

"Salute Mentale nell'anno 2000: una questione urgente sia per i paesi industrializzati sia per

# Medicina Democratica

-- Sanità --

Sanità

PSICHIATRIA

**"Salute Mentale  
nell'anno 2000: una  
questione urgente sia  
per i paesi  
industrializzati sia per  
quelli in via di  
sviluppo.**

22 ottobre 1999

## "Salute Mentale nell'anno 2000: una questione urgente sia per i paesi industrializzati sia per"

"Navicella"

Associazione Pro salute Mentale Valtellina e Valchiavenna

BENEDETTO SARACENO - Direttore del Dipartimento di Salute Mentale dell'O.M.S. -

Interviene a Sondrio presso il cinema Ciak sul tema:

Sondrio, 22 ottobre 1999

Moderatore-. Teodoro Maranesi, primario psichiatra

Saluti di: Enrico Dei Barba, presidente della associazione 'Navicella' # # Emilio Triaca, Direttore generale ASL della Provincia di Sondrio

Paolo Copobianca, responsabile DSM della ASL della Provincia di SO

Nel 1995 la Banca Mondiale, cioè l'organismo di finanziamento più importante del mondo, ha lanciato un primo allarme intorno alla questione dei disturbi mentali e della salute mentale. Perché tale allarme è stato lanciato dalla Banca Mondiale?

Alla Banca Mondiale importa relativamente poco di come stanno i malati di mente, quello che invece importa alla Banca è che l'aumento progressivo dei disturbi mentali significa una perdita progressiva di produttività dei Paesi. L'allarme della Banca è stato un allarme anche alla Organizzazione Mondiale della Sanità perché investa di più in salute mentale: la depressione è la prima causa di assenza dal lavoro negli Stati Uniti e il trattamento della depressione è la prima spesa nel sistema sanitario americano.

La Banca Mondiale lancia dunque un allarme e l'Organizzazione Mondiale della Sanità risponde a questo allarme scoprendo nel 1995 che le statistiche tradizionali (incidenze, prevalenze) non facevano capire abbastanza chi doveva programmare i servizi sanitari perché, soprattutto nel caso delle malattie non mortali ma che generano disabilità (come le malattie mentali) servono misure più complesse che aiutino e stimino il "peso" delle malattie in termini di disabilità ossia di anni di vite sane perduti.

E allora la Banca Mondiale e l'Organizzazione Mondiale della Sanità hanno cominciato a stimare non soltanto il numero di malati, ma, attraverso una misura detta Disability Adjusted Life Years (DALYS) ma il "peso" rappresentato dalla

## "Salute Mentale nell'anno 2000: una questione urgente sia per i paesi industrializzati sia per

malattia in termini di vita sana persa. Non ci interesse soltanto sapere quanti sono gli schizofrenici ma creare una misura che ci dica quanto pesa la schizofrenia, per cui il peso è tanto più alto tanto più la malattia non è mortale ma cronica ed è tanto più basso quanto la malattia è mortale. Allora cosa si scopre utilizzando questa misura? Si scopre che il peso rappresentato dalle malattie mentali rappresenta il 15% del peso rappresentato da tutte le malattie: questo è interessante perché il peso rappresentato dalle malattie cardiovascolari o il peso rappresentato dai tumori sono minori di quello rappresentato dalle malattie mentali (malattie cardiovascolari = 8%; tumori = 5%). Il peso delle malattie mentali è il 15%, non solo, ma ci si aspetta un progressivo aumento ed è questo che ha risvegliato nelle autorità sanitarie, nei Ministri della Sanità e in coloro che fanno le politiche sanitarie una nuova attenzione. Se il 15% dei problemi sanitari di una area è rappresentato dai problemi della salute mentale, certamente il budget riservato a questi problemi è molto inferiore ai reali bisogni; nel mondo il budget che viene speso per la salute mentale è, nei paesi poveri l'1% o meno dell'1% del budget della sanità, nei paesi europei più sviluppati è fra il 5-7%. In questo peso del 15%, il 7% è rappresentato dalla depressione (nel mondo ci sono 340 milioni di persone che soffrono di depressione), seguito dall'alcolismo, dalla schizofrenia e dal ritardo mentale.

Fra i depressi 1 milione all'anno si suicida e 20 milioni all'anno tenta il suicidio.

