

Salute Mentale. La Regione delle case di cura

28 gennaio 2015

di **Piero Cipriano**

Di mestiere faccio lo psichiatra.



Lavoro a Roma. In un SPDC. Uno dei ventuno SPDC chiusi, blindati (tranne uno), uno dei ventuno SPDC dove si adopera la contenzione meccanica, le fasce insomma (in tutti, nessuno escluso, vige questa pratica).

Nel Lazio i pazienti con crisi mentale acuta dopo i dieci giorni (in media) trascorsi in SPDC, nel 70% per cento dei casi proseguono le cure (cure che significa avere un letto, e ingoiare farmaci) in una delle dodici case di cura presenti

nella regione.

Il Lazio concentra il maggior numero di posti letto psichiatrici privati d'Italia. Forse è (anche) per questo che i Dipartimenti di Salute Mentale di questa regione sono così sofferenti: le case di cura succhiano la maggior parte del sangue destinato ai DSM.

Ricordo le parole di Basaglia, all'indomani della 180: "la malattia mentale è un grande affare", "le cliniche private vivono sui matti", "più matti più soldi", "il numero dei malati mentali aumenta anche grazie a questi imprenditori della follia", "sarà più facile chiudere i manicomi che le case di cura private". Proprio così. Eppure la 180 significava innanzitutto restituire ai malati i loro diritti. E tra questi il diritto ad avere una casa. Che il manicomio non è una casa. Che una casa è là dove ti senti a casa. E una casa di cura mica è una casa, anche se tutti la chiamano casa. E se il denaro lo spendi per il posto in casa di cura, che si chiama casa, ma non è una casa, ecco che poi non ce l'hai, tu Stato, tu Servizio Sanitario Nazionale, tu Dipartimento di Salute Mentale, il denaro per trovare una casa all'utente che magari non ce l'ha una casa dove ritornare, dopo che la crisi gli è passata.

Nelle case di cura private del Lazio i malati sono internati a singhiozzo: passano uno due tre mesi ricoverati, poi fanno una pausa di una o più settimane, per ricominciare nella stessa o in altre case di cura private, come fossero villaggi turistici della cronicità, della lungodegenza, della manicomialità, talvolta, se stanno un po' peggio (gli acuti nelle case di cura private non li vogliono, gradiscono solo i tranquilli, non gli agitati), si fanno una decina di giorni in SPDC, dove la dose di farmaci può essere più generosa (i SPDC sono apposta inseriti nell'ospedale, dove c'è la Rianimazione, in caso di bisogno).

Insomma, le case di cura private sono uno dei luoghi centrali di quella perversa istituzione definita manicomio circolare, o manicomio diffuso.

Il totale, nel Lazio, fino a poco tempo fa, era di circa 1300 letti nelle dodici case di cura private, contro i circa 270 nei ventuno Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura.

Segnalo che la ricerca Progres Acuti riportava, in Italia, 3997 posti nei 323 SPDC d'Italia, e quasi altrettanti (3956) nelle 56 case di cura private.

Per cui il conto è facile: un terzo dei posti letto nelle case di cura private italiane si trova nel Lazio.

Una di queste, la clinica San Valentino, è perfino attrezzata per somministrare gli elettrochoc.

Nel Lazio l'ultima struttura pubblica a erogare la terapia elettrica è stata la clinica universitaria del Policlinico Umberto I, nella seconda metà degli anni Novanta. Questo era lo stato dell'arte, chiaro, seppur inquietante, della residenzialità psichiatrica privata nel Lazio.

Negli ultimi mesi del 2014, però, la situazione descritta sopra è repentinamente cambiata, ma, capiamoci, solo gattopardescamente, perché in realtà è rimasta sostanzialmente tale e quale a prima.

Dando attuazione a un vecchio decreto della regione Lazio del 2010 le Case di Cura Neuropsichiatriche sono state per così dire “riqualificate” in Strutture per Trattamenti Psichiatrici Intensivi Territoriali (STPIT).

