

Luigi Benevelli **Lombardia: un caso di psichiatria “embedded”**¹

La stanchezza che il quotidiano lavoro per “resistere” ad un degrado della sanità ed in particolar modo della psichiatria dei servizi “pubblici”, degrado ormai sotto gli occhi di tutti e, tuttavia, segreto da nascondere da parte di politici, amministratori, e, purtroppo anche da parte di colleghi sedotti dal luccichio di una dirigenza ed una visibilità insignificante, fasulla anche se politically correct, con provvedimenti inutili, tentativi di far funzionare organizzazioni disastrose, dipartimenti tutti tesi a far tornare conti e spostamenti (o meglio deportazioni) di decine di pazienti per ragioni meramente di bilancio (e spesso per ragioni ancora più squallide), interventi rassicuratori per l'opinione pubblica da parte dei nostri amministratori, foglie di fico ormai logore e in alcuni casi ridicole quanto grottesche, spesso ci conduce, almeno personalmente è così, a rinunciare anche a credere che con certi interlocutori ci si possa ancora confrontare su un piano clinico o quanto meno che esista ancora un minimo rispetto di quell’“utenza” di cui molti si riempiono la bocca a sproposito, salvo poi occuparsi di interessi particolari ammantati da quello scientismo che ormai sta distruggendo il lavoro di chi ancora vorrebbe fare seriamente il proprio lavoro. (...) E non è da meno chi si fa portavoce di certi temi con il solo scopo, narcisistico, di “usare” tali temi, il malessere generale e la sofferenza altrui in modo strumentale per crescere la propria visibilità. Quanti di quelli che scrivono tanto e appaiono molto si stanno muovendo per cambiare “realmente” qualcosa dei servizi ove operano e non invece non stanno cercando trampolini di lancio per abbandonare quegli stessi servizi al proprio destino e liberarsi di un fardello pesante sulla cui possibilità di miglioramento ormai non si crede più pur continuando a sponsorizzarlo? E quanti poi, pur predicando bene, razzolano poi male nei luoghi ove realmente potrebbero, mettendo un po' della propria pelle al sole, operare piccoli cambiamenti quotidiani senza scendere a compromessi spesso vergognosi per chiunque a maggior ragione per chi ha scelto una professione votata a occuparsi della sofferenza altrui? (Fabio Canegalli, coeditor di POL.it)

Ho tratto la testimonianza del dr. Canegalli, medico psichiatra del Dipartimento di Salute Mentale di Pavia, un dipartimento a gestione universitaria, dal suo intervento del 7 gennaio 2006 sulla mail list di PSIC ITA. La lettera segnala la condizione di smarrimento e disagio in cui versano molti operatori della psichiatria pubblica lombarda. E se è così per gli operatori professionali, figurarsi per utenti e famiglie! Perché ciò sta accadendo oggi nella più ricca e popolosa regione italiana, quella che più orgogliosamente ha difeso le proprie prerogative, che ha voluto costruire nell’arco di dieci anni un proprio sistema di benessere sociale?

La salute non è un prodotto che si compera, ma un progetto non delegabile (Franco Rotelli 2002) 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 il pregiudizio (di cui spesso sono portatori anche gli operatori professionali dei servizi). Per questo le questioni connesse al concreto esercizio del diritto alla salute mentale sono un indicatore molto sensibile del dove, magari con le massime buone intenzioni, si può andare a finire.

Nel suo terzo appuntamento nazionale, 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 modello di *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 incorpora il protagonismo e le risorse di utenti, reti e legami sociali.

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.

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 stessa 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 libertà di scelta in psichiatria

La libertà di scelta e la responsabilità degli operatori

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 della 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. E si aggiunga che nella negoziazione e gestione dei progetti di salute è sempre da ricercare anche il consenso delle famiglie e di tutti i partner coinvolti nel progetto di trattamento.

I professionisti della psichiatria pubblica non hanno mai pensato tutti allo stesso modo né mai universalmente condiviso opinioni e scelte circa i trattamenti ottimali. 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: chi lavorava nel manicomio ha sempre potuto scegliere fra abbandono, maltrattamenti, terapia morale, terapie di shock, internamento a vita, umanizzazione, riabilitazione, buone dimissioni. E oggi, a manicomi chiusi, ciascun operatore dei servizi di salute mentale, in ogni situazione, ogni volta, tutti i giorni, sceglie fra abbandono, maltrattamenti, diversi trattamenti farmacologici, trattamenti psicoeducativi, riabilitativi, comunitari, psicoterapie individuali e di gruppo e quant'altro ancora. Per il suo rilevante potere, 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 scelte.

