

Cosa si intende per *salute mentale* e per *psichiatria*

La psichiatria lombarda (e milanese) nel secondo dopoguerra

- L'esperienza della Regione Lombardia
- La chiusura dei manicomi
- Il modello formigoniano
- Criticità

Due testimonianze

Conclusione

Bibliografia

Cosa si intende per *salute*, *salute mentale* e per *psichiatria*

La salute non è una merce che si vende e si compra, ma un progetto non delegabile cui contribuisce la cooperazione di una grande quantità di soggetti. A partire dal 1978, anno della 180 e della riforma sanitaria la locuzione *salute mentale* ha sostituito il termine di *psichiatria* nella denominazione ufficiale dei servizi pubblici di assistenza psichiatrica. Ma spesso, quasi sempre, non solo in Lombardia si è trattato solo di un cambio di parole. Benedetto Saraceno ha definito *salute mentale* "l'insieme delle azioni di promozione, prevenzione e cura riferite al miglioramento o al mantenimento o alla restaurazione della salute mentale in una popolazione". [...] A differenza della psichiatria, una branca della medicina che studia e assiste i pazienti con malattie mentali, la salute mentale (ossia la condizione di salute mentale degli individui e l'insieme delle azioni per promuoverla e conseguirla) va intesa come qualcosa di più complessivo, che consideri le dimensioni psicologiche e sociali della salute e i fattori psicosociali che determinano salute e malattia. [...] Salute Mentale è un insieme che contiene il sottosistema psichiatria. [...] Le culture psichiatriche prevalenti si ispirano al *riduzionismo biologico* che postula:

- che i processi mentali sono spiegabili e modificabili attraverso la conoscenza della neurofisiologia e della biochimica del SNC
- l'identità mente-cervello
- una relazione lineare di causalità fra danni del SN e insorgenza delle m.m., per cui i trattamenti delle malattie consistono in modificazioni (essenzialmente farmacologiche) di un alterato funzionamento cerebrale. Il *riduzionismo biologico* assume che le leggi che regolano i fenomeni biologici siano le sole a regolare i comportamenti (sani o patologici), negando il valore di sistemi retti da leggi diverse¹.

Invece, l'esperienza della de-istituzionalizzazione ha mostrato l'estrema importanza dell'interazione fra le dimensioni biologica, psicologica, antropologica, storico-sociale

¹ B. Saraceno, *La fine dell'intrattenimento*, Rizzoli, Milano, 1995.

nell'evoluzione dei disturbi mentali e come anche l'offerta del sistema sanitario sia parte del contesto sociale del paziente. Fare *salute mentale* comporta cambiamenti nelle politiche, nel finanziamento dei programmi, nella pratica quotidiana dei servizi, nello status dei medici, nel riconoscimento del ruolo dei diritti degli utenti e delle famiglie, del ruolo delle comunità, della integrazione fra settori diversi di sanità, assistenza, economia, Codici.



2

Secondo Giovanni Rossi², un altro psichiatra lombardo, il paradigma della salute mentale è ben rappresentato dalla metafora della *rete* e considera la psichiatria un caso particolare all'interno del campo sociale e dei sistemi di lotta contro le limitazioni, i danni, i rischi. A differenza del paradigma psichiatrico che attribuisce una differente qualità al normale ed al patologico, il paradigma salute mentale include la malattia all'interno delle possibili varianti della vita, aprendo alla *sragione*. attribuendo ad alcuni dei comportamenti sragionevoli la potenzialità di fattore di cura: la persona sofferente è allo stesso tempo risorsa terapeutica, la persona guarita che diviene esperta a disposizione di altri; la rete naturale delle relazioni è strumento della guarigione. Mentre le psichiatrie ricercano la curabilità intesa come ripristino di una Ragione astrattamente standardizzata, il paradigma della salute mentale persegue la guarigione come esperienza di vita all'interno della quale le singole ragioni/sragioni acquistano valore. Per questo nel lavoro per la salute mentale la quantità di risposte terapeutiche disponibili è molto maggiore ed ha tempi di innovazione molto più veloci.

L'approccio salute mentale con il contributo determinante delle persone che hanno avuto esperienza del disturbo mentale ha innovato la definizione di guarigione intendendola "guarigione personale" piuttosto che "guarigione clinica"³. Al riguardo va anche detto che per alcune persone la guarigione personale avviene completamente al di fuori del sistema della salute mentale, mentre per altre vi contribuiscono i trattamenti efficaci.

Il servizio deve dare la precedenza all'aiuto alla persona perché conduca un'esistenza degna di essere vissuta e comunque relazionarsi con gli utenti dei servizi, considerandoli come partner e non come pazienti. Qui è fondamentale il dispiegarsi del *consenso informato*⁴. In un servizio di salute mentale orientato alla guarigione il potere è per la maggior parte in mano all'utente. Però non tutti gli operatori sanitari sono favorevoli a questo cambiamento.