Che significa ciò? Significa che alle case di cura del Lazio sono stati assegnati trenta posti letto, per un totale di duecentoquaranta, destinati ai pazienti dimessi dai SPDC che hanno ancora necessità di proseguire il trattamento. L'intento di questo decreto è di superare la dimensione custodialistica che l'ex casa di cura rappresentava, per porre, finalmente, l'accento sulla continuità assistenziale- terapeutica. Per cui, adesso, si parla di “recupero a gradini”, con un diradamento progressivo dell'aspetto assistenziale e intensificazione di quello riabilitativo.

Questo percorso inizia, di solito, col ricovero in SPDC, prosegue col passaggio nelle STPIT (Strutture per Trattamenti Psichiatrici Intensivi Territoriali), poi nelle SRTRi (Strutture Residenziali Terapeutico-Riabilitative per trattamenti comunitari intensivi), poi nelle SRTRe (Strutture Residenziali Terapeutico-Riabilitative per trattamenti comunitari estensivi), poi nelle SRSR 24 h (Strutture Residenziali Socio-Riabilitative a elevata intensità assistenziale), infine nelle SRSR 12 h (Strutture Residenziali Socio-Riabilitative a media intensità assistenziale).

Nomi difficili che neppure io ho memorizzato né sarò mai in grado di farlo, per chiamare in modo diverso le ex case di cura, e per dare una parvenza di territorialità a ciò che territorio non è, perché è una forma ancora più subdola, più organizzata, del cosiddetto manicomio circolare (o manicomio diffuso): si continua insomma a ragionare in termini di posti letto e contenitori invece che di percorsi di cura.

Da un calcolo sommario, adesso, sono circa ottocento i posti letto distribuiti tra queste sigle che sempre case di cura sono, e ogni posto letto costa circa duecento euro al giorno, duecento euro per mangiare dormire e ingoiare farmaci (e qualche volta prendere qualche scossa elettrica), duecento euro che è il doppio di un'ottima pensione completa in un medio albergo. Per questi letti, per questi luoghi della clinica, per questi luoghi dell'allettamento, nel Lazio ogni ASL eroga circa la metà del budget dei Dipartimenti di Salute Mentale.

E quanti Centri di Salute mentale aperti nelle ventiquattro ore e per sette giorni alla settimana si potevano realizzare con questo danaro?, e quanti operatori precari assunti? Quando parlo di questo argomento con molti colleghi romani, che pure sembrano forniti di buon senso, dicono che la realtà dei CSM aperti nelle 24 ore non è praticabile in una città così grande e complessa. Tutti rassegnati all'ineluttabilità delle case di cura, della clinica, del letto, del clinos, della salute mentale che si fa da sdraiati.

Ma qual è la situazione dei DSM? In breve direi che i servizi dei DSM sono deboli nel territorio (CSM sempre più sguarniti, contenitori senza contenuto, pochi operatori e usurati o scettici o custodialisti) e forti nell'ospedale (SPDC con pianta organica ben fornita di operatori, dieci psichiatri, venti venticinque infermieri per un SPDC di dodici posti, per fare un esempio, stile pressoché sempre restraint, porte chiuse, fasce sempre pronte, dosi generose di farmaci e depot ormai già dalla prima crisi), e con la prassi condivisa del proseguimento cure in casa di cura, che ora abbiamo detto non chiamasi più casa di cura ma STPIT, ovvero, con perfida manomissione delle parole, Strutture per Trattamenti Psichiatrici Intensivi Territoriali: sono territorio insomma.

Ebbene: a che ci serve a noi del Lazio non solo il CSM nelle 24 ore e nei 7 giorni, ma perfino il CSM nelle 10-12 ore e nei 5-6 giorni, a che ci serve se l'assistenza territoriale s'è trasferita efficacemente nelle case di cura?