

Nota del Forum Salute Mentale

I due disegni di legge (DDL n. 734 e n. 938), che insistono sullo stesso testo di base, rappresentano la necessità di dotare il paese di uno strumento legislativo che riesca a *favorire la piena realizzazione dei principi stabiliti nella legge di riforma sanitaria n. 833 del 1978 per la parte riguardante la salute mentale, segnatamente agli articoli 33, 34 e 35 (ex-legge 180/78)*. Essi dunque mantengono inalterati gli articoli della 833 con due sole eccezioni (relative alla contenzione e all'attuazione del TSO).

La chiusura degli ospedali psichiatrici ha rappresentato un esito storico, unico nel mondo, di questa legge, nonostante la lunghezza del periodo di tempo (21 anni) con cui questo percorso 'di civiltà' è stato ultimato. Tale risultato è ancora presentato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come esempio per tutti gli altri paesi.

Tuttavia, la natura di legge-quadro della 180/833, che andava specificata attraverso le leggi regionali, non ha permesso che si definisse, almeno fino al 1994 (Primo Progetto Obiettivo Nazionale Salute Mentale), e più compiutamente con la legge del 1999, in attuazione del secondo Progetto Obiettivo Nazionale, la concreta organizzazione dei servizi di salute mentale in Dipartimenti strutturali autonomi all'interno delle aziende sanitarie ex-ULLSS, insieme con le loro mission, funzioni e operatività, standard di personale e di prestazioni.

La riforma del titolo V e la conseguente ancor più spiccata autonomia delle Regioni ha in sostanza impedito che si potesse uniformare a livello nazionale un quadro organizzativo basato su modelli di servizi capaci di una efficace presa in carico dei disturbi severi, offrendo all'utenza e alla famiglie un insieme integrato di servizi atti a realizzare una cura orientata alla ripresa personale e all'inclusione sociale, nel pieno godimento dei diritti costituzionali, civili e sociali. Tutto ciò appare ora non solo possibile, ma pienamente realizzabile.

D'altra parte, l'incremento della domanda, specie con la maggior sofferenza connessa alla pandemia e con l'aumento delle disuguaglianze sociali e di salute; la riduzione contemporanea dell'investimento sui servizi di salute mentale (fino al 2,75% del FSN, a fronte di valori in media 4 volte maggiori in paesi come la Francia e il Regno Unito), aggravato dal quadro di sotto-finanziamento della sanità; la crisi del personale in termini di numeri e di figure professionali; l'assenza di una governance nazionale dei processi (almeno a partire dal Piano d'Azioni Salute Mentale, approvato dalla Conferenza Stato-Regioni nel 2013), hanno ulteriormente peggiorato il quadro complessivo rendendo drammatica la quota di bisogni di cura inevasi, anche in ragione della crescente incidenza e della prevalenza dei disturbi mentali comuni nella popolazione (dieci volte maggiore ai valori dell'utenza in carico secondo il rapporto annuale del Ministero della Salute), e quindi in sostanza contraddicendo il dettato dell'art. 32 della Costituzione sul diritto alla salute. Per non citare la necessità di interventi di prevenzione (specie del suicidio) e di promozione della salute mentale, ad esempio nelle scuole e nei luoghi di lavoro, in Italia allo stato estremamente limitati, che siano in linea con le politiche sanitarie e di welfare dei paesi europei.

Il **Forum Salute Mentale**, che dal 2003 in poi ha denunciato il gap esistente tra i principi della legge e la loro concreta realizzazione, tra le dichiarazioni e i documenti di indirizzo e la loro attuazione, tra le pratiche virtuose potenzialmente generalizzabili e le violazioni dei diritti umani (su tutti la persistente contenzione fisica nei servizi ospedalieri), ritiene che entrambe le proposte stabiliscano alcuni punti fermi necessari per iniziare risolvere i problemi di fondo del sistema salute mentale.

Oggi lo stato delle conoscenze è ben altro rispetto al 1978, e così le evidenze accumulate in termini di efficacia dei modelli di servizio integrato e ‘comprehensive’. Ciò è stato sottolineato dalla Guidance dell’OMS sui servizi di salute mentale centrati sulle persone e basati sui diritti, che nuovamente cita il modello Trieste (2021); e dal recente Report Mondiale sulla Salute Mentale (2023) che assume il modello a rete comunitaria come fondante, comprendendo anche la salute mentale al di là dei servizi ad essa deputati, in altri contesti quali strutture sanitarie e sociali, scuola, luoghi di lavoro, carceri, etc.

In primo luogo, i DDL stabiliscono con chiarezza **quali siano i servizi** che vanno garantiti sul piano nazionale, sia in termini di strutture e personale che di cure che siano concretamente esigibili dal singolo e dalle famiglie, in un’ottica di progetto personalizzato (viene citato il Budget di Salute).

