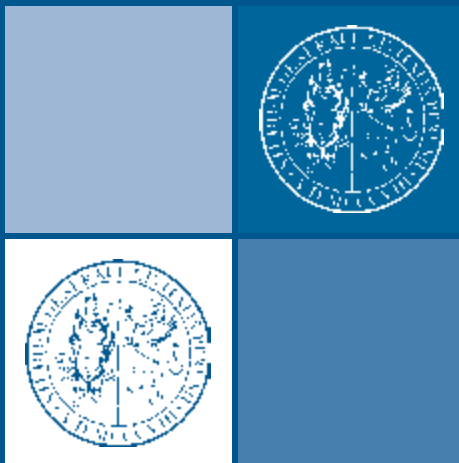


SISTEMA SALUTE

La Rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute

rivista del Centro Sperimentale per la Promozione della Salute
e l'Educazione Sanitaria dell'Università degli Studi di Perugia

ISSN 2280-0166 - Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in A.P. - D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, C1/PG/110



CULTURA E SALUTE EDITORE PERUGIA

Modalità di abbonamento 2020

Editore: Cultura e Salute Editore Perugia

www.edizioniculturasalute.com

Iscrizione al Registro degli Operatori di Comunicazione (ROC) n. 28166

Abbonamento (4 fascicoli)

Italia

Enti, Istituti, Biblioteche: cartaceo € 100 / on-line € 90 / cartaceo+on-line € 180

Privati: cartaceo € 50 / on-line € 45 / cartaceo+on-line € 90

Un fascicolo: cartaceo € 20 / on-line € 15

Estero

cartaceo € 150 / on-line € 120 / cartaceo+on-line € 250

Un fascicolo: cartaceo € 50 / on-line € 40

PAGAMENTO TRAMITE BONIFICO BANCARIO

IBAN: IT 40 M 02008 03030 000104591258

Conto corrente bancario UniCredit Agenzia di Perugia Fontivegge

intestato a CULTURA E SALUTE EDITORE PERUGIA

codice SWIFT UNCRITM1770

UFFICIO ABBONAMENTI

rivistecespes@gmail.com

per informazioni: Dott.ssa Paola Beatini - 075. 585.7357

PRINT

Grafox Srl

via Pievaiola, 166 - 06132 Perugia

tel.: 075.5171532



SISTEMA SALUTE

LA RIVISTA ITALIANA DI EDUCAZIONE SANITARIA E PROMOZIONE DELLA SALUTE

già Educazione Sanitaria e Promozione della Salute

vol. 63, n.4, ottobre - dicembre 2019

Sistema Salute. La Rivista Italiana di Educazione Sanitaria e Promozione della Salute è Organo del Centro sperimentale per la promozione della salute e l'educazione sanitaria dell'Università degli studi di Perugia. Già diretta da Alessandro Seppilli

Direzione e Redazione: Centro sperimentale per la promozione della salute e l'educazione sanitaria, Università degli Studi di Perugia, via del Giochetto 6, 06126 Perugia / tel.: 075.5857357-58 / e-mail: paola.beatini@unipg.it / <http://cespes.unipg.it>

Direttore responsabile: Filippo Antonio Bauleo

Presidente onorario: Maria Antonia Modolo

Presidente del Comitato scientifico editoriale: Giuseppe Michele Masanotti

Redattore capo: Lamberto Briziarelli

Segretario di redazione: Paola Beatini

Editing: Grafox Srl

Comitato scientifico editoriale: Francesco Bottaccioli, Società Italiana di Psiconeuroimmunologia (SIPNED), Roma / Eric Breton, INPES Promotion de la Santé, Département Sciences Humaines, Sociales et des Comportements de Santé - SHSC École des Hautes Études Santé Publique (EHESP), France / Riccardo Casadei, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università degli Studi di Perugia / Carla Collicelli, Fondazione CENSIS, Roma / Paolo Contu, Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Clinica e Molecolare, Università di Cagliari / Michele Conversano, Dipartimento di Prevenzione ASL Taranto / Claudio Cricelli, Società Italiana di Medicina Generale (SIMG) / Paolo Da Col, Confederazione Associazioni Regionali di Distretto (CARD) / Barbara D'Avanzo, Dipartimento di Neuroscienze, Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri", Milano / Enrico Desideri, Azienda USL Toscana Sud Est / Paola di Nicola, Dipartimento Spazio Immagine Società, Università di Verona / Floriana Falcinelli, Dipartimento di Filosofia, Scienze Sociali, Umane e della Formazione, Università degli Studi di Perugia / Giuseppe Fattori, Azienda USL Modena / Carlo Favaretti, Società Italiana di Health Technology Assessment (HTA) / Luigi Ferrannini, Società Italiana di Psichiatria (SIP) / Sabrina Flamini, Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, Perugia / Fabrizio Fornari, Dipartimento di Scienze Giuridiche e Sociali, Università "Gabriele D'Annunzio", Chieti-Pescara / Fausto Francia, Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica, Azienda USL Bologna / Patrizia Garista, INDIRE, Roma / Salvatore Genaci, Area Sanitaria, CARITAS Diocesana di Roma / Gilberto Gentili, Confederazione Associazioni Regionali di Distretto (CARD) / Mariano Giacchi, CREPS, Università di Siena / Guido Giarelli, European Society for Health and Medical Sociology, Dipartimento di Scienze della Salute, Università Magna Graecia, Catanzaro / Margherita Giannoni, Dipartimento di Economia, Università degli Studi di Perugia / Marco Ingrosso, Dipartimento di Studi Umanistici, Università di Ferrara / Lynne Kennedy, University of Chester, Department of Clinical Sciences & Nutrition, UK / Domenico Lagravinese, ASL Bari / Gavino Maciocco, Osservatorio Italiano sulla Salute Globale, Università di Firenze / Edvige Mancinelli, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università degli Studi di Perugia / Liliana Minelli, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università degli Studi di Perugia / Maurice Mittelmark, Faculty of Psychology, Department of Health Promotion and Development, University of Bergen, Norway / Aldo Morrone, Istituto Nazionale per la Promozione della Salute della Popolazione Migranti ed il Contrasto delle Malattie della Povertà, Roma / Damiano Parretti, Società Italiana di Medicina Generale (SIMG), Sezione Umbria / Rossana Pasquini, Dipartimento di Filosofia, Scienze Sociali, Umane e della Formazione, Università degli Studi di Perugia / Giancarlo Poetta, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università degli Studi di Perugia / Walter Ricciardi, European Public Health Association, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma / Pio Enrico Ricci Bitti, Società Italiana di Psicologia della Salute (SIPS), Università di Bologna / Carlo Romagnoli, Azienda USL Umbria 1, Perugia / Roberto Romizi, Associazione Internazionale dei Medici per l'Ambiente (ISDE/ITALIA) / Marzia Sandroni, Azienda USL Toscana Sud Est / Tiziano Scarponi, Società Italiana di Medicina Generale (SIMG), Sezione Umbria / Francesco Scotti, Psichiatra / Vincenzo Nicola Talesa, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università degli Studi di Perugia / Gianfranco Tarsitani, Dipartimento di Scienze Medico-Chirurgiche e di Medicina Traslazionale, Sapienza Università di Roma / Enrico Tempesta, Osservatorio Permanente Giovani e Alcohol, Roma / Maria Triassi, Dipartimento di Sanità Pubblica, Università Federico II di Napoli / Lenneke Vaandrager, Wageningen University, Group Health & Society (HSO) Department of Social Sciences, The Netherlands / Maria Giovanna Vicarelli, Dipartimento di Scienze Economiche e Sociali, Università Politecnica delle Marche, Ancona / Mauro Volpi, Dipartimento di Giurisprudenza, Università degli Studi di Perugia.

Autorizzazione del Tribunale di Perugia n. 4 del 17 febbraio 2012

- 427 *In questo numero*
- Editoriali*
- 429 Un'occasione per riconfermare il Servizio Sanitario Nazionale
An opportunity to reconfirm the National Health Service
Giuseppe Masanotti
- 432 Dall'Ospedale Psichiatrico Giudiziario (OPG) alle Residenze per
l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS).
Un cammino difficile ma non impossibile
*From Old Forensic Psychiatric Hospital to Psychiatric Residence for the
Execution of Measures of Security. A difficult, but non impossible way*
Francesco Scotti
- Articoli*
- 441 EX-OPG vs REMS: rivoluzione democratica e sfida terapeutica
*Old Forensic Psychiatric Hospital end new Psychiatric Residence for
the Execution of Measures of Security (Ex-OPG vs REMS):
democratic revolution and therapeutic challenge*
Simone Bruschetta
- 462 Le premesse ai percorsi terapeutici: convivenze delle diversità in
una residenza per l'esecuzione delle misure di sicurezza
*The premises for therapeutic pathways: cohabitation of differences in a
Residence for the Execution of Measures of Security*
Riccardo Curreli
- 491 Formazione come antidoto all'ansia e alla paura
Training as an antidote to anxiety and fear
Francesco Scotti
- 503 Intermediarietà e cosalità in psichiatria e nella psicoriabilitazione
Intermediarity and thingness in psychiatry and psycho-rehabilitation
Antonio De Pascalis

- 513 Medicina generale e psichiatria oggi: convergenze e divergenze
General Medicine and Psychiatry Today: convergences and divergences
Fabio Giuseppe Stellini, Luigi Ferrannini
- 527 Scendere in strada per fare salute e affermare diritti.
Esperienze di ricerca e azione comunitaria in Brasile
Taking to the streets to improve mental health and to assert rights.
Experiences in fieldwork and community action in Brazil
Massimiliano Minelli
- Dibattito* 540 Chi si iscrive alla Sanità “Integrativa”
(con le norme italiane attuali) danneggia anche gli altri
Anyone subscribing to “Integrative/Supplementary” Healthcare
(with the present Italian regulations) is harming also the others
Alberto Donzelli
- Recensione* 556
- Documenti* 557 Dichiarazione di Rotorua. WAIORA: Promuovere la salute
del pianeta e lo sviluppo sostenibile per tutti
Conferenza mondiale IUPHE aprile 2019
- 560 WAIORA - Dichiarazione dei popoli indigeni per la salute
del pianeta e lo sviluppo sostenibile
Conferenza mondiale IUPHE aprile 2019

In questo numero

Gli articoli raccolti in questo numero sono riconducibili all'ambito della psichiatria e della salute mentale.

Un primo gruppo è finalizzato a orientare il lettore sull'insieme delle tematiche sottese al passaggio dall'Ospedale Psichiatrico Giudiziario (OPG) alle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS). Viene sottolineato come ciò non possa essere considerata esclusivamente una operazione organizzativa, ma un nuovo modo di porre il problema della pericolosità sociale di persone con disturbo psichico che hanno commesso reati. Su tale asse è incentrato il contributo iniziale di *Simone Bruschetta* che illustra il percorso politico-sociale 2008-2017 e i passaggi giuridici e scientifici che hanno permesso il superamento dei vecchi OPG: una riflessione che seguendo il principio della *culture of enquiry* presenta e analizza la REMS quale comunità terapeutica caratterizzata da qualità e metodi fondati sul principio universale della democrazia.