Oggi nella pratica sanitaria il rispetto dell'autonomia individuale è ritenuto un valore fondamentale³: 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 bene⁴.

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 "ogni persona adulta ha un diritto di ricevere esami diagnostici, una diagnosi, informazione completa, consigli e consultazione, e dopo di ciò di determinare se e quali operazioni o trattamento sottoporsi e quindi ha diritto di rifiutare i trattamenti medici, per quanto irragionevole e stupido possa sembrare agli occhi dei suoi medici curanti" *Guida all'esercizio professionale per medici chirurghi*, Torino, 2000.

⁴ Al riguardo, il parere del Comitato Nazionale per la Bioetica afferma 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 (...) va precisato che

La libertà di scelta dei pazienti

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.

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"⁵, 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 che 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. E' 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 introdotta 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.

I trattamenti intervengono sui livelli biologico, psicologico, sociale e culturale. 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.

Vi è anche chi giudica inutile e fallimentare la psichiatria di comunità: ad esempio il prof. Cassano, clinico dell'Università di Pisa, una decina d'anni fa affermava: "Il processo di ultraspecializzazione (della psichiatria) in aree distinte con competenze definite avrà inevitabili ripercussioni sull'organizzazione delle strutture. Si

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)

⁵ Fra le situazioni gravi rientrano quelle dei pazienti autori di reato internati negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. Qui il volto più drammatico e inquietante è dato dal fatto che le condizioni della reclusione in una struttura che è carceraria e ospedaliera psichiatrica, sono di ostacolo al diritto al miglior trattamento sanitario e sociale possibile. E' inaccettabile che un paziente grave, con forti percorsi di emarginazione in corso perché internato, abbia opportunità di cura e riabilitazione più povere.

costituiranno pertanto poli di eccellenza regionali o nazionali in grado di sviluppare modelli diagnostici e terapeutici ultraspecializzati. Analoghi centri provinciali assumeranno funzioni di collegamento con chi opera nelle strutture della comunità. Si potrà così *frenare il processo di degradazione dei servizi ed il presente isolamento scientifico e culturale* che di fatto genera un rapido decadimento del sapere e del saper fare nei diversi settori dell'assistenza psichiatrica". Egli descriveva lo psichiatra del DSM come un professionista ignorante e poco aggiornato che "limita il campo di azione ad un ascolto compassionevole e partecipato, sostanzialmente rinunciatario e comunque permeato di scetticismo e pessimismo verso la prognosi e la terapia, circoscrivendo l'operatività ad interventi prevalentemente assistenziali". Su questa lunghezza d'onda si sono mosse le iniziative di attivazione di servizi specialistici, per lo più in rete con cliniche universitarie o imprese della sanità privata, per i trattamenti dei disturbi del comportamento alimentare o delle depressioni.

Un'altra critica radicale imputa invece alla psichiatria pubblica italiana post-180 di essere inadeguata alla gestione delle situazioni gravi: l'associazione di familiari ARAP, in occasione della Prima Conferenza Nazionale per la Salute Mentale (Roma 10-12 gennaio 2001) protestava che "*non si può affidare la cura ad un malato la cui stessa malattia non gli permette di ragionare*". Continuare a trincerarsi dietro la "libera scelta" di un individuo che ha diritto di non curarsi quando è proprio il suo cervello che non gli permette di essere razionale e di capire quali sono i suoi immediati interessi è ipocrisia". Sarebbe proprio la ricerca del consenso del paziente a produrre gravi danni alla persona e situazioni intollerabili nelle famiglie.

Anche le proposte di modifica della legge 180/1978 dell'on. Burani Procaccini hanno enfatizzato la necessità che al paziente ed alla famiglia sia garantita la libertà di scegliere il curante e dove curarsi, ma prescrivono per alcuni pazienti ricoveri coatti di lunga durata in strutture fino a 50 posti letto collocabili anche nei manicomi chiusi alla fine del 1999. Le posizioni citate portano a suddividere 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, specie quella di dire di no. Questi ultimi dovrebbero essere obbligati ad una lunga coazione senza diritti.

Ma per svuotare la psichiatria di comunità non è necessario oggi aspettare 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 al costituirsi di sanità regionali non più 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 equità 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 servizi di salute mentale.

La ricerca del consenso e la libertà di scegliere non sono quindi né pacifiche, né acquisite, né assolute.

