

LOMBARDIA: UN CASO DI PSICHIATRIA "EMBEDDED"¹

L'analisi dei provvedimenti adottati dalla più ricca regione italiana in tema di salute mentale ed i riscontri degli utenti e delle famiglie, evidenziano un quadro mortificante, una condizione di abbandono, smarrimento, impasse e sofferenza dei servizi di salute mentale pubblici.

LUIGI BENEVELLI

PSICHIATRA, FORUM SALUTE MENTALE LOMBARDIA

Nel suo terzo appuntamento nazionale di Milano, il Forum salute mentale ha messo a fuoco le vicende e lo stato dell'assistenza psichiatrica in Lombardia. Da dieci anni a questa parte, sotto la guida del presidente Formigoni, il governo regionale ha messo a punto un *welfare dei consumatori-utenti*, di aziende e organismi erogatori di prestazioni, tariffate, numerate, quantificate, acquisibili da soggetti pubblici e privati. Tale impostazione si contrappone al *welfare delle autonomie locali, municipale, di comunità* in cui lo sviluppo dei servizi si basa sul protagonismo di utenti, reti e legami sociali. L'ideologia di Formigoni ha trovato la sua traduzione nella legge 31/97 di riordino della sanità regionale, nel Piano Socio sanitario 2002-2004, nel Piano Salute mentale 2003-2005 e in successive disposizioni con cui l'assistenza psichiatrica è stata ricondotta a coerenza con le parole d'ordine della giunta. Nella messa a punto dei provvedimenti ha svolto una funzione importante e decisiva, anche per l'organizzazione e il mantenimento del consenso, il Coordinamento dei Primari delle Unità Operative psichiatriche, una istanza riconosciuta dalla Giunta regionale come proprio momento di consulenza tecnica. Nella confezione delle scelte della giunta nessun altro interlocutore (associazioni dei comuni, associazioni di utenti, sindacati, organizzazione del terzo settore e altri ancora) ha assunto lo stesso collocazione strategica. L'assetto attuale, i problemi, le difficoltà dei servizi nascono quindi, anche, dall'elaborazione di un organo collettivo composto dai professionisti che hanno il massimo della responsabilità nella gestione dei Dipartimenti di salute mentale, un esempio di psichiatria

"embedded".

La psichiatria pubblica lombarda vive oggi una condizione di smarrimento e disagio. Il perché della situazione sta nel fatto che la salute non è un prodotto, ma un progetto non delegabile che abbisogna della cooperazione di una grande quantità di soggetti. Un buon lavoro per la salute mentale richiede risorse adeguate e spese bene, buone norme che favoriscano l'inclusione, una opinione pubblica e società aperte, attente ai bisogni dei cittadini, un grande impegno contro lo stigma (di cui spesso sono portatori anche gli operatori dei servizi).

LA LIBERTÀ DI SCELTA IN PSICHIATRIA

Nella legge Giolitti del 1904 che per prima ha regolato l'assistenza psichiatrica italiana, non vi è alcun cenno al consenso della persona malata di mente, requisito che invece diventa centrale nella legislazione del 1978².

Il "cuore" dell'esperienza delle riforma psichiatrica italiana è costituito dal riconoscimento della pienezza dei diritti della persona a coloro che soffrono di disturbi mentali, anche gravi, ben oltre la formalizzazione del "consenso informato" in uso in altre pratiche sanitarie.

I professionisti operanti nella psichiatria pubblica volta per volta hanno ritenuto utili e lecite le scelte più svariate, di dare veste di dignità di terapia anche all'empiria più rozza e a prassi inumane ma, anche a manicomi chiusi, ciascuna opzione dell'operatore produce precise conseguenze sul destino e la qualità della vita quotidiana del paziente. L'operatore è tenuto a sapere del potere che ha e degli effetti che possono produrre le sue

¹ Il termine "embedded" sta ad indicare la condizione dei giornalisti al seguito delle truppe USA in Iraq. Essi, inquadrati nel corpo di spedizione, possono riferire solo le informazioni che ricevono dal Comando militare.

scelte. Oggi nella pratica sanitaria il rispetto dell'autonomia individuale è ritenuto un valore fondamentale: la libertà del medico non può essere considerata tale da sopraffare i diritti del paziente, anche qualora una tale violazione fosse invocata in nome del suo stesso bene³.

