

LA “SECONDA” CONFERENZA NAZIONALE PER LA SALUTE MENTALE
Università La Sapienza - Roma, 14-15 giugno 2019

A cura di Renato Frisanco - Fondazione Internazionale Don Luigi Di Liegro

Il contributo che segue presenta in sintesi i temi e i principali contenuti affrontati da relatori e partecipanti nelle due giornate della Conferenza¹.

La Conferenza Nazionale per la salute mentale che si è tenuta a Roma nei giorni 14 e 15 giugno segue di ben 18 anni quella organizzata dal Ministero della Sanità a guida Umberto Veronesi. La Conferenza, unitaria e autoconvocata per iniziativa dell'UNASAM con l'adesione di altre 113 organizzazioni di Terzo settore (Associazioni, cooperative sociali, Fondazioni, Organizzazioni di volontariato), rompe il “silenzio” istituzionale rifacendosi al “principio di sussidiarietà”, divenuto costituzionale nel 2001, anno della prima Conferenza. L'evento nazionale è stato preparato attraverso un preliminare percorso attraverso l'Italia dalle Conferenze Regionali e da altri incontri locali (31 in totale) con un appello che richiama le tre parole chiave che ne coagulano il significato: **diritti, libertà, servizi**.

La salute mentale non può prescindere dal rispetto dei **diritti di cittadinanza** delle persone con disturbi mentali, riconoscendone i requisiti di dignità e le condizioni di uguaglianza rispetto agli altri cittadini. Il fine della presa in carico delle persone con disturbi psichici consiste nel raggiungimento dei loro possibili livelli di cittadinanza.

Senza **libertà** (la “libertà è terapeutica” recitava uno slogan dell'ex- O.P. di Trieste) non vi è cura e riabilitazione efficace, anche di pazienti con disturbi severi e persistenti. Solo nello sforzo di riconoscere la libertà e la singolarità delle persone è possibile entrare in relazione ed aiutarle. Ciò significa in particolare: superare le “porte chiuse” dei reparti ospedalieri e l'uso di forme di contenzione; riconvertire i posti letto delle strutture di ricovero-contenimento-cronicizzazione di qualunque tipo in posti di residenzialità autonoma; superare l'intervento ambulatoriale prettamente bio-medico con una presa in carico multidisciplinare guidata da un progetto terapeutico riabilitativo personalizzato dove contano anche i desideri e la volontà del soggetto-paziente insieme alla collaborazione della famiglia.

Infine, occorre salvaguardare i **servizi**, oggi ridotti o depotenziati da un *Welfare* indebolito, nonché bisognosi di riorganizzazione alla luce dei cambiamenti della domanda (es., casi di doppia diagnosi per una connessione tra nuove e vecchie dipendenze e disturbi psichici), di una strategia più avanzata (es., continuità assistenziale nell'età evolutiva tra i servizi, prevenzione e intervento precoce, *recovery* e non solo

¹ Le sintesi dei lavori di gruppo delle sei sessioni tematiche sono state visionate ed eventualmente integrate dai sei Rapporteur così come l'intervento di Fabrizio Starace.

cura, valore aggiunto della rete delle competenze e delle risorse, coinvolgimento famiglie e utenti esperti, integrazione con le aree sociali e del Terzo settore, uso del *budget* di salute) e della necessità di potenziare il lavoro nella comunità territoriale per l'inclusione sociale delle persone (casa, lavoro, socializzazione).

Venerdì 14 giugno

Coordinamento di Stefano Cecconi e Maria Grazia Giannichedda

Dopo il saluto del Direttore di Dipartimento Economia e Diritto dell'Università La Sapienza di Roma, **Silvia Fedeli**, ha inizio la Conferenza.

Aprè i lavori **Gisella Trincas presidente dell'UNASAM** che spiega necessità e senso della Conferenza nella situazione estremamente problematica in cui versa oggi la salute mentale nel nostro Paese. Il settore è, infatti, alle prese con molteplici criticità in termini di risorse umane e strutturali, di qualità dei servizi, della loro organizzazione e gestione, con frammentazione degli interventi e diseguaglianze nei trattamenti e nei "percorsi di cura". Tale situazione risente anche di un arretramento culturale del settore. Tuttavia vi sono alcune straordinarie esperienze di "buone pratiche" di cui tener conto e da estendere (es. residenzialità leggera, prevenzione del disagio giovanile e prevenzione precoce, riabilitazione sul territorio nelle strutture della normalità, rapporto CSM e Distretto). La Conferenza non vuole essere un evento "contro" il Ministero della Salute, che ha peraltro conferito il suo patrocinio, né contro le Regioni, ma vuole portare il contributo di analisi e riflessione dei più diretti *stakeholders* (utenti, familiari e operatori) e avanzare alcune necessarie e urgenti proposte di cambiamento. Inoltre la Conferenza è un'occasione per parlare all'opinione pubblica nell'intento di superare i *pregiudizi* che anche oggi inducono stigma ed emarginazione.

La rappresentante dell'**Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)**, **Dévora Kestel**, si sofferma anzitutto sul dato epidemiologico che segnala un aumento del disagio psichico negli ultimi 3 anni nell'arco di tutte le età della vita, anche a seguito del ruolo oggi più incisivo dei "determinanti sociali" della salute. In termini di politiche del settore i 194 stati membri dell'OMS nel Piano d'azione per la salute mentale 2013-2010, hanno indicato per la prima volta la priorità dell'integrazione socio-sanitaria e hanno ribadito l'importanza della prevenzione (intervenire prima per ridurre danni e costi) e della ricerca (i dati sulla qualità dell'offerta e sulle evidenze scientifiche degli interventi). La Kestel, infine, rileva la forte disuguaglianza di opportunità delle cure e nella qualità delle stesse nei diversi Paesi e lo scarso investimento economico nel settore in termini di spesa (il 2% di quella sanitaria, in media). Emblematico della ridotta capacità di presa in carico dell'utenza potenziale da parte dei servizi è il dato che attesta come nei Paesi occidentali più ricchi solo il 22% delle persone con diagnosi di depressione severa riceve

aiuto e ricorda che i disturbi mentali possono generare disabilità psico-sociali. Richiama, infine, il concetto di centralità della persona i cui bisogni vanno compresi nella loro globalità e le risposte necessarie richiedono l'apporto di una rete di servizi integrati, con risorse/interventi formali e informali.

La **tavola rotonda** che segue coordinata da **Massimo Cirri** (conduttore di "Caterpillar") riporta le testimonianze di tre persone² che hanno intrapreso con successo un percorso di *recovery* a dimostrazione che dal disturbo si può uscirne, e in qualche caso anche guarire, attraverso la ricostruzione di un progetto di vita che nei casi specifici comprende un impegno associativo per aiutare altre persone alle prese con disturbi psichici o per essere veicolo comunicativo positivo. Inoltre le esperienze evidenziano che cura e riabilitazione sociale, cura e funzionamento sociale della persona, cura e inclusione vanno di pari passo.

Interventi di rappresentanti di istituzioni e organizzazioni

Alessio Amato, Conferenza delle Regioni e P.A.

Riferisce che il "Patto per la Salute" non si può attuare senza la certezza di risorse adeguate. L'Italia è tra i Paesi europei che investe meno per la salute (mediamente 2 punti % del PIL in meno). Non solo le risorse economiche e umane diminuiscono ma sono insufficienti a sostenere politiche di inclusione (lavoro, abitazione) che gravano quasi solo sul fondo sanitario. Il Piano di azione nazionale sulla salute mentale emanato dalla Conferenza Stato-Regioni nel 2013 non è servito a ridurre le "troppe differenze tra le Regioni", sia in termini di disegualianza di risorse che di disomogenei modelli di tipo culturale, organizzativo e amministrativo. Oggi si impone una battaglia per affermare il diritto alla cura e all'inclusione sociale.

