

Per “buone pratiche” nel lavoro per la salute mentale intendo modi, azioni, comportamenti messi a punto e praticati giorno per giorno, caratterizzati da grande attenzione e vigilanza critica sulle pratiche sostenute dalle ideologie della psichiatria asilare e della biopolitica.

Premesse:

- 1- Anche scontando le grandi diversità da Regione a regione e dentro i singoli ambiti regionali, l'Italia continua a costituire una straordinaria eccezione nel mondo intero per la scelta compiuta nel 1978 di fare a meno dei manicomi e sostituirli con servizi di salute mentale radicati nei territori.
- 2- Sulla base del p.o. nazionale *Tutela della salute mentale* 1994-96, ogni D.S.M., per poter assicurare le attività di prevenzione, cura, compresa la risposta all'emergenza e al ricovero ospedaliero, riabilitazione e reinserimento sociale si deve dotare di uno o più moduli-tipo riferiti a bacini di utenza non superiori a 150.000 abitanti, dotati almeno di:
  - un Centro di Salute Mentale (CPS in Lombardia), sede organizzativa del Dipartimento con attività ambulatoriali e domiciliari;
  - un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (S.P.D.C.) dotato di un posto letto ogni 10.000 abitanti e con non più di 15 letti;
  - strutture per attività in regime semiresidenziale (centro diurno e/o day hospital) con almeno un posto ogni 10.000 abitanti;
  - strutture per attività in regime residenziale, ciascuna con non più di 20 posti letto;
  - un organico di almeno un operatore per 1.500 abitanti, comprendendo in tale rapporto psichiatri, psicologi, infermieri professionali, assistenti sociali, educatori, ausiliari o Operatori Tecnici di Assistenza (O.T.A) e personale amministrativo adeguato per numero e qualifica<sup>1</sup>.
- 3- Dopo il 1978, negli anni più recenti i servizi italiani hanno dovuto affrontare:
  - a) le nuove sfide del lavoro per la salute mentale di persone migranti, qui scontando la diffusa grande ignoranza fra gli operatori dei saperi dell'etnopsichiatria,
  - b) l'impegno nei servizi sanitari delle carceri,
  - c) la responsabilità, dopo le leggi 9/2012 e 81/2014 dei progetti di salute mentale dei pazienti con diagnosi psichiatrica autori di reato.

---

1- Va tenuto conto che gli standard riportati sono propri del solo Dipartimento Salute Mentale per adulti e non sono quindi comprensivi di quelli dei servizi di salute mentale per l'infanzia e l'adolescenza (UONPIA) e di quelli delle dipendenze patologiche (SERD). Infatti, quando parliamo di servizi di salute mentale, ci dobbiamo riferire non solo alla psichiatria adulti, ma anche ai servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e a quelli per le dipendenze patologiche.

4- Tale carico di compiti e responsabilità vecchie e nuove è stato accompagnato da un progressivo pesante disinvestimento non solo di risorse, ma anche di intelligenza, attenzione e rispetto da parte della politica: come ha evidenziato il Rapporto sulla salute mentale del Ministero della Salute presentato nel dicembre 2016, i servizi di salute mentale hanno subito negli ultimi anni la riduzione del 40% del personale, con una spesa ben al di sotto il 5% del Fondo sanitario nazionale. Il 76% delle prestazioni è ambulatoriale; solo l'8% delle attività si svolge al domicilio o comunque fuori dagli spazi "istituzionali" dei DSM. Ancora, più della metà della spesa (70% in Lombardia) va a remunerare i ricoveri nelle strutture residenziali nelle quali la durata media di permanenza è di 756 giorni (più di due anni). Il dato è ancora più inquietante se si considera che al compimento del 65° anno di età i pazienti sono fatti transitare nei circuiti RSA e RSD, che sono a pagamento.

Questi dati, insieme al diffuso permanere della pratica delle contenzioni meccaniche e farmacologiche negli SPDC ci dicono eloquentemente dell'affanno in cui operano da molto tempo i DSM<sup>2</sup>. È evidente come una tale situazione sia alla lunga insostenibile e vi sia urgenza di un grande investimento di risorse, personale, "manutenzione".

Ma non si tratta solo di criticità organizzative e finanziarie, perché peso negativo hanno i limiti delle culture professionali e le carenze del sistema formativo universitario, sia dal punto di vista quantitativo (numero chiuso nelle facoltà mediche, nelle scuole di specializzazione, nelle scuole per infermieri) che qualitativo.