Gli Articoli che seguono descrivono, quale esempio paradigmatico, le fasi del processo di lavoro per la costituzione della REMS di Capoterra (Cagliari). *Riccardo Currelli* ripercorre in dettaglio il processo di attivazione della REMS, soffermandosi in particolare sulle problematiche legate alle relazioni e comunicazioni tra diverse Istituzioni e Servizi coinvolti. Illustra contraddizioni vecchie e nuove intrinseche nel processo di costruzione di tale struttura ed evidenzia l'importanza della formazione del gruppo di lavoro. Gli Allegati (*Franco Scarpa, Domenico Semisa, Maurizio Olivero, Mario Perini*) arricchiscono il contributo riportando le esperienze vissute in prima persona da formatori e professionisti. Segue una sintesi del Documento della Regione Sardegna che presenta la REMS di Capoterra.

L'Articolo di *Francesco Scotti* riporta il contributo dell'Autore alla formazione del gruppo di lavoro, una profonda e attenta riflessione sia su ansie, paure e aspettative dei professionisti, che sulle condizioni necessarie al buon funzionamento e alla vita nella comunità terapeutica.

Antonio De Pascalis attraverso i concetti di intermedialità e cosalità ribadisce la necessità di una riflessione sull'esercizio psicoriabilitativo nei servizi psichiatrici territoriali al cui interno si impone una relazione di cura articolata e al contempo strutturata.

Al tema del rapporto tra Psichiatria e Medicina Generale è dedicato il lavoro di *Fabio Giuseppe Stellini e Luigi Ferrannini*. Gli Autori descrivono i forti cambiamenti avvenuti in relazione a obiettivi, tecniche e integrazioni tra tali aree disciplinari nel corso degli ultimi decenni, evidenziandone criticità e complessità anche attraverso l'analisi di un caso della pratica clinica quotidiana.

Chiude la serie di articoli *Massimiliano Minelli*. Minelli riferisce una ricerca etnografica in équipe realizzata in Brasile nel campo della Salute Mentale. Tale metodologia di lavoro ha consentito l'approfondimento dei rapporti tra vita quotidiana, cura di sé e interventi realizzati in strada, azioni che in aree urbane periferiche consentono una visione innovativa dello spazio pubblico e delle politiche di salute e riconfigurano le problematiche di salute mentale in una comunità.

Nella Rubrica "Dibattito" *Alberto Donzelli* ritorna sulle problematiche attuali del nostro Servizio Sanitario Nazionale, sulla "pericolosità" della Sanità Integrativa, seria minaccia ai principi di equità e solidarietà, e causa di consumismo sanitario.

Editoriali

Un'occasione per riconfermare il Servizio Sanitario Nazionale *An opportunity to reconfirm the National Health Service*

Giuseppe Masanotti

A distanza di quaranta anni, dal 16 al 19 ottobre 2019, si è tenuto a Perugia il 52° Congresso Nazionale della Società Italiana di Igiene Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (SItI). Città e Scuola di Igiene che ha rivestito, in questi anni, un punto di riferimento di una Cultura di Sanità Pubblica di considerevole rilievo, che ha animato il percorso formativo di diverse generazioni di Igienisti. Non c'era momento migliore per fermarsi, riflettere e approfondire sulle derive culturali, scientifiche ed operative delle ampie ed articolate tematiche della Sanità Pubblica instauratesi in questa realtà regionale e nei singoli territori, che hanno portato una dalle eccellenze nazionali ad una situazione a che in questi ultimi anni ha mostrato un forte rallentamento. Creando un sistema che ignora, quasi, le evidenze epidemiologiche e scientifiche.

Una deriva nella quale i responsabili non si sono limitati a condizionare il diritto ma lo hanno sempre più subordinato, scadendo in una sorta di amministrazione contabile, convinti che la sanità si dovesse adattare solo alle nuove condizioni politiche/finanziarie, riducendone, prima di ogni cosa, l'autonomia tecnica.

Significativo è il titolo del Congresso: "Le evidenze scientifiche per la Sanità Pubblica: dalle emergenze alla promozione della salute"; esso ha rappresentato indiscutibilmente un momento di aggregazione culturale fra persone che sono quotidianamente impegnate ad accrescere l'esperienza igienistica. Sono testimonianza gli oltre 662 abstract (dato superiore del 25% rispetto ai lavori pervenuti per il 51° Congresso di Riva del Garda) e gli oltre 1.100 iscritti.

Un congresso che ha ribadito l'importanza e le peculiarità del modello italiano di Sistema Sanitario Nazionale, che pur ispirandosi al modello Beveridge, mostrava sin dall'inizio significative differenze rispetto all'originale britannico. Il sistema si fonda(va) sui tre pilastri universalità, solidarietà e uguaglianza. Universalità, è bene ricordarlo, significa l'ac-

cesso di tutti i presenti sul territorio Italiano, alle prestazioni di promozione della salute, prevenzione, cura e riabilitazione indicate nei livelli essenziali di assistenza (LEA), che in realtà contengono quasi tutte le prestazioni sanitarie esistenti. Solidarietà come finanziamento attraverso la fiscalità generale e pertanto con modalità completamente ascrivibili al comparto della spesa pubblica, uguaglianza di tutti gli individui (come dice l'art. 32 della costituzione) senza differenze né distinzioni di sorta.

E' opportuno ricordare che l'Italia è il secondo Paese più vecchio al mondo dopo il Giappone: l'aspettativa di vita delle donne supera gli 84 anni, mentre quella maschile arriva a 80. Sarebbe quindi normale aspettarsi più investimenti nel settore sanitario. Eppure – nonostante le classifiche indichino la nostra sanità come la quarta al mondo per efficienza – l'Italia ha la spesa sanitaria più bassa fra i Paesi occidentali, con soli 2.600 Euro pro capite. Questo significa che chi ci governa non fa e non ha fatto nulla per mantenere il settore sanitario all'altezza delle aspettative dei cittadini e del dettato normativo. Il rapporto Censis 2018 sulla sanità pubblica e privata, stima che entro il 2025 saranno necessari tra i venti e i trenta miliardi di investimenti nel settore, dato che il costo delle cure mediche pro capite salirà a 900 euro annui. I dati dimostrano che il sistema sanitario italiano è sempre meno pubblico, con il 40% dei servizi erogato da strutture private. Sebbene il 74% della spesa sanitaria sia ancora a carico dello Stato, la spesa dei cittadini è di circa il 25%. Ancora, il Censis ha rilevato che 7 italiani su 10 hanno pagato di tasca propria prestazioni sanitarie. Di questi, il 70% ha acquistato farmaci, il 60% ha pagato visite specialistiche, il 50% ha prenotato analisi di laboratorio e il 40% ha speso per protesi odontoiatriche. Nel 2017 11 milioni di italiani si sono indebitati per accedere alle cure necessarie. Questo tipo di pressione economica è cresciuta nel tempo: i dati indicano un incremento dell'incidenza della spesa sanitaria sulle finanze dei cittadini del 9,6% dal 2013 a oggi.

Un quadro così sconcertante avrebbe bisogno di un ripensamento radicale a partire dalla strategia e per poi proseguire negli investimenti per il settore sanitario.

Negli ultimi giorni sta circolando una bozza rivista del Patto per la Salute fra Ministero e Regioni che dovrà destinare 2 miliardi di euro aggiuntivi al settore sanitario ma non si parla di modificare i vari pesi e dare maggiore importanza alla prevenzione/promozione della salute. L'unico dibattito affrontato negli ultimi mesi è stato quello sull'obbligo vaccinale, occupando l'agenda pubblica a discapito di problemi ben più urgenti. Non stupisce che, sempre secondo il Censis, il 38% degli italiani provi un sentimento di rabbia nei confronti del sistema sanitario. Si tratta dell'ennesimo tassello che compone il paesaggio emotivo dell'Italia del rancore: una cittadinanza impotente, mediamente più povera, meno istruita, più diffidente nei confronti dell'altro ed ora anche rassegnata a ricevere delle cure non all'altezza di un Paese occidentale.

Un SSR e SSN ben lontani dal pensiero fondante delle scuole di Igiene di Milano e

Perugia, che hanno contribuito alla concettualizzazione e poi alla stesura della legge di istituzione del nostro servizio sanitario nazionale. La storia e il patrimonio della scuola di igiene di Perugia, a partire dal suo fondatore, il prof. Alessandro Seppilli, hanno influenzato in qualche misura il titolo di quest'edizione del Congresso. Un congresso che non vuole rassegnarsi al trend in atto ma contribuire a scrivere nuove pagine nella storia di un Servizio che deve restare pubblico.

A partire dalle sezione inaugurale questo sentimento era percepito forte e chiaro. Chiedendo al professor Briziarelli di ricordare le tappe fondamentali dell'evoluzione del pensiero del Maestro, Alessandro Seppilli. Evidenziando il principio "evolutivo" del pensiero e la continua ricerca di metodi e strumenti per migliore lo stato di salute della popolazione. Molti concetti, di fatto ripresi nelle varie giornate e sezioni, plenarie e non. Ricordando, celebrando e dando sostanza a molti concetti solo abbozzati nelle varie scritture del Maestro. Oltre l'apertura dei lavori del congresso, una plenaria totalmente dedicata alla promozione della salute con una piccola fuga in avanti verso la salutogenesi, moderata da Briziarelli e Signorelli.

È sembrata emergere chiaramente da queste giornate la necessità di una riorganizzazione del SSN, sulla base di un modello etico - solidale, con nuove regole ed operatori, che possa garantire una risposta universale anche per le future generazioni.

La sanità (tutti gli strumenti, le persone e i servizi che lo Stato mette a disposizione dei cittadini), non è la sola declinazione della salute ma solo uno degli elementi che contribuiscono ad essa.

A questa si aggiungono, prima di tutto, gli stili di vita di ogni singolo cittadino, l'ambiente, il tipo, la qualità e l'assenza di lavoro e le conseguenze su qualità e aspettativa di vita; quando non si lavora si vive peggio e si innescano meccanismi che peggiorano la vita (alcool, gioco, delinquenza, ecc.) e riducono l'aspettativa di vita.

Pensiamo, inoltre, alla crisi del ciclo di vita della struttura familiare tradizionale, del sistema educativo e ai limiti delle opportunità socio-economiche che ci vengono offerte: è innegabile che, fra questi determinanti, le ripercussioni sulla sanità e sulle variabili economiche fanno aggio sulle politiche, sull'opinione pubblica e sull'immaginario collettivo. Infine, una riflessione sul dibattito ancora in essere tra benessere fisico e psicologico, in un uomo diviso in comparti. Come se le evidenze non continuassero a dirci che bisogna rispondere ai bisogni dell'uomo, indipendentemente che abbiano a che fare con la psiche o con il fisico. L'isolamento del servizio di salute mentale, il non coinvolgimento nelle attività di prevenzione è un danno che non ci possiamo più permettere.

Non a caso, in questo numero riportiamo anche lavori che, speriamo, possano aiutarci a realizzare un nuovo ponte tra servizi oggi separati.

