

Il disegno di legge 2850 intende conferire ulteriore efficacia ai principi della “legge Basaglia”, rilanciando l’attualità delle linee di fondo e ulteriormente valorizzandole nell’attuale contesto costituzionale, normativo e sociale. Non un’iniziativa legislativa di revisione. Nessuna delle disposizioni introdotte con questo disegno di legge modifica o integra il testo della l. 180/1978, fatta eccezione per la previsione di un’ulteriore garanzia sostanziale e processuale contro la disumana pratica della contenzione meccanica nei servizi psichiatrici.

L’obiettivo che si propone di perseguire è quello di rilanciare l’applicazione della l. 180/1978, rafforzarne i contenuti di assistenza effettiva e universale sul territorio nazionale, confermare la portata di definizioni e principi che non meritano di mutare ma, al contrario, di essere sviluppati ed estesi. Viene pertanto garantita l’effettività del **diritto alla salute**, il quale, secondo l’Organizzazione Mondiale della Sanità non è – conviene ricordarlo – “assenza di malattia”, ma si definisce come **stato “psicofisico di benessere”**.

La Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, cui questa proposta di legge fa esplicito e reiterato richiamo, all’articolo 1 dichiara “che lo scopo della convenzione è promuovere, proteggere e assicurare il pieno ed eguale godimento di tutti i diritti umani e di tutte le libertà fondamentali da parte delle persone con disabilità, e promuovere il rispetto per la loro inerente dignità”.

In questo quadro le azioni di difesa dei diritti delle persone con disabilità, e qui segnatamente di quanti vivono l’esperienza del disturbo mentale, assumono un valore assoluto e segnano il cammino di ogni uomo e di ogni donna verso la totale eguaglianza.

Il diritto alla cura è coniugato nel contesto universalistico degli altri diritti fondamentali riconosciuti dalla Convenzione ONU sui Diritti delle Persone con Disabilità, recepita dall’Italia nel 2009. Tale importante documento ha confermato le anticipazioni della legge di riforma italiana del 1978, ampliandone la portata e declinandole a livello del singolo soggetto, cui vengono riconosciuti libertà fondamentali e la titolarità di ogni decisione sulla propria vita. Nel contrastare ogni forma di discriminazione legata a disabilità o a diagnosi, essa rimanda a un concetto di *welfare* d’inclusione e non solo di protezione. Non a caso l’Organizzazione Mondiale della Sanità lo ha assunto a documento-base per il piano d’azione 2013-2020.

La conseguenza autentica della scelta che ha compiuto il nostro Paese nel sottoscrivere e fare proprio il dettato della Convenzione, non può non mettere in campo azioni attente di vigilanza e promozione, nella concretezza della vita e del governo quotidiano, di dispositivi organizzativi, campagne culturali, risorse umane qualificate per affermare e rendere esigibili i diritti delle persone con disabilità, per sostenere le famiglie, per rendere “visibili” i gruppi sociali a maggior rischio di discriminazione, esclusione e stigmatizzazione.

Le “Strutture residenziali” sono presenti in tutte le Regioni. In alcune, poche, si conta di 1 posto letto ogni 10.000 abitanti in altre si arriva fino a 5 volte tanto. Quasi ovunque si consumano più della metà ( fino ai  $\frac{3}{4}$ ) delle risorse regionali per la salute mentale. La tendenza a ricorrere al “posto letto residenziale” sembra in crescita inarrestabile e riduce irrimediabilmente la consistenza e la capacità di intervento dei servizi territoriali.

Occorre dunque ripensare alla presenza della cooperazione sociale, costretta ad appiattirsi su infelici politiche regionali. Rischia di diventare dominante la diffusione di luoghi che assomigliano a croniciari. Le ingenti risorse, passivamente dedicate alla “residenzialità”, sarebbero sufficienti per ripensare a forme diverse dell’abitare, dell’inserimento lavorativo, del vivere sociale. I progetti riabilitativi individuali, dove attivati, producono risultati tanto evidenti quanto inaspettati.

Gli aggettivi che coprono il fallimento delle pratiche residenziali e qualificano questi luoghi come rassicuranti e necessari, evocano la certezza della cura e dell'accoglienza: "terapeutiche, riabilitative, residenziali, familiari, sociali, comunitarie".