La stragrande maggioranza delle persone ha sempre gestito i problemi inerenti la propria salute, anche la salute mentale, da sola, in famiglia, con i pari, i medici di medicina generale, specialisti neurologi, psichiatri e psicologi, esperti di medicine alternative, guaritori, cultori dell'occulto, nel circuito della religiosità popolare e altro ancora. Si può affermare che di solito le persone, da sole o con il conforto della famiglia e delle amicizie, esercitano la libertà di scegliere a chi affidarsi, come e dove curarsi, anche fuori dei circuiti della medicina ufficialmente riconosciuta. Ma diversa è la situazione dei cittadini che si rivolgono ai servizi pubblici di salute mentale talvolta come prima scelta, ma più spesso perché non hanno denaro per sostenere i costi dei trattamenti nel circuito privato, o per situazioni definite "gravi"⁴, quelle cioè più drammatiche dal punto di vista della sofferenza individuale e familiare, più gravate di stigma, qualche volta allarmanti dal punto di vista sociale. Sono situazioni in cui un singolo professionista non è in grado di reggere perché abbisognano di altro e di più rispetto al rapporto a due fra un professionista ed un cliente, che ci si occupi cioè della qualità della sua vita quotidiana, quindi anche di vitto, alloggio, tutela, formazione e lavoro, riabilitazione della persona e del suo contesto. Occorrono gruppi di operatori, professionali e non, capaci di lavorare con continuità anche in ambiti non-ospedalieri, non-sanitari, non-psichiatrici. È stato per rispondere a tali situazioni col massimo di efficacia e garantendo il rispetto della dignità della persona che, anche in Italia, con la critica e il superamento del modello manicomiale, è stata adottata l'organizzazione dei servizi che si rifà alla Psichiatria di Comunità o Territoriale. La Psichiatria di Comunità prevede l'opera di un'équipe multiprofessionale insediata in un determinato territorio che opera al domicilio, in ambulatorio, in ospedale, in residenze a vario grado di protezione, che è orientata alla riabilitazione psicosociale, si collega con i Comuni e i Distretti Socio-Sanitari, in stretta interazione con le associazioni degli utenti e delle famiglie.

Lo Stato si impegna a tutelare i diritti dei

pazienti in tutti gli ambiti territoriali ad opera di servizi di psichiatria di comunità, con la conseguenza che:

- la psichiatria di comunità è governata con la programmazione sanitaria nazionale e regionale. Essa deve garantire che in ogni ambito territoriale i residenti abbiano priorità di accesso a tutte le risposte ritenute efficaci per le attività di prevenzione, cura e riabilitazione,
- gli utenti e le famiglie residenti possono rivolgersi solo a quel servizio e a quegli operatori che operano in quel DSM, non scelgono l'équipe curante, e spesso anche il curante.
- se in un territorio non sono attive le risposte che dovrebbero essere disponibili, i singoli e le comunità locali finiscono col trovarsi in una situazione di abbandono e costrette ad arrangiarsi. La responsabilità di tali situazioni ricade sulle spalle di chi, amministratori o dirigenti sanitari, non ha attivato, messo a disposizione e alimentato la capacità operativa del servizio.

Ma vi è anche chi giudica la psichiatria di comunità sorpassata e fallimentare, preferendo servizi, per lo più in rete con cliniche universitarie o imprese della sanità privata, per i trattamenti dei disturbi del comportamento alimentare o delle depressioni. E vi è chi ritiene che sia proprio la ricerca del consenso del paziente a produrre gravi danni alla persona e situazioni intollerabili nelle famiglie. Tali posizioni portano a dividere i cittadini utenti (e le loro famiglie) in due categorie: quelli che hanno libertà di scegliere presso chi e come curarsi e quelli cui non sono riconosciute tali libertà. Questi ultimi dovrebbero essere obbligati ad una lunga coazione.

Ma per svuotare la psichiatria di comunità non è necessaria l'approvazione di norme di modifica della 180: basta che nella società si riduca o cada l'attenzione al tema dei diritti degli utenti e dei doveri dei servizi di salute mentale, che le Aziende Sanitarie non siano impegnate dai governi regionali a garantire organici e risorse per il lavoro del DSM, che i servizi territoriali impoveriscano e gli operatori rinuncino a pretendere quanto serve per lavorare. Colpi all'esercizio universale del diritto alla salute mentale sono inferti da un federalismo che porta a sanità regionali non tenute ad assumere il metodo, le indicazioni e gli obiettivi della legge nazionale. La disarticolazione del servizio sanitario nazionale porta a legittimare la situazione di non equi-

tà che caratterizza ancora oggi l'esercizio del diritto alla salute mentale in Italia e pratiche e stili, assai difforni fra di loro, dei dirigenti dei singoli servizi di salute mentale.