In linea con la legge del 1999 riguardante il recepimento del PONSIM 1998-2000, i DDL precisano il ruolo essenziale di un **Dipartimento di salute mentale (DSM)** ‘strutturale’ con autonomia tecnico-gestionale, luogo di governance dei programmi e dei servizi, oggi a rischio di essere subordinato alle necessità delle aziende sanitarie che pongono la salute mentale al fondo della lista delle priorità.

Ancora, il funzionamento di un **Centro di Salute Mentale (CSM)** operante in un dato territorio come centro di responsabilità, di erogazione e coordinamento dei percorsi di cura offerti alle persone, inclusi quelli, oggi spesso autonomizzati e poco governati, di un’area della **residenzialità psichiatrica**, spesso privata, in espansione incontrollata e a forte rischio di istituzionalizzazione dei pazienti (si veda quanto documentato dal Rapporto del CSS sulla Residenzialità Psichiatrica - Problemi e prospettive, ISS, 2022).

Sono pure ben definite le funzioni del **Centro Diurno** e del **SPDC**, con le risposte da garantire in termini di emergenza-urgenza a livello territoriale, il più spesso assai carenti e invece fondamentali per prevenire il ricorso, troppo spesso automatico, al TSO.

In ogni caso, a di là dei modelli organizzativi, le cure ‘esigibili’ vengono qui organizzate in **4 livelli di assistenza** a complessità crescente, da garantire comunque superando le difformità regionali, che il più delle volte si traducono nella povertà di servizi a carattere riduttivamente ambulatoriale, in alcune regioni peraltro addirittura quasi assenti. In tal senso, si dovrà peraltro prevedere un aggiornamento dei LEA relativi alla salute mentale in questo quadro più articolato.

Un tema di scottante attualità, che il Forum tuttavia ritiene di solito non correttamente impostato, è quello che deriva dalla realizzazione della ‘seconda deistituzionalizzazione’ degli OPG con l’istituzione delle **Rems**. I due testi confermano quanto ormai acclarato in alcuni anni di lavoro del nuovo sistema, nonostante l’assenza di modifiche legislative nel COP e nel CPP relative all’imputabilità e alla messa in atto delle c.d. ‘misure di sicurezza’. Il riferimento principale è ai principi sanciti dal documento del Comitato Nazionale di Bioetica del 2017, che vengono attuati prevedendo la natura transitoria delle Rems nei percorsi di riabilitazione e reintegrazione sociale, e riaffermando ancora una volta il ruolo centrale dei DSM come sistema di garanzia per i cittadini che essi seguono nei loro percorsi, anche in ambito giudiziario. I due testi fanno anche riferimento agli interventi dei servizi territoriali nelle carceri, tema molto discusso e su cui è necessario rispondere.

Importante notare che i disegni di legge non si fermano alla definizione di technicalità, ma fanno riferimento a **principi ispiratori** che nel frattempo, dalla legge 180 in poi, in cui erano già contenuti *in nuce*, sono stati esplicitati ed assunti universalmente dall’Organizzazione Mondiale della Sanità (Piano Globale per la Salute Mentale, 2013-2030). Ci riferiamo all’**universalità** dell’accesso e alla risposta ai bisogni di salute mentale in tutte le età della vita; all’approccio **multisetoriale**, che andando oltre il campo disciplinare della psichiatria comprende l’intervento sui determinanti sociali di salute (casa, lavoro, inclusione sociale e quant’altro), necessariamente integrandosi coi servizi di welfare e con il Terzo Settore, che i DDL citano e definiscono espressamente nell’articolo

sull'integrazione sociosanitaria, prevedendo il supporto personalizzato attraverso **budget individuali di salute** cui si fa esplicito riferimento. I DDL pongono qui l'accento sul diritto all'abitare indipendente e all'inclusione nella comunità (art. 19 della Convenzione ONU).

Ancora, il **coinvolgimento delle persone e delle famiglie**, nella progettazione e nell'erogazione dei servizi. Un aspetto importante e innovativo nei due DDL, è la previsione obbligatoria di forme di **partecipazione**, informazione e consultazione degli utenti e dei familiari nei servizi a livello locale. Questo è un dato ormai imprescindibile non solo nei documenti OMS, ma in chiave di politiche europee e non solo (vedi la recente ed esaustiva Risoluzione del Parlamento Europeo sulla Salute Mentale, 12 dicembre 2023); esso potrebbe essere maggiormente sviluppato e definito.