Se noi facessimo una specie di hit-parade delle malattie, tenendo presenti tutte le malattie esistenti, per sapere quali forniscono più anni di disabilità, scopriremmo che nelle prime dieci, cinque sono neuropsichiatriche: l'alcolismo, la depressione, la depressione bipolare, la schizofrenia e i disturbi fobici e ossessivo-compulsivi, cioè su dieci malattie che generano disabilità di lunga durata, cinque sono malattie mentali.

Ora andiamo a vedere se questo allarme è egualmente distribuito e in tutto il mondo o ci sono delle differenze; per alcune malattie ci sono delle differenze, cioè ci sono delle malattie che sono fortemente influenzate dal contesto, mentre ce ne sono altre che sono meno influenzate dalla realtà che c'è intorno. Abbiamo detto che ogni anno ci sono un milione di persone che si suicidano: la media mondiale ci dice che 16 persone ogni 100.000 ogni anno si suicidano, ma ci sono dei paesi dove ogni anno si suicidano 30 persone ogni 100.000 e paesi in cui se ne suicidano 50, mentre ci sono paesi dove ogni 100.000 se ne suicidano più di 50: la Lituania, la Russia, l'Estonia, la Lettonia, l'Ungheria, la Slovenia e la Bielorussia e lo Sri-Lanka sono tutti paesi dove più di 50 persone ogni 100.000 si suicidano, quelli che seguono sono la Croazia, la Finlandia, l'Ucraina, Cuba dove se ne suicidano 30 e poi ci sono Svizzera, Austria, Francia, Lussemburgo, Belgio, Moldavia, Giappone, Ungheria, Danimarca, Cina, Jugoslavia. Possiamo suggerire l'ipotesi per cui ci si suicida di più dove c'è in atto una crisi sociale economica e questo ci dice che il

## "Salute Mentale nell'anno 2000: una questione urgente sia per i paesi industrializzati sia per

suicidio è fortemente legato e una, devastazione dell'assetto sociale, un disgregamento del capitale sociale.

La depressione invece è negli Stati Uniti al primo posto come causa di disabilità ma al sedicesimo posto nell'Africa sud-sahariana, e anche questo ci dice che la depressione è influenzata da quello che ci sta intorno.

Invece per la schizofrenia si può affermare che il rischio è uguale e ubiquitario.

Ma questi dati si riferiscono al rischio di ammalare di una certa malattia. Le cose cambiano se consideriamo il rischio di peggioramento delle malattie. Paradossalmente i paesi poveri mostrano una prognosi migliore per numerose malattie mentali quando comparati con i paesi ricchi.

Un grande studio sulla schizofrenia fatto dall'OMS in paesi sviluppati e in via di sviluppo, fa notare che se è vero che il rischio di diventare schizofrenici è egualitario, tuttavia gli schizofrenici dei paesi ricchi e industrializzati peggiorano molto di più che gli schizofrenici dei paesi poveri. Tale differenza va imputata a una maggiore facilità per i pazienti dei paesi poveri a essere raccolti in famiglia e a ritrovare un qualche ruolo sociale e perfino un ruolo lavorativo.

Conclusione paradossale è che l'assenza di garanzie sindacali, l'assenza di una garanzia abitativa e l'assenza di garanzie di ordine pubblico facilitano l'integrazione di un debole: se il contesto è debole il debole è integrato, se il contesto è forte, crudele ed esigente non sarà affatto semplice integrarsi. Questo non significa che "poveri è meglio" ma che alla tavola dei forti non c'è posto per i deboli mentre alla tavola dei deboli c'è posto per i deboli.

In conclusione possiamo dire che quattro variabili (la struttura della famiglia; la struttura del mercato; la struttura dell'abitabilità; la struttura dello scambio sociale) fanno sì che forse è meglio essere malato di mente in Patagonia invece che a Milano.

Ma noi sappiamo come si fa e rispondere a tutto questo dramma? Sì, sappiamo molto. Abbiamo degli psicofarmaci che funzionano e in futuro ce ne saranno di migliori, abbiamo delle tecniche psicologiche di sostegno che funzionano per alcuni di questi pazienti; abbiamo strategie di riabilitazione psico-sociale che generano nuova contrattualità sociale per i pazienti, che generano "cittadinanza" e inclusione.

Tuttavia tutti si lamentano, gli utenti, i familiari, gli psichiatri, gli amministratori e questo lamento è ovunque: Roma così come in Africa o in America Latina.

