

LA SITUAZIONE DELLA SALUTE MENTALE IN LOMBARDIA

I 40 anni dalla Legge 180, Legge Basaglia, del 13 maggio 1978, riguardante gli accertamenti e i trattamenti sanitari volontari e obbligatori, inglobata nella Legge 833 del 1978, l'istituzione del servizio sanitario nazionale, ed i successivi Progetti Obiettivo del 1996 e del 2000, istituenti gli attuali Dipartimenti di Salute Mentale, ci portano a riflettere sui cambiamenti positivi avvenuti, su quanto non è stato realizzato, sul perché la legge è stata in buona parte tradita e sul cambiamento necessario da attuare, considerando anche i mutamenti sociali nel frattempo intercorsi.

Certamente la 180 ha rappresentato un cambio di paradigma che ha sancito l'attribuzione dei pieni diritti di cittadinanza alle persone affette da una sofferenza mentale, prima private di ogni diritto.

Non più persone solo malate bisognose di cure da somministrare, scarti privi di dignità, ma soggetti portatori di talenti, di particolarità, attraversati da emozioni, affetti, desideri, valori da difendere, sogni da realizzare, futuro da costruire.

Dopo venti anni i manicomi sono stati chiusi e il territorio è stato allestito dei servizi di salute mentale previsti dai Progetti Obiettivo citati. Il mandato applicativo della Legge alle singole regioni ha permesso a queste di investire in quantità e in qualità in maniera differente in funzione degli orientamenti interpretativi della legge: più orientati alla dimensione sanitaria, con i relativi eccessi di medicalizzazione, o verso l'indispensabile sviluppo di pratiche territoriali di carattere socio-assistenziale, socio-sanitario, sociale riguardanti l'abitare, il lavoro, la relazione, l'inclusione sociale, il necessario accompagnamento in percorsi individuali di emancipazione e autodeterminazione.

La 180, come la Costituzione, è un dispositivo progressivo che orienta e indica una strada, sta ai politici, agli amministratori locali, ai cittadini la responsabilità di promuoverla, finanziarla e attuarla, ciò che in questi 40 anni è avvenuto solo in parte e a macchia di leopardo sul territorio regionale e nazionale. Accanto a testimonianze di chi è riuscito a riappropriarsi della vita imparando a convivere con la propria "malattia", vi sono tante altre storie che rimangono nell'anonimato della sofferenza e della solitudine, nell'impossibilità di unirsi insieme ad altri, o di costruire quel minimo legame di appartenenza proprio della condizione umana.

I 4250 posti letto di residenze a cui si aggiungono i posti letto in SPDC, Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, assorbono più del 70 per cento delle risorse previste da Regione Lombardia per la salute mentale.

Cosa rimane per la vita indipendente, per i progetti di vita, per i percorsi di inclusione sociale, per il sostegno familiare? In mancanza di investimenti sul territorio, invece di prevenire l'acuirsi delle situazioni gravi e sviluppare percorsi di accompagnamento per il possibile recupero delle persone a una vita indipendente, la cura viene ridotta al solo farmaco, creando un ristagno delle persone nelle comunità residenziali e i presupposti per la continuazione dei manicomi sotto trasformate vesti. Infatti, l'effetto perverso di questa disponibilità di posti letto non è causato dalla loro

esistenza, quanto dalla caratteristica spesso poco riabilitativa per la quale superato un congruo tempo di permanenza si innescano processi di cronicità, in certi casi anche in giovane età.

Le risorse e gli organici

Circa le risorse, quelle riservate alla salute mentale in Lombardia sono 500 mil. di Euro; rappresentano meno del 3% del costo della Sanità lombarda, percentuale quasi dimezzata rispetto al 5% raccomandato dal Ministero che rappresenterebbe la quota minima necessaria. Con poche risorse si riesce a fare poco. Se poi quelle poche sono anche utilizzate in modo inappropriato il risultato ne consegue.

La mancanza di investimenti ha portato in sofferenza gli organici, ridotti a circa la metà di quanto previsto dai Progetti Obiettivo nazionali, nemmeno per il ricambio del personale che invecchia. La precarietà dei nuovi contratti di assunzione, a tempo parziale e determinato e a bassi salari, ha conseguenze deleterie sulla maturazione professionale degli operatori a causa dell'elevato turnover. A questo si aggiunge un progressivo trasferimento di attività verso il privato profit ancora maggiormente soggetto a fenomeni di dumping economico e di ricambio elevato del personale. Il settore privato in questi anni ha ottenuto come erogatore di servizi una preminenza del 61% dei posti, in prevalenza strutture ad alta intensità di assistenza, le più remunerative.