Infine, **l'approccio ai diritti umani**. L'Italia ha aderito a tutte le molteplici dichiarazioni e carte internazionali in materia, e in particolare alla Convenzione sui Diritti delle Persone con Disabilità delle Nazioni Unite, ratificata dal nostro paese nel 2009, che riconosce dignità e rispetto dei diritti umani e delle libertà fondamentali alle persone con disabilità, comprese quelle di natura psichiatrica e psicosociale. Il contrasto alle succitate violazioni dei diritti umani, ancora quotidianamente presenti in Italia e troppo spesso culminate in incidenti fatali in corso di contenzione fisica o di TSO, è ben rappresentato nei disegni di legge dalle disposizioni (ad integrazione della L.833) volte a prevenire l'impiego della coercizione, precisando quanto già contenuto nella legge e introducendo la figura del **Garante**, nominato dal Giudice Tutelare, con funzioni di supporto alla persona, e dalla doverosa abolizione delle forme di **contenzione meccanica**, condannate dall'art 15 della Convenzione riguardante la libertà da trattamenti disumani e degradanti.

I DDL fanno riferimento alla **costituzione dell'equipe multidisciplinare**, coi relativi profili professionali, e al tema fondamentale della **formazione** degli operatori con un rinnovato ruolo delle università, maggiormente connesso, in linea coi maggiori paesi europei, anche in riferimento all'assistenza territoriale, integrata nei DSM.

Circa la necessità di garantire cure livelli di equità e cure uniformi in tutto il paese, i DDL rimarcano la necessità di strumenti di programmazione e controllo a livello centrale, quali un **Piano Nazionale Salute Mentale**, che recupera anche la grande questione, prima citata, della prevenzione e promozione della salute; la presenza di un **Osservatorio** con finalità di controllo indipendente e monitoraggio dei processi e degli esiti a livello nazionale; e infine di una **Consulta** che includa tutti i soggetti interessati.

Un aspetto da sottolineare, e da tener assolutamente in conto, è la previsione degli **stanziamenti finanziari** necessari, presenti nei DDL in termini di finanziamento straordinario per il Piano, pur assai contenuti, nonché di aumento della percentuale dedicata del FSN fino almeno al 5% (sono previsti altresì fondi per le attività formative). Tuttavia, dalle recenti analisi sul fabbisogno di personale riferito agli standard definiti da AGENAS nel 2022, i finanziamenti necessari a mettere a regime l'attuale sistema sono assai più consistenti (oltre 700 mln di euro, secondo le analisi della SIEP); un tanto al netto delle innovazioni che i DDL prevedono.

Giova ricordare che, insieme alle indefinitezze programmatiche sui servizi, giustificabili dallo stato allora pionieristico delle nuove pratiche sul territorio, questo fu all'epoca uno dei vulnus nell'applicazione della legge 180, che ne ha ritardato la piena implementazione specie laddove erano carenti le risorse necessarie.

In conclusione, il Forum Salute Mentale esprime **parere positivo** rispetto ai DDL, rimarcando la necessità che l'Italia, conservando la posizione privilegiata acquisita dal grande percorso di riforma, reso possibile dalla legge 833, ne porti a compimento il percorso, e al tempo stesso resti pienamente inserita nel quadro di avanzamento dei diritti delle persone con disagio e disturbo mentale, come

sanciti dal diritto internazionale, recepiti dai documenti europei di indirizzo nonché ancorati alla nostra Carta Costituzionale.

Ribadisce invece assoluta **contrarietà ad interventi legislativi che, stravolgendone invece le premesse, snaturino** le grandi acquisizioni della legge di riforma psichiatrica, che si sono tradotte in una diversa coscienza civile e sociale dei cittadini, e in un avanzamento concreto dei percorsi di cura, guarigione e inclusione. Senza riprendere un'iniziativa in questo ambito non si può neppure pensare alla tutela della salute come 'diritto dell'individuo e interesse della collettività', e che ha fatto da apripista alla costruzione di un SSN universalista. Esso deve diventare, anche in questo campo, più equo e giusto.

E..... il Forum Salute Mentale, nell'eredità di Franco Basaglia ha continuato a muoversi nell'ambito della Costituzione ma ha anche continuato a dare senso poetico al proprio agire nella convinzione che la poesia sia l'espressione più profonda dell'animo umano e che ogni provvedimento normativo debba contenere il suo senso poetico per rendersi vivibile, realizzabile, con equità e giustizia, all'interno del consesso di donne e uomini..... perciò vi propongo due fra i tanti frammenti possibili:

E- vi preghiamo- quello che succede ogni giorno
Non trovatelo naturale.
Di nulla sia detto: è naturale
in questo tempo di anarchia e di sangue,
di ordinato disordine, di meditato arbitrio,
di umanità disumanata,
così che nulla valga
come cosa immutabile. B. Brecht, *L'eccezione e la regola*

Si immagini ora un uomo, a cui, insieme con le persone amate, vengano tolti la sua casa, le sue abitudini, i suoi abiti, tutto infine, letteralmente tutto quanto possiede: sarà un uomo vuoto, ridotto a sofferenza e bisogno, dimentico di dignità e discernimento, poiché accade facilmente a chi ha perso tutto, di perdere se' stesso. P. Levi, *Se questo è un uomo*