Pier Franco Maffé, Anci Nazionale

Il ruolo dei Comuni è fondamentale per garantire l'integrazione tra il sociale e il sanitario, soprattutto rispetto a tutto ciò che promuove inclusione sociale. E' bene al riguardo che i Comuni mettano a disposizione il loro patrimonio immobiliare per favorire opportunità di "residenzialità leggera" dei pazienti psichici nel loro percorso di *recovery*. In questo senso è importante anche il sostegno ad iniziative di inserimento lavorativo. In generale, a fronte di una legislazione rispettosa dei diritti dei cittadini e alla tendenza a operare in un *Welfare* di comunità, l'organizzazione dei servizi é carente. Sul fronte culturale l'Ani si sta impegnando con campagne di comunicazione e sensibilizzazione per il superamento dello stigma in modo da creare le condizioni per l'inclusione (di cui lo

² Sono Arturo Cannarozzo della coop. La Collina di Trieste, Marisa Depau di radio Onde Corte di Cagliari e Cosimo Venerito del Movimento Rompiamo il silenzio di Puglia.

slogan: “*Da vicino nessuno è normale*”). Secondo il rappresentante dell’ANCI occorre altresì favorire l’operatività del Terzo settore, una miniera inesauribile di risposte che nessun altro soggetto è in grado di offrire.

Ignazio La Ganga, segretario nazionale della CISL

Riferisce che la dotazione degli organici dei servizi di salute mentale risale al 2004 e oggi “la coperta è troppo corta”, a significare che mancano risorse e che il settore non è all’apice dell’agenda politica. Questo, infatti, è visto come voce di costo e non come un investimento. Basti pensare al problematico finanziamento dei nuovi LEA (livelli essenziali di assistenza). Inoltre le differenze “enormi” tra le Regioni sono oggi motivo di preoccupazione anche in vista della reclamata “autonomia differenziata”. In coerenza con il concetto di centralità della persona occorre rafforzare i servizi del territorio trovando un maggior equilibrio rispetto a quelli ospedalieri. Vanno altresì sollecitate le “buone pratiche” e denunciate le “cattive pratiche”. Le prospettive della salute mentale non sono affatto rosee anche a fronte dell’aumento del disagio psichico tra la popolazione.

Silvana Roseto, Segretaria nazionale UIL

Il fattore culturale nella salute mentale è oggi quello dirimente. Come sindacato l’impegno è in particolare quello di affrontare il tema dell’inserimento lavorativo dentro una cornice di sviluppo sostenibile che tenga insieme uguaglianza, conciliazione vita-lavoro, ambiente, fattori del benessere. Nel bilancio del benessere la salute mentale è al primo posto, è criterio di qualità della vita. Ribadisce, infine, che la salute mentale è un investimento e non una spesa, soprattutto se si fa prevenzione fin dai primi sintomi.

I lavori della mattinata si chiudono con la relazione di **Fabrizio Starace, Presidente della Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica (SIEP)**.

Il tema della sua relazione è il punto focale della Conferenza: “**investire sulla salute mentale**”. I dati e le analisi condotte dalla SIEP evidenziano le “invarianze di sistema” su cui si deve intervenire. Vi è anzitutto un problema di risorse, dato che alla salute mentale va lo 0,2% del PIL (l’1% in Gran Bretagna), con importanti disuguaglianze nella spesa tra le Regioni (dal massimo della Provincia Autonoma di Trento al minimo della Basilicata). C’è da chiedersi: quanto costa non investire in salute mentale? Basti pensare alla caduta di produttività connessa con i disturbi mentali (quasi doppia rispetto a quella dei malati di tumore).

Le disuguaglianze tra le Regioni riguardano anche il “*coverage*”, ovvero la copertura della domanda. Quale proporzione dei disturbi psichici viene intercettata dai DSM? Solo una piccola minoranza, tra le persone con disturbi psichici comuni è il 10%.

Disuguaglianze si rilevano poi nei processi di cura, dall'utilizzo dei posti letto per acuti, alla prescrizione di antidepressivi e antipsicotici (questi calano nei DSM dove vi è più personale); alla permanenza nella residenzialità (di durata più o meno lunga).

L'Italia della salute mentale è nelle ultime posizioni in Europa per quanto concerne le risorse umane, per cui si calcola che i servizi psichiatrici siano in grado di rispondere appropriatamente solo al 56% del fabbisogno - rappresentato dall'utenza che arriva ai servizi - non della prevalenza reale. L'indebolimento del *Welfare* tocca in particolare la salute mentale in quanto è "l'ultimo e più debole settore della sanità pubblica". E "non è solo questione di soldi", ma anche di modelli culturali ed organizzativi.

Per invertire la situazione, secondo lo psichiatra ed epidemiologo, occorre:

- investire in **sviluppo culturale** data la persistente marginalità dei "determinanti sociali" nei modi in cui si legge la salute mentale. Sussiste un modello biologico, organicistico, medicalizzante che fatica ad integrarsi con un approccio psico-sociale;
- **ampliare e rivedere nei suoi contenuti la formazione professionale** che è ancora fortemente orientata sul modello teorico biologico e su una prassi ambulatoriale-ospedaliera (es.: i criteri di accreditamento delle scuole di specializzazione sono prioritariamente dimensionati sui posti letto) con operatori poco formati su contenuti quali: integrazione socio-sanitaria, progetto individuale multidisciplinare, inclusione sociale. Va altresì contrastata una gestione della formazione continua monopolizzata da enti con importanti interessi finanziari nel settore;
- attivare meccanismi di **ri-certificazione delle competenze degli operatori**, del tutto assenti. Inoltre occorre investire su un **sistema non corporativo** delle professioni che favorisca il confronto interdisciplinare e la sua traduzione nel lavoro di *équipe*;
- aumentare **l'investimento sulla ricerca** in salute mentale - una ricerca in grado di bilanciare autonomia e utilità sociale - con l'obiettivo di verificare la ricaduta della operatività dei servizi in termini di "evidenze scientifiche";
- rafforzare le **azioni contro lo stigma e il pregiudizio** nei confronti delle persone con disturbi psichici nelle nostre comunità;
- **chiamare a partecipare** alle decisioni degli organi che programmano e monitorano la salute mentale - Consulte di Dipartimento e Regionali e Comitati Consultivi per la salute mentale - rappresentanze dei diretti interessati, utenti e familiari - e **prevedere la presenza di "pazienti e utenti esperti"** nelle *équipe* dei CSM;

- **rivedere il governo del sistema** evitando il “trascinamento” dei DSM negli accorpamenti aziendali (mega-ASL e mega-DSM) ma anche una diluizione del DSM nei Distretti Sanitari (es. Toscana) o la riproposizione della centralità ospedaliera (es. Lombardia);
- **riorganizzare i DSM** superando in tutto il Paese i modelli “a silos” per incorporare in un unico sistema, la salute mentale degli adulti con quella dei minori e le dipendenze (impensabile 40 anni fa oggi “la doppia diagnosi riguarda oltre il 50% dei portatori di disturbi”). È necessario altresì integrare gli interventi di competenza sanitaria con quelli sociali perché i servizi di salute mentale non possono fornire tutte le risposte i bisogni dei pazienti dei servizi;
- definire precisi **standard** qualitativi, quantitativi, tecnologici, strutturali per l’assistenza territoriale in modo da riequilibrare il sistema;
- **riallocare le risorse** passando da un’etica del razionamento ad un’etica che eviti lo spreco e ridurre la quota ancora oggi maggioritaria della spesa per la salute mentale destinata alla residenzialità tradizionale;
- **implementare l’attuazione dei numerosi atti di politica della Salute Mentale** esistenti (leggi, piani, raccomandazioni, programmi, raccomandazioni) e verificare l’appropriatezza dei percorsi di trattamento terapeutico-riabilitativo.