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. Il liberismo costruisce le condizioni per mettere il cittadino 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. Il welfare lombardo celebra la soggettività, esternalizza i servizi, garantisce livelli che chiama minimi (non essenziali). La Regione Lombardia ha voluto la separazione tra soggetto fornitore di prestazioni (aziende ospedaliere pubbliche e strutture private accreditate) e acquirente (le Asl)⁶. 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", stipulando contratti di fornitura con le strutture erogatrici di prestazioni, acquistando servizi dalle strutture pubbliche o

⁶ Questa è la ragione per cui i Dipartimenti di salute mentale in Lombardia afferiscono alle Aziende Ospedaliere

private accreditate (i requisiti per ottenere l'accreditamento sono gli stessi per le aziende pubbliche e private). Le parole ricorrenti in tutti i documenti della giunta regionale - sussidiarietà⁷, partenariato, libertà di scelta - ridefiniscono un rapporto con i cittadini che salta di netto l'universalità e l'esigibilità dei diritti sociali. La scelta delle opportunità migliori del cittadino si pretende dovrebbe essere garantita dalla competizione tra soggetti produttori di servizi, non dalla programmazione che si limita all'adozione del sistema dei tetti⁸. Il pubblico trasferisce ai singoli cittadini risorse sotto forma di titoli sociali (buoni e voucher)⁹. 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 del mantenimento e dello sviluppo 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 molto frammentato con la marginalizzazione del ruolo degli enti locali come soggetti regolatori e di garanzia nel sistema di protezione sociale.

La giunta assegna il potere di gestione e quello professionale sulla base di rapporti fiduciari 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 2002-2004 e il Piano salute mentale 2003-2005

Il piano socio sanitario 2002-2004 si è mosso in una direzione diversa rispetto alla legge 328/00¹⁰, ha ridimensionato il ruolo della Regione come proprietario e gestore della rete pubblica dei servizi in nome dei principi della legge regionale 31/97: libertà di scelta, piena parità di diritti e doveri tra strutture di diritto pubblico e strutture di diritto privato, separazione fra chi acquista e chi produce, Aziende Ospedaliere trasformate in soggetti di diritto privato, libertà di scelta del cittadino, ASL soggetti pubblici di programmazione, controllo e acquirenti delle prestazioni. Le ASL riducono al minimo l'impegno nella prevenzione, escono dalla gestione delle attività socio-sanitarie che affidano 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 contiene indicazioni per l'*assistenza psichiatrica*, partendo dalla critica che i servizi psichiatrici non sono oggi adeguatamente funzionali ai bisogni della popolazione. Fra gli 11 obiettivi di salute e benessere sociale, la salute mentale è collocata al 2° posto, dopo il materno infantile, tutela dei minori e adolescenti e vi è una forte sottolineatura della necessità di potenziare i servizi per i minori e gli adolescenti. La psichiatria (SPDC) in Ospedale è inserita fra le specialità a più elevata assistenza. E' prevista la possibilità di accreditare anche UOP private, dotate di strutture ospedaliere, residenziali, semiresidenziali e ambulatoriali.

⁷ 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.

⁸ Il sistema dei tetti lascia ai produttori di prestazioni ospedaliere la libertà di scegliere "come" raggiungere il tetto, quale mix di prestazioni erogare e in quanto tempo mentre il sistema a tariffa incentiva in modo fisiologico la produzione di prestazioni o lo spostamento della produzione su prestazioni maggiormente remunerative, ponendo al modello lombardo, più che agli altri sistemi, il problema dell'appropriatezza delle prestazioni. In questo contesto, *l'empowerment* del cittadino, fuori da un contesto di programmazione, porta con sé fenomeni di iperproduzione sanitaria e, di conseguenza, di inappropriata delle prestazioni.

⁹ I *buoni o assegni di cura* sono soldi erogati a sostegno del lavoro di sostegno non-professionale- tendono a consolidare il ruolo ancillare della donna.

I *voucher* sono titoli per l'acquisto di pacchetti di prestazioni da parte di operatori professionali

¹⁰ prevede la realizzazione di un sistema integrato di servizi sociali attraverso un processo di programmazione partecipata degli interventi e delle risorse, a capo dei comuni singoli o associati.

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 Provincia¹¹.

Il **Piano Regionale triennale per la Salute Mentale** lombardo¹² ha sviluppato le indicazioni del piano sociosanitario. Esso assembla una grande varietà di contributi, elaborazioni e proposte protocolli e linee-guida, quasi tutti da parte di medici psichiatri. Non mi soffermo sulle parti positive e innovative nelle quali si esaltano la dimensione comunitaria dei servizi, la loro declinazione nella varietà delle situazioni locali, con una forte spinta al raccordo con la medicina di base, il Distretto socio-sanitario, i Piani di Zona, la partnership di utenti, famiglie, cooperazione sociale, volontariato, risorse locali profit e non-profit.