Dall’Ospedale Psichiatrico Giudiziario (OPG) alle Residenze per l’esecuzione delle misure di sicurezza (REMS). Un cammino difficile ma non impossibile

From Old Forensic Psychiatric Hospital to Psychiatric Residence for the Execution of Measures of Security. A difficult, but non impossible way

Francesco Scotti

Ci chiediamo, in questo numero della Rivista, se il passaggio, nel sistema giudiziario e sanitario italiano, dall’OPG alle REMS, abbia portato un’innovazione significativa nel Sistema salute, con una nuova affermazione del diritto alla salute di tutti i cittadini, anche di quelli che hanno commesso reati, con la costruzione di nuove strutture che ne permettano concretamente l’esercizio.

Si può dare una risposta di principio ed è positiva: è stato intrapreso un buon cammino anche se la tappa programmata non può essere considerata definitiva. Per dare poi una risposta di fatto bisognerà aspettare qualche anno: solo allora potremo dire se quella che è oggi una scommessa sia stata vinta o persa.

Ci sono due ordini di motivi che inducono a questa prudenza.

Il primo è che le REMS sono state inserite in un sistema di salute mentale che, avviato in Italia nel 1978 e sviluppatosi ampiamente nei decenni successivi, anche se con disomogeneità nelle varie regioni, con quel disegno che è stato chiamato a macchie di pelle di leopardo, ha subito negli ultimi anni un impoverimento progressivo; il che ha reso meno realizzabili le promesse di una psichiatria di comunità vicina agli utenti e in grado di far fronte, con una efficiente presa in carico, a tutti i bisogni. In questo sistema un nuovo carico operativo, sostanzialmente senza risorse aggiuntive dedicate ad esso, non può che introdurre nuove difficoltà e quindi provocare incomprensioni negli operatori

Il secondo motivo è che persistono resistenze ad una adeguata realizzazione delle REMS: è necessario convertire ad esse l’apparato giudiziario, gli apparati di pubblica sicurezza

ed anche l'opinione pubblica. Queste resistenze sono frutto degli stessi fattori che hanno portato al tardivo superamento degli OPG, costituiti da pregiudizi difficili da combattere. La chiusura degli OPG è avvenuto ben 34 anni dopo la Riforma sanitaria, che comprendeva anche la chiusura dei manicomi. Essa è soprattutto frutto dello scandalo prodotto dalla constatazione che, in molti di essi, esisteva un degrado irrimediabile: la insopportabilità della vita all'interno delle strutture ospedaliere, la sofferenza dei pazienti, l'impossibilità di una qualunque pratica terapeutica, l'essere esse una combinazione del peggior manicomio con il peggior carcere, ha portato a una coraggiosa decisione politica con i caratteri della rapidità e della radicalità, senza che ci fosse una adeguata predisposizione delle alternative. Questo cambiamento non ha annullato automaticamente i pregiudizi che avevano garantito la sopravvivenza degli OPG nonostante le prove di inefficienza e le testimonianze di violazione dei diritti umani che si erano accumulate negli anni. Il pregiudizio fondamentale è che esista uno stretto legame tra disturbo mentale e violenza. Dobbiamo essere consapevoli che il mancato superamento di una concezione distorta della malattia mentale che questo pregiudizio implica, comporta il rischio che le REMS diventino non alternativa all'OPG ma sue continuatrici, piccoli OPG destinati anch'essi a non rendere possibile una cura significativa dei disturbi psichici al loro interno.

La lotta contro gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari viene da lontano.

Un documento: Manifestino 1979

LA MAGISTRATURA CELEBRA L'APPLICAZIONE DELLA 180 E DELLA RIFORMA SANITARIA CON IL RILANCIO DEI MANICOMI GIUDIZIARI? IL FATTO:

un giovane di Assisi di anni 35, viene inviato nel giugno del 1979 al Manicomio Giudiziario di Montelupo Fiorentino con ordinanza del giudice. E' imputato di calunnia e una perizia di uno psichiatra, nell'aprile u.s., lo dichiara totalmente infermo di mente e pericoloso. Ciò avviene quando il giovane, rimessosi dalla sua malattia, sta per riprendere il lavoro.

I tentativi di far sospendere l'ordinanza falliscono.

I PRECEDENTI: negli ultimi 8 anni almeno dieci cittadini umbri sono stati inviati in Manicomio Giudiziario. Tre di questi vi sono morti (l'ultimo di Assisi, un mese fa), tutti per cause violente e in modi restati misteriosi.

CI CHIEDIAMO. Il Manicomio Giudiziario è solo un luogo di deportazione dei "matti" o anche un campo di sterminio?

QUALI MEDICI HANNO PERMESSO CON LE LORO PERIZIE QUESTA DEPORTAZIONE?

LA MAGISTRATURA E I PERITI HANNO MAI SENTITO IL BISOGNO DI CONSULTARE I SERVIZI PSICHIATRICI DI TERRITORIO CHE SI SONO

OCCUPATI A LUNGO DI QUESTI PAZIENTI?

ALLA MAGISTRATURA CHIEDIAMO: la revoca dell'ordinanza di ricovero nel Manicomio Giudiziario di Montelupo Fiorentino per porre fine a una palese ingiustizia.

ALLE FORZE POLITICHE CHIEDIAMO di muoversi per l'abolizione dei Manicomi Giudiziari in quanto la loro esistenza è in profondo contrasto con lo spirito e la lettera della Riforma Sanitaria. Nel frattempo chiediamo che si realizzi, da parte dei Servizi Sanitari di territorio competenti, un controllo sui Manicomi Giudiziari.

MEDICINA DEMOCRATICA

PSICHIATRIA DEMOCRATICA

PERUGIA, 29 – VI – 1979

(cicl. in proprio, Camera del Lavoro di Bastia - Assisi)

La storia quindi è lunga, fatta di proposte di riforma cadute nel vuoto, di ricerche che dimostravano lo stato fallimentare del sistema penitenziario psichiatrico. Ancora una volta non furono le critiche al diritto, l'emergere di modi nuovi di intendere e curare i disturbi psichici, le manifestazioni di buona volontà di magistrati e psichiatri per limitare il danno, a produrre il cambiamento radicale.

Fu lo stato di degrado dei manicomi giudiziari, noto da anni, che diventò uno scandalo politico, grazie alla commissione ad hoc presieduta dal Senatore Marino (1).

La Commissione, valutando le condizioni igienico-sanitarie, organizzative e clinico-psichiatriche degli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG), aveva riscontrato che "l'assetto strutturale e condizioni igienico-sanitarie erano gravi e inaccettabili sono le carenze strutturali e igienico-sanitarie rilevate in quasi tutti gli OPG; che tutti gli OPG presentano un assetto strutturale assimilabile al carcere o all'istituzione manicomiale, totalmente diverso da quello riscontrabile nei servizi psichiatrici italiani; che l'assistenza socio-sanitaria (personale medico, infermieristico, riabilitativo, educativo, ausiliario e sociale) è insoddisfacente perché la dotazione numerica del personale sanitario appare carente in tutti gli OPG visitati rispetto alle necessità clinico-terapeutiche dei pazienti affidati a tali istituti; in particolare le competenze mediche specialistiche appaiono globalmente insufficienti in tutti gli OPG rispetto ai numeri dei pazienti in carico, in relazione alla necessità di raggiungere sufficienti prestazioni di finalità riabilitativa per ciascun degente sulla base di un progetto riabilitativo personalizzato. Analoga considerazione la Commissione fa relativamente agli standard di personale infermieristico ed ausiliario. Una nota particolare è dedicata alla contenzione fisica con queste considerazioni: "se da un punto di vista giuridico la coercizione o contenzione fisica in psichiatria viene da taluni giustificata da

una da una rigorosa interpretazione dello stato di necessità (articolo 54 del codice penale), le modalità di attuazione osservate negli OPG lasciano intravedere pratiche cliniche inadeguate e, in alcuni casi, lesive della dignità della persona, sia per quanto attiene alle azioni meccaniche, sia talora per i presidi psicofarmacologici di uso improprio rispetto alla finalità terapeutica degli stessi e alle norme AIFA di sicurezza d'uso. A ciò si aggiunge, in alcune situazioni osservate, la mancanza di puntuale documentazione degli atti contenitivi, con conseguente impossibilità materiale di controllo e verifica degli stessi²⁾. Certamente lo scandalo ha una potenza trasformativa: impone di fare e di fare presto, superando tutti i vincoli e senza troppo badare alle condizioni che sarebbe opportuno creare per rendere non troppo problematica la trasformazione.

La costituzione delle REMS non è il frutto di un'improvvisa intuizione illuministica. Il primo passo è costituito dal cambiamento epocale della psichiatria italiana con l'introduzione della legge 180/78, una legge sanitaria che ha sostituito la precedente normativa, sostanzialmente di pubblica sicurezza, che risaliva al 1904. L'asse portante della legge dell'inizio del secolo era un'operazione di polizia: un ricovero coatto su certificazione medica che dichiarava un paziente pericoloso per sé e per gli altri e di pubblico scandalo; il Direttore dell'Ospedale psichiatrico poi decideva l'internamento perpetuo del malato. Andrebbe però fatto notare che paradossalmente la legge 180 ha peggiorato, per quanto era possibile, la situazione degli ospedali psichiatrici giudiziari perché li ha trascurati (non li ha neppure nominati), perché ha concentrato ogni energia intellettuale e fisica sulla chiusura degli ospedali psichiatrici civili e, inoltre, ha bloccato quel trasbordo di ricoverati che avveniva, in una certa misura, dagli OPG agli OP: questo passaggio era di qualche vantaggio per essi in termini di vivibilità della situazione di degenza e di possibilità di accesso alle cure.

Questo non riduce i meriti della legge 180 grazie alla quale la malattia mentale veniva sdoganata perché fino ad allora, rispetto alle altre malattie, aveva un regime legale differente; una legge sanitaria veniva introdotta al posto di una legge speciale che perseguitava chi era "pericoloso a sé o agli altri è di pubblico scandalo". Le modalità di organizzazione dell'intervento, quali sono normate dalla legge 180/78, presuppongono un diverso modo di intendere il disturbo psichico. Dal punto di vista medico essa è la negazione del principio "una volta folle sempre folle"; sostituito dall'affermazione "nessuno è sempre o totalmente matto".

Quali novità introduceva la legge abolendo la normativa in atto? Avviava a chiusura i manicomi (anche se l'azione si sarebbe conclusa nel 1996), vietava la costruzione di nuovi OP, riportava la gestione dei malati mentali alle norme che valevano per tutti gli altri malati. Paradossalmente anche la costrizione alla cura, che in casi particolari veniva introdotta con il trattamento sanitario obbligatorio, era disegnata sul modello sull'obbligo alla cura e all'isolamento già previsto per le malattie infettive.

Il secondo passo è che si è sviluppata una psichiatria di comunità, condizione di un esercizio non violento della psichiatria. In questo passaggio si è passati da una logica strettamente clinica e nosografica (alla lettera: il malato a letto con applicata un'etichetta) ad una logica di salute mentale.

È utile ricordare che notevoli sforzi sono stati fatti per applicare anche alla psichiatria forense questa nuova concezione del disturbo psichico e della sua cura, al fine di dimostrare che il diritto alla salute, anche a quella psichica, era un diritto primario del cittadino e non poteva essere ignorato o distorto (2).