Per andare in questa direzione saranno importanti le indicazioni che deriveranno dal “**Tavolo Tecnico sulla salute mentale**” recentemente istituito presso il Ministero della salute.

Nel pomeriggio vi è stato il dibattito in **sei sessioni tematiche** che hanno suddiviso i partecipanti della Conferenza in altrettanti gruppi di lavoro, i cui risultati sono stati riportati sinteticamente in assemblea nella mattinata del sabato.

Sabato 15 giugno

Coordinamento di Giovanna Del Giudice

Interventi previsti

Pierpaolo Sileri, Presidente Commissione Igiene e Sanità del Senato della Repubblica.

A fronte di una nuova emarginazione dei pazienti psichici - il 50% di coloro che hanno disturbi rimane fuori dai trattamenti, e sono le persone più fragili - delle disuguaglianze nel trattamento su base territoriale e regionale (democrazia è avere la sanità uguale in tutto il Paese) e dei “trattamenti inumani” come la contenzione meccanica, serve una riqualificazione dei servizi di salute mentale e dalle politiche socio-sanitarie. Carente è anche l’intervento precoce per cui il suicidio è oggi la terza causa di morte tra i 15-

6

19enni. Servono strumenti come il *budget* di salute per far cambiare il destino sociale dei pazienti psichici, mentre il posto letto non garantisce la cura, che deve essere a 360 gradi, coinvolgendo il paziente stesso e il suo contesto al fine di un inserimento sociale che si richiami alla solidarietà quale principio costituzionale.

Denise Amerini, Segretaria nazionale CGIL

L'intervenuta fa riferimento anzitutto al tema dei diritti; si tratta di costruire delle alleanze con tutti sui territori - dove si costruisce la partecipazione democratica - per lavorare insieme e superare la paura del diverso: dai rom, ai migranti, ai sofferenti mentali, fino alle diverse fragilità. Rispetto alla contrattazione sociale sindacale occorre alimentare la progettualità dei "Piani Sociali di Zona" per declinare i principi cardine delle politiche di inclusione con interventi a forte integrazione socio-sanitaria e orientati all'inserimento lavorativo che dovrebbe far parte del Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato.

Marilena Giannetti, Dipartimento di Economia e Diritto, Università La Sapienza di Roma.

La docente presenta il nuovo corso di laurea magistrale di secondo livello in economia sanitaria finalizzato a preparare professionisti che siano in grado di valutare gli investimenti nel settore della salute, non solo in termini di redditività ma anche dal punto di vista dell'efficienza e dell'efficacia nel soddisfare i bisogni e nel perseguire gli obiettivi dell'organizzazione sanitaria.

Don Luigi Ciotti, Presidente del Gruppo Abele di Torino e dell'Associazione Libera.

Racconta anzitutto la sua vicinanza al tema della salute mentale dato che il Gruppo Abele di cui è stato fondatore ha preso il nome proprio dal titolo di un'inchiesta di Sergio Zavoli sull'ex-O.P. di Gorizia: "I giardini di Abele" (1968).

Il relatore nel suo accalorato e appassionato intervento ha affrontato il tema della salute mentale nella cornice di una situazione generale caratterizzata dalla crisi della politica e della democrazia, "le realtà più malate del nostro Paese". Da qui le disuguaglianze che "devono essere chiamate ingiustizie come prova del tradimento della nostra Costituzione perché le leggi devono tutelare i diritti, non garantire il consenso". I punti cruciali del suo intervento per la Conferenza, di seguito richiamati, riguardano la disamina sulla legge 180 e alcuni temi che è urgente affrontare nel settore.

La legge 180 a più di 40 anni di distanza è in parte ancora incompiuta condividendo lo stesso destino della nostra Costituzione, che relativamente ai diritti sociali non è applicata fino in fondo. La parziale applicazione della legge non consente la realizzazione delle sue potenzialità e funge da pretesto ai suoi detrattori per far credere che sia

sbagliata, mentre “la legge è giusta ma deve essere applicata e tutt'al più aggiornata all'oggi”. Il timore è che dopo gli attacchi ai migranti, alle ONG, ai Rom, ai poveri possano essere presi di mira i pazienti psichiatrici sulla base del pregiudizio che “lasciati in libertà sono pericolosi, fanno danni e deturpano il decoro urbano. E questo nel nome della sicurezza”. Per questo “non possiamo attendere che si prendano provvedimenti, non possiamo stare zitti e soprattutto non possiamo restare inerti. La speranza per il domani poggia sulla resistenza dell'oggi”.

Per don Ciotti il tema dei diritti non può essere eluso. I diritti sono ciò che una società deve garantire ad ogni essere umano affinché la sua vita sia una vita dignitosa. Nei servizi sociali e sanitari la qualità non può essere ridotta a quantità. Le risorse non devono essere unicamente o prevalentemente utilizzate per le continue emergenze, per creare strutture centralizzate, a maggior economia di scala, a scapito degli interventi territoriali nella comunità. Perché “si va sempre in quella direzione”, mentre c'è invece bisogno di investire sui territori, non per costruire altre istituzioni totali, e possono diventare tali anche alcune strutture che si definiscono riabilitative così come lo sono le molte residenze per persone psichiatriche. “Noi dobbiamo ridurre le residenze e costruire più domiciliarità”. Il bene comune si costruisce a partire dai rapporti umani, dalla capacità di ascoltare, di accogliere le parole dell'altro, le sue speranze, le sue paure, i suoi bisogni. “Non possiamo continuare a difendere, a tollerare un sistema dove le cose contano più delle persone”. Per don Ciotti le tecniche sono importanti ma il primo strumento resta “la relazione, l'accogliere, il riconoscere, l'amare”, e allora è importante e necessario il cambio di paradigma nell'approccio alle persone sofferenti finalizzato al recupero di autonomia, di dignità e qualità della vita evitando il rischio della cronicizzazione, e “molte delle vostre esperienze dimostrano che ciò è possibile”. E' importante l'approccio metodologico che si basa su relazioni costanti, sulla presa in carico della globalità della persona, sull'umanizzazione dei rapporti per offrire opportunità di protagonismo e di valorizzazione delle risorse stesse delle persone sofferenti. E' su questo che bisogna investire nei territori evitando così che l'intervento costi poi molto di più per gli effetti cronicizzanti e disabilitanti delle situazioni di sofferenza. E' necessario realizzare fattive condizioni per “un intervento che sia generativo ed emancipatorio in collaborazione con la comunità territoriale e le sue risorse”, creando spazi di accettazione e di inclusione perché le persone possano rispondere ai loro bisogni di socialità e vedere restituito il senso al loro fare con un riscontro di utilità e di recupero di autoprogettualità.

E' importante anche la collaborazione tra i servizi, altro punto dolente perché i servizi sono sotto organico (“gli anziani se ne vanno e i giovani sono precari”), mentre proprio per garantire una presa in carico globale e la continuità assistenziale è strategica la fattiva collaborazione tra i Centri di Salute Mentale, i Servizi di Tutela della Salute

mentale nell'età evolutiva (TSMREE) e i SERD, in generale, tra tutti i servizi del *welfare* locale.