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) Nessun rimpianto per gli anni '80 nei quali era stato creato un assessorato a sé per "psichiatria, tossico e alcoldipendenze, epilessia" separato da quello della sanità e da quello dell'assistenza; ma il piano lombardo non ha un governo, una "cabina di regia" a livello regionale. Il compito di gestire è delegato ai Direttori Generali delle Aziende Ospedaliere Sanitarie, che però 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 operatori. 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 delineato dal piano lombardo. Ad esempio, in tema di contenzioni¹³, 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.

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>L'articolo prevedeva sanzioni amministrative e penali caso di abuso</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>Non è prevista alcuna sanzione in caso di abuso</p>

- salute mentale in carcere e OPG: le sentenze della Corte Costituzionale 253/2003 e 367/2004 sono

¹¹ Le attività di assistenza psichiatrica strutturate in Unità Operative e Dipartimenti di Salute Mentale, fanno attualmente capo alle singole Aziende Ospedaliere che operano su scale territoriali più ridotte di quelle della Provincia.

¹² Approvato con delibera della Giunta Regionale n. 7/17513, il 17 maggio 2004

¹³ 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".

intervenute sugli automatismi che consentivano l'internamento in OPG di un paziente autore di reato dichiarandoli in parte illegittimi e aprendo spazi importanti di lavoro ai Dipartimenti di salute mentale in ordine alla scelta dei luoghi e dei trattamenti del paziente autore di reato. 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. Non la separazione quindi, ma le sinergie fra apparati di giustizia, controllo sociale e cura per il trattamento efficace delle situazioni complesse e difficili¹⁴. Quanto alla Regione Lombardia, 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 stata attribuita all'Assessorato alla Famiglia. Le parti hanno riconosciuto la necessità di interventi per la tutela del diritto alla salute e, in tale ambito, quello della salute mentale¹⁵. Il 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. Pertanto, anche l'affermazione che riconosce la "titolarità del DSM di riferimento rispetto al trattamento e al progetto personalizzato", resta vuota di contenuti e significato. Un esempio clamoroso è stato il silenzio della Regione (e dell'Azienda Ospedaliera di Mantova) sulla vicenda della Comunità per minori aperta nell'estate 2004 nell'area dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Castiglione delle Stiviere. Tale vicenda ha avuto risonanza nazionale perché è apparso evidente che non si possono curare bene ragazze e ragazzi che soffrono di gravi disturbi e provenienti da tutta Italia rinchiudendoli in un OPG, separati da una rete di recinzione dagli altri adulti che vi sono internati. L'OPG di Castiglione delle Stiviere gode di una situazione favorevole, 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. La regione non se ne occupa e il Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera non prende iniziative. Anche la legge n. 8 "Disposizioni per la tutela delle persone ristrette negli Istituti Penitenziari della Regione"¹⁶ non prevede impegni per la popolazione delle persone internate negli OPG¹⁷.

e) La riqualificazione delle strutture residenziali psichiatriche ha costituito uno degli obiettivi qualificanti del Piano Salute Mentale. L'ambito della residenzialità psichiatrica è stato quello in cui più importanti e diffusi sono stati gli investimenti della cooperazione sociale di tipo A e di enti religiosi. Le strutture esistenti ed operanti, organizzate e classificate secondo i livelli di protezione offerti, sono state giudicate in numero eccessivo e dal funzionamento discutibile perché molto costose, poco specializzate, rare le dimissioni dei pazienti. Il perché della situazione critica sta nel fatto che queste residenze erano state allestite per accogliere le tante persone che alla fine degli anni '90 stavano ancora nei 12 manicomi pubblici della regione. Le residenze avevano finito col fare tutte le stesse cose, senza perseguire obiettivi di recupero e abilitazione il cui raggiungimento favorisce possibilità di buone dimissioni. 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

¹⁴ Tutto questo sulla base dei seguenti assunti: La salute mentale non è un bene da imporre; Se una persona con disturbi mentali è violenta, la violenza non è dovuta alla malattia mentale, ma vi giocano altre variabili.

I vantaggi delle politiche di inclusione sono di gran lunga superiori a quelle di esclusione.

A Codice Penale invariato, per il superamento dell'OPG si sono andate definendo linee-guida, esperienze che hanno visto protagonisti in particolare alcuni DSM (a partire da Trieste), alcune Regioni, l'Osservatorio sulla tutela della salute mentale del Ministero della Sanità nel 1997.