“Le attività di salute mentale si propongono l'obiettivo di consentire alla persona con disturbo psichico una graduale e il più completa possibile riacquisizione delle sue quote di benessere personal e relazionale: tendono in tal modo a due obiettivi, ambedue significativi e che ambedue si contrappongono a quelli che abbiamo poco sopra individuati come limiti tipici dell'intervento psichiatrico comunque inteso. Da un lato contribuiscono ad attenuare le quote di violenza che siano -anche in maniera indiretta- eventualmente collegate al disturbo psichico, anche se nulla possono ovviamente fare rispetto alle quote di violenza riconoscibili come portato delle concezioni culturali e delle dinamiche sociali, e come tali del tutto prive di nesso intrinseco rispetto al disturbo psichico; nella (indimostrata) ipotesi che esistano quote di violenza di per sé collegate al disturbo psichico, l'intervento di salute mentale non si limiterebbe a contrastarne vanamente l'espressione, tendendo invece a far sì che la persona che del disturbo psichico è portatrice abbia in realtà minori motivi per agire comportamenti violenti.”

“Si tratta di un modello in cui la prima persona da “difendere” è l'utente, che ha diritto ad essere difeso anzitutto rispetto ad un disturbo che è fonte di sofferenza e di costi di ogni tipo, ma anche ad essere “difeso” rispetto a condizioni personali e sociali che sono frequentemente svantaggiate già in partenza, e che il disturbo psichico non può che rendere per lui ulteriormente svantaggiose.”

“L'attività di tutela della salute mentale deve, per dispiegare una valenza realmente terapeutica, puntare al potenziamento dell'autonomia dell'utente e ad una corrispettiva presa di coscienza delle proprie azioni e motivazioni, nonché ad una corretta assunzione delle quote di responsabilità che in ciò gli competono. Nulla vieta che in tale processo di colpevolizzazione e di responsabilizzazione rientri -e in maniera non trascurabile- il problema del rispetto sostanziale dei diritti delle altre persone e della collettività globalmente intesa. Ciò potrà quindi portare -come abitualmente porta- ad un risultato per cui la persona con disturbo psichico è meno facilmente indotta a ledere i diritti delle altre persone, acquistando al tempo stesso migliori e più efficaci strategie per rispettare e far rispettare i propri diritti”.

L'interesse di queste affermazioni, oramai ampiamente condivise, è che sono state pronunziate in un discorso che si occupava dei temi scaturenti dall'incrocio tra diritto e psichiatria e particolarmente della definizione di pericolosità del malato mentale, dell'incapacità di intendere e di volere come condizione di non imputabilità e quindi di non punibilità di chi ha commesso un reato. I due elementi, pericolosità sociale e non imputabilità, portavano il paziente psichiatrico, inevitabilmente fino al 2010, al ricovero in OPG con il rischio di una permanenza perpetua in esso.

L'apparato repressivo costituito dall'OPG è caduto, attaccato dall'evidenza dell'assoluta incapacità di conciliare al suo interno la custodia con la cura di cui i pazienti avevano bisogno. Ma che cosa si sostituisce ad esso? È credibile l'invenzione di luoghi dove questa conciliazione avvenga?

Non è possibile capire cosa sono le REMS, e cosa possono essere, cioè quali sono i loro limiti intrinseci, se non teniamo presenti gli elementi che determinano l'invio, da parte di un magistrato, di un paziente psichiatrico in una REMS. A monte esiste il granitico articolo 88 del codice penale che prescrive: "Non è imputabile chi, nel momento in cui ha commesso il fatto era per infermità in tale stato di mente da escludere la capacità di intendere e di volere." Quindi il paziente, anche se colpevole, non può essere punito.

È nell'accertamento della non imputabilità che si gioca il destino di "chi ha commesso un fatto previsto dalla legge come reato". La lettera della norma, dalla quale dipende il futuro del paziente, si presta a interpretazioni che spesso sono in conflitto tra di loro. A questo proposito nota Manacorda che "la norma tace su cosa debba intendersi per infermità, per stato di mente, per incapacità di intendere e di volere, nonché i criteri che collegano l'autore del fatto e il suo stato di mente al fatto reato". Nella pratica queste lacune sono state riempite seguendo le opinioni dei periti che non sempre fanno riferimento ad evidenze scientifiche. Tanto più complicata la questione perché la valutazione non discende dalla diagnosi: si può avere qualsiasi disturbo psichico ma questo non impedisce che quel particolare atto sia inteso e voluto.

Cosa sono le misure di sicurezza che molto spesso seguono alla sostanziale esenzione dalla pena del malato di mente che ha commesso il reato? Sono una forma di limitazione della libertà personale che il magistrato applica in conseguenza di un giudizio di pericolosità sociale del malato ("infermo" dice la legge) e che prima portava in OPG e ora conduce in una REMS. Con ciò giungiamo ad un altro nodo giuridico che si staglia attualmente sullo sfondo del funzionamento delle REMS: la pericolosità sociale.

Ai tempi in cui dominava una concezione manicomiale della cura (e della non cura, giacché prevaleva l'idea della incurabilità della maggior parte dei disturbi psichici) e vi era un'impostazione strettamente biologica nei modi di intendere la malattia mentale, veniva enfatizzato il rapporto tra malattia mentale e violenza: qualsiasi malato mentale era considerato, in potenza, violento. È stato necessario l'intervento della Corte Costituzionale

nel 1982 e nel 1983¹ per abrogare il carattere presunto della pericolosità dei malati di mente autori di reati. La pericolosità va accertata in sede peritale e solo il suo riconoscimento comporta la prescrizione delle misure di sicurezza da parte del magistrato. Ma la cancellazione di questo automatismo non risolve tutti i problemi perché è il concetto di pericolosità ad essere scientificamente, e quindi giuridicamente, traballante.

I risultati degli studi non mettono in evidenza una sicura correlazione tra violenza e malattia mentale. Si tratta indubbiamente di studi difficili, criticabili e criticati, perché la scelta del campione da studiare può incidere sui risultati senza possibilità di correzioni. Come conseguenza i risultati sono spesso contraddittori.

Vi è una notevole convergenza sull'opinione che la delinquenza dei malati di mente non è superiore a quella che riscontriamo nel resto della popolazione. Sia nei malati di mente che nella popolazione "normale" prevalgono, collegati alla delinquenza, fattori generici: l'età giovanile, il sesso maschile, la bassa scolarità, l'assunzione di sostanze stupefacenti, l'appartenenza a famiglie svantaggiate. Quando si sono esaminati gruppi di persone etichettate come malati mentali e che avevano compiuto reati violenti, più che della diagnosi psichiatrica si sono dimostrati predittivi di violenza i fattori legati alle concrete situazioni: violenze subite in passato, carcerazione giovanile, abusi fisici (2).

È stato ripetutamente fatto notare che la categoria "malato di mente" è caratterizzata da una eterogeneità di quadri psichiatrici per cui gli studi che cercano di individuare elementi predittivi di violenza (e quindi di pericolosità) si trovano a confrontare comportamenti disomogenei con risultati poco affidabili. In altri studi in cui viene scelta una singola categoria psichiatrica, come alcuni disturbi di personalità, abbiamo a che fare con una certa tautologia perché alcune categorie nosografiche sono costruite proprio in base al riscontro della tendenza a compiere atti violenti. Sarebbe poi improprio trasferire la prevalenza della pericolosità sociale in questa categoria al disomogeneo gruppo dei malati mentali. Occorre anche ricordare che è proprio quella dei disturbi di personalità la categoria più equivoca della psichiatria, dai confini incerti e dalla dubbia curabilità. Un corollario di questa affermazione è che è inappropriato far discendere dal carattere particolarmente aberrante dell'atto criminale l'attribuzione all'autore di qualità psichiche che ne fanno un malato di mente. Sarebbe un caso in cui l'anormalità dell'atto diviene anormalità dell'attore, trasformando il male in un sintomo di malattia e con ciò liberandone la natura umana.

Di fronte alla difficoltà (che spesso coincide con l'impossibilità) di diagnosticare una pericolosità, soprattutto quella a lungo termine, si ha l'impressione che la liberazione del paziente dai vincoli della legge suscita resistenze a causa del persistere della tentazione di

¹ Sentenza n.139 del 27 luglio 1982; sentenza n.249 del 28 luglio 1983, poi recepita dalla legge n. 663 del 10.10.1986.

tener conto di una responsabilità oggettiva (è la gravità dell'atto che richiede la sanzione, al di là della soggettività dell'autore che non capiva o non voleva veramente quell'atto). Ma accettare questa deriva, come diceva un illustre magistrato, porterebbe ad abrogare il diritto romano, fondamento della nostra civiltà.

A causa di tutte queste incertezze è difficile cancellare l'impressione che in certi casi, pochi o tanti che siano, si compia un internamento, prima in OPG, adesso in REMS, che assomiglia ad una punizione. Qualcuno ha parlato della necessità della punizione per compensare la vittima, ma questo sarebbe la reintroduzione del diritto di vendetta. Una conseguenza di ciò è che si favorisce l'interpretazione che la cura psichiatrica sia una pena, vissuto frequente nei pazienti ma latente anche negli psichiatri. D'altra parte l'invocazione di una castrazione chimica nei casi di delitti a sfondo sessuale appartiene proprio a questo circolo.

Nonostante che i fenomeni malattia mentale e delinquenza siano largamente non correlati e che il malato di mente non possa essere considerato una persona pericolosa, questa relazione viene sempre nuovamente riproposta. Ciò accade perché, pur non esistendo un nesso causale (indimostrato e indimostrabile) tra i due fenomeni, esistono tra loro una serie di legami che sono sociali e culturali anche se non scientifici: attengono cioè al modo di sentire condiviso e forse maggioritario.

A questo proposito interessante è l'interpretazione che di questo nesso dava Traverso:

“Vogliamo, attraverso le nostre spiegazioni socio-culturali di entrambi i fenomeni, controllarli e lo facciamo attraverso due sistemi (il sistema giudiziario e il sistema psichiatrico), sistemi che sono altamente interscambiabili e vicarianti. Essere assegnati all'uno o all'altro sistema non dipende dal comportamento, ma dalle reazioni differenti delle agenzie di controllo sociale, reazioni che derivano principalmente dal ruolo differenziale e dal relativo potere che il legislatore vuole assegnare a tali sistemi... È a questi processi ed alle variabili che in essi intervengono che noi dobbiamo volgere la nostra attenzione al fine di ridefinire e porre in dubbio i nostri assiomi di base sul controllo sociale di persone etichettate delinquenti malati di mente”(4).

Le conseguenze di queste considerazioni, se fossero prese sul serio, sarebbe che la pericolosità sociale va valutata sul singolo caso, indipendentemente dal suo essere malato, come per ogni altro soggetto normale, che è stato condannato per aver commesso un reato; inoltre va valutata sul breve periodo e quindi, nel caso in cui sia stata riconosciuta, rivalutata frequentemente.

Tale lunga esposizione di una storia giuridica e culturale, prima che psichiatrica, è finalizzata a mostrare quali ombre si proiettino sulle neonate REMS e quali rischi esse corrano di trasformarsi, anche senza il consenso di coloro che vi lavorano, in piccoli OPG, faccenda con ciò ancora una volta prevalere la custodia sulla cura.

In questo numero abbiamo scelto di illustrare una singola esperienza per avere la possi-

bilità di mostrare quali e quante risorse debbano essere impegnate, quali buone pratiche vadano privilegiate e quale processo di formazione sia da attivare.