Sono poi da valorizzare gli "esperti per esperienza" (utenti e familiari che aiutano altri sofferenti), elementi fondamentali in una logica di auto mutuo aiuto, in grado di affiancare gli operatori dei servizi pubblici e degli enti di terzo settore con pratiche efficaci e di cambiamento positivo per tutti. Infine don Ciotti invita a percorrere due strade, ovvero a tener conto di due grandi dimensioni per "un nuovo umanesimo":

- 1) "La necessità di riscoprire la nostra identità comune, l'impegno di tutti per assumerci la responsabilità per l'unità nella diversità". L'Europa deve essere unita nella sua diversità, perché "è necessario rigenerare un **nuovo umanesimo**, un progetto che metta al centro la persona, il lavoro, la ricerca, la conoscenza, le politiche sociali, i servizi, ovvero "tutto ciò che rende la vita degna di essere vissuta". Questo progetto richiede un enorme cambiamento collettivo;
- 2) "L'**ecologia integrale** perché come ci ha ricordato papa Francesco il mondo è un ecosistema", che non si può agire su una parte senza che le altre non ne risentano, non ci sono due crisi separate, una ambientale e una sociale, bensì una sola crisi socio-ambientale. Allora un vero approccio ecologico diventa sempre più un approccio sociale che deve integrare la giustizia nelle discussioni sull'ambiente "per ascoltare quel grido di libertà e dignità che è il grido della terra e dei poveri". Società e ambiente non sono realtà distinte, la cura dell'ambiente e l'impegno per la dignità delle persone sono la stessa cosa: i diritti umani e i diritti della natura.

Conclude sostenendo che solo una società cosciente delle proprie fragilità e contraddizioni è una società unita, aperta, recettiva e solidale ed esorta ad evitare di correre il rischio di sentirsi comodamente dalla parte giusta. "La parte giusta non è un luogo dove stare ma un orizzonte da raggiungere insieme".

Restituzione in plenaria dei risultati del dibattito delle sei sessioni tematiche

1° Gruppo: Disuguaglianze, uniformità e risorse dei Lea: per il diritto alla salute mentale. Rapporteur *Nerina Dirindin (Docente Scuola di Management ed Economia Università di Torino)*

Sulle disuguaglianze sono state fornite alcune statistiche, in particolare sulle disuguaglianze nei processi di cura. Vi sono poi disuguaglianze che riguardano problemi di salute mentale poco conosciuti e di fronte ai quali gli operatori sono impreparati come nel caso dei migranti ("*Siamo in grado di interpretare la sofferenza di persone che vengono da altre culture?*") e dei detenuti (non sempre i servizi sono stati attivati e gli

operatori delle carceri riferiscono di dover lottare per il rispetto dei diritti umani dei detenuti). Hanno avuto la parola anche utenti e familiari che hanno rappresentato, oltre a qualche “buona pratica”, la sussistenza di strutture chiuse che cronicizzano le persone. Sono state evidenziate differenze molto significative nell’offerta dei servizi e anche nel mondo della cooperazione sociale dove si denunciano tentativi di esternalizzazione di deriva privatistica, securitaria e *for profit*, ma anche esperienze di cooperazione sociale che gestisce “residenzialità leggera” e che chiede di essere incentivata per evitare l’istituzionalizzazione delle persone.

Il secondo argomento affrontato è quello dei **Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)**: è stato chiesto da molti che il monitoraggio della loro attuazione tenga conto di indicatori non solo di ambito ospedaliero ma di ambito territoriale, di quello che si fa nelle comunità. Si chiede al riguardo un sistema informativo nazionale sulla salute mentale più forte, più capace e più aggiornato, rafforzando il ruolo di monitoraggio del livello centrale “senza farsi guidare da chi è monitorato”.

Il tema delle **risorse** è un altro tema caldo: sono state chieste più risorse per il Sistema Sanitario nazionale, perché “i servizi per la salute mentale non si salvano al di fuori del Servizio Sanitario Nazionale”, rispetto al quale non ci sono alternative valide, oltre che più risorse per la salute mentale, anche vincolate per le Regioni. Non senza però indicare “per fare che cosa” a cominciare dal rafforzare la dotazione del personale dei servizi. E’ stata portata anche l’evidenza che una maggiore disponibilità di personale che accoglie e segue i pazienti si correla ad un proporzionale risparmio sui farmaci. Ed è stato detto che il personale disponibile presso i DSM è poco più della metà del fabbisogno che si stima sulla base delle indicazioni delle persone che soffrono di disturbi di salute mentale e della dimensione minima di prestazioni mensili da garantire. Sempre sulle risorse è stata chiesta una loro robusta riallocazione dalla residenzialità alla domiciliarità attraverso, in particolare, lo sviluppo di percorsi personalizzati con il *budget* di salute. Infine, uno degli strumenti fondamentali per superare le disuguaglianze consiste nel riconoscere il ruolo degli utenti che hanno avuto un percorso positivo nella salute mentale (qualcuno ha detto “chi guarisce deve aiutare gli altri”) e il ruolo delle associazioni che spesso lavorano in solitudine e che invece chiedono ai servizi momenti di incontro, di confronto e di reciproco sostegno.

2° Gruppo: Il lavoro del/nel Dipartimento di Salute mentale, per un CSM regista della cura nel territorio. Rapporteur *Roberto Mezzina (Direttore Dipartimento di Salute Mentale, Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste e collaboratore OMS per la ricerca e la formazione)*

Con la relazione di apertura di Angelo Fioritti la domanda è “*stiamo parlando di salute mentale o stiamo andando verso un DSM di psichiatria?*” Ed è quest’ultima la deriva più

probabile. I dati epidemiologici sulla prevalenza e quindi sulla capacità di copertura della sofferenza psichica da parte dei DSM indicano che ci sono molte disuguaglianze per tipologia di utenza e categorie diagnostiche, che gli adolescenti sono in crescita, con il rischio di una psichiatrizzazione, e che vi è un utilizzo massiccio di posti letto. La problematica della droga arriva spesso direttamente alla salute mentale senza coordinamenti o interventi strutturati con i servizi delle dipendenze o senza essere inseriti in DSM integrati, come è oggi auspicabile che avvenga in tutta Italia.

Il dibattito si è incentrato su numerose domande, tra cui: il rapporto con la più generale organizzazione sanitaria, e in specie con i servizi distrettuali per le cure primarie è per delegare la salute mentale o per chiedere un proficuo contributo di prevenzione e primo intervento secondo un modello per cui ci si occupa della salute in senso complessivo? E poi, come gestire l'intersezione tra salute mentale ordine pubblico e quindi la richiesta di controllo sociale? Quale rapporto vi è con le aree di confine della salute mentale? Non sono stati elusi nemmeno i temi della **personalizzazione vs la standardizzazione** delle cure e l'importanza del lavoro di équipe, ma anche del contributo degli altri soggetti, utenti e familiari, in primis.

Il tema "**psichiatria e salute mentale**" è partito da una considerazione critica del ruolo del dominus del sapere disciplinare, lo psichiatra. Per un intervenuto - di scuola basagliana - la posizione è chiara: *"Io gestisco, ma nego il mio ruolo di psichiatra preferisco definirmi operatore della salute mentale"*. Di qui l'istanza di avere meno psichiatri, ma più iniziative di famiglie, associazionismo, volontari - contrastando la loro "tecnicizzazione" - e altre competenze anche disciplinari.