GLI ASSETTI DELLA SANITÀ IN LOMBARDIA

Il servizio sanitario della Lombardia a partire dal 1997 si è ispirato a un "liberismo" nel quale lo Stato non è tenuto a garantire tutele ugualitarie per il cittadino, ma sono i singoli cittadini a gestirsi da soli il proprio benessere, perché messi nelle condizioni di scegliere da quale struttura sanitaria (pubblica o privata) ricevere le prestazioni: di qui un mercato sanitario governato da logiche di domanda e offerta, in cui si dispiega la concorrenza. La Regione Lombardia ha voluto la separazione tra soggetto fornitore di prestazioni (aziende ospedaliere pubbliche e strutture private accreditate) e acquirente (le Asl)⁵. La giunta regionale ha favorito grandi e diffuse iniezioni di privato soprattutto nel settore delle residenze per anziani. Le Asl svolgono la funzione di "terzo pagante", stipulano contratti di fornitura con le strutture erogatrici di prestazioni, acquistano servizi dalle strutture pubbliche o private accreditate. Le parole ricorrenti in tutti i documenti della giunta regionale - sussidiarietà⁶, partenariato, libertà di scelta - ridefiniscono un rapporto con i cittadini che ignora l'universalità e l'esigibilità dei diritti sociali. La scelta delle opportunità migliori del cittadino si pretende dovrebbe essere garantita non dalla programmazione, ma dalla competizione tra soggetti produttori di servizi. In alternativa alla rete formale dei servizi sociali e sociosanitari, nel prossimo triennio il welfare lombardo vedrà, in base al *principio di libera scelta*, una estensione di buoni e voucher per alimentare il mercato competitivo dei soggetti erogatori a scapito dello mantenimento della rete del sistema pubblico dei servizi alla persona. Di questi ultimi, progressivamente smantellati, si vogliono persino perdere le competenze ed i saperi col risultato di lasciare i cittadini in difficoltà sempre più soli. Il risultato sarà quello di un sistema di welfare frammentato con la marginalizzazione degli enti locali come regolatori e garanti nel sistema di protezione sociale.

La giunta assegna il potere di gestione e quello professionale sulla base di rapporti fiduciosi e di fedeltà: per dirigere le aziende ospedaliere e le Asl, la giunta regionale sceglie personale di propria fiducia nell'ambito

dell'area politica delle forze che governano la Regione ("spoils system"). La selezione per rapporto fiduciario si perpetua anche nella scelta dei capi dipartimento o dei singoli primari.

Il Piano socio sanitario lombardo 2002-2004 si è mosso in direzione diversa rispetto alla legge 328/00, ridimensionando il ruolo della Regione come proprietario e gestore della rete pubblica dei servizi in nome della libertà di scelta, della piena parità di diritti e doveri tra strutture di diritto pubblico e strutture di diritto privato, della separazione fra chi acquista e chi produce. Le Asl hanno ridotto al minimo l'impegno nella prevenzione, e sono uscite dalla gestione delle attività socio-sanitarie affidate a soggetti esterni.

L'approccio alle fragilità ha come riferimento non tanto il singolo, ma soprattutto la sua famiglia che diventa il soggetto principe della politica dei servizi. Il criterio appare affetto da ideologismo: si pensi alle numerose famiglie costituite da un solo membro. Sono particolarmente valorizzate le imprese sociali.

Il pssr 2002-2004 ha collocato la salute mentale la salute mentale al 2° posto, dopo il materno infantile. È prevista la possibilità di accreditare anche UOP private, dotate di strutture ospedaliere, residenziali, semiresidenziali e ambulatoriali. Per favorire la libertà di scelta, l'utente può scegliere di rivolgersi ad una Unità Operativa o ad un DSM diversi da quelli competenti, nell'ambito del territorio della Asl, di norma corrispondente alla Provincia.