Bibliografia

- 1 Senato della Repubblica, XVI legislatura, Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del servizio sanitario nazionale, istituita con deliberazione del Senato del 30 luglio 2008, Relazione sulle condizioni di vita e di cura all'interno degli ospedali psichiatrici giudiziari, Relatori sen. Michele Saccomanno e sen. Daniele Bosone, approvata dalla Commissione nella seduta del 20 luglio 2011.
- 2 Manacorda A. Lineamenti per una riflessione sulla responsabilità penale dell'operatore di salute mentale, in Manacorda A. (a cura di) Tutela della salute mentale e responsabilità penale degli operatori. Perugia: Centro studi giuridici e politici della Regione Umbria; 1989.
- 3 Venturini E. La perizia psichiatria. In Venturini E, Casagrande D, Toresini L. Il folle reato. Milano: Franco Angeli; 2010.
- 4 Traverso G.B. La nozione di pericolosità collegata al disturbo psichico, in Manacorda A. (a cura di) Tutela della salute mentale e responsabilità penale degli operatori. Perugia: Centro studi giuridici e politici della Regione Umbria; 1989.

EX-OPG vs REMS: rivoluzione democratica e sfida terapeutica *Old Forensic Psychiatric Hospital end new Psychiatric Residence for the Execution of Measures of Security (Ex-OPG vs REMS): democratic revolution and therapeutic challenge*

Simone Bruschetta

*PhD Researcher freelance, Psychotherapist Group Analyst, DTC Specialist and Assessor
Director of Quality Assurance Program "Visiting DTC Project", Catania (IT)*

Parole chiave: ospedale psichiatrico giudiziario; residenza per l'esecuzione delle misure di sicurezza, comunità terapeutica

RIASSUNTO

Introduzione: in occasione del trentennale dell'approvazione della c.d. legge Basaglia, (legge n.180 del 1978), con la quale si determinava di fatto la chiusura del Ospedali Psichiatrici (OP) si è delineata chiaramente, sull'orizzonte della evoluzione politico sociale italiana, la necessità di completare il percorso di riforme legislative iniziato nel 1978, avviando quel processo, durato dieci anni, di trasformazione della legislazione sulle misure di sicurezza per i cittadini con disturbi mentali, poi conclusosi con la chiusura anche degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG).

Obiettivi: l'articolo illustra il percorso politico e sociale intercorso tra gli anni 2008 e 2017, identificati come il decennio della "rivoluzione gentile", che ha lasciato in dote l'istituzione di *Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza* per autori di reato con disturbi mentali. In particolare viene descritto come, con la loro istituzione le REMS si stiano ritrovando oggi di fronte, quegli stessi conflitti di potere in atto nei processi socio-politici che hanno caratterizzato tanto la cosiddetta riforma Basaglia quanto la suddetta rivoluzione gentile, nei quali si confrontano le istanze disciplinari-normative e quelle protettive-soccorritrici

Metodi: il principio metodologico seguito per questa riflessione è la c.d. *culture of enquiry* della tradizione delle *Democratic Therapeutic Communities* inglesi, che si pone oggi come quarant'anni fa a fondamento dell'organizzazione di ogni trattamento terapeutico residenziale basato su un modello di salute mentale che rispetti i diritti umani dei pazienti e dei cittadini.

Risultati: la REMS viene presentata non soltanto come il luogo fisico per l'esecuzione delle misure di sicurezza detentive, ma anche come il luogo, mentale e sociale al contempo, nel quale il suddetto conflitto

Autore per corrispondenza: simonebruschetta@yahoo.it

basico può essere pericolosamente svelato attraverso il riferimento a principi metodologici democratici, oppure ancora negato da un persistente e resistente logica manicomiale.

Key words: forensic psychiatric hospital; residence for the execution of measures of security, democratic therapeutic community

SUMMARY

Introduction: on the occasion of the thirtieth anniversary of the approval of the c.d. Basaglia law, (law n.180 of 1978), with which the closure of the Psychiatric Hospitals (OP), was de facto clearly outlined, on the horizon of the Italian social political evolution, the need to complete the path of legislative reforms started in 1978, initiating that ten-year process of transformation of legislation on safety measures for citizens with mental disorders, which ended with the closure of the Forensic Psychiatric Hospitals (OPG).

Objectives: the article illustrates the political and social path between the years 2008 and 2017, identified as the decade of the "gentile revolution", which has left the establishment of Residences for the Execution of Measures of Security (REMS) for offenders with mental disorders. In particular, it is described how, with their establishment, the REMS are facing today, those same power conflicts underway in the socio-political processes that characterized both the so-called Basaglia reform and the aforementioned gentle revolution, in which the disciplinary-normative and the protective-rescuer instances are matched.

Methods: the methodological principle followed for this reflection is c.d. *culture of enquiry* of the tradition of the British Democratic Therapeutic Communities, which today arises as the foundation of the organization of every residential treatment based on a model of mental health that respects the human rights of patients and citizens. Forensic Psychiatric Hospital; Residence for the Execution of Measures of Security, Democratic Therapeutic Community; Culture of Inquiry; Mental Health Community-Based, Psychotherapy Community-Focused.

Results: the REMS is presented as not only the physical place for the execution of the security measures of detention, but also as the place, mental and social at the same time, in which the aforementioned basic conflict can be dangerously revealed through the reference to democratic methodological principles or else denied by a persistent and resistant asylum logic.

Non navighiamo in acque tranquille, ma siamo nel gorgo che potrebbe risucchiarci nel fondo degli abissi. Occorre forza, determinazione e ambizione per conquistare definitivamente l'orizzonte più vasto che in questo caso è rappresentato dal superamento della logica manicomiale che è diffusissima. Una volta si amava ripetere che la rivoluzione non era un pranzo di gala, in altri termini vuole dire che non bisogna farsi inchiodare dal formalismo e produrre invece un salto nella coscienza civile. Realizzare cioè nel corpo della società la riforma e conseguentemente tradurre in nuove norme il cambiamento.

Franco Corleone

Introduzione

Il presente articolo si pone come ideale continuazione del dialogo avviatosi esattamente un anno fa tra il sottoscritto e Francesco Schiaffo che ha portato alla pubblicazione sul numero 1/2017 della rivista *Gruppi*, nella parte tematica dedicata a "la chiusura degli OPG: una sfida raccolta", del suo articolo dal titolo: Dalla "pericolosità sociale" alla "necessità della cura": la medicalizzazione delle sanzioni penali nella Legge n. 103/2017. Da

questo articolo riprendo la riflessione riguardo l'istituzione delle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS), che del processo di chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) sono in un certo senso le "figlie illegittime". Mi appoggerò letteralmente alla sua rilettura del percorso giuridico che fa da cornice all'istituzione della REMS per proporre ulteriori riflessioni sui percorsi sanitari che la connotano dal punto di vista sociale e scientifico.

Rimando anticipatamente al summenzionato articolo ed a tutta la opera del suo autore sulla "pericolosità sociale" nel sistema penale italiano, come riferimento principale alle notazioni giuridiche che seguiranno; scusandomi preventivamente per le inevitabili inesattezze, spero solo formali, nelle quali rischio di incorrere come tutti coloro che si addentrano nella materia giuridica senza una specifica preparazione in merito. Ma l'argomento è troppo importante per evitare di esplorarlo anche dal punto di vista di un profano, come può esserlo un qualsiasi privato cittadino, senza inoltre sottovalutare il fatto che il confronto con il giurista Schiaffo mi obbliga e mi incoraggia in tale compito, tanto gravoso quanto necessario, spero anche per gli altri "profani" come me. Infine, per quanto esposto in questo articolo, non posso che esprimere la mia gratitudine agli operatori ed agli utenti della REMS di Santo Pietro - Caltagirone in provincia di Catania, della quale ho avuto l'onore di fondarne l'impianto terapeutico nella fase della sua istituzione, e delle REMS di Matera (a Tinchì di Pisticci) e di Cagliari (a Capoterra) presso le quali sono stato variamente impegnato in questi anni come supervisore clinico e metodologico.

L'evoluzione della legislazione italiana per il superamento degli OPG

In occasione del trentennale dell'approvazione della c.d. legge Basaglia, la legge n.180/1978, con la quale si determinava di fatto la chiusura del Ospedali Psichiatrici (OP) si delineò chiaramente, sull'orizzonte della evoluzione politico sociale italiana, la necessità di completare il percorso di riforme legislative iniziato nel 1978, avviando quel processo di trasformazione della legislazione sulle misure di sicurezza per i cittadini con disturbi mentali, poi conclusosi con la chiusura anche degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e durato circa dieci anni. Mi riferisco agli anni 2008-2017, che si sono poi delineati sulla scena della società civile italiana come il decennio della "rivoluzione gentile", per usare una definizione coniata dal Commissario unico per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, Franco Corleone, già citato in esergo (1).

Come lo stesso Corleone sostiene, è stata questa una rivoluzione gentile, ma non meno radicale, il cui orizzonte, "è [stato] quello del superamento definitivo di ogni logica e di ogni struttura che rimandi al manicomio, ovvero all'espulsione, al nascondimento, alla coazione e all'internamento del malato e della malattia. Le tappe che in questa direzione si sono fatte, si fanno e si faranno possono essere limitate, insufficienti, anche contraddittorie in alcuni aspetti. Occorre capirlo, saperlo, dirlo e andare oltre. Ciò che non si può e non si deve fare è di

tornare indietro: perché quello che abbiamo alle spalle lo conosciamo bene e lo abbiamo visto per decenni all'opera. Questo vale per il manicomio civile e vale per l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario" (2).

Riepiloghiamo le tappe principali di questa rivoluzione gentile.

Ad avviare ufficialmente il processo è stato il secondo Governo di Romano Prodi con il Ministro della Salute Livia Turco, i quali emanarono il d.P.C.M. del 1 aprile 2008 con il quale trasferirono al SSN le funzioni e le strutture della sanità penitenziaria comportando la piena equiparazione dell'assistenza sanitaria per cittadini liberi a quella per cittadini ristretti e, di conseguenza la netta distinzione tra funzioni penitenziarie e funzioni sanitarie nella gestione degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. Di questi ultimi per la prima volta fu espressamente previsto un «*programma di superamento graduale*», in esplicito riferimento alla scelta di perseguire la tutela della salute mentale fondata sulla scelta metodologica di «*eliminare ogni forma di discriminazione e segregazione*», come già affermato oltre che dalla c.d. legge Basaglia, anche dalla legge di Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, la legge n.833/1978 (vedi allegato C, d.P.C.M. 1.4.2008).

Nel 2008 si interessò agli Ospedali Psichiatrici Giudiziari italiani anche il Comitato per la Prevenzione della Tortura (CPT) del Consiglio d'Europa, avviando una serie di visite, la prima delle quali effettuata ad Aversa tra il 16 e il 26 settembre esitò un rapporto contenente numerose denunce sulle scandalose condizioni di vita delle persone ivi reclusi. Nello stesso anno, con deliberazione del Senato del 30 luglio 2008, fu inoltre istituita la Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio Sanitario Nazionale, la quale, tre anni dopo, nella seduta del 20 luglio 2011, approvò una «*Relazione sulle condizioni di vita e di cura all'interno degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari*», dove si affermava la necessità di «*porre un argine al fenomeno delle proroghe sistematiche della misura di sicurezza, basate su una certa dilatazione del concetto di pericolosità sociale: sovente la proroga risulta disposta non già in ragione di una condizione soggettiva di persistente pericolosità, ma bensì per la carenza di un'adeguata offerta di strutture residenziali e riabilitative esterne*»¹.