L'attività di prevenzione dei dipartimenti viene lasciata in secondo piano, quando non del tutto trascurata. Prendono il sopravvento le situazioni di emergenza che vanno a giustificare l'instaurarsi di prassi difensive al posto di quelle riabilitative, nell'inquietante incrocio tra paura e bisogni di sicurezza degli operatori e il sacrificio dell'investimento sul soggetto che al contrario richiede cultura del rischio e dell'invenzione.

Abitare, lavoro, relazione, famiglia

Casa, lavoro, relazione, accompagnamento e sostegno alle famiglie, rimangono così sempre in sofferenza. Anche i Comuni sono altrettanto in stato di sofferenza di risorse per la parte sociale di loro competenza. E, spesso, ciò disincentiva il loro impegno a mettersi in rete con i Servizi di salute mentale e le associazioni di familiari per organizzare percorsi sull'abitare, sul lavoro attraverso l'istituzione del nucleo lavorativo, sulla relazione e l'accompagnamento.

Purtroppo, in questo troviamo assenti anche i diversi DSM che non hanno attivato i nuclei per l'inserimento lavorativo, ritenendo forse, a torto, questa attività non di loro competenza.

Il ruolo dei Comuni nei Piani di Zona in questi ultimi anni ha visto un freno di iniziative e azioni, in particolare al riguardo della legge 381 che prevede per le Cooperative sociali l'obbligo dell'assunzione del 30% del personale (soci) di persone svantaggiate.

Si instaura di conseguenza un circolo vizioso in cui la cultura della salute mentale di Comunità, intesa come percorsi individualizzati di riabilitazione e di inclusione sociale, evapora per il venir meno dell'offerta di opportunità.

Studi internazionali evidenziano l'importanza delle condizioni sociali ed economiche, quali la disponibilità personale di un reddito come il primo fattore di ripresa/recidiva di malattie mentali gravi. *"Solo se si ha, si è."* Ciò significa anche che gli interventi economici, o produttori di reddito come il lavoro, sono ancora più importanti del pur necessario intervento sanitario. Mettere le persone nelle condizioni di poter decidere sulla gestione del proprio reddito, partecipare alla produzione di capitale sociale, coprire dei ruoli e avere un legame con il mondo attorno consentirà loro di riscoprire una maggiore autodeterminazione, di sentirsi utili, di rinnovare modalità di relazioni orientate alla fiducia e alla cooperazione con il benefici di migliorare la propria salute. Non c'è soggetto senza l'Altro, senza il necessario riconoscimento e rispecchiamento con gli altri e il mondo attorno. La dimensione della cittadinanza, il sentire riconosciuta la propria singolarità, il

sentire di avere un posto nel consesso della Comunità di vita rende ciascuno portatore di contrattualità non solo all'esterno ma anche verso il sistema delle cure.

Oggi, invece, ancora troppi sono i casi complessi di cui i servizi non si prendono cura *“se non viene non possiamo fare niente... se non vuol farsi curare non possiamo intervenire ...”* lasciando l'ammalato alla deriva, in stato di abbandono, a rischio che arrivi il peggio e diventi *“affare”* di controllo sociale ed intervenga il penale. Molte sono le famiglie in situazioni devastanti dove sono saltati i parametri minimi di convivenza civile, con il congiunto fragile ma anche con gli altri componenti del nucleo familiare, compreso il rapporto tra i coniugi. Oggi non è solo il malato che sta male ma l'intera famiglia che è in crisi e che soffre.

Il neologismo *“terricomio”* coniato dopo la chiusura dei manicomi esprime bene, ancora oggi in Lombardia, il quadro della situazione a causa di una mancata reale e continuativa presa in carico della persona nella comunità e di un carente sostegno alla stessa e alla famiglia.

La situazione descritta sopra non proviene solo dalla crisi di questi ultimi anni, ma ha radici nelle scelte, almeno degli ultimi venti anni, di Regione Lombardia che ha favorito l'incremento smisurato delle residenze, per la maggior parte gestite da erogatori del privato profit, a scapito appunto della promozione del territorio.

Solo la creazione di buoni servizi territoriali e comunitari, può diventare l'asse portante del sistema di salute mentale, sostituendo progressivamente la centralità dei luoghi chiusi, dell'ospedale generale e dunque del modello biomedico.