¹⁵ V. paragrafo 1 B e nota sugli strumenti e le procedure di attuazione

¹⁶ al comma 1 dell'articolo 1 si dichiara fra gli scopi della legge quello del "minor ricorso possibile alle misure privative delle libertà" e a tale riguardo è sottolineato il ruolo delle ASL, dei Piani di Zona.

¹⁷ Vi è un unico velato accenno alle questioni di ordine psico-sociale al comma 6 dell'art. 1 dove si afferma l'impegno della Regione a "individuare strutture terapeutiche idonee per gli adolescenti"

differenziazione e la specializzazione con l'effetto anche di rendere più equa la remunerazione per i gestori. L'elaborazione dei primari psichiatri lombarda è stata sostanzialmente recepita nella **Circolare 49 San** dell'autunno scorso. E' un documento che ha scatenato grandi allarmi e vivacissime polemiche, tanto da essere "congelato, e che contiene ed esplicita tutti gli assunti della "psichiatria ufficiale" lombarda. Queste i suoi principali caratteri:

- la circolare adotta e introduce, in analogia con quanto già avvenuto in geriatria, i *DRG* nell'assistenza psichiatrica.
- 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 psicogeriatrics. Anche se per la geriatria delle RSA lombarde, dopo l'adozione dei *DRG* geriatrici (le schede *SOSIA*) per la remunerazione delle prestazioni, le demenze ufficialmente non esistono;
- ai territori non è riconosciuta autonomia. Infatti 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 il consenso delle persone con disturbo mentale

Conclusioni

- 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, soppesare i pro e i contro, conoscere le possibili alternative. La teoria economica classica presuppone 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 capire l'insostenibilità e l'iniquità del modello lombardo.
- La Regione Lombardia ha ignorato le indicazioni e le priorità del progetto obiettivo nazionale "Tutela della salute mentale 1998-2000", i vincoli di rispetto degli standard servizi/popolazione. 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. Non ci si dovrebbe permettere di disfare i servizi a dimensione pubblica che, più o meno efficienti, saranno sempre per loro natura e ineludibile cultura orientati da un'etica pubblica che quando anche mal praticata, li fonda comunque, ne giustifica l'esistenza e non possono uscire definitivamente da essa pena la loro stessa autodistruzione. In Lombardia proprio le persone e le famiglie con basso potere contrattuale, caricate di stigma, quelle che non sanno o non possono scegliere, che dovrebbero essere aiutate, accompagnate, sostenute nelle scelte sono o abbandonate a se stesse o coartate.
- 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 si pensa che tutti i soggetti sono messi in concorrenza fra di loro, il socio-sanitario dipende direttamente dalla Regione mentre il sociale dipende dai Comuni. Il luogo ipotizzato per l'integrazione è il Distretto,

un'agenzia di una ASL che però può solo comperare e controllare senza gestire qualsiasi tipo di attività. 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.

- 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, per fare un esempio, essendo l'offerta di residenzialità protetta quasi del tutto saturata dai dimessi dai manicomi, è impedita l'accoglienza di nuovi utenti che non hanno avuto l'esperienza del manicomio, spesso portatori di disturbi mentali anche più gravi.
- Non si è posto fra gli obiettivi generali, 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.
- 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 sociosanitario-assistenziale. Non può essere chiamato "innovazione" il riordino delle residenze protette in un assetto neo-manicomiale del circuito assistenziale.
- Risalta l'atteggiamento accentratore e dirigistico della giunta regionale perché 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 contenute.
- Il piano salute mentale evidenzia culture **professionali** che nulla hanno a che fare con la salute mentale e con la psichiatria di comunità, dimensioni e attività alle quali notoriamente non si attagliano strumenti di come i DRG che sono stati 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.
- La cappa di pesante conformismo che pesa sul mondo della sanità lombarda fa sì che, a fronte delle critiche, i funzionari dell'assessorato regionale alla sanità sostengano che tutti i soggetti, dalle associazioni dei famigliari agli psichiatri della Lombardia si riconoscano nel Piano salute mentale. Con questo facendo passare per *consenso* al piano e alla sua stesura il fatto che molti abbiano dato il loro contributo di idee e proposte.
- 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.
- Il riconoscimento e la legittimazione di tutte le pratiche e gli stili di lavoro, anche assai difformi fra di loro, dei singoli dirigenti dei servizi di salute mentale spiega come, paradossalmente, 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 il 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*.

La salute mentale è questione troppo seria per essere promossa secondo triti "riti ambrosiani".

Milano, 2 febbraio 2006