Nel quadro generale delle "politiche securitarie", queste sono state evocate come potenti determinanti in questa fase dello scenario politico dialetticamente connotato (intervento di don Ciotti). Vi è il rischio anche di risposte preformate sul tema delle comorbidità, con il costituirsi di aggregazioni di patologie (comprese le demenze) e di dare una semplice risposta al disagio invece che trovare risposte specifiche ed "altre".

Il gruppo ha rilevato che la psichiatria rischia di subire l'egida del Ministero dell'Interno e della Magistratura, e i giudici inviano non solo in REMS ma tendono a svuotare le carceri, "nuovi serbatoi di persone senza diritti che scoppiano, contenitori di miserie", con ordinanze di sistemazione in strutture residenziali che vanno invece contrastate. Così problematiche come quelle dei barboni, dei senza tetto o di altre criticità sociali, inducono i Comuni a chiedere che la salute mentale sia in linea con istanze di ordine pubblico.

Il DSM che ha una funzione di coordinamento e di indirizzo generale, dovrebbe intervenire anche nelle scelte di *budget*, *"ma molto spesso questo budget non si sa dove sia, non è noto, non è controllabile"* così che capita, come nell'esperienza di Sassari, che il massiccio ricorso alle strutture residenziali faccia sfiorare il *budget* del 250%.

Le dimensioni e le diversità dei territori è un'altra variabile che rende praticabile o meno una psichiatria di comunità. Come è possibile che l'ASL Roma 2 a fronte di 1,2 milioni di abitanti abbia un solo DSM o che nella periferia romana vi siano CSM per 300 mila abitanti, o che l'appena costituito DSM della Sardegna abbia un organico composto prevalentemente da personale medico? Una riflessione riguarda anche l'apertura democratica del DSM dove spesso le Consulte per la Salute Mentale non sono attive dentro ASL di dimensioni sempre più grandi, burocratizzate e lontane dallo scenario delle problematiche della salute mentale. Si è detto che il CSM deve avere dimensioni gestibili (sui 60 mila abitanti) per poter costruire rapporti con il territorio, con le politiche sulla casa, il lavoro, il tempo libero, per occuparsi dei "determinanti sociali", per essere luogo di regia dei patti di salute e luogo di partecipazione reale dell'utenza. Su queste dimensioni di piccola scala è possibile fare anche integrazione con le dipendenze e con l'area della neuropsichiatria infantile, oltre a gestire i percorsi relativi ai migranti, ai residenti delle REMS. Infine, deve gestire l'accesso alla residenzialità leggera e contrastare l'accesso a quella pesante. Il modello è quello di un CSM "registra" che opera sulle 24 ore, con dei "posti letto" che permettono di lavorare anche sulla crisi e sulla riabilitazione "non cronicizzante" e "capace di mettere insieme i tanti che fanno il film". Ma per andare dove? Verso la "deistituzionalizzazione" e l'inclusione sociale delle persone con sofferenza psichica. Ed è proprio questo "spazio di mezzo" tra la psichiatria e il territorio lo spazio della salute mentale. Negli ultimi anni è avvenuto invece che in alcune realtà i CSM delle 24 ore siano stati chiusi.

E' evidente anche l'importanza della formazione degli operatori, ma da organizzare in maniera diversa, a partire dalle istanze del basso, in modo congiunto con tutti gli *stakeholder* dei servizi di salute mentale e finalizzata a costruire spazi di relazione e collaborazione e ad affinare la capacità di accogliere le persone e di condividere la sofferenza. Il fine è organizzare servizi centrati sulle persone, capaci di costruire senso e di permettere la partecipazione di tutti, in un "dialogo aperto", e capace di coprogettazione. Infine, occorre lavorare sul territorio dove ci sono le reti e dove è possibile la cura integrata, sociale e sanitaria, per una visione complessiva e prospettica della persona.

3° Gruppo: Residenzialità pesante e neo istituzionalizzazione. Costruire le alternative.

Rapporteur *Vito D'Anza, (psichiatra, direttore di Struttura Complessa Salute Mentale Adulti, USL Toscana Centro e portavoce nazionale del Forum Salute Mentale)*

All'inizio dei lavori è stata fatta una premessa condivisa da tutti: la residenzialità in strutture comunitarie a vario titolo può essere una forma di neo-istituzionalizzazione se non è governata di una ri-abilitazione che può svolgersi solo all'interno della vita reale, della vita delle comunità locali di appartenenza.

Il tema è strettamente connesso con tutte le questioni, le pratiche, che attraversano il DSM. E' insensato pensare che esista un buon servizio di salute mentale se le persone in crisi vengono ricoverate nei SPDC legandole e tenendole con la porta chiusa, se si pratica come *routine* il TSO o se, svolgendo poco e male i percorsi di cura territoriali, si è costretti ad inviare fuori dal proprio territorio, in altri SPDC, le persone in crisi. Di solito i servizi che fondano il loro operare su queste cattive pratiche sono gli stessi che inviano tante persone in strutture residenziali. Fondamentali sono le pratiche e le politiche di salute mentale che quel DSM esercita.

Dalla discussione, vivace e partecipata da oltre 70 persone, è emersa **una prima** criticità, denunciata da molte famiglie, vale a dire l'invio dei loro congiunti in strutture residenziali fuori dalla regione di appartenenza, anche a 400 o 500 chilometri dalla zona di provenienza. Questo aspetto costituisce una sorta di "deportazione" che va a scapito della continuità assistenziale, per cui le persone vengono inviate in strutture lontane come fossero dei "pacchetti" che partono rotti e si aspetta che ritornino "riparati" senza alcuna possibilità di verificare cosa è successo nel frattempo.

Sul superamento delle strutture residenziali, tante e per tempi lunghi di permanenza, il gruppo esprime un accordo totale e per più motivi, dopo aver chiarito una questione terminologica sulla diversa denominazione delle strutture recentemente classificate dalla Conferenza Stato-Regioni. Esse possono essere semplicemente divise in due tipi: la casa e le strutture residenziali, entrambi differenziati al loro interno per numero di posti, tipo di gestione e sostegno esterno. Oggi le strutture residenziali sono troppe e dispongono di almeno 35 mila posti letto. Ormai a 40 anni dalla chiusura dei manicomi non è più sostenibile una struttura che sia contenitore di persone con disturbi psichici. Anche una struttura terapeutico-riabilitativa ha senso solo se accoglie un numero ridotto di persone che vi stazionano per un periodo limitato di tempo, tre/sei mesi, e dove vi è un'effettiva verifica e contrattazione da parte dell'*équipe* del territorio d'appartenenza dell'utente, nella logica di un progetto individuale e di una negoziazione tra *équipe* e persona. La maggior parte dei familiari intervenuti vogliono per i loro figli percorsi di ripresa all'interno della propria zona di provenienza, che abitino una casa, anche in *cohousing*, e chiedono che i CSM facciano da supporto a questi appartamenti, intorno ai quali creare una rete di relazioni, di prossimità, di volontariato. Per cui l'alternativa alla residenzialità che si è imposta è l'"**appartamento supportato**". Una casa dove le persone già abitano o anche una casa diversa, sostenuta dai servizi, e questo rimanda ad una diversa organizzazione dei servizi, a partire dall'attività territoriale, supportando i pazienti nel contesto in cui è possibile una loro ripresa vera, reale e stabile.

