**Contributo per il seminario “Servizi di salute mentale oggi”. 9 febbraio 2020**

*Vincenzo F. Scala*

Alcuni fattori hanno, negli ultimi tempi, contribuito a determinare l’attuale condizione dei Dipartimenti di Salute Mentale romani e laziali. Dal mio punto di vista di psicologo che da molti anni lavora all’interno del DSM dell’attuale ASL Roma 2, colgo i seguenti.

La riorganizzazione delle ASL di Roma e provincia, prevista con Decreto del 30 dicembre 2015, adottato dal Commissario ad Acta della Regione Lazio.

Per effetto di tale decreto, il territorio della città di Roma, che in precedenza era servito da cinque ASL (Roma A, Roma B, Roma C, Roma D e Roma E) è ora articolato in sole tre (Roma 1, Roma 2 e Roma 3), essendosi proceduto all’accorpamento delle ASL Roma A e Roma E a formare l’attuale ASL Roma 1 e all’accorpamento delle ASL Roma B e Roma C nell’attuale ASL Roma 2. La vecchia ASL Roma D è stata rinominata ASL Roma 3. Come pure sono state rinominate le ASL della provincia di Roma che da F, G e H sono divenute 4, 5 e 6.L’accorpamento delle ASL ha portato con sé anche l’unione dei rispettivi Dipartimenti di Salute Mentale, con la necessità di armonizzare e conciliare modalità operative e anche culture a volte differenti. Con riferimento alla mia esperienza, l’attuale Direttore del Dipartimento in cui lavoro – quello dell’ASL Roma 2 come detto – è diretto da uno psichiatra che fino a poco tempo fa ha rivestito una carica sindacale di livello nazionale, già Direttore del DSM ASL Roma C; Dipartimento che in precedenza ha visto la direzione di uno psichiatra membro di Psichiatria Democratica. Diversamente il DSM ASL Roma B, da cui io stesso provengo, era diretto da uno psichiatra e psicoanalista. Queste diverse caratteristiche dei vertici si riflettono in differenze nel modo di pensare alla propria funzione e di operare da parte del personale. Mi sembra di avvertire in alcuni momenti la tendenza a una contrapposizione che rischia di divenire sterile, tra un orientamento che definirei di “psichiatria sociale” o di “psichiatria di comunità” e un orientamento maggiormente centrato su una cultura psicoterapeutica.

Un secondo fattore rilevante è la progressiva diminuzione delle risorse professionali, verificatasi negli ultimi anni, dovuta al piano di rientro dal deficit che la Regione Lazio ha dovuto sostenere. Piano di rientro che è durato per nove anni (se ben ricordo) e si è ora concluso. Durante questo periodo – come ha ricordato l’Assessore Regionale alla Sanità, Alessio D’Amato, in una recente conferenza di Dipartimento – ogni 100 quiescenze sono state effettuate 10 assunzioni, con rarissime deroghe. Questo nel complesso, senza cioè tener conto dei settori in cui si verificavano le quiescenze. E’ perciò accaduto che, dovendo comunque garantire livelli di efficienza nell’ambito ospedaliero e in quello dell’emergenza, il maggior impoverimento di risorse si sia verificato a carico dei servizi territoriali. Nei servizi di salute mentale, nel corso degli ultimi anni si è così assistito a una continua rincorsa a riorganizzare il lavoro in funzione della progressiva diminuzione del personale, con carichi sempre maggiori per chi restava.

L’Assessore, nella conferenza prima ricordata, ha assicurato che il fondo è stato toccato e che d’ora innanzi si potrà contare su una progressiva immissione di forze nuove. Ha precisato che nel corso del 2019 il numero complessivo di operatori del Sistema Sanitario Regionale è aumentato, per la prima volta dopo nove anni. Effettivamente si può constatare che i concorsi pubblici per assunzione delle diverse figure professionali vengono nuovamente banditi, dopo anni in cui non se ne sono tenuti. Tali provvedimenti richiedono però tempi non brevi e, per quanto riguarda la salute mentale e, forse, i Centri di Salute Mentale in particolare, credo che nel corrente anno si toccherà un minimo storico, da cui si può però sperare di risalire subito dopo. Cito ad esempio la situazione del CSM in cui io stesso lavoro e dove a fine 2020 saranno presenti in organico due psicologhe. Al momento, precisava Alessandro Grispini, nel CSM da lui diretto è presente un solo psicologo.

Un terzo fattore è quello che definirei come “aumento della complessità sistemica” nell’ambito della salute mentale, ma anche, più in generale nella sanità.

