siano correlati con gli obiettivi dei servizi nei quali i vari professionisti andranno ad operare

- 5) Ricerca e sviluppo: così come la formazione degli operatori è un imprescindibile motore di sviluppo per migliorare la qualità della organizzazione e dei risultati , in quanto consente

di tenere viva la capacità dei nostri operatori di trasferire i risultati della ricerca scientifica nella pratica quotidiana, così anche la partecipazione dei servizi sanitari e sociali alla produzione del sapere scientifico ne accresce le competenze: tutti i programmi europei di accreditamento professionale riconoscono le attività di didattica e di ricerca degli operatori come indispensabili per promuovere qualità del servizio, anche in istituzioni che non abbiano, a differenza delle Università, una mission specifica di ricerca e didattica.

- 6) Dobbiamo intendere l'innovazione come un processo continuo basato sul monitoraggio dei bisogni e sulla valutazione di efficacia delle azioni. Pertanto non si potrà prescindere da un impianto di ricerca scientifica applicata che veda impegnati come protagonisti attivi gli stessi operatori dei Servizi e i ricercatori dell'università nelle varie aree disciplinari interessati o interessabili al complesso tema della Salute mentale così come abbiamo cercato di delinearlo. E' sempre più necessario che ci interroghiamo sulla qualità ed efficacia di ciò che è stato fatto in questi anni e delle risposte che produciamo quotidianamente per rispondere al bisogno.
- 7) Infine occorrerà mettere a punto un corredo di strumenti per produrre comunicazione sociale appropriata su tutte le tematiche del disagio psichico e della malattia mentale

Prossimi passi possibili

Ci aspettiamo che l'iniziativa di oggi, voluta dalla Provincia e dall'Istituzione Minguzzi, possa aprire una fase di riflessione e di confronto che proseguirà a partire da settembre con gruppi tematici di approfondimento ai quali auspichiamo ampia e qualificata partecipazione sia degli operatori delle varie professioni, sia delle rappresentanze dei vari "portatori di interesse" (con particolare riferimento agli utenti e ai loro familiari), sia infine delle rappresentanze del Terzo Settore. I materiali espressi nella giornata odierna e quelli contenuti nel documento regionale credo potranno fare da traccia per la discussione, per definire un più complessivo programma di sostegno alle Politiche di Salute mentale come parte della Politica di salute più generale del nostro territorio, e portare infine in tal modo un sostanzioso contributo alla 2^a Conferenza regionale sulla salute mentale.

Per fare questo è importante che i diversi attori qui presenti esprimano la loro disponibilità a questo disegno di collaborazione in rete e si candidino per far parte attiva dei gruppi tematici. Ne cito alcuni, per fare degli esempi, tratti dalle premesse di questo intervento: riabilitazione e reinserimento, benessere a scuola, benessere sul lavoro, cooperazione tra MMG, DSM, Comuni, Volontariato. Ci aspettiamo che le persone che sono state chiamate a partecipare a questa giornata propongano campi di progettazione e azione comune

Avanziamo infine la proposta che l'Istituzione Minguzzi possa svolgere un ruolo di promozione e di sostegno ai processi di innovazione e sviluppo nel campo della salute mentale, come motore della integrazione dei saperi e delle competenze fra Università, Aziende Sanitarie, Enti Locali, associazioni di tutela dei pazienti e dei loro famigliari, associazioni di volontariato. I temi principali di questa integrazione: formazione dei nuovi professionisti, educazione continua degli operatori, comunicazione sociale sui temi della salute mentale.

L'Istituzione vorremmo divenisse il luogo ove promuovere e mantenere attivi nel tempo un'attenzione ed un dibattito culturale e scientifico sui temi della salute mentale, della formazione dei professionisti, dell'educazione continua degli operatori, che veda coinvolti costantemente Servizi, politici ed amministratori, Università e Centri di ricerca, gruppi intellettuali, e metta a confronto la realtà bolognese ed emiliana con quella italiana ed internazionale, in particolare europea e nordamericana.

Luogo e sede in sostanza di elaborazione scientifica delle esperienze realizzate nei Servizi relativamente alla salute mentale, di confronto culturale e scientifico con l'Università e altri Centri di ricerca, di dibattito con politici e amministratori sulle tematiche culturali che la salute richiama e sulle linee di programmazione sanitaria e sociale in questo campo.