Un secondo punto di critica alle strutture residenziali è quello del notevole assorbimento delle risorse per la salute mentale che potrebbero invece essere più utilmente riconvertite. E' ovvio che 35 mila posti letto nelle strutture residenziali

comporta un costo oneroso: 1 persona in un “abitazione supportata” costa il 20% del suo costo in una struttura residenziale. Tenuto conto delle ridotte risorse disponibili per la salute mentale occorre limitarne l’uso soprattutto perché all’oneroso impegno di spesa corrispondono risultati di scarsa efficacia. E qui è stato sottolineato il ruolo delle Regioni che dovrebbero fare delle politiche di salute mentale sensate, dando indicazioni in tal senso ai Direttori Generali da esse scelti e che a loro volta dovrebbero controllare i DSM nella attuazione reale di tali politiche. Vi è la necessità di garantire continuità tra le politiche regionali di salute mentale e la loro attuazione nelle Aziende sanitarie attraverso i DSM.

Tra le proposte avanzate dal gruppo vi è quella di istituire un Osservatorio nazionale per il monitoraggio delle strutture residenziali, soprattutto di quelle private, sulla falsariga di quello che è stato fatto sugli OPG e poi successivamente sulle REMS.

Una seconda proposta consiste nella formulazione di un contratto da fare all’ingresso in un appartamento supportato, ovvero di un accordo tra le persone, i familiari e gli operatori, sulla durata del percorso, sull’andamento del percorso stesso e l’esito atteso. Anche nel caso di un periodo limitato da trascorrere in una struttura residenziale vicina al territorio di vita dell’utente l’invio deve rientrare in un progetto personalizzato, negoziando tra persona, famiglia, servizi e istituzioni sociali del territorio d’appartenenza per il tempestivo rientro.

In definitiva dal lavoro della sessione emerge che la casa e l’abitare supportato è l’alternativa vera, secca e da privilegiare rispetto al posto letto nelle strutture residenziali di cui si chiede una drastica riduzione, con relativa riconversione della spesa a vantaggio della prima, e nel caso se ne debba fare ricorso ciò deve avvenire secondo un progetto condiviso da tutti, in strettissimo rapporto con i CSM invianti e mai fuori regione.

4° Gruppo: I trattamenti necessari e gli abusi, cattive e buone pratiche (TSO, contenzione, abbandono, presa in carico...)

Rapporteur *Valentina Calderone (Direttrice Associazione “A buon diritto”)*

Sul tema dal punto di vista giuridico vi sono delle pietre miliari cui guardare come gli articoli 13 e 32 della Costituzione, l’articolo 15 della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità. La sentenza della Cassazione sulla vicenda della morte di Franco Mastrogiovanni, nonostante siano stati condannati sia medici sia gli infermieri del SPDC che hanno effettuato la contenzione provocando la morte del paziente, è definita “preoccupante” perché in realtà, pur affermando che la contenzione non è atto medico, comunque legittima tale provvedimento come presidio cautelare.

Sul tema pertanto oggi il dibattito è molto aperto e nel gruppo è stato molto acceso. E’ emerso anche il bisogno di denuncia da parte dei familiari, ma anche la necessità di

maggior condivisione e di informazione per conoscere quali sono le garanzie a tutela dei soggetti in cura. Sono emerse anche le difficoltà pratiche, soprattutto rispetto alle modalità con cui i giudici tutelari interpretano il loro lavoro.

Quali sono quindi gli strumenti a disposizione?

Il garante nazionale per la difesa dei diritti delle persone private della libertà può essere effettivamente uno strumento di garanzia. Pertanto occorre attivare delle collaborazioni con gli uffici territoriali dei garanti che possono agire come meccanismo preventivo, ma è importante anche il ruolo proattivo che possono avere, come interfaccia con le istituzioni, sia per il ruolo di garanzia che di mediazione rispetto alla presa in carico. Purtroppo molti utenti non conoscono questi enti preposti alla tutela.

Da una ricerca durata 4 anni in Umbria emerge che in uno dei tre distretti sanitari vi è stata la crescita del 45% di TSO dovuta ad una richiesta di controllo sociale da parte delle forze dell'ordine. Per intervenire su un fenomeno come questo è fondamentale una funzione di raccordo tra operatori della salute mentale e agenti di polizia. Inoltre in questo caso si palesa anche un bisogno di formazione per le forze di polizia su come affrontare le situazioni di crisi e sulle modalità con cui effettuare il TSO, tenuto conto che vi sono persone che arrivano ai SPDC legate o sedate.

Ci sono anche delle **buone pratiche** a cui possiamo guardare. Nel gruppo sono state portate le esperienze dei servizi di San Severo e di Trieste, luoghi in cui non si è mai legato o non si lega da anni, ma anche la voce degli operatori che pur lavorando in SPDC *restraint* riescono comunque a non legare. Inoltre, sono state raccontate due nuove esperienze: la prima riguarda l'Agenzia di Tutela della Salute della Brianza che con la Delibera n. 184 del 18.3.2019 ha avviato un percorso virtuoso per ridurre, fino ad abolire, la contenzione nelle strutture sociosanitarie. In questo caso si tratta di un processo avviato con un Tavolo di lavoro "dall'alto verso il basso".

La seconda esperienza è quella realizzata nel SPDC di Ravenna: nel 2000 nei 15 posti letto erano state fatte 150 contenzioni, nel 2016 solo 3, pur con incremento di 5 posti letto. L'ultima contenzione è avvenuta del 2016. In questo caso il processo portato avanti dagli operatori, non è stato chiesto da autorità superiori. In questi anni è stata fatta anche una ricerca che ha preso in considerazione altri 3 SPDC della zona. Il dato fondamentale è che nel 2018 nel reparto dove vi è stato un significativo decremento di contenzioni si è verificata una diminuita spesa pro-capite per i farmaci: la media del costo giornaliero è stata di 40 euro contro gli 80 euro degli altri reparti. Come a dire che non fare contenzione costa di meno, oltre a fare bene sia ai pazienti che agli operatori (diminuzione di infortuni e assenze dal lavoro). Nel caso specifico si è verificata una distanza culturale rispetto all'idea che non contenere significasse essere ideologici, piuttosto vi è la consapevolezza di applicare una tecnica, una modalità di lavoro. A questo obiettivo ha contribuito anche il fatto di "mettere nero su bianco" i numeri, di registrare obbligatoriamente i dati, per poter ragionare sugli stessi, cosa che non è

possibile fare a livello nazionale, per cui il gruppo chiede al Ministero della Salute di effettuare il monitoraggio sul fenomeno perché tali dati sono importanti per riuscire a costruire nuove pratiche e nuove politiche per la salute mentale.

Trasversale a tutti gli interventi di contrasto alla contenzione è perciò il lavoro culturale e la formazione oltre all'informazione dovuta di diritto a pazienti e familiari.