Diritti negati

La carenza di risorse ha originato precarie condizioni contrattuali e lavorative degli operatori in ambito salute mentale, pubblici e privati, nonché una insufficiente formazione professionale e una fragile cultura dei diritti delle persone prese in carico, con l'attuazione di pratiche orientate più *“all'intrattenimento”* che al recupero delle persone. Esempio di questa situazione ne sono l'abnorme uso del TSO, (Trattamenti Sanitari Obbligatorii), per l'incapacità/impossibilità di prevenire e lavorare sulla dimensione relazionale e sulla continuità di cura di fronte a particolari situazioni di gravità. Trasformando così il TSO da strumento eccezionale di cura in strumento ordinario di controllo. Va aggiunto il fenomeno vergognoso delle pratiche della *“contenzione meccanica”* negli ospedali psichiatrici, gli SPDC, il continuo aumento di abuso di psicofarmaci. Per lo più le persone vengono legate al letto perché il personale è scarso e non è adeguatamente supportato e formato per gestire le crisi di agitazione dei ricoverati. Le buone pratiche sanitarie non contemplano e non si ricordano con prassi di custodia e di restrizione della libertà, tranne che per i casi di necessità previsti dalla legge. A questo si aggiungono le porte chiuse a chiave dei reparti ospedalieri, SPDC, che ne connotano l'aspetto contenitivo invece di quello relazionale e di accoglienza, imprescindibili in un processo di cura.

Il fantasma del manicomio continua così ad aleggiare nella società mantenendo vivo lo stigma della pericolosità delle persone con una sofferenza mentale.

Emergenze

Per ultimo, ma non ultimo, vanno citate alcune vecchie e nuove emergenze:

- ▶ la carenza di posti letto per i minori a causa della quale si deve fare ricorso alla pediatria o al reparto di diagnosi e cura (SPDC) degli adulti e non si può altresì tacere le lunghe liste d'attesa, anche 1-2 anni, per l'avvio dei percorsi di cura territoriali di neuro psichiatria infantile.
- ▶ il modo eccentrico con cui in Lombardia, rispetto alle altre regioni, è stato gestito il superamento dell'OPG, Ospedale Psichiatrico Giudiziario, di Castiglione, attraverso la

trasformazione dell'OPG in REMS, Residenze per Esecuzione delle Misure di Sicurezza, per autori di reato. La concentrazione di tante REMS nello stesso luogo rende problematico il percorso riabilitativo e della futura inclusione sociale delle persone, per la quale vanno, invece, privilegiati i luoghi di prossimità della residenza.

► la piaga nazionale rappresentata dalle condizioni di sovraffollamento delle carceri, dal numero elevato di persone con sofferenza mentale internate, dalla carenza di personale curante, dalla inappropriata realizzazione della cura in luogo di detenzione e dalla carenza di percorsi, alternativi alla detenzione.

Andrea Moscherin, presidente del Consiglio Nazionale Forense, riporta che “il 70% dei detenuti ammessi alle misure alternative non sono recidivi, mentre il 70% di quelli che fanno solo carcere, tornano a commettere reati perché il carcere è criminogeno”. E ciò dovrebbe far riflettere e soprattutto far ripensare la politica sugli orientamenti auspicabili da intraprendere, senza con ciò venir meno al presupposto della “certezza della pena”, anzi delle pene, in quanto svariate possono essere le forme di pena. Lo scopo rieducativo che anima la pena, previsto dalla Costituzione, supera il contenuto di mera applicazione custodialistica della pena, verso un sistema di esecuzione caratterizzato dalla “modificabilità in itinere del trattamento punitivo sancito nella sentenza definitiva, e quindi la sperimentazione di graduali forme di restituzione anticipata della libertà del condannato” attraverso l'applicazione di misure alternative alla detenzione.

Il trattamento extramurario, laddove possibile, rappresenta un investimento, meno costoso e qualitativamente più adeguato, più rispondente ai bisogni di presa in cura della persona, con maggiori risultati sul piano riabilitativo e sul piano della sicurezza dei cittadini. Oltretutto, riducendo le recidive, libera posti per altri evitando la costruzione di nuove carceri, che verrebbero immediatamente riempite come succede nelle comunità residenziali dove i posti letto non bastano mai.

Viva preoccupazione desta l'autorizzazione dell'uso da parte delle Forze dell'ordine delle pistole TASER che producono scariche elettriche ad alta tensione e bassa intensità capaci di paralizzare la persona. Si tratta di un'arma giudicata di tortura e potenzialmente mortale dagli organismi internazionali ONU: dal 2000 ad oggi negli USA 153 persone sono morte a seguito dell'uso della pistola TASER; in 9 casi su 10 si trattava di persone disarmate, in 4 casi su 10 di persone con disturbi mentali.