La psichiatria lombarda (e milanese) nel secondo dopoguerra

Nel XX secolo l'assistenza psichiatrica pubblica era centrata sui manicomi; ce n'era uno in ogni provincia- i centri della cultura psichiatrica erano Manicomi provinciali, le psichiatrie dell'Università di Pavia e della Statale di Milano, la psicologia della Cattolica di Agostino Gemelli e la psicologia ad orientamento psicodinamico. Nel 1962, a Milano all'Università Statale di Milano, ad opera del prof. Cazzullo fu istituita la cattedra autonoma di Psichiatria.. Grazie all'iniziativa del prof. Cazzullo il 18 novembre 1963 venne aperto, nel Policlinico Universitario, un Padiglione di Psichiatria d'Urgenza (Guardia II). L'autonomia e il riconoscimento della Psichiatria si ottennero definitivamente in Italia nel 1965, quando i neurologi diedero l'assenso alla divisione della Scuola di Specializzazione in Malattie

² G. Rossi, *Psichiatria e salute mentale*, in AA.VV., *Territori per la salute mentale*, Milano, 2008.

³ Mike Slade, *Personal recovery and mental illness*, 2011.

⁴ Cfr, Luigi Colaianni, «Per incapacità di intendere e volere» *Il consenso informato della psichiatria*, Roma, Aracne, 2009.

Nervose e Mentali in Scuola di Neurologia e Scuola di Psichiatria. Cazzullo fu presidente della Società Italiana di Psichiatria dal 1968, svolgendo un ruolo importante nell'approvazione della riforma dell'assistenza psichiatrica pubblica. Alla scuola di Cazzullo si è formata la gran parte dei quadri della psichiatria lombarda, universitaria e non.

Fra gli psichiatri che operavano nei manicomi pubblici, maturarono critiche e insofferenza verso l'organizzazione manicomiale: nel 1960 Fiamberti⁵ e Balduzzi⁶ dell'ospedale psichiatrico provinciale di Varese posero il tema della modernizzazione dell'ospedale psichiatrico⁷. Essi così descrivevano la vita quotidiana del "malato mentale" in Italia:

Mal vestito, mal nutrito, privato dei propri effetti personali, volutamente mantenuto in uno stato di inerte abbandono, il malato mentale inizia di prima mattina una giornata che è simile alle tante altre senza storia, da lui già trascorse dal momento in cui lo si è tolto d'imperio, dal consorzio civile. Egli non ha un calendario che li indichi il trascorrere del tempo, non uno specchio in cui guardarsi, la sua corrispondenza viene inesorabilmente censurata, in arrivo o in partenza che sia. Le sole note salienti della giornata sono rappresentate dalle ore dei pasti, quando cioè il paziente è costretto a mangiare in spregevoli piatti di alluminio deformati e anneriti dall'uso, e a volte senza potersi aiutare con "posate". In alcuni istituti vi sono anche altri momenti salienti della giornata; quando, per esempio, ha inizio la cerimonia della legatura [...] oppure quando giunge il momento degli intrugli sedativi, somministrati di routine e con implacabile eguaglianza distributiva.

Nel 1964 al Congresso di Bologna, la maggioranza degli psichiatri che lavoravano nei manicomi associati nell'AMOPI, fecero propria la proposta del "settore" che era stata elaborata ed era in attuazione in Francia. Essa consisteva nell'assicurare la continuità assistenziale da parte di una équipe multi-professionale che disponeva di un proprio reparto in manicomio e che operava in un ambito territoriale (70.000 abitanti), attraverso ambulatori, interventi comunitari. L'organizzazione del manicomio ne risultava così territorializzata, unificate le attività di prevenzione, cura e riabilitazione. Edoardo Balduzzi, fu il più convinto assertore del "settore". Il modello fu adottato ad Ancona, Firenze, L'Aquila, Padova, Pesaro, Milano-Parabiago, Venezia, Torino. Il "settore" fu criticato da Franco Basaglia che stava conducendo l'esperienza di Gorizia; egli affermava che la psichiatria di settore era solo una variante del paradigma manicomiale e del modello medico poiché continuava a legittimare il manicomio e portava un eccessivo interesse alle Tecniche.

Fra gli psichiatri l'ambiguità e il disinteresse, quando non l'ostilità di gran parte dei Clinici universitari, l'impaccio della Società italiana di psichiatria che si è sempre barcamenata fra le

⁵ A.M. Fiamberti, propugnò in tutta Italia l'uso dello shock acetilcolinico che provocava nel paziente una "burrasca vascolare" e della leucotomia per via trans orbitaria che si proponeva di interrompere le connessioni fra talamo, ipotalamo e i lobi prefrontali.

⁶ Edoardo Balduzzi, appassionato sostenitore del "settore" psichiatrico, del lavoro in équipe e della formazione degli operatori non-medici,

⁷ A.M. Fiamberti, E. Balduzzi, *L'organizzazione di un ospedale psichiatrico con criteri moderni*, in L. Ancona (a cura di), *Dinamismi mentali normali e patologici*, Atti del Symposium sui rapporti fra psicologia e psichiatria, Centro di cultura «Maria Immacolata» dell'università Cattolica del Sacro Cuore, Mendola, 11-15 settembre 1960, Società Editrice Vita e Pensiero, Milano, 1962, pp.263-299.