Il Piano Regionale triennale per la Salute Mentale lombardo approvato con delibera della Giunta Regionale n. 7/17513, il 17 maggio 2004, ha sviluppato le indicazioni del piano sociosanitario assemblando una grande varietà di contributi, elaborazioni e proposte protocolli e linee-guida. Nel Piano l'organizzazione e i criteri di funzionamento dell'assistenza psichiatrica sono piegati e portati a coerenza con l'impianto del welfare regionale. Di seguito le osservazioni:

- a) la gestione è delegata ai Direttori Generali delle Aziende Ospedaliere Sanitarie, che sono solo funzionari periferici della Regione, senza rapporti con i territori e, in parte ai Piani di Zona. Pochissime di queste istanze hanno mostrato sinora attenzione e rispetto ai problemi della salute mentale.
- b) le risorse investite sono sempre più scarse. Il fatto è grave perché le unità operative sono sempre più povere, anche di operato-

ri. Assai modesta, pressoché simbolica, appare la somma destinata ai programmi che dovrebbero proporre soluzioni innovative. E' poi difficile avere conoscenza della situazione reale dei servizi perché il Sistema Informativo rileva solo le singole prestazioni.

c) a differenza da quanto assunto da altre regioni, la questione dei diritti di cittadinanza delle persone con disturbi mentali e delle loro famiglie non è centrale nel sistema lombardo. Ad esempio, in tema di contenzioni⁷, mettendo a confronto quanto scritto nel regolamento del 1909 della legge manicomiale e quanto proposto dal "grandemente innovativo" piano, scopriamo che dopo un secolo le cose in Lombardia non sono cambiate, ma sono anzi scritte peggio e vi è meno consapevolezza della gravità della questione. La seguente tabella ne è eloquente testimonianza:

stata attribuita all'Assessorato alla Famiglia, con esclusione quindi di quello alla Sanità. Le parti hanno riconosciuto la necessità di interventi per la tutela del diritto alla salute e, in tale ambito, quello della salute mentale, ma il successivo Piano Salute Mentale 2003-2005 accenna di sfuggita al tema della salute mentale in carcere e alla questione OPG, pur operando nella Regione le sezioni OPG di Castiglione d/S, la più grande struttura italiana. L'OPG di Castiglione delle Stiviere gode di una situazione unica rispetto agli altri OPG italiani gestiti direttamente dal Ministero della Giustizia, perché già appartiene alla sanità regionale. Ma l'OPG della Ghisiola non si è ancora nemmeno integrato col Dipartimento di Salute Mentale che sta nella sua stessa azienda. Anche la legge n. 8 "Disposizioni per la tutela delle persone ristrette negli Istituti

Regolamento sui manicomi e gli alienati Regio Decreto n. 615, 16 agosto 1909	Piano Salute Mentale Regione Lombardia Maggio 2004
<p>Articolo 60 : <i>'Nei manicomi devono essere aboliti o ridotti a casi assolutamente eccezionali i mezzi di coercizione degli infermi e non possono essere usati se non con l'autorizzazione scritta del direttore o di un medico dell'Istituto. Tale autorizzazione deve indicare la natura e la durata del mezzo di coercizione'.</i></p>	<p>Dispone: - l'adozione da parte di ogni struttura di un protocollo scritto che regolamenti le contenzioni; - la tenuta di un registro delle contenzioni dove sia annotato chi le dispone, chi le esegue, per quali motivi, - la durata, chi le subisce; - di assicurare particolare assistenza alla persona legata.</p>
<p>L'articolo prevedeva sanzioni amministrative e penali in caso di abuso</p>	<p>Non è prevista alcuna sanzione in caso di abuso</p>

d) salute mentale in carcere e OPG: le sentenze della Corte Costituzionale 253/2003 e 367/2004 sono intervenute sugli automatismi che consentivano l'internamento in OPG di un paziente autore di reato aprendo spazi importanti di lavoro ai Dipartimenti di salute mentale circa la scelta dei luoghi e dei trattamenti del paziente. Nelle singole situazioni, in accordo con la Magistratura di sorveglianza, i servizi di salute mentale dovrebbero contrattare e condurre progetti personalizzati di salute realistici e praticabili. Nel marzo 2003 il Ministro della Giustizia e il Presidente della Regione Lombardia hanno sottoscritto un "Accordo quadro per l'individuazione delle priorità in materia di esecuzione penale degli adulti e dei minori". La responsabilità politica del progetto è

Penitenziari della Regione" ⁸ non ha previsto impegni per la popolazione delle persone internate negli OPG.

e) la riqualificazione delle strutture residenziali psichiatriche, l'ambito in cui più importanti e diffusi sono stati gli investimenti della cooperazione sociale di tipo A e di enti religiosi, ha costituito uno degli obiettivi qualificanti del Piano Salute Mentale. Le strutture esistenti ed operanti, organizzate e classificate secondo i livelli di protezione offerti, sono state giudicate in numero eccessivo e dal funzionamento discutibile molto costose, poco specializzate, rare le dimissioni dei pazienti. Queste residenze erano state allestite per accogliere le tante persone che alla fine degli anni '90 stavano ancora nei 12 manicomi pubblici della regione e avevano finito col fare tutte le stesse cose,