Propongo direttamente un esempio a illustrazione di questa affermazione. Mi riferisco al Decreto regionale 188 del 2015 che, recependo indicazioni di carattere nazionale, ha disposto il riordino della residenzialità psichiatrica, vale a dire il ricorso a strutture di tipo privato convenzionato, allora definite come “cliniche psichiatriche” e come “comunità terapeutiche”. Qualcosa di cui ritengo ci fosse assoluto bisogno, considerati gli utilizzi inappropriati, le storture e l’assenza di controllo e verifica che caratterizzava fino ad allora questo ambito del funzionamento del sistema salute mentale. Il citato decreto ha inciso profondamente e utilmente sul funzionamento in tale settore, comportando però anche costi per i DSM, se non altro in termini di risorsa tempo. Così, se prima del Decreto, disporre l’inserimento di un paziente in una struttura privata convenzionata, comportava per lo psichiatra proponente, un lavoro di pochi minuti, al presente tale funzione richiede almeno un’ora. Ciascun DSM si è inoltre dovuto dotare di un’ Unità Valutativa Multidisciplinare con il compito di valutare ed eventualmente autorizzare, le proposte dì inserimenti nelle strutture residenziali. Ai DSM è inoltre richiesta una funzione di controllo e verifica in rapporto alle strutture residenziali presenti sul territorio di competenza.

Altri esempi possono essere gli adempimenti previsti dalla normativa sulla privacy, quelli relativi alle norme sulla trasparenza, come pure sull’anticorruzione. Adempimenti, magari anche non particolarmente gravosi, ma che, sommati assieme, comportano alla fine un impegno consistente.

Un quarto fattore, già evidenziato da Anna Di Ninni nella relazione di apertura del seminario tenutosi il 25 gennaio scorso, è costituito dalla chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, avvenuta, in via definitiva, il 31 marzo 2013 e dal conseguente maggior impegno dei Dipartimenti di Salute Mentale nell’occuparsi delle persone con diagnosi psichiatriche, autrici di reati.

A questo proposito mi limito a sottolineare che gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari erano strutture di reclusione del Ministero della Giustizia e quindi parte di un circuito altro rispetto a quello sanitario, con pochi punti o momenti di contatto e interazione con quest’ultimo. Le REMS (Residenze per l’Esecuzione delle Misure di Sicurezza) che hanno sostituito gli OPG, sono invece strutture della sanità. Sono strutture dei Dipartimenti di Salute Mentale. In esse è presente esclusivamente personale sanitario e la vigilanza è solamente perimetrale; agenti di Polizia Penitenziaria erano invece presenti all’interno degli OPG. Se si ha la pazienza di dare un’occhiata al sito della ASL Roma 5, e in particolare alla pagina del “Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche”, si possono trovare, tra le strutture del Dipartimento, anche le tre REMS in esso presenti.

Ho voluto ricordare questi aspetti concreti e strutturali perché a partire da lì si può immaginare quanto l’impegno dei Dipartimenti di Salute Mentale sia a questo riguardo, ora molto maggiore rispetto al passato.

Questi quattro fattori, e forse anche altri che mi sfuggono, concorrono nel determinare, all’interno dei DSM, un diffuso sentimento di difficoltà, sovraccarico e fatica, assieme all’attesa o alla richiesta, che vengano adottati opportuni provvedimenti. A questo riguardo e con riferimento all’orizzonte a me prossimo, sembra che la tendenza prevalente, all’interno della classe dirigente, sia di orientarsi verso una sorta di arroccamento difensivo, sia nei confronti dei servizi di confine, sia nei confronti del pubblico.

Viene così ribadita la necessità di distinguere con precisione gli ambiti di competenza e individuare confini precisi e rigidi nei confronti di servizi limitrofi come il SERD (Servizio per le Dipendenze) e il Servizio per la disabilità negli adulti, in una logica per cui ciascuno deve occuparsi di ciò che è suo.

Quanto al pubblico e alla domanda che ne proviene, si sente ribadire la necessità di un ritorno alle origini e al recupero del mito fondativo, che si traduce nella pressione a concentrare l’attenzione e l’impegno sull’area della così detta “gravità”. Di contro l’area di domanda riconducibile ai così detti “disturbi emotivi comuni” viene sempre più considerata come poco o per nulla pertinente, quasi una palla al piede di cui sarebbe auspicabile liberarsi.

Sperando che queste note possano essere utili per la giornata seminariale di oggi e con rammarico per non poter essere presente, auguro a tutti buon lavoro.