posizioni degli universitari e quelle degli psichiatri operanti nell'assistenza psichiatrica pubblica, a loro volta fra loro divisi, hanno lasciato grandi varchi alle culture e agli interessi legati alla "psichiatria biologica" e alle cliniche private convenzionate col Servizio sanitario nazionale. I due principali approcci riformatori, citati, quello del "settore" e quello "basagliano", insieme a quello tradizionale manicomiale, a quelli che si ispirano alle teorie psicodinamiche largamente in uso nella pratica privata, a volte scontrandosi, a volte convivendo e intersecandosi, ispireranno la cultura e le pratiche dei singoli operatori, medici, psicologi, assistenti sociali, infermieri, sociologi, educatori. Va notato che, in generale, protagonisti delle esperienze di de-istituzionalizzazione dell'assistenza psichiatrica in Italia nella seconda metà del XX secolo furono principalmente gli psichiatri. Per questo complesso di cause e ragioni il grado e la qualità di implementazione della riforma del 1978 ha molto risentito della cultura, della personalità dei singoli medici psichiatri impegnati sul campo e del rapporto degli stessi con la politica locale e la dimensione locale in cui si svolgeva il lavoro di de-istituzionalizzazione, intesa come temperie della vita civica, intreccio di storie, culture, capacità di progetto di operatori, amministratori, luoghi, assetti e modi delle relazioni nelle società locali in tema di marginalità e diritti civili.

- **L'esperienza della Regione Lombardia**

Con la nascita delle Regioni nel 1970, cambiò l'aria che circolava in tutte le organizzazioni sanitarie, anche quelle psichiatriche: si parla e si fa programmazione ospedaliera e territoriale ispirata alla medicina di Comunità, a modelli ecologici di salute. Nel dicembre 1972 in Lombardia la legge 37 avvia l'esperienza dei Consorzi sanitari di zona (CSZ) che anticiparono l'organizzazione territoriale delle Unità socio sanitarie locali (Ussl) impegnando i Comuni a intervenire, sviluppare servizi e diffondere culture in 5 ambiti: della medicina perinatale e della prima infanzia; dell'età scolare e della tutela dello sport; -della medicina del lavoro; delle patologie croniche infiammatorie, degenerative e neoplastiche e della patologia comportamentale e psichiatrica.

Fu la prima volta che l'assistenza psichiatrica, uscendo dall'isolamento manicomiale, incontrava la popolazione, le assemblee democratiche locali, altri pezzi di sanità per mettere a punto attività di prevenzione, integrazione sociale, riabilitazione. A Milano fu molto attiva l'amministrazione comunale, meno quella provinciale dominata dal paternalismo dell'assessore Renzo Peruzzotti. Spiccò il protagonismo dell'assessore Fausto Boioli che costruì l'azzonamento e i servizi territoriali della città. Sul versante della formazione dei quadri grande fu l'impegno di Lorenzo Cazzullo, con una impostazione sì eclettica ma saldamente ispirata all'approccio clinico, della scuola di Pier Francesco Galli e del già citato Edoardo Balduzzi.

Ma l'integrazione dell'assistenza psichiatrica nel contesto generale della sanità, nella quale fu sempre prevalente l'interesse della politica per la medicina ospedaliera, rimase sempre difficile. Di tale impaccio politico-amministrativo è esempio il fatto che negli anni '80, a riforma avviata, nella giunta regionale fu istituito un assessorato ad hoc per "psichiatria, tossico e alcoldipendenze, epilessia" a cavallo fra sanità e assistenza ma separato da sanità e assistenza,. Con tutti questi pesanti limiti, anche in Lombardia le culture della salute mentale si fecero faticosamente strada; si affacciarono e pretesero ascolto nuovi soggetti (le

associazioni di familiari che diedero vita a Unasam costituitasi a Milano nel 1994, il volontariato, la cooperazione, il sindacato, Caritas), si affermarono nuovi approcci (Terranova Cecchini, le psicologie), l'Istituto Mario Negri attivò un laboratorio, sull'onda della straordinaria sensibilità del cardinale Martini apre Casa della Carità. Agli inizi del XXI secolo parte di queste culture e dei protagonisti andarono a costituire Forum salute mentale Lombardia.

I Dsm dentro le USSL si dovettero misurare da subito con la questione della chiusura dei 12 manicomi pubblici della Regione, chiusura che fu portata a termine alla fine del 1999, a venti anni dall'approvazione della legge di riforma.

- La chiusura dei manicomi pubblici

La chiusura dei manicomi rappresentò una grande occasione di verifica e di rilancio dell'assistenza psichiatrica nelle singole realtà della Regione. La Legge Regionale 67 del 1984 e la delibera approvata nell'aprile '86 dal Consiglio Regionale "Tutela socio-sanitaria dei malati di mente" avevano parlato di "riconversione", non di superamento degli ex-OP: la Regione disponeva che in tutti gli OOPP della Regione la popolazione degli internati fosse riclassificata secondo il prevalere dei bisogni medico-psichiatrici, internistici, assistenziali e che tutti gli OOPP si strutturassero in una fascia psichiatrica (Comunità Terapeutiche), una medico-riabilitativa ed una assistenziale. Ciascuna di queste fasce avrebbe dovuto essere governata, in base ai bisogni prevalenti dei ricoverati, da specifiche figure professionali. Al termine del progetto di riconversione si prevedeva che "gli ex-Ospedali Psichiatrici (...) si configureranno come un aggregato di strutture polivalenti con funzioni diversificate di carattere sanitario, assistenziale o genericamente sociale, risultante dalle scelte che le rispettive USSL avranno operato". La via principale di uscita dal manicomio era vista nell'accoglimento delle persone in residenze Protette fuori dall'Ospedale. Alla fine del 1994 in tutto il territorio regionale le Comunità Protette aperte si contavano sulle dita di una mano sola.