L'esito di tale processo fu l'introduzione dell'art.3-ter del d.l. n.211/2011 nella legge di conversione n.9/2012. Rubricato «*disposizioni per il definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari*», il testo originario dell'art.3-ter fissava, innanzitutto, al 1° febbraio 2013 il «*termine per il completamento del processo di superamento degli Ospedali Psichia-*

¹ SENATO DELLA REPUBBLICA, XVI LEGISLATURA, DOC.XXII-BIS N.4, COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA SULL'EFFICACIA E L'EFFICIENZA DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE, Relazione sulle condizioni di vita e di cura all'interno degli ospedali psichiatrici giudiziari, approvata dalla Commissione nella seduta del 20 luglio 2011, p. 6, in https://www.senato.it/documenti/repository/commissioni/servizio_sanitario16/Relazione_OOPPGG_doc_XXII-bis_4.pdf (consultato il 2.9.2017)

trici Giudiziari già previsto all'allegato C del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1° aprile 2008» e programmava, nello stesso co.2, la definizione ministeriale dei requisiti delle «strutture destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in Ospedale Psichiatrico Giudiziario e dell'assegnazione a Casa di Cura e Custodia». Nell'economia complessiva del testo originario dell'art.3-ter del d.l. n.211/2011, la soluzione residenziale ed intramuraria era assolutamente prevalente. Solo nella possibilità concessa a regioni e province autonome, ai sensi del co.5, di «assumere personale qualificato da dedicare anche ai percorsi terapeutico-riabilitativi finalizzati al recupero e reinserimento sociale dei pazienti internati provenienti dagli ospedali psichiatrici giudiziari» era possibile intravedere un riferimento implicito, estremamente vago e comunque meramente eventuale a soluzioni che invece erano già state chiaramente indicate e auspiccate dalla Corte Costituzionale nella sentenza n.253/2003 con il riferimento alla libertà vigilata in funzione terapeutica.

Successivamente, però, nel testo vigente dell'art.3-ter d.l. n.211/2011 poi rivisto nella legge n.81/2014 ed in successivi atti di attuazione come ad esempio l'Accordo della Conferenza Unificata Stato, Regioni e Province Autonome n. 17/CU del 26 febbraio 2015, la soluzione residenziale delle «strutture» di cui ai co.2 e 4, è progressivamente diventata, meramente residuale rispetto alla progettazione di percorsi terapeutico-riabilitativi individuali da realizzare in libertà vigilata.

Senza modificare il codice penale, la legislazione per il superamento degli OPG ha così decisamente compromesso l'assetto fondamentale della originaria disciplina delle misure di sicurezza personali che dura da più di ottantaquattro anni, sancendo, anche se ancora solo nei c.d. «casi di non imputabilità per incapacità di intendere e di volere ed in quelli di semimputabilità per vizio parziale di mente», l'esclusione del criterio della valutazione della pericolosità sociale dell'infermo di mente autore di reato ²(di cui all'art.133 co.2 n.4 c.p. come stabilito al co.4 dell'art.3-ter d.l. n.211/2011) come uno dei due presupposti indispensabili per l'applicazione delle misure di sicurezza personali. Un primo storico colpo al c.d. Codice Rocco, che sopravvive ancora immutato dal periodo del regime fascista, inferto simbolicamente, durante questa c.d. rivoluzione gentile, a partire proprio da una materia legislativa riguardante la salute mentale di una delle fasce più deboli della popolazione italiana, i cittadini con disturbo mentale.

Sulla stessa scia, la disposizione di cui al co.1-quater dell'art.1 del d.l. n.52/2014 convertito con la legge n.81/2014 ha inoltre stabilito che tutte le «misure di sicurezza detentive provvisorie o definitive, compreso il ricovero nelle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza, non possono durare oltre il tempo stabilito per la pena detentiva prevista per il reato commesso». E questo, come mi segnala Francesco Schiaffo è il secondo colpo, forse anche

² In tal senso cfr. anche Corte costituzionale, sentenza 24 giugno – 23 luglio 2015, n.186.

più pesante del primo nella prospettiva del penalista!

Così dopo ulteriori tre anni dalla famosa seduta della Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio Sanitario Nazionale, che il 20 luglio 2011 approvava appunto la "Relazione sulle condizioni di vita e di cura all'interno degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari" affermando la necessità di «porre un argine al fenomeno delle proroghe sistematiche della misura di sicurezza»³, con la legge n.81/2014 si è finalmente pervenuto all'esclusione della possibilità che l'applicazione di una misura di sicurezza personale detentiva durasse per l'intera vita dell'internato. Ancora un'altra conquista di democrazia ottenuta in questo ormai famoso decennio!

La necessità della previsione di una durata massima delle misure di sicurezza personali è stata così espressamente ribadita alla lettera c) del co.16 dell'art.1 delle "Modifiche al codice penale, al codice di procedura penale e all'ordinamento penitenziario" della successiva legge n.103/2017. Nel rispetto dei principi fondamentali della storica riforma sanitaria di cui alle leggi nn.180 e 833 del 1978 che, esplicitamente, avevano inteso «eliminare ogni forma di discriminazione e di segregazione pur nella specificità delle misure terapeutiche, e [...] favorire il recupero ed il reinserimento sociale dei disturbati psichici» (art.2 co.2 lett. G l. n.833/1978).

L'Istituzione Dipartimentale della REMS nel SSN

Il processo politico e sociale di questa rivoluzione gentile ci lascia in dote oggi, mentre stiamo celebrando i quarant'anni della Legge Basaglia, l'istituzione di *Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza per autori di reato con disturbi mentali*, ormai ufficialmente diventati pazienti dei Dipartimenti di Salute Mentale come tutti gli altri cittadini italiani, indipendentemente se liberi o ristretti, in quanto istituzionalmente assistiti da SSN.

Inoltre, se rapportato ai 1500 internati in OPG negli anni intorno al 2010⁴, il numero limitato e nettamente inferiore di posti letto che oggi sono disponibili nelle REMS, lascia ormai anche definitivamente intendere che la soluzione terapeutica residenziale sia stata assunta, politicamente e giuridicamente, in termini assolutamente temporanei e non definitivi, e quindi con tempi di permanenza che, la necessità di un continuo turn-over

³ SENATO DELLA REPUBBLICA, XVI LEGISLATURA, DOC.XXII-BIS N.4, COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA SULL'EFFICACIA E L'EFFICIENZA DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE, Relazione sulle condizioni di vita e di cura all'interno degli ospedali psichiatrici giudiziari, approvata dalla Commissione nella seduta del 20 luglio 2011, p. 6, in https://www.senato.it/documenti/repository/commissioni/servizio_sanitario16/Relazione_OOPPGG_doc_XXII-bis_4.pdf (consultato il 2.9.2017)

⁴ Cfr. http://www.ristretti.it/commenti/2013/luglio/pdf3/opg_statistiche.pdf (consultato il 2.9.2017) (elaborazione del Centro Studi di Ristretti Orizzonti su dati forniti dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria - Ufficio per lo sviluppo e la gestione del sistema informativo automatizzato - sezione statistica).

rende inevitabilmente brevi.

Al fine evidente di evitare un percorso di istituzionalizzazione e quindi cronicizzante per i pazienti, già l'allegato A del decreto Ministero della salute del 1.10.2012, in ottemperanza del co.2 dell'art.3-ter d.l. n.211/2011 di definizione dei requisiti delle «*strutture destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza detentiva*» del ricovero in OPG e CCC, indicava per ciascuna di esse una capienza massima in 20 posti letto. Di conseguenza il numero di 609 posti letto che, nella "Seconda Relazione Semestrale sulle attività svolte dal Commissario unico per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (19 agosto 2016 – 19 febbraio 2017)", sono calcolati nelle REMS funzionanti sul territorio nazionale, in via provvisoria o definitiva⁵, indica chiaramente che la strada maestra del trattamento terapeutico dei dimessi dall'OPG, come di tutti gli autori di reato con disturbi mentali, sia ormai da intendersi quella della condizione di libertà vigilata, ed non quella della ristrettezza in misure di sicurezza detentive. Come già indicato dalla Corte Costituzionale nella sentenza n.253/2003, e come ormai preferito e praticato dai Dipartimenti di Salute Mentale più accorti, indipendentemente da qualsiasi esigenza di *turn-over*.

Il ricovero presso le REMS è quindi ormai previsto per tutti quegli autori di reato che permanendo in una condizione di pericolosità sociale tale per cui è prevista l'esecuzione di una misura di sicurezza detentiva, si ritrovano anche in una condizione di salute mentale disturbata che era già presente al momento del fatto, accertata in via definitiva. Le REMS possono quindi essere definitivamente intese come residenze istituite dal Sistema Sanitario Nazionale per garantire primariamente il diritto alla cura della salute mentale delle persone sottoposte ad esecuzione di misure di sicurezza personale detentiva, e solo secondariamente la custodia delle stesse. Per tale motivo queste sono gestite direttamente dai Dipartimenti di Salute Mentale locali, in collaborazione con l'Autorità Giudiziaria soltanto per quelle funzioni riguardanti l'amministrazione delle limitazioni della libertà personale derivanti dal regime di restrizione dovuto all'applicazione delle misure di sicurezza.

La REMS è quindi una struttura sanitaria residenziale appartenente al Dipartimento di Salute Mentale che come tale deve rispondere ai requisiti di accreditamento previsti dal Decreto del Presidente della Repubblica del 14 gennaio 1997 e dal decreto del Ministro della salute del 1° ottobre 2012, rientrando così di fatto nell'ambito della regolamentazione e dell'amministrazione dei Servizi Sanitari da parte delle Regioni e delle Province Autonome. La Conferenza Unificata Stato, Regioni e Province Autonome, nell'Accordo

⁵ Cfr. Seconda Relazione Semestrale sulle attività svolte dal Commissario unico per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (19 agosto 2016 – 19 febbraio 2017), in <http://www.camera.it/temiap/2017/02/28/OCD177-2763.pdf> (consultato il 2.9.2017), p.25.

di attuazione al suddetto d.M. del 1 ottobre 2012⁶, ha infatti espressamente ribadito che alle persone internate nelle REMS vadano «*garantiti tutti i diritti già previsti per le persone internate in OPG, ma in prospettiva ampliativa*». Tale Accordo inoltre invita esplicitamente ogni Regione a definire modalità operative che evitino il rischio di nuove forme di istituzionalizzazione, assicurando:

- il costante coinvolgimento degli Uffici per l'Esecuzione Penale Esterna (UEPE) territorialmente competenti nella collaborazione con i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) (la c.d. Equipe Integrata REMS-DSM-UEPE), indicando il fondamento della competenza territoriale per la REMS nel DSM cui essa appartiene organizzativamente, e quello della competenza territoriale per l'utenza sulla Residenza accertata;
- la definizione delle modalità e delle procedure di collaborazione inter-istituzionale per la contemporanea gestione sia del percorso terapeutico-riabilitativo individuale interno alla struttura, che di quello di reinserimento esterno (cioè il Progetto Terapeutico-Riabilitativo personalizzato nella struttura residenziale e il più generale Progetto Terapeutico Individualizzato di cui è referente il Dipartimento di Salute Mentale di competenza territoriale dell'utente);
- la predisposizione e l'invio all'Autorità Giudiziaria competente del Progetto Terapeutico Individualizzato finalizzato all'adozione di soluzioni diverse dalla REMS, per tutti i pazienti ed entro 45 giorni dal loro ingresso, da redigere con il concorso del Dipartimento di Salute Mentale e dell'Ufficio per l'Esecuzione Penale Esterna competenti per la presa in carico sanitaria e la vigilanza territoriale esterna.
- la verifica del Progetto Terapeutico-Riabilitativo di ciascun paziente secondo le procedure sanitarie, includendola ovviamente nella cartella clinica personale e prevedendo il massimo coinvolgimento attivo del soggetto secondo i principi scientifici della *recovery*.