5° Gruppo: Il Sociale per la salute mentale di comunità: il DSM e l'integrazione con il welfare locale (lavorare, abitare, promuovere...) Rapporteur *Antonello D'Elia* (Presidente *Psichiatria Democratica*)

Il gruppo nella sua composizione ha permesso di analizzare il sociale visto dai servizi e i servizi visti da chi opera nel sociale e il quadro che è emerso non è stato consolante. E' sostanzialmente emerso che il pubblico - attraverso i servizi visti dall'interno e dall'esterno - non fa quello che dovrebbe fare, non conosce il territorio e non ha la capacità di attrarre le risorse del sociale, che pure è elemento costituente della psichiatria di comunità. In alternativa delega spesso 'in bianco' al privato convenzionato. E' stata sottolineata l'importanza delle associazioni di Terzo settore nel mappare le risorse del territorio, associazioni che di fronte alla ridotta dimensione del sociale nei servizi si organizzano in vario modo e con molteplici iniziative mettendo in campo anche importanti "risorse aggiunte", ma senza incidere molto proprio per la difficile collaborazione con i servizi. E' stato rilevato poi che i servizi non sono in buona misura in grado di accogliere i bisogni sociali degli utenti o, peggio, li ridefiniscono come psichiatrici, così come manca il sostegno psicologico nelle fasi di transizione della vita, nei momenti di passaggio critici a partire dall'età giovanile. Sono insufficienti anche le risposte di sostegno sociale ai percorsi di inclusione dei pazienti attraverso le attività di riabilitazione nei Centri diurni e di formazione al lavoro avvalendosi, nel migliore dei casi, di Cooperative sociali che sono incorporate nel sistema dei servizi. Inoltre spesso questi non sono consapevoli degli effetti collaterali devastanti dei farmaci che interferiscono sia con la salute che con le potenzialità riabilitative, e solo oggi si fa largo un'attenzione a questa dimensione. Le conseguenze della riduzione dei finanziamenti hanno sicuramente come esito prestazioni ridotte o scarsamente efficaci da parte dei servizi e quindi in particolare di quelle sociali integrate, e questo evidenzia anche le carenze della politica, capace di magari di mobilitare risorse nell'emergenza ma non di assicurare continuità ovvero sostenibilità. Non vengono invece evidenziati gli annosi problemi dell'integrazione socio-sanitaria e quindi dell'apporto del sociale di estrazione municipale sulla salute, ambito che non ha ricevuto attenzione nei lavori di gruppo forse per una indifferenziata valutazione del servizio pubblico. Qualche eccezione, utilmente esemplare, riguarda progetti sull'abitare o sull'inserimento in tirocinio o al lavoro gestiti

localmente. Negletti sono i problemi degli operatori, principali attori di un potenziale cambiamento di rotta.

In definitiva nel campo della salute mentale l'incontro tra i servizi e il sociale appare ancora poco vitale, se non nella dimensione della tensione, del conflitto e questo richiama anche il problema etico dei diritti degli utenti come chiave di lettura dell'attenzione al sociale dentro i servizi. Né mancano strumenti di recente introdotti che permetterebbero, ad esempio, di utilizzare un *budget* personalizzato: una tendenza che tuttavia rompe il fronte del sociale come luogo a cui far ricorso nel cercare soluzioni collettive e riporta ai singoli individui. In senso innovativo va anche la legge sul 'dopo di noi'. L'aspirazione rimane quella di riuscire a mettere insieme le risorse di sociale e sanitario, pubblico e privato in una visione sistemica che vada oltre l'integrazione e riformuli una cultura del sociale come trama di inclusione e non semplice luogo del contenimento di problemi. Due notazioni. E' stato da più parti citato Alexander Langer come militante del dialogo tra parti in conflitto e alfiere del dialogo sociale ed è emersa con decisione la voglia di ascolto di utenti e familiari, con la forza degli unici applausi provenienti da parte del pubblico partecipante.

6° Gruppo: Dopo gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari: salute mentale e Giustizia. Oltre le REMS e il carcere. *Rapporteur Pietro Pellegrini (Direttore Dipartimento Assistenza Integrata Salute Mentale e Dipendenze AUSL di Parma)*

Il gruppo si è centrato sulla richiesta avanzata da familiari e volontari di tener conto delle sofferenze ed evitare che l'arrivo al sistema di cura si accompagni con una vicenda di carattere giudiziario. Per questo sono necessari **prevenzione**, interventi precoci, considerando la salute mentale nell'intero arco di vita. Obiettivi che richiedono l'impegno di più soggetti e di ogni ambito della comunità ("abbiamo bisogno di molte più alleanze").

La chiusura degli OPG ha segnato un atto di coraggio del nostro sistema istituzionale e della comunità nazionale che ha raccolto una sfida di fronte ad un problema estremamente complesso e difficile. La riforma è ancora incompleta.

E' stato trattato il tema dei **diritti**, sia in ambito civile, richiamando la legge 219/2017 sul consenso informato e le disposizioni anticipate di trattamento, sia in ambito penale, dove le questioni sono tutt'altro che risolte in quanto è rimasto il "doppio binario". Rilevante è la sentenza della Corte Costituzionale, la n. 99 del 19 aprile 2019, che ha equiparato "infermità psichica" e "infermità fisica" e per quanto riguarda l'accesso alle REMS lo ha limitato alle persone con misure di sicurezza e non con altre misure, diversamente dalla legge 103/2017 che al riguardo aveva creato diverse incertezze. Occorre dare attuazione al diritto di salute in ogni contesto a prescindere dalla posizione giuridica della persona. Il diritto alla salute va visto all'interno di un insieme di altri diritti

che sono stati fortemente compressi e non sono più esigibili. Il diritto al lavoro, alla casa, al reddito che sono l'ossatura di una comunità, non sono affatto assicurati e i servizi si confrontano con povertà culturali, ideali ed economiche, che sono fondamentali per la salute mentale in una logica di accoglienza evitando l'abbandono, il disinvestimento e la solitudine.

Le **REMS** hanno contribuito alla chiusura degli OPG ma si pongono una serie di problemi (gli accessi, le liste di attesa, modelli operativi e le perizie) e interrogativi. Come far evolvere il sistema delle REMS: le 30 REMS attuali sono tante o sono poche? 641 posti sono tanti o sono pochi? Molti se si pensa che solo il 60% delle persone che sono nelle REMS ha una misura di sicurezza definitiva. Le misure di sicurezza provvisorie aprono interrogativi quanto ad utilità per la cura e tutela dei diritti. Siamo in grado di portare il modello ad una sua evoluzione e a considerare le REMS transitorie, temporanee e residuali così come dice la legge?

Si tratta anche di non perdere di vista l'idea utopica che si possa anche superare il modello della REMS per promuovere **percorsi personalizzati con budget di salute** che siano molto più interni al sistema di comunità.

Le articolazioni di tutela di Salute Mentale all'interno degli **Istituti di pena** funzionano o si deve intervenire? Si tratta di un punto delicato perché non c'è nessuna normativa che abbia disciplinato in maniera chiara e definitiva come deve essere e funzionare questa articolazione. Questo è un obiettivo di programmazione che va affrontato sapendo che non è in capo solo alla sanità.

Occorre anche raccogliere la sfida di affrontare alcune questioni in quanto è palese come alcuni **reati**, connessi anche a sofferenze nelle relazioni, oggi non stiano trovando adeguata risposta. Ludopatie, disturbi gravi della personalità che usano sostanze, gli autori di femmicidi o di *stalking* per quanto vadano tutti condannati - e noi continuiamo a sostenere la necessità di superare l'art. 88 c.p. - non possiamo non dire qualcosa di tecnico sul dove e come aiutare queste persone. La pena non basta e occorre una posizione all'altezza delle conoscenze scientifiche e dell'impegno etico. Per questo occorre aprire una contrattazione, una concertazione sugli strumenti operativi e condizioni trattamentali.

La legge 81/2014 funziona e ad oggi a fronte dei 641 posti in REMS vi sono ca. 6.000 persone con provvedimenti giudiziari nell'ambito del territorio. Le esperienze come in Lombardia delle équipes funzionali dedicate ai temi giudiziari possono essere di supporto ai CSM che si trovano sempre più ad affrontare l'argomento. Va ricordato che la legge 81 per funzionare **richiede investimenti** di risorse e sostegni anche perché l'80% di queste persone con misure giudiziarie è ospite di strutture residenziali.