## "Salute Mentale nell'anno 2000: una questione urgente sia per i paesi industrializzati sia per

Vi è infatti qualcosa che rende altamente inefficaci i nostri strumenti tecnici di cura, una barriera che paralizza e che va abbattuta: tale barriera è rappresentata dal fatto di pensare la questione della malattia mentale essenzialmente come ad una questione medica, quando essa è soprattutto una questione legata al capitale sociale.

Che cos'è il capitale sociale?

Tutti sappiamo cos'è il capitale finanziario, tutti sappiamo cos'è il capitale umano. Con questi due capitali si risponde alla malattia mentale (con il denaro per fare funzionare i servizi e con il personale che lavora nei servizi).

Il capitale sociale, allora, che cos'è? C'è uno studio che fa vedere che considerate due città che hanno lo stesso reddito, due piccole città ricche del Giappone, vicine fra loro, entrambe ricche e che producono lo stesso capitale finanziario, che hanno più o meno la stessa popolazione, insomma molto simili culturalmente, geograficamente ed economicamente, gli indicatori di salute e quelli sociali differiscono in maniera impressionante.

Nella città A, i suicidi sono quattro volte di più, i crimini sono dieci volte di più, la mortalità per tubercolosi è superiore, le malattie mentali sono superiori, abbiamo cioè una città completamente diversa in termini di sofferenza. Si scopre allora che il capitale finanziario generato dalla città A, cioè quella che soffre di più, è un capitale finanziario con una forte distruttività nei confronti dei micro-legami sociali, mentre nella città B si scopre che quella stessa quantità di capitale finanziario è prodotta da tante piccole cooperative, che la gente si conosce, c'è solidarietà ecc...

In altre parole la produzione di nessi sociali, senso di scambio, di cittadinanza, di contrattualità sono più alte in un posto piuttosto che in un altro. Ebbene tutto questo è il capitale sociale ed è anche la terza componente su cui si regge un sistema di servizi sanitari.

In altre parole, soldi più personale competente non fanno automaticamente buone qualità di servizi; con gli stessi soldi e con lo stesso personale si può avere una qualità pessima o una qualità ottima a seconda della capacità del servizio di promuovere capitale sociale.

E' un po' come la storia di Robinson Crusoe che naufragava in un'isola deserta, è disperato perché non ha niente, non ha cibo, non ha acqua ma dopo un'attenta esplorazione ha scoperto che c'era l'acqua, c'era il cibo e c'era persino un altro essere umano.

## **"Salute Mentale nell'anno 2000: una questione urgente sia per i paesi industrializzati sia per**

E' chiaro che l'acqua e il cibo erano già lì prima ma che quello che è cambiato è lo sguardo di Robinson che vede ciò che prima non era capace di vedere. Vede nelle circostanze delle risorse che prima non era capace di vedere, prima era cieco, e come lui molti operatori della psichiatria non vedono le risorse e credono che le uniche risorse siano le quantità degli infermieri, il numero degli ambulatori, il numero di medici ecc..

Ma le risorse sono anche generate dalla capacità di tessere uno tela che va al di là delle risorse istituzionali.

Oggi ci sono 40 milioni di pazienti psichiatrici in meno rispetto e venti anni fa reclusi in manicomio, e saranno sempre meno.

La questione è di chiedersi quale deve essere le risposta "invece dei manicomio", come costruirla, con quali alleanze, con quali risorse. La questione è come contribuire alla costruzione di capitale sociale e come costruire servizi di salute mentale ricchi di alleanze sociali.

In India stiamo finanziando numerose associazioni di famiglie di schizofrenici che a fronte di un serio e intenso coinvolgimento nella presa in carico e gestione di pazienti gravi (altrimenti abbandonati) chiedono alle autorità sanitarie:

\* \* un riconoscimento formale come parte del sistema sanitario, ossia la dignità di essere parte e non vittime del sistema sanitario; \* la formazione \* un sostegno economico \* di collaborare col settore sanitario per trovare delle soluzioni, che non necessariamente sono le soluzioni tradizionali.

Questo lo stiamo facendo in India e in Cina e la Banca Mondiale è disposta a cominciare e finanziare questa ipotesi forte per il nuovo millennio: che il sistema sanitario è fatto anche dai medici, anche dai servizi, ma soprattutto dai cittadini, da quelli malati e da quelli sani.

Se questi concetti sono stati capiti dalla Banca Mondiale, che vi assicuro non è un'associazione di bravi ragazzi, bisogna che li capisca anche l'assessore regionale di una qualunque regione italiana o il direttore generale di una qualsiasi azienda sanitaria.