Per esplicitare il senso di tale ultimo aspetto critico, ricordo che la contestazione dell'internamento manicomiale, di tutte le forme di in-trattenimento istituzionale e la scelta fatta nel 1978 di chiudere i manicomi pubblici si sono basate sull'acquisizione dei seguenti assunti:

- le persone con disturbi mentali non sono riducibili a cervelli da condizionare o a corpi da amministrare e custodire; la valutazione della dimensione "clinica" va integrata con pratiche comunitarie e territoriali proprie di un sistema di salute mentale che si riconoscono in paradigmi di causalità complessa bio-psico-sociale<sup>3</sup>.

---

<sup>2</sup> Vedi Fabrizio Starace e Flavia Baccari, *Salute mentale a rischio. Ecco la mappa delle disuguaglianze*, Il Sole 24 ore Sanità, 27.09.2017 ; Natalia Magliocchetti, *Il sistema informativo per la salute mentale del Ministero della salute*, in «Mephisto», 2017, 1, 2, pp. 57-66; Campagna Salute Mentale, *La situazione della salute mentale in Lombardia*, giugno 2018.

<sup>3</sup> V. Campagna Salute Mentale, *Note preliminari per l'avvio della formulazione/redazione del Piano Regionale per la Salute Mentale e per le Dipendenze*, in particolare l'allegato 2 *Formazione degli operatori in ambito salute mentale*, Milano, 30 novembre 2018.

- grande ruolo nella cura, nella qualità della vita quotidiana e nei destini possibili delle persone con diagnosi psichiatrica hanno *Comunità competenti* colte, resilienti, informate delle risorse che hanno a disposizione, raccolte intorno ai loro Municipi. Esse, infatti, conoscendo le risorse e i bisogni sociali, lavorativi e residenziali nel proprio territorio, sono capaci di costruire e contrattare con gli utenti percorsi personalizzati, finanziati dai budget di salute, di offrire una efficace presa in carico a persone che, come noto, sono fra le maggiormente esposte allo stigma sociale, fra le più discriminate nel mercato del lavoro, immobiliare e nei contesti sociali e culturali.
- Le persone con disturbo mentale sono esperte della propria sofferenza, e il sapere loro e delle loro famiglie non deve essere ignorato e disperso, ma entrare a pieno titolo nei servizi di salute mentale
- Il lavoro per la salute mentale si basa sulla ricerca del consenso, sul rispetto della dignità della persona e l'attenzione a ridurre lo stigma e i rischi di marginalità sociale, abitativa, lavorativa. È possibile, si può e deve imparare a farlo, non è né necessario né terapeutico legare le persone e tenere chiuse a chiave le porte degli SPDC e delle residenze.

Da qui deriva che:

- Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) siano dotati di adeguate risorse di personale aperti 24 ore al giorno, e comunque almeno 12 ore al giorno, tutti i giorni;
- siano potenziate le attività comunitarie e al domicilio, ridotte quelle ambulatoriali;
- sia valorizzato il protagonismo di comunità locali competenti, colte, informate che abbiano voce e siano ascoltate nelle Aziende sanitarie;
- al posto al posto dei DRG, siano adottate la contrattazione e la costruzione insieme agli utenti di progetti personalizzati di salute, finanziati con i budget di salute che mettano al centro la persona con le sue risorse, i suoi bisogni, i suoi possibili progetti di vita;
- sia potenziata la presenza di operatori del DSM nelle strutture penitenziarie;
- i DSM assumano la responsabilità dei percorsi di salute mentale dei pazienti autori di reato con diagnosi psichiatrica. In particolare, in Lombardia va rivista radicalmente la scelta di concentrare i pazienti autori di reato della Regione nelle attuali 8 REMS a Castiglione delle Stiviere per un totale di 160 posti letto. Essa risulta del tutto inappropriata in relazione alla necessità di realizzare, in una prospettiva di libertà e responsabilità, la migliore inclusione sociale possibile attraverso Percorsi Terapeutico Riabilitativi Individuali, nei vari DSM. Si tratta di percorsi che possono attuarsi solo in luoghi di prossimità della residenza della persona;