- senza perseguire obiettivi di recupero e abilitazione. Il Coordinamento Primari Psichiatri Lombardia da tempo si era battuto perché fossero rivisti i criteri di accesso, monitoraggio e verifica dell'attività delle residenze psichiatriche per promuoverne l'innovazione, la differenziazione e la specializzazione anche per rendere più equa la remunerazione per i gestori. L'elaborazione dei primari psichiatri lombarda è stata recepita nella Circolare 49 San dell'autunno 2005. E' un documento che ha scatenato grandi allarmi e vivacissime polemiche e che contiene ed esplicita tutti gli assunti della "psichiatria ufficiale" lombarda. Queste i suoi principali caratteri:
- introduce i DRG nell'assistenza psichiatrica, in analogia con quanto già avvenuto in geriatria,
 - la riabilitazione psicosociale è offerta, acquistata e consumata a "pacchetti" preconfezionati, scelti dagli psichiatri per la gestione della fase clinica del disturbo mentale degli utenti. Il trattamento di ciascuna fase del disturbo deve avvenire in uno spazio specialistico. L'elaborazione recepisce le logiche più aggiornate di una medicina delle compagnie di assicurazione per cui dopo 18 mesi sarebbe inutile e una perdita di tempo insistere, da parte di operatori che avrebbero cose più serie da fare, con un paziente diventato "cronico"
 - sono introdotti i limiti dei 50 anni per l'accesso e dei 65 anni per la permanenza. Dopo i 65 anni una persona con disturbi mentali fuoriesce dalle competenze della psichiatria adulti per passare, pare di capire, a quelle della psicogeriatrica.
 - ai territori non è riconosciuta autonomia perché i programmi potranno essere avviati

solo dopo che la Direzione Generale della Sanità, cioè la giunta regionale, li avranno vagliati e approvati;

- la disposizione ignora i diritti e la ricerca del consenso delle persone con disturbo mentale.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

- o Una delle caratteristiche del modello di concorrenza perfetta è la completa conoscenza dei dati a disposizione sia del produttore, sia del consumatore. Per scegliere bene infatti bisogna essere competenti, conoscere le possibili alternative. La teoria economica classica pre-suppone che tutti gli attori siano razionali, ma in sanità ciò non avviene (questione dell'*asimmetria informativa*). Il bisogno percepito dopo il rapporto del paziente con la struttura sanitaria si trasforma in un percorso di cura, ma il paziente non ha reali strumenti cognitivi per scegliere. Tale peculiarità mina alle fondamenta l'edificio del "mercato" sanitario assieme al corollario della concorrenza perfetta: in sanità è l'offerta che traina la domanda. Basterebbe questa notazione per spiegare l'insostenibilità e l'iniquità del modello lombardo.
- o La Regione Lombardia ha ignorato le indicazioni e le priorità del progetto obiettivo nazionale "Tutela della salute mentale 1998-2000". Il piano è un'occasione mancata per una buona, utile autonomia regionale. In una situazione generale molto difficile per tutti i sistemi di welfare, si dovrebbe evitare di "scassare" i servizi esistenti, e tutelarne la capacità di funzionare.
- o In Lombardia sono o abbandonate a se stesse o coartate proprio le persone e le

La conta delle vittime

Dal 1990 a oggi, le guerre hanno causato tre milioni e seicentomila morti, quasi la metà minori, senza contare le vittime di carestie, malnutrizione e AIDS. Le sole mine antiuomo disseminate sui campi di battaglia e sui territori contesi hanno causato quattrocentomila morti negli ultimi trent'anni, il 23 per cento minori. La Russia figura fra i primi paesi al mondo a fare largo uso di mine antiuomo, soprattutto nel Caucaso. Gli Stati Uniti, la Russia e la Cina, i tre più importanti paesi nel Consiglio di sicurezza dell'ONU, non hanno ratificato lo storico trattato di Ottawa per la messa al bando di questi ordigni. Nel solo Afghanistan le mine antiuomo sono venti milioni. Sei milioni in Bosnia. Nel decennio 1990-2000 venti milioni di bambini sono diventati profughi. Dei cinquantanove conflitti scoppiati fra il 1990 e il 2003, cinquantacinque si sono svolti all'interno dello stesso paese, coinvolgendo in larga misura la popolazione civile.

Massimo Nava, in "Vittime", Fazi, Roma 2005

famiglie con basso potere contrattuale, caricate di stigma, quelle che non sanno o non possono scegliere, che dovrebbero essere aiutate, accompagnate, sostenute nelle scelte.