Alcuni dati illustrano la situazione della Regione: nel 1993 in Lombardia 190 dei 617 miliardi spesi per l'assistenza psichiatrica andavano a coprire i costi degli ex-Op con 1683 operatori e 2729 pazienti accolti in 63 reparti; altri 190 miliardi andavano a remunerare i ricoveri in istituti convenzionati di riabilitazione psichiatrica e per disabili psichici, in case di cura convenzionate. Più della metà della spesa era diretta a coprire i costi di una lungodegenza tradizionale. Nel 1994, 2774 persone furono ricoverate in strutture convenzionate con la regione e ben 1047 in strutture per lungodegenti. L'indagine Qualyop⁸ dell'Istituto Mario Negri mostrò l'eterogeneità delle situazioni nei 12 manicomi pubblici lombardi e denunciava il permanere di gestioni fortemente istituzionalizzanti e della pratica delle contenzioni: i manicomi erano rimasti ambienti poveri di stimoli e programmi riabilitativi: era continuata l'opera di inabilitazione dei ricoverati.

⁸ Saraceno B. e coll., *Valutazione del processo di superamento degli ex-ospedali psichiatrici della Regione Lombardia*, «Epidemiologia & Psichiatria sociale», 1996, 5, 1, 59-71

Il p. o. lombardo del gennaio 1995⁹ si propose di rendere il più efficace e certo il lavoro di superamento dei manicomi, valorizzando la presenza e il protagonismo dei "soggetti locali", in primo luogo le persone ricoverate, le loro famiglie, i Comuni, l'associazionismo e il volontariato, la cooperazione sociale, per la costruzione di un progetto locale possibile. Con il progetto locale, che quindi sarebbe stato diverso da manicomio a manicomio, si doveva superare la logica del "reparto manicomiale" aprendo comunità residenziali che non accogliessero più di 20 persone ciascuna, assegnare le risorse da impiegare nella riabilitazione e nella risocializzazione, stabilire quante persone e dove potevano andare a vivere fuori dal manicomio in situazione protetta, la mobilitazione e il diverso utilizzo di spazi, beni, personale liberati dalla funzione manicomiale, le esigenze di manutenzione ordinaria e straordinaria degli immobili. Ogni singolo progetto locale fu seguito e verificato dal Comitato tecnico-scientifico regionale nominato dalla Giunta Regionale. L'esito finale fu molto diversificato da realtà a realtà, ma in molte il tratto della gestione rimase sostanzialmente, prevalentemente manicomiale.

- Il modello formigiano

La discussione pubblica intorno a quale migliore salute mentale, a quale possibile psichiatria di territorio si chiude con l'avvento di Roberto Formigoni. Sotto la sua guida il governo regionale ha messo a punto un modello di *welfare dei consumatori-utenti*, di aziende e organismi erogatori di prestazioni, tariffate, numerate, quantificate, acquisibili da soggetti pubblici e privati. Tale impostazione si contrappone al *welfare delle autonomie locali, municipale, di comunità* in cui lo sviluppo dei servizi incorpora e valorizza il protagonismo e le risorse di utenti, reti e legami sociali. L'ideologia di Formigoni ha trovato la sua traduzione nella **legge regionale 11 luglio 1997 n. 31 Norme per il riordino del Servizio Sanitario Regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali** e nella **legge regionale 12 marzo 2008, n. 3, Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e socio-sanitario**. A partire dal Piano Socio sanitario 2002-2004 e nelle successive disposizioni, l'assistenza psichiatrica è stata condotta a coerenza con le parole d'ordine della giunta: separazione fra AO e Asl, centralità dell'ospedale; tutto il potere nelle mani dei manager, di nomina e fiducia del Presidente. Gli psichiatri lombardi, a fronte della scelta in quale azienda stare, optarono nella stragrande maggioranza per l'Azienda Ospedaliera, quindi per assetti organizzativi centrati sull'approccio bio-medico, clinico. Dopo la chiusura dell'Ufficio psichiatria dell'Assessorato alla sanità, una funzione importante e decisiva nella messa a punto dei provvedimenti riguardanti l'assistenza psichiatrica è stato svolto dal Coordinamento dei Primari delle Unità Operative psichiatriche, una istanza riconosciuta

⁹ Progetto-obiettivo "Tutela socio-sanitaria dei malati di mente-triennio 1995/97", B.U.R.L. 24 marzo 1995, 3° suppl. straord. al n. 12.

dalla Giunta regionale come proprio momento di consulenza tecnica. Nella confezione delle scelte della giunta nessun altro interlocutore (associazioni dei comuni, associazioni di utenti, sindacati, organizzazione del terzo settore e altri ancora) ha assunto lo stessa collocazione strategica. L'assetto, i problemi, le difficoltà attuali dei servizi nascono quindi, anche, dalle culture condivise da un gruppo di professionisti che hanno la massima responsabilità nella gestione dei Dipartimenti di salute mentale. Ancora oggi l'assistenza psichiatrica pubblica lombarda non ha un governo trasparente, una "cabina di regia" a livello regionale. Il compito di gestire è delegato ai Direttori Generali delle A. O., che però sono solo funzionari periferici della Regione, senza rapporti con i territori e le rappresentanze degli stessi.

E, come ovvio, sono emerse grandi criticità.