► la salute mentale dei migranti, molti dei quali si portano dentro esiti di traumi e violenze che producono grandi sofferenze mentali, declinate secondo le culture di provenienza, spesso ispirate a sistemi e modelli esplicativi “altri” rispetto alla psichiatria biomedica “atlantica”.

Buone prassi

Per fortuna, in controtendenza alla situazione negativa sopra descritta, e pur nella precarietà delle condizioni date, abbiamo anche esempi di buone prassi, sia in ambito pubblico che privato. Alcuni DSM delle ASST (Azienda Socio Sanitaria Territoriale) della regione sono impegnati nel promuovere il sapere esperienziale di utenti e familiari: la nascita dell'Ufficio Utenti Salute Mentale Lombardia ne è un esempio. L'Ufficio Utenti, animato dal desiderio dei componenti, mira in particolare a promuovere e a diffondere in tutta la regione processi di co-produzione con il loro coinvolgimento nella progettazione, realizzazione e valutazione dei servizi di salute mentale. Ciò al fine di rendere i servizi più vicini ai loro bisogni, necessità e desideri. In altri DSM, l'impegno è indirizzato anche verso la eliminazione della contenzione meccanica e le porte aperte dei SPDC. In altri ancora l'attenzione è anche rivolta a sviluppare percorsi di inclusione sociale attraverso progetti personalizzati di vita nel contesto della città, contemplanti accompagnamento lavorativo, abitativo e relazionale. E, in altri DSM ancora, l'impegno è rivolto verso l'inserimento lavorativo, rappresentando per il più lo strumento d'elezione che permette la ripresa del legame sociale, con

miglioramento delle condizioni di salute, l'aumento dell'autostima e l'acquisizione di una propria dignità.

Uguualmente vanno citate diverse Cooperative sociali del privato no-profit, impegnate in progetti di integrazione e inclusione (abitativa, culturale, sociale), di accompagnamento sui territori, di inserimento lavorativo, che adottano sistemi quali la recovery, che non hanno un turn over elevato di personale, che nonostante la rigidità degli accreditamenti e le direttive dei DSM, elaborano progetti riabilitativi insieme alle persone con problemi di salute mentale e che, soprattutto nella fascia della adolescenza e preadolescenza, rappresentano su molti territori le uniche risposte di prevenzione e/o di cura per i nostri giovani. Le stesse cooperative stanno dialogando con i DSM "disponibili" per realizzare (anche attraverso fondi europei) una psichiatria e una salute mentale articolata in modo diverso, con meno preponderanza di strutture residenziali e più percorsi e progetti di sostegno, cura e accompagnamento legati alla persona, alle famiglia e alle loro necessità/potenzialità.

Ma vanno citate anche le numerose esperienze di "liberazione della follia", di emancipazione dalla propria condizione di fragilità, di espressione della propria singolarità, nelle diverse forme, artistiche, relazionali, lavorative, auto aiuto, ecc. portate avanti dalle Associazioni di familiari, dalle persone con esperienza e talvolta in collaborazione con singoli operatori dei Servizi o con i Servizi stessi.

Cosa occorre?

A distanza di 40 anni dalla legge 180 è necessario reinterpretare e gestire la questione dell'esistenza e della sofferenza delle persone in rapporto con una società che è profondamente cambiata rispetto a quarant'anni fa. Occorre costruire là dove manca e rinforzare là dove esiste un patto cittadino tra le tante forze coinvolte in questo lavoro comune: la politica, le istituzioni, i servizi, le persone bisognose di presa in cura, le famiglia, la cittadinanza. E' indispensabile oltre che necessario costruire legami tra i soggetti stessi, capaci di produrre riflessione, valore aggiunto ai servizi e cambiamento, per una presa in cura in cui la persona sia effettivamente al centro, mentre oggi il centro è occupato dalle esigenze organizzative istituzionali. Un patto che possa dare vita a un lavoro in rete in grado di riconoscere, nella diversità di ruoli e funzioni, l'importanza e l'apporto di ogni singolo componente per la promozione di una Salute Mentale come bene comune.