- o Non è chiaro chi siano i responsabili delle politiche dell'assistenza psichiatrica. Pare di capire che siano le Aziende Sanitarie Locali a fare le politiche locali, mentre le Aziende Ospedaliere dovrebbero organizzare al meglio le attività a gestione diretta ed i DSM dovrebbero darsi da fare con il privato profit e non-profit, Comuni, associazioni. Con quali strumenti e autorevolezza non è dato sapere se tutti i soggetti sono messi in concorrenza fra di loro, il socio-sanitario dipende direttamente dalla Regione mentre il sociale dipende dai Comuni. Già oggi, i DSM lombardi, collocati dentro le Aziende Ospedaliere, non hanno certezza di risorse che devono negoziare con i Direttori Generali e la loro capacità di fare salute dipende dallo stato di salute del bilancio dell'Azienda. Per i servizi non vi è più garanzia né a livello locale né a livello regionale visto che non vi sono vincoli di scopo né per i bilanci della Regione né per quelli dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere.

- o Non si fa prevenzione, i servizi di salute mentale per adolescenti sono ancora più poveri di quelli per li adulti. Il raccordo dei servizi di salute mentale per la popolazione adulta con quelli per l'infanzia e l'adolescenza è affidato al rapporto occasionale e diplomatico fra medici dirigenti. Per le persone più giovani sono disponibili minori risorse e opportunità di trattamenti perché, essendo l'offerta di residenzialità protetta quasi del tutto saturata dai dimessi dai manicomi, è impedita l'accoglienza di nuovi utenti.
- o Non si è posto fra gli obiettivi per tutti i DSM, l'*eliminazione delle contenzioni, delle porte chiuse* nei servizi, che dovrebbe invece diventare criterio per giudicare e promuovere la qualità delle prestazioni.
- o La *continuità della presa in carico* delle situazioni gravi affermata sulla carta è messa in discussione nelle cose. E' disegnato infatti un DSM nel quale spiccano "cittadelle", "fortilizi" ciascuno e sbarramenti di accesso, con funzioni specializzate, nei quali la "presa in carico" cessa una volta che il disturbo non migliori dopo trattamenti di durata definita e la persona viene inviata ad altro, famiglia o agenzie della rete socio-sanitario-assistenziale.

Comunicazione in sanità

I testi fanno parte di un progetto editoriale intitolato "Comunicazione in sanità": una collana pensata per aiutare gli operatori della salute ad acquisire le indispensabili competenze comunicative e relazionali per avvicinarsi al paziente ed affrontare, insieme a lui, la malattia. Il volume **Accompagnare il malato terminale** affronta il tema delle cure palliative a favore dei pazienti incurabili, giunti ormai al termine della loro vita. Rifacendosi ad esperienze positive, spiega a chi sono rivolti questi trattamenti, come funzionano le Unità di cure palliative, quale ruolo svolgono operatori sanitari, psicologi e volontari nell'assistenza al malato e alla famiglia. Il volume **La comunicazione paziente infermiere** approfondisce tematiche delle teorie del linguaggio, applicabili all'elaborazione di una comunicazione efficace ed "umana" con il paziente, perché, come viene spiegato, nel contesto assistenziale, la comunicazione deve assumere valore terapeutico, per sviluppare relazioni autentiche con il malato. **Quando il paziente è un bambino: problemi di relazione** è dedicato al tema della qualità comunicativa e relazionale in pediatria. Nella relazione con un bambino malato devono essere presi in considerazione molti fattori delicati: l'età del paziente, le possibili ripercussioni nello sviluppo psicologico, la relazione con la famiglia, il contesto di cura. Vengono affrontati anche problematiche quali la comunicazione con il bambino morente, i disturbi psicosomatici, le differenze etnico-culturali, la diagnosi e la prescrizione.