- Criticità

Agli inizi del 2010 il **Comune di Milano** promuoveva l'istituzione del **Tavolo Prevenzione e Sicurezza nell'Area della Salute Mentale**, sottoscritto dai Direttori generali delle AAOO milanesi, dal Direttore Generale ASL, dalla Polizia di Stato, dall'Arma dei Carabinieri e dalla Polizia Locale. Il Comune di Milano sollecitava la massima cooperazione possibile fra forze dell'ordine (Vigili urbani, Polizia, carabinieri) e dipartimenti di salute mentale e delle dipendenze patologiche per combattere e prevenire i comportamenti antisociali delle persone con patologie psichiatriche e/o dipendenti da sostanze del mercato illegale. In sostanza i Dsm e i Sert della città avrebbero dovuto segnalare preventivamente alle Forze dell'ordine tutti i casi di utenti "difficili" (quelli che non prendono le pastiglie e che "bucano" gli appuntamenti, che "non aderiscono alle cure" per consentire l'adozione di nuove procedure più sbrigative nella gestione in particolare di trattamenti sanitari obbligatori. Tutto questo in base alla *pericolosità sociale* attribuita a tali persone dai Dsm. Le Forze dell'ordine erano definite "soggetti che, a diverso titolo, concorrono alla promozione e al mantenimento della salute mentale, attraverso la loro funzione primaria di sostegno e di orientamento alla cittadinanza, non solo di repressione del crimine, ma anche di prevenzione della pericolosità sociale e della sicurezza del territorio". La mobilitazione delle associazioni degli utenti e delle famiglie, di Forum salute mentale, di Campagna per la salute mentale, con il sostegno di consiglieri comunali dell'opposizione, riuscì, a fatica, a bloccare l'iniziativa, nel silenzio della maggior parte degli operatori.

Le contenzioni negli Spdc lombardi. In Lombardia la pratica della contenzione negli Spdc è sempre stata assai diffusa, dando luogo a denunce discussioni e prese di posizione, in particolare a Milano-Niguarda dove già nel 2006 erano state definite "Linee guida" che

le normavano e legittimavano in quanto “intervento contenitivo alla stregua di un intervento terapeutico rianimatorio” (sic!). Il 29 luglio 2010 la Conferenza Stato Regioni Autonomie licenziava il documento *Contenzione fisica in psichiatria: una strategia possibile di prevenzione* nel quale si raccomandava alle singole Regioni di promuovere nei Servizi pratiche sistematiche di verifica e miglioramento della qualità relativamente alla gestione delle situazioni di crisi e, in particolare, al ricorso alla contenzione fisica che, in una assistenza psichiatrica orientata alle buone pratiche, assumeva il significato di evento sentinella¹⁰. La giunta della Regione Lombardia dava vita a un “Gruppo di Approfondimento Tecnico” (Gat) sul *Ruolo del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura nell’ambito delle attività del Dipartimento di Salute Mentale, del trattamento dell’acuzie e dell’emergenza urgenza psichiatrica* che licenziava un testo nel quale si affermava che “in particolari stati clinici occorre considerare la necessità di contenere (legare) i pazienti” e si sollecitavano tutti i Dsm della Regione ad adottare “un protocollo sulla contenzione”, prescrivendone analiticamente l’articolazione e i contenuti. Nel documento finale non era citata l’esperienza dell’unico Spdc della regione che non lega (Spdc di Mantova), e si definiva come “un’eccezione non generalizzabile e non facilmente ripetibile” l’esperienza di Cascina Rossago, fattoria sociale che ospita adulti con gravi problematiche di autismo e ritardo mentale dove in nove anni non era stata effettuata una sola contenzione. A commento dell’eccentricità dell’esperienza vi si affermava :

Tuttavia è vero che in alcune situazioni psichiatriche dove è particolarmente enfatizzato il desiderio di non fare contenzione fisica una equipe ben sensibilizzata e formata può riuscire nello scopo come dimostrano alcune esperienze di SPDC italiani . Motivazioni umanitarie, di

¹⁰ Le raccomandazioni della Conferenza Stato-Regioni definivano la contenzione: “atto antiterapeutico”, “atto che rende più difficile la cura”, “pratica con un alto potenziale di degradazione e umiliazione per il paziente in contrasto col principio del rispetto della dignità umana che dovrebbe vincolare l’esercizio della medicina”, “*pratica diffusa*, non omogeneamente applicata nelle diverse regioni, ma soprattutto *con differenze notevoli tra un servizio e l’altro che non trovano giustificazioni di ordine epidemiologico*”. Dopo aver evidenziato come la contenzione sia praticata contro il consenso del paziente e che i cittadini che vi sono sottoposti sono quelli che hanno potere contrattuale minimo, si indicava a tutte le Regioni di attivarsi per introdurre nell’assistenza psichiatrica le modificazioni (di conoscenze, di atteggiamenti, di risorse, di gestione, di organizzazione) in grado di portare al valore zero, in modo stabile e sicuro, il numero delle contenzioni praticate nei Servizi di salute mentale per “evitare la contenzione fisica in ogni situazione, attraverso una strategia che prevenga i comportamenti violenti in ambienti di cura”.

politically correctness, di desiderio di trasformazione della prassi in psichiatria, animano queste equipe quasi sempre estremamente coese e solidali tra loro e con i loro malati.