Da molto tempo, ormai, è evidente che il guasto maggiore nell'assetto dei servizi di salute mentale è divenuto il ricorso illimitato, confuso e costosissimo a queste strutture. La conseguenza ancora peggiore è la delega totale della gestione, della cura, delle risorse al privato, sociale o mercantile che sia.

Le strutture residenziali hanno avuto in questi ultimi anni, in particolare dopo il 1998, a seguito della definitiva chiusura degli ospedali psichiatrici, una notevole crescita numerica: dalla ricerca *Progres* residenze (Iss, 2001), i posti-residenza nelle Regioni risultavano essere circa 17.000. Da allora l'espansione si è rivelata inarrestabile.

Il numero, anche se non verificato, è comunque rilevantisimo. Oltre 20.000 persone (forse 30.000) che, a vario titolo, sono ospitate in strutture residenziali.

I tempi di permanenza, meglio si direbbe di ricovero se non di internamento, diventano sempre più consistenti. Vi sono persone, e non sono poche, che in queste strutture rimangono inerti da più di 30 anni. In quasi tutte le Regioni questa scelta, la scelta della residenza comunitaria, che originariamente è stata perfino affascinante per molti giovani operatori, attratti dalla suggestione della "comunità", dell'accoglienza, della convivenza, è diventata un affare di dimensioni spesso mal gestibili proprio dagli stessi Dipartimenti e dalle amministrazioni che le hanno fatto nascere. Un numero rilevante di operatori – accompagnatori, tecnici, psicologi, psichiatri, infermieri – è impegnato in questo esteso arcipelago. E, come isole lontane, queste strutture hanno perduto il contatto con la terra ferma, col servizio pubblico, col DSM, con una qualsivoglia razionale attenzione a un progetto articolato e condiviso.

Alcune strutture residenziali appaiono sovradimensionate nel numero, lontane dalla quotidianità dei paesi e dei quartieri, anonime, prive di oggetti, regolate ancora da logiche manicomiali. Spesso separate dal Centro di salute mentale, con équipe del tutto distinte e con profili professionali inadeguati, operano in una totale e indiscussa autoreferenzialità. Sono luoghi che non possono, per come sono costituite, dare sbocco alcuno a forme di abitare e di convivenza più autonome e meglio integrate nella comunità.

In conseguenza dell'espansione residenziale sanitaria e delle scarse possibilità di dimissione dei pazienti accolti, le ASL finiscono per attuare deroghe di fatto alle normative nazionali e regionali sui tempi di ricovero, sulle dotazioni strutturali e di personale; anche i controlli in questo ambito sono, in alcuni casi, divenuti superficiali o addirittura inesistenti.

Molte strutture rischiano di diventare contenitori di emarginazione sociale della disabilità psichica, contrariamente alle finalità dichiarate, con conseguenti fenomeni di "wandering" istituzionale tra luoghi di ricovero.

L'offerta di ricoveri in cliniche private convenzionate con il Servizio sanitario nazionale, in alcune regioni al limite della scandalo, accessibili anche senza coordinamento da parte dei CSM, completano il quadro della residenzialità e rappresentano l'espansione di modelli di assistenza ospedaliera al di fuori della cultura territoriale dei progetti "obiettivo" e dei "piani" per la salute mentale "post legge 180".

Centri di salute mentale (Csm), presenti mediamente in numero adeguato in tutto il territorio nazionale (1 ogni 80-100mila abitanti) non sono equamente distribuiti. In alcune Regioni, per via delle razionalizzazioni e degli accorpamenti, vanno ulteriormente riducendosi di numero, insistendo su aree estese e popolazioni sempre più numerose. Sono aperti per fasce orarie ridotte. Ad eccezione di alcune realtà regionali, i Csm sono

aperti per 8- 12 ore al giorno per 5 giorni alla settimana. Gli interventi di gestione della crisi, di presa in carico individuale, di sostegno alle famiglie e all'abitare, di integrazione sociale, finiscono per essere insufficienti o del tutto assenti. Frequente è la riduzione alle sole visite ambulatoriali (con il ricorso a sterminate liste di attesa) per prevalenti prescrizioni farmacologiche. L'effetto di scarico sulle altre stazioni del sistema sanitario territoriale e ospedaliero sono facilmente intuibili. La risposta all'emergenza e alla crisi e al bisogno di percorsi riabilitativi diventano frammentari e incerti provocando una domanda mai esauribile di posti letti nei servizi psichiatrici ospedalieri, nelle case di cura private, nelle strutture residenziali.