- sia resa obbligatoria la rigorosa valutazione degli esiti delle attività e degli interventi;
- sia avviata e potenziata la formazione dei professionisti della salute mentale e nei campi dell'etnopsichiatria e della psichiatria transculturale;
- è urgente una riflessione seria sui limiti del sistema formativo in vigore nei Corsi di laurea di Medicina e nelle Scuole di specializzazione perché si misuri con i saperi della salute mentale<sup>4</sup> e non solo con quelli della psichiatria biologica e farmacologica caratterizzati da nosografie descrittive e modelli di causalità che ignorano i contesti di vita quotidiana e relazionali delle persone;
- si proceda alla revisione del Codice Penale Rocco del 1930 con il riconoscimento del diritto al processo e dell'imputabilità per il paziente con diagnosi psichiatrica autore di reato e l'abrogazione del "doppio binario";
- insieme a tutto questo, la diffusione delle buone pratiche deve essere sostenuta dalla ripresa del metodo della programmazione sanitaria e sociale a livello nazionale, regionale e locale.

Infine assolutamente urgente è la convocazione di una nuova, seconda Conferenza nazionale per la salute mentale. Al riguardo, il 3 dicembre scorso UNASAM, Conferenza per la Salute Mentale F. Basaglia, Fondazione Franca e Franco Basaglia, SIEP Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica, StopOpg, Psichiatria Democratica, Wapir Italia, Forum Salute Mentale, Rete italiana Noi e le voci, Fondazione Di Liegro, Cittadinanzattiva, Antigone, A Buon Diritto, La Società della Ragione, Forum Salute e Carcere, Gruppo Abele hanno lanciato un appello a Governo e Parlamento, Regioni e Comuni, rinnovando la richiesta di incontrare il Ministro della Salute e i Presidenti della Conferenza delle Regioni e dell'Anici, per

---

<sup>4</sup> Fra le definizioni più recenti di "salute mentale" propongo quella contenuta nel "Comprehensive Mental Health Plan 2013-2020" adottato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità a New York nel 2013, per il quale salute mentale è lo stato di benessere nel quale le persone danno realizzazione alle loro capacità, sono in grado di far fronte alle normali difficoltà della vita, possono lavorare con buoni risultati e profitto e sono capaci di dare il loro contributo alle proprie comunità.

Il tema è trattato sul numero 2/2018 de «La rivista delle politiche sociali», dedicato alle «Leggi 180,194 e 833: il welfare italiano 40 anni dopo», in particolare negli interventi di Nerina Dirindin e Maria Grazia Giannichedda, *Quarant'anni di sfide e di trasformazioni. Nota introduttiva*, pp. 9-19; Benedetto Saraceno *Che cos'è oggi la psichiatria? Luci ed ombre della global mental health*, pp. 21-34; Pietro Pellegrini e Daniele Pulino, *Le sfide della riforma psichiatrica*, pp. 35-51; Franco Rotelli, *Verso la città che cura*, pp. 53-63; Claudia demichelis, Carlo Gnetti e Gisella Trincas, *Vivere con la sofferenza mentale. La parola di utenti e familiari*, pp. 65-77. Se ne occupa anche la rivista «Mephisto», 2017, 1, 2, pp. 67-104, negli interventi di Cesare Bondioli, *Dalla salute mentale alla psichiatria: un arretramento*; Mario Colucci, *Prospettive della salute mentale in Italia* e Raffaella Campaner, *Quale "salute mentale" Significati, usi, contesti*.

istituire un Tavolo ministeriale permanente e preparare la Conferenza nazionale per la Salute Mentale.

Concludo con una citazione tratta dal documento “RESTITUIRE FORZA AL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE PER IL DIRITTO UNIVERSALE ALLA SALUTE”<sup>5</sup>. Vi si afferma che “*Solo un forte SSN pubblico e universale - integrato con il welfare sociale - può affrontare la sfida dei crescenti bisogni prodotti dai cambiamenti demografici ed epidemiologici: malattie croniche, non autosufficienza, disagio mentale, cogliendo le differenze di genere. Costruendo una forte rete di servizi sanitari e sociali integrati e diffusi nel territorio.*

*Investire nel welfare risponde alla necessità essenziale di garantire il fondamentale diritto di ogni individuo alla tutela della Salute, come stabilito nella nostra Costituzione; e rappresenta al tempo stesso un formidabile investimento per lo sviluppo di un’economia e di un’occupazione di qualità, e quindi per ricostruire il futuro del nostro Paese.*

Noi tutti qui del Movimento per la difesa e il miglioramento del SSN, credo, ne siamo profondamente convinti.

---

<sup>5</sup> CGIL, CISL, UIL, dichiarazione nel 40° del Servizio sanitario nazionale, Salerno, 19 settembre 2018.