“Campagna per la salute mentale”, un comitato che organizza associazioni di famiglie, volontari, cooperative impegnati nel lavoro per la salute mentale con sede a Milano presso Casa della Carità,, prendeva posizione sul documento del Gat, sostenendo che *l'utilizzo della relazione e il trattenere con le mani* costituisce l'alternativa al legare mediante le cinghie, nonché l'alternativa alla sedazione chimica¹¹.

Campagna salute Mentale sostenne la *necessità di introdurre nell'assistenza psichiatrica le modificazioni di conoscenze, di atteggiamenti, di risorse, di gestione, di organizzazione, in grado di portare al valore zero, in modo stabile e sicuro, il numero delle contenzioni praticate nei servizi di salute mentale*. E citava l'esempio, in Italia ed all'estero, degli “S.P.D.C. no restraint”, luoghi accoglienti, simili ai luoghi di vita che devono essere adeguati per sostenere ed aiutare la persona a ricostruire le relazioni ed il legame sociale interrotto dallo stato di crisi. E raccomandava: “Per questo, oltre ad abolire la contenzione, occorre tenere le porte degli S.P.D.C. aperte e i servizi in funzione sulle 24 ore giornaliere”.

Lo stato dei Dsm- Antonio Lora ha curato nel 2009 il rapporto su *Il sistema di salute mentale della Regione Lombardia* dal quale risultava la necessità di riformulare e differenziare la rete delle strutture residenziali (3.9¹² letti in Lombardia a fronte di un 3.5 italiano) e di rinforzare la componente degli interventi territoriali (16.9 operatori in Csm per 100.000 contro il 24.8 nazionale), raccomandando di *cambiare anche la cultura*. Quanto all'attività dei Centri psicosociali, su 10 interventi 6 risultavano avere un profilo più clinico-ambulatoriale; le attività definite di “riabilitazione psicosociale” risultavano svolgersi fuori degli stessi Cps ma anche delle Strutture residenziali.

Valerio Canzian, presidente di **Urasam Lombardia**, intervenendo il 7 maggio 2010 presso la sala Alessi del Comune di Milano al convegno *Cura, non custodia- Non c'è salute senza salute mentale*, riprendeva i dati di Lora per affermare che “il modello lombardo tanto decantato si presenta poco efficace e poco efficiente”. Evidenziava la scarsa attività domiciliare (solo 1 decimo delle persone trattate ne usufruiscono) e di riabilitazione psicosociale nel territorio (solo il 5 per cento delle attività dei CPS ha carattere riabilitative); il 56% delle risorse erano assorbite dalla residenzialità, (aumento del 62% in cinque anni delle giornate di degenza erogate), dedite prevalentemente a custodia, contenimento, se va bene intrattenimento. Se si faceva un confronto con i dati nazionali, si trovava che la Lombardia era sotto la media nazionale:

- **Interventi extra CPS** : Lombardia 18%, FVG 74%, Media 24%
- **Pazienti visitati nella sede dei CPS:** Lombardia 82%, FVG 26%
- **Operatori:** Lombardia 17 per 100.000, meno 50 rispetto ai Progetti Obiettivo nazionali

“Abbiamo riempito le comunità dove spesso, facendo girare i malati da una comunità all'altra, la permanenza diventa perenne, e dove di riabilitazione non se ne fa. Non abbiamo personale che esce e che va a trovare le persone nelle proprie case per visite domiciliari, a trovare, appunto, “i persi di vista”. Non solo c'è poco personale ma c'è personale precario che cambia in continuazione, sottopagato, che non può garantire una continuità terapeutica.

¹¹ *Contenzione, perché, per chi, fino a quando?* Milano, 12 gennaio 2011.

¹² Tassi per 10.000

I CPS (...) non trovano psichiatri perché le A.A.O.O. offrono contratti non strutturati a 19 euro all'ora che risultano non appetibili per uno psichiatra. E concludeva:

10

Come familiari, non possiamo accettare che il destino e il percorso da seguire dei nostri congiunti, madri, padri, fratelli, sorelle, figli, figlie, nipoti, amici, sia tracciato dalla non competenza clinica delle Forze dell'Ordine. Non possiamo accettare che i nostri congiunti siano calpestati nei loro diritti, colpiti nella dignità, ridotti a stigmate della contenzione fisica e farmacologia e talvolta delle percosse. Si sa dalle statistiche che l'aspettativa di vita per i malati psichici è di circa 20 anni in meno rispetto alle altre persone. A stigma si verrebbe aggiungere altro stigma. Al bisogno di accoglienza e di promozione della fragilità, al bisogno di legame sociale, integrazione nella città si offre obbligatorietà di cura con reclusione, custodia, contenzione farmacologia e fisica.

Salute mentale in carcere e opg. La Gazzetta Ufficiale ha pubblicato agli inizi del 2014 il Decreto del Ministero della Salute con il quale il progetto di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari (opg) della Regione Lombardia è recepito, approvato e finanziato. Non sono previste risorse per i dipartimenti di salute mentale, tutto il denaro è speso in strutture, il cuore del "sistema" è mantenuto nell'attuale opg di Castiglione delle Stiviere, il numero dei letti è sovradimensionato rispetto alla situazione attuale. La Giunta regionale ha condotto la scelta e l'iter in modo burocratico, come fosse soprattutto una questione di soldi, di intercettazione di finanziamenti dello Stato, senza coinvolgere amministrazioni comunali, popolazione, Asl, Aziende ospedaliere, Dipartimenti di salute mentale.