Significativo risulta qui il richiamo normativo alla *recovery* (3). L'Orientamento al Recovery rappresenta oggi un innovativo programma di ricerca scientifica sui dispositivi di intervento comunitario in salute mentale, classificati in tre tipologie (sostegno all'Abitare, all'Impiego, alla Convivenza), ma variamente integrate l'una nell'altra, e tutte esplicitamente finalizzate all'inclusione sociale degli individui ed allo sviluppo sociale della comunità locale nel suo complesso. L'*Orientamento al Recovery* di tali dispositivi di intervento comunitario è metodologicamente assicurato dalla costruzione di c.d. "Ambienti Abilitanti" (4), i quali assicurano interventi individualizzati, ma svolti in contesti sociali attraverso lo svolgimento di attività gruppal. Secondo l'originaria intuizione di

⁶ Accordo concernente disposizioni per il definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari in attuazione al D.M. 1 ottobre 2012, emanato in applicazione dell'articolo 3ter, comma 2, del decreto legge 22 dicembre 2011, n. 211 convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9 e modificato dal decreto legge 31 marzo 2014 n. 52, convertito in legge 30 maggio 2014, n. 81. (GIUSTIZIA - ECONOMIA E FINANZE -SALUTE) Accordo ai sensi del D.M. 1 ottobre 2012, Allegato A.

Davidson e coll. (5-7), *Orientamento al Recovery* vuol dire lavorare affinché le persone che soffrono di disturbi mentali potenzialmente gravosi ed invalidanti, possano acquisire uno stile di vita indipendente da una specifica assistenza sanitaria, caratterizzato da una stabilità abitativa e lavorativa, da un soddisfacente numero di contatti sociali e relazioni amicali, dall'assunzione di un sentimento di potere e controllo sulla propria vita e dalla costruzione di un'identità positiva nonostante il disagio.

L'Accordo Stato-Regioni ritorna inoltre sul diritto alla cura e sulle finalità del trattamento terapeutico garantito dalla REMS, precisando che ogni paziente ha diritto a:

- una valutazione multiprofessionale, secondo precise procedure e strumenti definiti per ciascun ambito sanitario (diagnosi clinico-funzionale);
- una definizione del proprio percorso terapeutico-riabilitativo che comprenda degli obiettivi generali e specifici, la prevenzione dei comportamenti a rischio, la finalità ultima della reintegrazione sociale, nonché aspetti specifici di trattamento (impostazione della quotidianità, responsabilizzazione delle persone nella vita della struttura, attività, teatro, gruppi di problem solving, abilità automutuo-aiuto, formazione, studio, attività sportive, partecipazione del volontariato e ministri di culto) anche attraverso il mantenimento (o la ricostruzione) dei rapporti con la famiglia, con la comunità esterna, con il mondo del lavoro;
- ma di converso puntualizzando anche che:
- con riferimento ai "Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi", di cui all'Allegato A del decreto ministeriale 1° ottobre 2012, i servizi di sicurezza e vigilanza devono mantenersi perimetrali e sono attivati sulla base di specifici accordi con le Prefetture, anche sulla scorta delle informazioni contenute nel fascicolo dell'internato,
- competono all'Amministrazione Sanitaria i trasferimenti in luoghi di cura esterni alla REMS, mentre il piantonamento in caso di ricovero presso strutture ospedaliere del Servizio Sanitario Nazionale esterne alle REMS è effettuato dal personale appartenente al Corpo di Polizia Penitenziaria, se disposto dall'Autorità Giudiziaria.

Risulta a questo punto evidente che, con la sua istituzione la REMS si ritrova ad affrontare, direttamente nel corpo della società, per riprendere la citazione in esergo di Franco Corleone, quel conflitto di potere che abbiamo visto in atto nei processi sociali e politici che hanno caratterizzato le c.d. rivoluzione gentile, e in effetti sono già stati così ben individuati da Foucault (8-9) come il fenomeno emergente dalla Teoria del Contratto Sociale posta a fondamento dell'istituzione statale dell'Età Moderna: il conflitto tra l'istanza disciplinare-normativa e l'istanza protettiva-soccorritrice. La REMS più essere ora meglio rappresenta non soltanto come un luogo fisico per l'esecuzione delle misure di sicurezza detentive, ma anche come un luogo, mentale e sociale al contempo, nel quale il suddetto conflitto può essere pericolosamente ma democraticamente svelato, oppure negato da una logica manicomiale figlia di un potere assoggettante ed alienante esercitato autoritariamente.

La REMS come Residenza Sanitaria con finalità Terapeutica

Contro ogni negazione, opacità e manipolazione del conflitto di potere nella REMS e quindi nella società che la ha concepita, la *culture of enquiry* (10) della tradizione delle *Democratic Therapeutic Communities* inglesi (11), si pone oggi non solo come argine, ma anche come principio metodologico cui ispirare l'organizzazione del trattamento terapeutico residenziale in ottemperanza a quanto definito dalla Conferenza Unificata con l'Accordo di attuazione del D.M. del 1 ottobre 2012. Ricercare le origini e le cause di ogni fatto (esperienza o comportamento) che accade all'interno dei confini comunitari della REMS, come sostiene la *culture of enquiry*, impone di non lasciare nessun evento privo di un significato, ed impegna tutti i suoi membri (allo stesso modo ed indipendentemente dalla funzione che in essa svolgono) ed esercitare un pensiero critico sulla realtà, partendo da quella della convivenza e collaborazione quotidiana che avvengono al suo interno, per finire con quella delle istituzioni sociali che la determinano ed attraversano dall'esterno (prime fra tutte quelle sanitarie e quelle giuridiche).

La *Democratic Therapeutic Community* (DTC) rappresenta una tradizione di ricerca in salute mentale nata durante la seconda guerra mondiale, in un ospedale militare inglese (Main, 1946), principalmente per il trattamento e il reinserimento dei soldati con disturbi mentali. Questo ambiente terapeutico, così come era strutturato all'interno della struttura fortemente gerarchica dell'ospedale militare, era stato progettato per facilitare la piena partecipazione di tutti i suoi membri alla vita quotidiana nel contesto di degenza, con lo scopo ufficiale di sviluppare le competenze relazionali del paziente al fine della sua piena re-inclusione nei ranghi operativi dell'esercito, durante la guerra, e della società civile in generale dopo la fine della guerra. Secondo Maxwell Jones, la DTC forniva sia un ambiente basato sul *living learning* (11), caratterizzato da un appiattimento delle tradizionali gerarchie militari e da una negoziazione dei confini tra i ruoli professionali, sia una valorizzazione delle competenze del paziente, tanto rispetto alle modalità di convivenza quanto alla conoscenza sulla propria condizione di sofferenza mentale.

Subito dopo la guerra, un'ormai famosa ricerca sui processi organizzativi delle DTC, condotta per circa tre anni da un gruppo di antropologi sociali, individuò quattro primari principi terapeutici - i c.d. 'temi ideologici' - assunti dagli operatori che in esse vi lavoravano, che rendevano terapeutico tale ambiente di cura considerato nel suo insieme, e che paradossalmente risultavano radicalmente rivoluzionari rispetto alle istituzioni mediche e militari dalle quali originavano. Da tale ricerca nacque il felice slogan *Community as a doctor* (12) che identifica metodologicamente i quattro principi DTC.

- la *democratizzazione* - un adeguato grado di condivisione del potere nel processo decisionale (rispetto a questioni cliniche ed amministrative), promosso grazie ad un rilevante appiattimento della gerarchia tra operatore - paziente;
- il *permissivismo* - una tolleranza verso i comportamenti angoscianti/devianti che per-

metta alle difficoltà emotive di venire alla luce, consentendo così l'espressione di molteplici punti di vista per la risoluzione dei problemi;

- il *comunalismo* - la condivisione di spazi e servizi (ad esempio, la sala da pranzo), la convivenza in una dimensione di vita e di lavoro informale (ad esempio, l'uso di nomi propri e l'assenza di un linguaggio etichettante) e la trasparenza sugli obiettivi e sui metodi di trattamento, al fine di migliorare la comunicazione tra tutte le soggettività interessate;
- il *confronto con la realtà* - la reazione costante ma interrogativa attraverso l'attivazione di confronti, dialoghi e riflessioni condivise e trasparenti, sugli agiti dei pazienti, per contrastare le loro difese abituali (autodistruttive) quali il diniego o l'evitamento.

Questi quattro temi caratterizzano l'istituzione della DTC come ambiente terapeutico organizzato appunto per sostenere e realizzare un processo trasformativo del funzionamento relazionale ed un processo elaborativo della sofferenza mentale dei pazienti. In altre parole è stata così descritta per la prima volta un'organizzazione, stabile, coerente e strutturata, di lavoro terapeutico in salute mentale che si presentava come un *setting psicoterapeutico* specifico, perché esplicitamente rivolto alla cura della grave sofferenza mentale. Questa tipologia di setting da allora in poi verrà definita comunitaria e fungerà da modello per tutti gli altri setting di *psicoterapia di comunità* (13-14), che verranno successivamente sviluppati sulla scia di questa tradizione, sia di tipo residenziale che di tipo non residenziale. La DTC con la sua teoria e la sua prassi scientifica di riferimento è infatti ormai ufficialmente riconosciuta come il prototipo residenziale del setting di psicoterapia di comunità, in base al quale ciò che possiede esplicitamente la qualità della funzione psicoterapeutica, è l'organizzazione complessiva dell'ambiente che il setting istituisce (definendone i confini operazionali e simbolici) e non una qualche singola azione che avviene al suo interno.

La REMS può così diventare per ciascuna delle soggettività che la compongono (operatori, utenti, funzionari, amministratori, familiari degli utenti, ecc.), ognuna con la propria funzione sociale, il luogo mentale e simbolico ove esplorare i conflitti di potere, farne esperienza ed apprendere modalità più democratiche per la loro composizione. Main (15) ha indicato a proposito la *culture of enquiry* come il requisito fondamentale di ogni comunità terapeutica, concetto che è ormai diventato un parametro di valutazione indispensabile dei processi terapeutici previsti dal modello teorico-scientifico della DTC di tradizione inglese. Haigh (4) suggerisce a proposito di considerarla come il parametro che definisce il livello di sviluppo del tema ideologico del "comunalismo" e la qualità del principio terapeutico della "comunicazione", all'interno di tutti gli ambienti umani che svolgono funzioni terapeutiche ed evolutiva per il loro membri.

