

Contributo di Benedetto Saraceno¹ a proposito delle audizioni sui disegni di legge 734 e 938 (disposizioni in materia di tutela della salute mentale)

Il testo del disegno di legge riflette bene il bisogno di aggiornamento e rafforzamento dei principi e degli strumenti utili a promuovere e proteggere i diritti umani e le libertà fondamentali delle persone con disabilità mentali. Inoltre, prevede le misure adeguate a garantire accesso a una assistenza sociosanitaria costo effettiva.

Sussistono a tutt'oggi numerosi nodi che ancora impediscono il pieno compimento della riforma della assistenza per la salute mentale incarnata dalla legge 180.

Il disegno di legge in oggetto contribuisce in modo significativo allo “scioglimento” di tali nodi e determina un importante progresso nella evoluzione della riforma del sistema di assistenza in salute mentale. Il disegno di legge senza compromettere le acquisizioni della legge 180 aggiorna e potenzia i suoi effetti benefici.

I nodi cui ho fatto allusione sono:

- 1. La debolezza della maggior parte dei servizi di salute mentale territoriali (CSM) dovuta sia al progressivo impoverimento delle risorse umane sia a scelte miopi delle amministrazioni locali che hanno posto al centro del sistema assistenziale i presidi ospedalieri invece che quelli territoriali. Il servizio di salute mentale territoriale dovrebbe rappresentare l'anello forte del sistema sia per la sua accessibilità (funzionamento lungo tutto l'arco della giornata e durante il week-end ove possibile) sia per la natura degli interventi che devono andare ben oltre la semplice prestazione ambulatoriale tradizionale. Il presente disegno di legge affronta in modo corretto questo nodo e definisce con l'ampiezza necessaria i compiti e le finalità del CSM, visto come struttura complessa e polifunzionale del DSM (vedi Art.7).**
- 2. Si assiste a una involuzione dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) nati come presidi ospedalieri emergenziali ma divenuti nel corso del tempo contenitori di una generica domanda di controllo di**

¹ Benedetto Saraceno, MD, FRC(Psych), MPH. Segretario generale del Lisbon Institute of Global Mental Health. Già direttore del Dipartimento di Salute Mentale e Abuso di Sostanze della Organizzazione Mondiale della Sanità, Ginevra.

ogni devianza psicosociale, non necessariamente riconducibile a una patologia avvertita. Tale involuzione ha implicato un ricorso crescente a forme di restrizione della libertà incompatibili con il dettato dalla Convenzione ONU su diritti delle persone con disabilità (Convenzione firmata e ratificata dall'Italia). Gli episodi di contenzione fisica, isolamento e più in generale di coercizione sono ormai sistematici in questi presidi ospedalieri (e non sono mancati casi di morti derivate da tali violenze). A questo proposito il disegno di legge propone provvedimenti decisivi per porre fine a tale situazione di abuso sistematico. Si vedano (Articolo 10) le provvidenziali modifiche della legge 23 dicembre 1978, 833. Tali modifiche tengono in dovuto conto le prescrizioni della Convenzione ONU in tema di restrizione della libertà e, dunque, rappresentano un significativo progresso.

- 3. La povertà degli interventi offerti dai servizi territoriali (CSM) e la mancanza di una seria collaborazione con le molteplici articolazioni del welfare ha contribuito alla proliferazione di diverse forme di residenzialità (pubbliche, private, convenzionate). Si è creata una rete di soluzioni residenziali che se in principio dovevano realizzare esperienze abitative, in realtà si sono trasformate in strutture rette da una logica istituzionale. Troppo numerosi gli ospiti, troppo medicalizzati e coercitivi gli stili di lavoro del personale e la totale assenza di una reale integrazione sociale nei contesti territoriali, hanno generato istituzioni simil-manicomiali prive di ogni ambizione riabilitativa. L'idea originaria di creare alternative abitative a forte dimensione familiare e con decisa integrazione nelle comunità circostanti è stata progressivamente abbandonata per costituire una rete di mini-istituzioni psichiatriche che di territoriale hanno soltanto l'indirizzo postale. L'Articolo 8 del disegno di legge propone un modello di residenzialità che davvero incarna quegli obiettivi di riabilitazione, inclusione sociale e integrazione comunitaria, peraltro anche enfatizzati dalla Convenzione ONU (il diritto alla abilitazione e alla riabilitazione). L'Art. 8 fornisce in dettaglio le caratteristiche e i compiti delle strutture residenziali e semiresidenziali offrendo chiare indicazioni normative oggi quantomai necessarie ed urgenti.**
- 4. L'assenza di una seria e meditata conoscenza e applicazione degli articoli contenuti nella già citata Convenzione ONU da parte di**

amministratori e tecnici della salute mentale è decisamente preoccupante. Tale stato di diffusa “ignoranza” (per cui spesso gli addetti ai lavori non sanno neppure che tale Convenzione esiste e che è legge dello stato - come è il caso di tutte le Convenzioni internazionali una volta che siano ratificate dal Parlamento-). L’Articolo 10 affronta in maniera significativa questa cronica “ignoranza della legge” introducendo salutari e sostanziali modifiche della legge 23 dicembre 1978, n°833 in materia di restrizioni delle libertà personali.

- 5. Il ruolo delle Università nell’aggiornamento e rafforzamento dei principi e degli strumenti utili a promuovere e proteggere i diritti umani e le libertà fondamentali delle persone con disabilità mentali è stato, fino dagli esordi della legge 180, piuttosto modesto se non, in taluni casi, oppositivo. Il mondo accademico (fatte salve poche e lodevoli eccezioni) sembra non essersi accorto della straordinaria riforma della assistenza in salute mentale realizzata in Italia e portata ad esempio dalla Organizzazione Mondiale della Salute come “eccellenza” di valore mondiale. La formazione offerta dalla maggior parte delle realtà accademiche italiane è ancora decisamente ispirata a modelli esclusivamente biomedici anche se questi sono stati sottoposti a critica dalle evidenze scientifiche (Studi Clinici Randomizzati), da quelle epidemiologiche e anche dalla evoluzione della cultura dei Diritti. L’Articolo 15 e più in generale l’intero Capo III del disegno di legge offre spunti importanti che rafforzano e ridefiniscono il fondamentale ruolo della formazione e delle Università.**

A conclusione di queste brevi considerazioni, voglio sottolineare come la drammatica carenza di risorse umane nei servizi pubblici di salute mentale (Centri territoriali, Presidi ospedalieri, Strutture residenziali) abbia determinato un progressivo indebolimento della offerta pubblica e la proliferazione “selvaggia” di una offerta privata convenzionata. Valga ad esempio il caso scandaloso dei medici gettonisti che sopperiscono la carenza degli organici pubblici prestando turni di guardia notturna. Il risultato è quello di un assurdo costo economico per le amministrazioni pubbliche e di una progressiva demotivazione del personale medico pubblico che guadagna in un mese di tempo pieno quanto un gettonista può guadagnare in poche notti mensili di guardia notturna. Inoltre, il turn over di medici

sconosciuti ai pazienti determina una interruzione di quella continuità terapeutica indispensabile di giorno come di notte.

Alla base di una effettiva implementazione degli importanti Articoli evocati dal presente disegno di legge sta ovviamente la adeguatezza delle risorse umane disponibili e dei relativi finanziamenti pubblici al comparto della Assistenza per la Salute Mentale.