Due testimonianze

Il 7 gennaio 2006 il dr. Canegalli, medico psichiatra del Dipartimento di Salute Mentale di Pavia, sulla mail list di PSIC ITA, scriveva:

La stanchezza che il quotidiano lavoro per "resistere" ad un degrado della sanità ed in particolar modo della psichiatria dei servizi "pubblici", degrado ormai sotto gli occhi di tutti e, tuttavia, segreto da nascondere da parte di politici, amministratori, e, purtroppo anche da parte di colleghi sedotti dal luccichio di una dirigenza ed una visibilità insignificante, fasulla anche se *politically correct*, con provvedimenti inutili, tentativi di far funzionare organizzazioni disastrose, dipartimenti tutti tesi a far tornare conti e spostamenti (o meglio deportazioni) di decine di pazienti per ragioni meramente di bilancio (e spesso per ragioni ancora più squallide), interventi rassicuratori per l'opinione pubblica da parte dei nostri amministratori, foglie di fico ormai logore e in alcuni casi ridicole quanto grottesche, spesso ci conduce, almeno personalmente è così, a rinunciare anche a credere che con certi interlocutori ci si possa ancora confrontare su un piano clinico o quanto meno che esista ancora un minimo rispetto di quell'"utenza" di cui molti si riempiono la bocca a sproposito, salvo poi occuparsi di interessi particolari ammantati da quello scientismo che ormai sta distruggendo il lavoro di chi ancora vorrebbe fare seriamente il proprio lavoro. (...)

Alla fine del 2008, Gianfranco Pittini medico psichiatra che ha operato a Milano, prendeva posizione denunciando che:

1. in Lombardia, siamo in condizioni peggiori che altrove per quanto riguarda la Psichiatria; e che inoltre qui ne siamo poco consapevoli. Ci si culla nell'illusione che prosegua il processo di rinnovamento iniziato 30 anni fa, mentre esso è finito da tempo. Credo che la politica regionale, con una accorta strategia di cooptazioni alternate a pressioni e forzature, abbia lentamente legato le mani un po' a tutti gli operatori. Un esempio (...) è il Coordinamento Regionale dei Primari: sorto come organismo indipendente dei tecnici per interloquire con la Regione ed eventualmente criticarla ed esprimere proposte alternative, è stato lentamente "cloroformizzato" ed infine controllato attraverso una segreteria sostanzialmente allineata sulle stesse posizioni regionali.

2. L'ingresso della psichiatria nelle Aziende Ospedaliere (1998) è stato accolto con sollievo dalla maggioranza di noi (...); esso però ha rapidamente offuscato la nostra identità, e comunque cancellato in gran parte la consapevolezza della nostra peculiarità. Le attività psichiatriche sono state gradualmente assimilate a quelle mediche: operazione che può essere condivisa solo dalla corrente più organicista ed iper-farmacologica, oggi peraltro dominante anche nelle Università¹³. La centralità del lavoro nella comunità e della psichiatria territoriale è totalmente ignorata dai nuovi amministratori e da gran parte dalle direzioni sanitarie. Ma chi di noi ha cercato seriamente e pazientemente di comunicar loro tutto questo?

3. Lo smantellamento dell' Ufficio Psichiatria della Regione è stato il suggello formale e istituzionale di questo "assorbimento", e della fine di una stagione di riforme.

4. L'aziendalismo (con tutti i suoi eccessi caricaturali) ha trovato in Lombardia le massime espressioni. [...]

5. Sicuramente a livello culturale è avvenuto qualcosa di simile. Da anni il DSM III (ed ora IV) è utilizzato come testo-base per gli studenti e gli specializzandi in Psichiatria. Da anni la presenza ed il peso delle case farmaceutiche e della ricerca farmacologia, grazie anche a grandi e indiscutibili successi, non fa che aumentare; le loro proposte sono accolte in modo sempre più acritico, come "la" soluzione ai problemi della malattia mentale.

6. A tutto questo si è aggiunta negli ultimi tempi una forsennata campagna politica e mediatica, tesa a drammatizzare la pericolosità sociale (**nei giorni scorsi sconfessata dalla Società italiana di psichiatria**) di tutti i soggetti marginali, e ad enfatizzare il rischio-devianza. Dalla delinquenza ai *rom* ai malati mentali, i passi sono stati brevi.

7. Ci si muove oggi verso la ri-attribuzione alla psichiatria di un prevalente mandato di controllo e non di cura, per quanto concerne i malati "seri"; agli psichiatri verranno sempre più richieste competenze ed attività criminologiche, piuttosto che cliniche e riabilitative. Di conseguenza, identificazione col paziente, comprensione del suo disagio ed empatia saranno considerate pericolose debolezze, per tutti gli operatori.

¹³ La psichiatria universitaria lombarda gestisce Dsm a Brescia, Milano, Monza, Pavia, Varese.

8. In questo clima, che presenta diversi aspetti neo-manicomiali, si tenderà a ridurre progressivamente le risorse; ad un rapporto col paziente adeguato anche sul piano quantitativo (occorre tempo per capire le persone ed aiutarle!) si cercherà di sostituire l'uso di griglie, protocolli fissi, altri automatismi. Questo impoverimento verrà in parte mascherato con l'utilizzo di personale (ovviamente a termine) per "progetti". La riduzione del personale o il suo uso indifferenziato (rotazioni frenetiche ecc.) sono già iniziati da tempo.