Il gruppo avanza anche alcune **proposte**:

- "*Consensus conference* sulle buone pratiche", elemento per affrontare anche il tema della condizione di garanzia messa in capo agli operatori;

- sistema informativo nazionale su questa materia;
- revisione dell'accordo Stato-Regioni 2015, fatto poco prima della chiusura degli OPG;
- stesura di Protocolli regionali e cruscotti gestionali (per gestire anche liste di attesa);
- sperimentazione, per evitare il rischio di collocazioni improprie e magari prolungate all'interno dei servizi;
- ricerca e formazione congiunta con la Magistratura coinvolgendo garanti, utenti e società civile.

Dichiarazione conclusiva della Conferenza con le richieste a Governo, Parlamento, Conferenza delle Regioni e ANCI

La dichiarazione conclusiva e sintetica della Conferenza richiama anzitutto i principi dei trattati internazionali, della Costituzione italiana e della legge 180 (sviluppata con la legge 833/'78) che, secondo l'OMS, qualifica l'Italia come il Paese che dispone della legislazione più rispettosa dei diritti delle persone con disturbi mentali e che pertanto non appare opportuno modificare. Queste premesse ribadiscono alcuni elementi che sono emersi dalla Conferenza, in particolare la riconversione delle risorse per la salute mentale che devono essere ampliate e utilizzate meglio.

Segue il **decalogo delle proposte** alle istituzioni (Governo, Parlamento, Conferenza delle Regioni e ANCI) che emergono dalla Conferenza e dai suoi lavori preparatori. Il catalogo è preceduto da una premessa fondamentale: garantire la partecipazione delle persone che utilizzano i servizi, compresi i familiari, negli organismi decisionali a tutti i livelli istituzionali. Le dieci richieste/proposte sono così sinteticamente descritte:

- 1) inserire la Salute Mentale fra le priorità dell'agenda politica e dare conto dell'implementazione delle relative politiche impegnando il governo a presentare una *"Relazione annuale al Parlamento"*;
- 2) dotare di finanziamenti adeguati il Servizio Sanitario Nazionale ed elevare la dotazione per la Salute Mentale pari almeno al 5% del Fabbisogno Sanitario Nazionale (piano pluriennale di allocazione della spesa);
- 3) applicare i nuovi Livelli Essenziali Assistenza e controllarne l'attuazione attraverso indicatori relativi all'assistenza territoriale e alla presa in carico di soggetti particolarmente vulnerabili a rischio di abbandono (migranti, senza fissa dimora, persone private della libertà personale...);
- 4) definire standard qualitativi, strutturali, organizzativi e quantitativi dei servizi territoriali e del personale;

- 5) incentivare modelli organizzativi attinenti i Centri di Salute Mentale (CSM) in ambiti territoriali di piccola scala, aperti almeno 12 ore al giorno fino a 24 ore, 7 giorni su 7, ad alta integrazione con i servizi sociali e sanitari per produrre inclusione e cittadinanza;
- 6) incentivare la riallocazione delle risorse dalla residenzialità di lungo periodo alla domiciliarità con progetti di cura personalizzati sostenuti dai *budget* di salute;
- 7) contrastare le “cattive pratiche” che violano i diritti delle persone in cura (con riferimento, in particolare, alla contenzione, alle modalità inappropriate di esecuzione del TSO, all’impiego del *taser*);
- 8) riorientare l’impegno formativo delle Università secondo le evidenze scientifiche internazionali (in particolare ai “determinanti sociali” dei disturbi psichici e alla territorialità della cura)³;
- 9) monitorare il processo di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (con un organismo ad *hoc*) e il rispetto al diritto all’assistenza e alla tutela della salute degli autori di reato nonché promuovere pratiche condivise tra i servizi di salute mentale e il sistema giudiziario con l’uso di protocolli che facciano chiarezza ed evitino indebite ingerenze dei magistrati nelle decisioni trattamentali;
- 10) formalizzare luoghi e modalità per assicurare la piena partecipazione e il coinvolgimento di tutte le rappresentanze negli organismi decisionali dei diversi livelli istituzionali.

Nota conclusiva

Il sistema della salute mentale nel nostro Paese si trova in una situazione drammatica se si considera l’attuale sproporzione nel rapporto tra domanda e offerta di servizi e di opportunità di inclusione sociale dell’utenza presa in carico. In questo quadro occorre difendere il **Welfare** e la sanità dal depauperamento di investimenti, difendere la 180 dai tentativi di ridurre gli effetti applicativi se non proprio di stravolgerne i principi con una nuova legge, difendere la salute mentale dal mandato del “controllo sociale” che sembra crescere, nonostante si affermi una “psichiatria gentile” - secondo Eugenio Borgna - come nel superamento degli OPG, in linea con l’orientamento che non vi è salute mentale dove non ci sono diritti né riconoscimento di cittadinanza.

Le **tre parole chiave** della Conferenza sono state confermate pienamente e condivise da quanti - operatori, utenti, familiari, responsabili istituzionali - hanno a cuore il settore della salute mentale e ne rappresentano la cultura di servizio fatta di accoglienza, relazione e progetto, all’insegna di dignità, valori e cittadinanza.

³ E in coerenza con “l’ispirazione psicopatologica e fenomenologica, sociale e umana *tout court*, della legge di riforma del 1978”, cfr., Borgna E., *La follia che è in noi*, Torino, Giulio Einaudi Editore, 2019, pag. 53.

Non a caso dai lavori dei gruppi emerge che **un servizio di salute mentale** non è solo organizzazione ma si deve basare su principi e valori condivisi, **è anche visione**. Come viene ribadito in quasi tutti i lavori di gruppo occorre partire dal rispetto dei diritti di cittadinanza delle persone con disturbi psichici. Questo richiede oggi di **recuperare la “dimensione etica”** - a cominciare dal momento della formazione del personale della salute mentale - dimensione che ha spinto in passato la psichiatria al cambiamento e che chiede oggi una presa di coscienza per fare scelte di campo, per schierarsi avendo una visione politica.

Il punto riecheggiato più volte nella Conferenza consiste, in definitiva, nel quesito *“dove vogliamo andare?”* Tanto più se, come chiesto con forza, aumenteranno le risorse e si riuscirà a riconvertire parte della spesa, dobbiamo chiederci: *“per fare cosa?”* E qui le domande sono tante: cosa si privilegia, il territorio? La residenzialità? L’ospedalizzazione? E come si valorizza l’utenza? Si può accettare che le strutture residenziali assorbano i tre quarti delle risorse a scapito della nuova domiciliarità e di percorsi personalizzati basati sul budget di salute? Come ridurre le importanti diseguaglianze tra le Regioni per offerta di servizi e culture di lavoro? A fronte di una ampia autonomia differenziata delle Regioni si possono mettere a repentaglio i LEA possibilmente da integrare con i LEP o i LIVEAS?

Le risposte sono nelle proposte-richieste che interpellano le istituzioni quali prime garanti dei diritti dei cittadini.

Un’ultima annotazione riguarda l’assenza dalla Conferenza del Ministero della Salute per dare una testimonianza di attenzione e di impegno per la salute mentale. L’auspicio è che questa mancata presenza possa essere colmata con una partecipazione non “burocratica” al neo-costituito “Tavolo Tecnico sulla salute mentale” per alimentare la speranza e la volontà di dare peso e “gambe” alle richieste-proposte maturate nella Conferenza.