Maurice Abiven, **Accompagnare il malato terminale**, Centro Scientifico Editore, Torino 2005, p. 171, Euro 16,52; Vera Delfino, **La comunicazione paziente infermiere**, Centro Scientifico Editore, Torino 2005, p. 71, Euro 9,29; Lucilla Ricottini, **Quando il paziente è un bambino: problemi di relazione**, Centro Scientifico Editore, Torino 2005, p. 288, Euro 29,50

- o Risalta l'atteggiamento accentratore e dirigistico della giunta regionale che non riconosce alle comunità locali, ai territori, l'autonomia nel determinare l'assetto dei servizi. Questo finisce coll'ostacolare l'attuazione anche delle indicazioni più innovative e positive.
- o Il piano lombardo evidenzia culture professionali che nulla hanno a che fare con la salute mentale e con la psichiatria di comunità, dimensioni e attività alle quali non si attagliano strumenti come i DRG studiati per la "pesatura" delle patologie trattate in ospedale. Il lavoro di "riabilitazione" è inteso come sommatoria e mix di prestazioni parcellizzate, ciascuna delle quali va contata e registrata per consentire che il lavoro sia equamente remunerato; il suo fallimento è inteso come fallimento personale di un paziente incapace di rimontare dalla sua condizione di malattia. Non si tiene conto della rilevanza dei fattori extra clinici nel determinare le possibilità di recupero delle persone. Si ignora che il progetto individuale di salute nasce dal convergere di numerosi possibili partner, il suo esito non è mai scontato ed è quindi solo in parte di competenza degli operatori sanitari.
- o In Lombardia agli psichiatri è riconosciuto il potere di decidere del destino della qualità della vita quotidiana e dell'accesso ai trattamenti di un cittadino paziente, anche senza tenere conto del suo punto di vista e di quello della sua famiglia.
- o Il riconoscimento e la legittimazione di tutte le pratiche e gli stili di lavoro, anche assai difforni fra di loro, dei singoli dirigenti dei servizi di salute mentale spiega come, para-

Dalle riviste

Animazione sociale (Corso Trapani 95, 10141 Torino) dedica il n. 8/9 2005 (settembre 2005) al tema della **Disabilità nei reticoli della comunità**. Gli interventi evidenziano l'esigenza e l'opportunità della realizzazione all'interno di processi e azioni per l'inclusione dei diversi ambiti territoriali con il coinvolgimento delle stesse persone disabili, al fine di definire percorsi di vita indipendente all'interno dei tessuti sociali della comunità.

HP (Via Legnano 2, 40132 Bologna) dedica la sezione monografica del numero 3/2005 (settembre 2005) al tema della **normalità dello sport con atleti disabili**. Alcuni atleti disabili e un'insegnante di educazione fisica propongono spunti di riflessione sull'importanza dello sport nella quotidianità delle persone disabili: sudare, giocare, competere, incoraggia l'autonomia, porta benefici psicologici, comportamentali e sociali. La scuola e le famiglie devono appoggiare e rendere possibile la pratica sportiva per i disabili.

Politiche sanitarie (Via Bradano 3c, 00199 Roma) affronta nel numero 3/2005 (settembre 2005) la questione della **spesa sanitaria per gli anziani**. Gli interventi analizzano l'attuale offerta di servizi e prestazioni e i loro costi per valutare l'impatto dell'invecchiamento della popolazione sulla crescita della spesa sociosanitaria (patologie croniche e acute, disabilità) e proporre una quantificazione del fabbisogno finanziario e delle risorse da destinare all'assistenza alle persone anziane.

Impresa sociale (Via Rose di Sotto 53, 25126 Brescia) dedica il numero 1/2005 (marzo 2005) al tema dell'**Integrazione fra pubblico e privato nella gestione dei servizi sociali**, interrogandosi sui rapporti fra amministrazione pubblica e soggetti del privato sociale nell'erogazione di servizi alla persona. Nel numero 2/2005 (giugno 2005) viene presa in analisi **La legge delega sull'impresa sociale**.

L'integrazione scolastica e sociale (Loc. Spini 154, 38014 Gardolo, Trento) nella sezione monografica del numero 4/2005 (settembre 2005) si occupa di **Disabilità mentale e inserimento lavorativo**. Proponendo alcune buone esperienze, gli articoli riflettono sulla necessità di un inserimento lavorativo mirato per i disabili mentali, che, a partire dall'atteggiamento di accoglienza da parte dei compagni e dalla valutazione delle reali abilità del soggetto coinvolto, si proponga di realizzare un'integrazione lavorativa soddisfacente per tutte le parti coinvolte (la persona disabile, i colleghi e la produttività aziendale).

dossalmente, siano possibili ed esistano "isole" di buon funzionamento e buone pratiche anche in Lombardia.