In questa ottica desideriamo porre al centro alcune questioni/obiettivi irrinunciabili a partire dall'assunzione di responsabilità della politica e delle istituzioni:

- ▶ Sollecitare RL ad organizzare una Conferenza regionale Salute Mentale.
- ▶ Riportare l'equilibrio delle risorse, riducendo il ricovero ospedaliero e nelle Residenze, potenziando le attività sociali territoriali: ascolto, casa, lavoro, inclusione sociale, relazione, accompagnamento, capaci di garantire attività, in ambito minore età e adulti, di prevenzione e tutela della salute mentale nella comunità locale. Si tratta però anche di immettere nuovo personale per sostituire i numerosi pensionamenti di questi ultimi anni che hanno drammaticamente depauperato gli organici. Occorre stabilizzare il personale con contratti a tempo indeterminato, evitando il susseguirsi di cambiamenti che impediscono la maturazione di esperienze, competenze e l'instaurarsi di relazioni costruttive e durature con gli assistiti.
- ▶ Istituire i posti letto per i minori nelle province dove sono mancanti e dotare le UONPIA, Unità Operativa Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza, del personale necessario perché siano garantiti i percorsi di presa in cura dei minori e delle famiglie.
- ▶ L'integrazione operativa delle varie Unità Operative, UOP, Dipendenze, UONPIA, Psicologia e Disabilità Mentale per evitare il persistere anche dopo la riforma della separazione e della non collaborazione tra le funzioni, con i relativi scarichi della presa in cura dell'uno verso l'altro,

Sert/UOP. In ciò, attenzione particolare va posta oltre alla dimensione psichica della persona anche alla sua salute fisica, dal controllo dei parametri alla cura delle eventuali patologie in corso.

▶ Valorizzare e promuovere in tutti i dipartimenti il sapere esperienziale, facendo avanzare la promozione degli ESP, Esperti in Supporto tra Pari, la cultura della recovery, della co-progettazione e co-produzione all'interno dei servizi. Rivendichiamo altresì il coinvolgimento degli ESP e delle Associazioni di familiari nella definizione, attuazione e monitoraggio delle politiche e dei programmi e nella valutazione delle prassi. Non va dimenticato che per gli ESP coinvolti vanno preventivate le necessarie risorse per il loro compenso.

▶ Rispondere al bisogno di salute con percorsi personalizzati di presa in cura integrati e di inclusione sociale remunerati mediante i budget di salute, e assicurare percorsi di presa in cura orientati alla ripresa e all'emancipazione individuale e sociale delle persone, attuati nell'ambiente di vita delle stesse. In particolare per i casi complessi, per coloro che non vanno ai servizi, o si recano per la sola assunzione del farmaco long acting, va garantita la presa in cura del soggetto e della famiglia, impedendo che l'abitazione e la vita familiare si trasformi in quel "terricomio" taciuto o peggio dimenticato.

▶ Promuovere politiche per l'inserimento lavorativo, sia nelle aziende private, sia mirate al coinvolgimento della funzione pubblica per una co-progettazione e co-gestione con il privato sociale no profit.

▶ La formazione degli operatori con attenzione al lavoro di rete e di équipe, al coinvolgimento delle persone con esperienza e familiari, finalizzata all'apprendimento di pratiche di inclusione sociale, alla presa in cura delle persone nei loro ambiti di vita, alla riduzione dei TSO, all'eliminazione della contenzione meccanica e chimica e ogni forma di segregazione. In questo senso va definito un limite temporale per il raggiungimento della eliminazione.

Sarebbe inoltre utile chiedere un'indagine sulle materie che si insegna in Lombardia sulla salute mentale nei Corsi di laurea e post-laurea per medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali, educatori, terapisti della riabilitazione. La dimensione "clinica" va integrata a pratiche comunitarie e territoriali proprie del sistema di salute mentale che superi l'ambito ristretto della psichiatria.

▶ Il superamento degli OPG, con progetti di cura e riabilitazione individuali, nel rispetto del dettato della Legge 81/2014 che considera le Rems un'estrema ratio, da realizzarsi a cura delle micro équipe istituite nei DSMD (Dipartimenti Salute Mentale e Dipendenze) delle ASST, con percorsi post Rems e Carcere o alternativi alle stesse Rems e alla detenzione in Carcere. Ugualmente va garantita assistenza e tutela della salute alle persone autori di reato con sopraggiunti disturbi mentali o altre malattie in carcere, con presa in cura dentro il carcere solo per coloro che per ragioni di gravità di reato non possono accedere a percorsi alternativi al di fuori. Per tutti gli altri, compresi quelli in attesa di giudizio, la cura va affettata in luoghi di cura sanitari esterni al carcere.

Milano 10 giugno 2018

- **CAMPAGNA SALUTE MENTALE**
- **R.U.L. (Rete Utenti Lombardi)**
- **U.R.A.Sa.M (Unione Regionale Associazioni per la Salute Mentale)**
- **FORUM SALUTE MENTALE LOMBARDIA**
- **LEDHA (Lega per i Diritti delle Persone con disabilità)**
- **ALLEANZA COOPERATIVE ITALIANE, WELFARE LOMBARDI**
- **FORUM TERZO SETTORE LOMBARDIA**