Cari amici e colleghi, proveremo in questi giorni ad infrangere un luogo comune che continua ad aleggiare sull’area della Salute mentale, a torto considerata settore della sanità pubblica nel quale i tentativi di organizzazione/innovazione/valutazione si disperdono nelle nebbie dell’assenza di dati, indicatori, standard, analisi dei costi. Ecco: ci piace cogliere l’occasione per affermare con forza che, se la Salute Mentale è quella che più si misura con l’irriducibile soggettività della sofferenza individuale, essa è anche il settore della sanità pubblica che, forse proprio per questa consapevolezza epistemologica, ha sviluppato - più di molti altri - l’attenzione ai metodi epidemiologici, all’interazione con i determinanti sociali, alla quantificazione necessaria ad una programmazione che voglia affermare nei fatti i principi di equità e giustizia sociale. Da oltre 25 anni la Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica è impegnata su questi temi, fornendo a operatori, utenti, decisori politici strumenti di conoscenza e programmazione. Ciononostante SIEP non intende cedere alla tentazione di sostituirsi a chi ha responsabilità in questo cruciale compito della Politica sanitaria, bensì interpretare fino in fondo il ruolo che attiene ad una Società Scientifica: quello di generare dibattito, analisi, valutazioni, evidenze scientifiche sui temi di specifica competenza tecnica. Altri livelli istituzionali avranno il compito di conciliare domanda di assistenza e offerta, consapevoli che la formula “invarianza di bilancio” non è neutra ma assume un significato preciso che è nostro compito rendere esplicito. Perché se da un lato significa recuperare sacche di in appropriatezza “per eccesso”, significa anche restituire ai professionisti il diritto-dovere di applicare TUTTE le indicazioni, gli interventi, i presidi che hanno mostrato evidenze di efficacia. La Salute Mentale di comunità è stufa di ricevere attestazioni di benemerenza che confliggono pesantemente con la realtà quotidiana nella quale i servizi operano. È stufa di essere valutata sulla base di criteri antichi , che replicano la polarità ambulatorio-ospedale: perché se questi sono i criteri, i prodotti saranno inevitabilmente visite di specialistica ambulatoriale e ricoveri ospedalieri! E visto che non vogliamo sottrarci alle più analitiche valutazioni economiche, che dire della valorizzazione dei nostri interventi ambulatoriali o dei DRG per ricoveri con diagnosi di schizofrenia o di psicosi maniaco-depressiva? Queste cifre avrebbero forse senso se potessimo applicare logiche produttive di tipo taylorista, in luoghi dove ricoverare 100, 200 o anche 1000 persone con psicosi. Questi luoghi noi li avevamo, si chiamavano Ospedali Psichiatrici. Abbiamo abbattuto quelle mura, chiuso quei luoghi, ma la logica che li sorreggeva evidentemente permane.