La sanità lombarda ha reciso i legami con le comunità locali e le loro rappresentanze. Più che la libertà di scelta degli utenti si è garantita la libertà dei Direttori Generali delle Aziende e quella dei loro più stretti collaboratori. Quanto alle situazioni più gravi, quelle che si caratterizzano per l'intensità e la durata dei disturbi, per il difficile funzionamento sociale delle persone colpite, per il basso livello dell'autostima, per lo stigma che grava sui pazienti e le loro famiglie, per le condizioni di povertà e il forte rischio di emarginazione,

ancora prima della libertà di scelta, è l'esercizio del diritto alla salute ad essere ostacolato, impedito dall'adozione di codici di sicurezza/ordine pubblico o da considerazioni di compatibilità economiche. L'analisi dei provvedimenti adottati dalla più ricca regione italiana in tema di salute mentale ed i riscontri degli utenti e delle famiglie, evidenziano un quadro mortificante, una condizione di abbandono, smarrimento, impasse e sofferenza dei servizi di salute mentale pubblici.

Per tutte queste considerazioni ci si deve chiedere che senso abbiano in Lombardia parole come *psichiatria di comunità, riabilitazione, empowerment, diritto alla salute, libertà di scelta*.



² "Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori (...) devono essere accompagnati da iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato" (articolo 33, legge 833/1978)

³ Al riguardo, il Comitato Nazionale per la Bioetica ha affermato che "La tutela della soggettività del malato assume un valore paradigmatico in quanto è condizione indispensabile per la costruzione e lo sviluppo della libertà, la quale va intesa essenzialmente come processo di liberazione che ha origine da un'esigenza etica fondamentale della persona. La tutela della soggettività del malato mentale ha pertanto una connotazione etica in quanto è educazione al sentirsi e al voler essere liberi e quindi promozione della libertà autentica. Un concetto di libertà così inteso risulta strettamente connesso al principio di autonomia, che è riferito al rispetto assoluto della persona. Ma (...) la tutela della soggettività del malato non consiste nel credere che sia libero (contro l'evidenza dei condizionamenti patologici di natura cognitiva e o affettiva) bensì di aiutarlo a divenire libero". L'affermazione è importante soprattutto per quei pazienti che si trovano a vivere in particolari condizioni di dipendenza, come i detenuti o i pazienti

ricoverati in istituti di lungodegenza, persone che, pur soggettivamente in grado di scegliere, si trovano in una condizione di subalternità e dipendenza. (Comitato Nazionale per la Bioetica Psichiatria e salute mentale: orientamenti di bioetica Roma, novembre 2000)

⁴ Fra le situazioni gravi rientrano quelle dei pazienti autori di reato internati negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari.

⁵ Questa è la ragione per cui i Dipartimenti di salute mentale in Lombardia afferiscono alle Aziende Ospedaliere

⁶ La sussidiarietà orizzontale affida alle reti di aiuto informale dell'associazionismo e della famiglia - in particolare alla disponibilità delle donne - il peso dell'assistenza e della cura dei soggetti più vulnerabili

⁷ Il Piano affronta il problema nel capitolo 3 dedicato all'Ospedale Generale e nel capitolo 4 quando si parla di controllo di qualità a proposito di tutela dei diritti degli utenti e della "sicurezza".

⁸ Al comma 1 dell'articolo 1 si dichiara fra gli scopi della legge quello del "minor ricorso possibile alle misure private delle libertà" e a tale riguardo è sottolineato il ruolo delle ASL, dei Piani di Zona.

Strumenti per la famiglia

Due volumi per riflettere sulle principali problematiche della famiglia di oggi e proporre opportunità e strumenti operativi - descritti con linguaggio accessibile ma puntuale - per affrontare situazioni complesse.

Che fine ha fatto Peter Pan esplora le potenzialità dell'arteterapia e del gioco nello sviluppo del bambino, e nella maturazione del suo equilibrio interiore. In particolare il libro, rivolgendosi a genitori ed educatori, spiega come attraverso la stimolazione creativa del piccolo - con il gioco e l'arte - sia possibile educare alla convivenza umana, all'attenzione verso l'altro e all'accoglienza della diversità. **Separati ma genitori** è la storia di una giovane coppia separata per parlare della mediazione familiare come occasione per gestire in modo civile e responsabile le incomprensioni, la rabbia nei confronti del partner, senza dimenticare delle responsabilità dell'essere genitori. Il mediatore può aiutare le coppie separate (o che stanno affrontando la separazione) a ricostruire un dialogo e prendere insieme le decisioni genitoriali necessarie per far comprendere ai figli nel modo meno traumatico la nuova situazione familiare.

M. Bettetini, **Che fine ha fatto Peter Pan?**, San Paolo, Cinisello Balsamo 2005, p. 131, Euro 7,50; D. Galli, C. Kluzer, **Separati ma genitori**, San Paolo, 2005, p.108, Euro 7,00.