*“Come conseguenza”* – annota la Commissione parlamentare d'inchiesta – *“le tipologie delle prestazioni risultano poco o per nulla declinate sulle necessità della persona, a partire dalla disponibilità all'ascolto, mancano il sostegno integrato con il sociale presso il domicilio, la risposta all'emergenza e alla crisi nelle 24h, la mediazione familiare in situazione di allarme”*. L'esiguità di tali opportunità di intervento, personalizzato e domiciliare, risulta essere tanto più rilevante se a scapito delle famiglie più bisognose per problemi psicopatologici gravi e complessi.

Il ricorso frequente e reiterato al Trattamento sanitario obbligatorio (Tso) è sintomo di carenza di offerta e di incapacità di intercettare il disagio mentale sul nascere, di assenza di azioni di tipo preventivo dell'acuzie.

Considerazioni analoghe vanno svolte nel constatare le difficoltà dei Csm di occuparsi della salute mentale della popolazione detenuta, considerato anche i nuovi contesti e le nuove domande derivanti dalla totale e definitiva chiusura degli Opg.

Il Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (Spdc) rappresenta, drammaticamente, l'unico servizio all'interno del territorio che risponde nell'arco delle 24 ore. Il suo buon funzionamento è strettamente dipendente dalla coerente organizzazione dipartimentale e da un investimento rilevante sul Centro di salute mentale ben radicato nella comunità. La fragilità del servizio territoriale, e spesso la totale mancanza di coordinamento e di comunicazione producono sovraffollamento, pratiche di contenzione, porte chiuse. È questo il luogo del Trattamento sanitario volontario (Tsv) e del Trattamento sanitario obbligatorio (Tso), che divengono in sostanza risposte totalizzanti offerte in servizi che finiscono per essere non più comunicanti con la rete dei servizi, anche se fragile.

Gli Spdc rimangono per la maggior parte (8 su 10) luoghi chiusi non solo per i ricoverati, ma anche, dall'esterno all'interno, per le associazioni di familiari e utenti, per il volontariato formalizzato e informale, a scapito di un “sapere esperienziale” prezioso che viene perduto. E' largamente diffusa la pratica della contenzione meccanica. Il trattamento è ovunque prevalentemente farmacologico. In ragione del pregiudizio della pericolosità, spesso le porte sono blindate, appaiono i video citofoni, le telecamere chiamate a proteggere una preoccupante inaccessibilità e a produrre un forte impatto stigmatizzante. Le salette per i visitatori impediscono, il più delle volte, di entrare materialmente nelle stanze dei ricoverati. La qualità della vita delle persone in trattamento è spesso misera e in nome della sicurezza è fatto divieto ai pazienti di possedere gli effetti personali usati comunemente nella vita quotidiana.

Il Trattamento sanitario obbligatorio (Tso), ovvero la sua regolamentazione, nucleo sensibile – ma certo non dominante – della legge di riforma del 1978 rappresenta il punto di massimo equilibrio tra il bisogno di cura oggettivamente riconosciuto e la mancanza di consenso, fino al limite estremo del rifiuto ostinato; nella pratica assume, all'atto della sua applicazione, distorsioni e disattenzioni tali da renderlo strumento di repressione e di mortificazione.

Le modalità di esecuzione del Tso sono variegatae, passando da una Regione all'altra e talvolta anche nell'ambito della stessa Regione. Differenze, queste, che espongono i cittadini a cattive pratiche e a lesioni dei loro diritti fondamentali, solo in ragione della loro appartenenza territoriale. Anche nelle statistiche il ricorso a questa pratica trova differenze molto significative (da un tasso di 6/100.000 per anno in alcune regioni a 30/100.000 in altre) mostrando ancora di più, e drammaticamente, le differenze delle politiche territoriali.