9. Quello che oggi colpisce è anche la scarsa capacità e volontà di confronto ed azione comune da parte degli operatori. Di fatto, non esistono luoghi di reale aggregazione (sindacato, associazioni professionali, gruppi rappresentativi...), mentre i momenti di incontro istituzionali sono sempre più formali, aridi e spesso condotti con modalità autoritarie.

10. E' quindi molto impegnativo progettare momenti ed occasioni di confronto, e individuare luoghi (anche virtuali!) per uno scambio di pareri ed esperienze.

Conclusione

Il sistema lombardo dei servizi di salute mentale, al di là del nome che portano, non è nelle condizioni di fare salute mentale a causa delle culture politiche, scientifiche e professionali che hanno sinora prevalso. Al massimo si può fare una (buona) assistenza psichiatrica come confermano le culture e le scelte che caratterizzano il recente *Piano Regionale per la Salute Mentale lombardo e le sue linee di attuazione (2004-2012)*.

In Lombardia salute mentale l'hanno fatta e la fanno, per quanto possono e per quanto poco sostenute quando non osteggiate, le persone che soffrono di disturbi mentali per migliorare la qualità della vita quotidiana, le loro famiglie, i volontari e i cooperatori, gli studiosi, gli operatori dei servizi, i comitati, le associazioni laiche e religiose che si battono per i diritti di tutti.

P.S. Ho scelto citazioni da testi di autori lombardi e documenti elaborati per gran parte in Lombardia. Così ho inteso evidenziare le discussioni e le scelte nella loro dimensione "locale". Ovviamente il mondo è più grande di Milano e della Lombardia.

Ringrazio Ernesto Muggia e Virgilio Baccalini per i preziosi suggerimenti

Milano, 2 aprile 2014

Bibliografia

AA.VV- *La salute mentale contro il pregiudizio, il coraggio delle cure*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 2001

Atti del Convegno "Psichiatria e territorio" - problemi di formazione degli operatori, Milano 6-7 maggio 1978, Milano 1979

Balduzzi, Edoardo, *L'albero della cuccagna*, Edizioni Stella, Rovereto, 2006

Benevelli, Luigi, *La chiusura dei manicomi: note sul dibattito e i percorsi della de-istituzionalizzazione dell'assistenza psichiatrica nella esperienza italiana*, in (a cura di G. Contini, E.Straticò, *Il tramonto del manicomio*, Bologna, pp. 15-30, 1998.

Benevelli Luigi, *Fare a meno della contenzione. Perché porte aperte e contenzioni diventino criteri discriminanti nella valutazione e nel riconoscimento della qualità del lavoro dei DSM. Proposta di monitoraggio nazionale*, in R. Catanesi, L. Ferrannini, P. Peloso, (a cura di), *La contenzione fisica in psichiatria*, Milano, Giuffrè editore, 2006, pp. 71-90.

Benevelli Luigi, *Lombardia: un caso di psichiatria "embedded"*, «Appunti», 2006, 163, marzo-aprile, 15-22 .

Benevelli Luigi, *Politiche di assistenza psichiatrica e salute mentale nella Regione europea*, «Rivista sperimentale di freniatria», 2008, 1, pp. 127- 143.

Campagna salute mentale, *Conferenza nazionale per la salute mentale*, Milano 2003

Cazzullo, Carlo Lorenzo, *Storia breve della psichiatria italiana*, Masson, Milano, 2000

Colaiani Luigi, «Per incapacità di intendere e volere». *Il consenso informato della psichiatria*, Roma, Aracne, 2009

Fiamberti A. M., Balduzzi, E., *L'organizzazione di un ospedale psichiatrico con criteri moderni*, in L. Ancona (a cura di), *Dinamismi mentali normali e patologici*, Atti del Symposium sui rapporti fra psicologia e psichiatria, Centro di cultura «Maria Immacolata» dell'università Cattolica del Sacro Cuore, Mendola, 11-15 settembre 1960, Società Editrice Vita e Pensiero, Milano, 1962, pp.263-299.

Forum salute mentale, terzo incontro nazionale, Milano, novembre 1995.

Lora, Antonio, *Il sistema di salute mentale della Regione Lombardia*, Milano, 2009.

Regione Lombardia, *I Comitati sanitari di zona*, Milano 1973

Regione Lombardia, *La psichiatria di comunità in Lombardia- Piano Regionale per la Salute Mentale lombardo e le sue linee di attuazione (2004-2012)*, Milano, 2013

Rossi, Giovanni, *Psichiatria e salute mentale*, in AA.VV, *Territori per la salute mentale-Manuale per la valutazione delle politiche di inclusione sociale*, Franco Angeli, Milano, 2008, 13-50.

Saraceno Benedetto, *La fine dell'intrattenimento- manuale di riabilitazione psichiatrica*, RCS Medicina, Milano, 1995

Saraceno B. e coll., *Valutazione del processo di superamento degli ex-ospedali psichiatrici della Regione Lombardia*, «Epidemiologia & Psichiatria sociale», 1996, 5, 1, 59-71

Terzo incontro nazionale della Rete italiana degli uditori di voci, Milano, novembre 2010

UNASAM, *Dal pregiudizio alla convivenza- famiglia, scuola, salute mentale*

UNASAM, *Un futuro migliore per chi soffre di malattia mentale*, Atti Congresso di fondazione, Milano 1994, IREF, Milano, 1995