Il "comunalismo" così come descritto appunto da Rapoport (12) indica una modalità di funzionamento comunitario basato su un insieme di relazioni strettamente comunicative e intime, incoraggiate all'interno dei confini dello stesso ambiente residenziale dalla con-

divisione dei servizi, dalla generale informalità e dall'aspettativa di partecipazione alla vita in comune da parte di tutti i membri. Secondo tale tema ideologico, diremmo oggi metodologico, la costruzione del significato degli eventi individuali e collettivi che accadono all'interno dei confini comunitari della REMS impegna tutti ad una transizione continua da un pensiero inquisitorio ad uno riflessivo, e viceversa. A seconda che prevalga di volta in volta nella cultura della REMS l'istanza giuridica o quella sanitaria, il lavoro di significazione degli eventi assume le caratteristiche dell'indagine arida e inquisitoria del passato (con formalità procedurali ed esami minuziosi), o quelle dell'apertura al futuro con domande aperte e commenti liberi, in grado di trasmettere un senso soggettivo di libertà, movimento e possibilità di cambiamento.

La pericolosità sociale, ad esempio, è una delle istanze giuridiche che meglio condensano idealmente lo spazio transizionale bidirezionale tra l'istituto della cura e quello del controllo che stanno alla base dell'istituzione della REMS. Lo stesso spazio transizionale tra pensiero inquisitorio e pensiero riflessivo si attiva ad esempio anche nei riguardi di altre istanze, anche sanitarie, come la diagnosi clinico-funzionale o il concetto di trattamento terapeutico. La prima può essere intesa ora come classificazione nosografica ora come processo di conoscenza, il secondo cora come riabilitazione psichiatrica ora come processo di *recovery*. Vorrei approfondire ora, a mo' di esempio, tali processi transizionali tra gli istituti della cura e del controllo, prima per l'istanza giuridica della pericolosità sociale, e successivamente per quella sanitaria del trattamento terapeutico.

La cultura autoritaria nell'esame della Pericolosità Sociale

Se consideriamo giuridicamente la pericolosità sociale come uno dei due presupposti necessari all'applicazione delle misure di sicurezza personali previste nel Codice Penale italiano (indicati ai sensi nell'art.202 co.1 c.p. appunto nella realizzazione di un «*fatto preveduto dalla legge come reato*» e nella pericolosità sociale del suo autore), ad essa si riferiscono una così consistente mole di pratiche di lavoro attive nella REMS, alcune delle quali non soltanto di pertinenza giuridica, che possiamo considerare tale istanza uno dei cardini su cui ruota tutta la sua organizzazione di lavoro.

Nell'ordinamento italiano, a proposito, è espressamente prevista la *regolare periodicità del riesame di pericolosità sociale*, basata sul presupposto che una costante verifica della persistenza di uno dei due requisiti essenziali della misura di sicurezza, sia fondamentale affinché le ordinanze con cui, a conclusione di ogni riesame, il magistrato di sorveglianza ne decide la sospensione o la proroga, possano anche indicare la tipologia di misura (detentiva o non detentiva) più efficace al garantire l'esercizio dei diritti dei cittadini autori di reato. Nel caso dei pazienti ricoverati presso le REMS e comunque di tutti i cittadini autori di reato in carico ai DSM, tale periodico riesame serve anche ad indicare la tipologia di misura di sicurezza personale più idonea a garantirne il diritto alla cura, ed in esso

quindi non può non venire coinvolta l'istituzione sanitaria, attivando così quello spazio transizionale sopra descritto, tra l'istituto della cura e quello del controllo, così pericoloso per entrambe le istituzioni coinvolte, quanto euristico per l'evoluzione delle condizioni di vita e di lavoro delle persone che ne fanno parte.

La definizione normativa dei criteri per la valutazione di pericolosità sociale di cui agli artt.203 co.2 e 133 c.p. è decisiva per le sorti della libertà personale degli internati in applicazione di misura di sicurezza detentiva come le persone ricoverate presso la REMS. Tra le «*circostanze indicate nell'art.133*» - da cui, ai sensi dell'art.203 co.2 c.p., si desume «*la qualità di persona socialmente pericolosa*» - diventano evidentemente preponderanti gli indici della «*capacità a delinquere*» di cui all'art.133 co.2 c.p., posto che lo stesso art.203 c.p., al primo comma, in via prioritaria definisce «*socialmente pericolosa la persona [...] quando è probabile che commetta nuovi fatti preveduti dalla legge come reati*». Tuttavia, tra gli indici della capacità a delinquere di cui all'art.133 co.2 c.p. ricorre, al n.4, anche il riferimento alle «*condizioni di vita individuale, familiare e sociale*». E qui il discorso si complica!

In sede di riesame della pericolosità sociale, tali condizioni sono chiaramente dedotte dalle indicazioni di due distinti organi istituzionali dell'ordinamento statale:

- gli «*uffici locali di esecuzione penale esterna*» - che, ai sensi dell'art.72 l. n.354/1975, «*svolgono, su richiesta dell'autorità giudiziaria, le inchieste utili a fornire i dati occorrenti per l'applicazione, la modificazione, la proroga e la revoca delle misure di sicurezza*»
- il «*servizio sanitario territorialmente competente*», che, ai sensi delle «*disposizioni particolari per gli infermi e i seminfermi di mente*» di cui all'art.20 del D.P.R. n.230/2000, in quanto amministratore dell'istituto presso cui è eseguita la pena, «*rileva le condizioni e le esigenze degli interessati e concorda con gli operatori penitenziari l'individuazione delle risorse esterne utili per la loro presa in carico da parte del servizio pubblico e per il successivo reinserimento sociale*».

Il Dipartimento di Salute Mentale locale nel quale è istituita la REMS assume quindi “pericolosamente” la responsabilità di una funziona diversa e sicuramente supplementare a quella per la quale è stato istituito, che è appunto di Servizio Sanitario e di garanzia del diritto alla cura. Infatti, se in sede di riesame non risulta alcun “dato” sulla «*capacità a delinquere*» utile alla modifica o alla revoca della misura di sicurezza personale di tipo detentiva e contemporaneamente non risultano «*risorse esterne utili*» per la presa in carico dell'internato (come ad esempio contesti familiari o servizi sanitari e residenziali alternativi), allora per il paziente ricoverato presso la REMS ricorrono le condizioni per affermare la persistenza della pericolosità sociale ai sensi dell'art.133 co.2 n.4 c.p. e, quindi, per prorogare la stessa misura di sicurezza detentiva. Il rischio è che tale proroga avvenga anche in tutti quei casi in cui il paziente sarebbe dimissibile sotto ogni altro profilo, se non quello della presenza di «*condizioni di vita individuale, familiare e sociale*» alternative

alla detenzione presso la REMS.

È evidente che se il criterio di cui all'art.133 co.2 n.4 c.p. per la valutazione della pericolosità sociale comporta una acquisizione nel sistema giuridico italiano secondo cui la pericolosità sociale «non è un dato biologico o psicologico esclusivamente legato alle caratteristiche personali dell'autore, ma va accertata attraverso l'interazione di questi elementi con il complesso dei fattori ambientali» e «va, dunque, intesa in una accezione situazionale, perché il soggetto non è una monade, ma va calato nel contesto sociale e familiare di riferimento» (16), allora l'Istituzione Sanitaria viene radicalmente integrata all'interno della matrice positivista del determinismo non solo biologico, ma anche sociale, che rischia anche di assegnarle la funzione di valutazione di un tipo di pericolosità sociale che potremmo dire "preventiva"⁷, cioè valutata sulla possibilità di tornare a delinquere in una condizione di vita individuale, familiare e sociale ancora non identificata perché assente.

Ecco così attivato un circolo vizioso di kaffkiana memoria:

>> *Paziente non dimissibile per assenza di condizioni di vita alternative alla REMS* >> *Impossibilità di valutare la capacità a delinquere in un ambiente sociale alternativo alla REMS* >> *Conferma della condizione di pericolosità sociale* >> *Impossibilità di costruzione di ambienti e modalità di vita esterne alla REMS* >>

Per fortuna gli effetti perversi di tale circolo sono attenuati dalla summenzionata disposizione di cui al co.1-quater dell'art.1 del d.l. n.52/2014 convertito con la legge n.81/2014 e dalla modifica che la l. n.81/2014 ha determinato nell'applicazione del co.2-quater dell'art.133 del Codice Penale.

In particolare, il co.1-quater dell'art.1 del d.l. n.52/2014 convertito con la legge n.81/2014, ha stabilito che tutte le «*misure di sicurezza detentive provvisorie o definitive, compreso il ricovero nelle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza, non possono durare oltre il tempo stabilito per la pena detentiva prevista per il reato commesso*». Ma ciò non preclude comunque la possibilità di un grave danno inferto alle prerogative del Sistema Sanitario Nazionale, che ne snaturano il valore della sua stessa istituzione avvenuta con la legge n.833/1978.

In generale, le disposizioni della legge n.81/2014 determinano invece che il n.4 del co.2 dell'art.133 del Codice Penale non può essere più applicato per la valutazione della pericolosità sociale dei "non imputabili per vizio totale o parziale di mente". Come ancora fa

⁷ Il riferimento è qui al concetto di "pericolosità latente" la cui natura è stata definita da Francesco Schiaffo come "non verificabile e irrimediabilmente ed esclusivamente ipotetica", e che "si risolve in una sostanziale ma palese elusione dell'obbligo di motivazione di tutti i provvedimenti giurisdizionali stabilito all'art.111 co.6 Cost.". vedi a proposito, oltre al paragrafo "La «pericolosità latente» fuori dalla storia: l'evoluzione legislativa in materia di infermità mentale" dell'articolo pubblicato su Gruppi, anche Schiaffo F. (2014), La pericolosità sociale tra «sottigliezze empiriche» e «spessori normativi»: la riforma di cui alla legge n.81/2014, in www.penalecontemporaneo.it

notare Francesco Schiaffo “alla luce della legge n.81/2014, l’istituto della REMS e l’art. 133 co.2 n.4 del Codice Penale, non condividono nulla e non esistono insieme!”. Ancora più chiaramente, supportano tale concetto, altre disposizioni che sono state aggiunte dalla legge n.81/2014 all’art.3-ter d.l. n.211/2011, nelle quali è scritto che «non costituisce elemento idoneo a supportare il giudizio di pericolosità sociale la sola mancanza di programmi terapeutici individuali» (così, in particolare, l’attuale ultima parte del co.4 dell’art.3-ter).

Enormemente esplicativa risulta, a questo proposito, la magistrale lezione di Michel Foucault sulla natura del potere delle istituzioni sanitarie, necessarie alla fondazione di un moderno Stato di diritto, che assume su di sé e trasforma le funzioni del potere sovrano e punitivo del Monarca in un potere civile e democratico che, in alternativa alla «*macrofisica della sovranità*», si fonda su una «*microfisica della disciplina*» (8-9). Con l’arrivo della modernità il potere passa nelle mani di chi lo esercita attraverso la valutazione della distanza dalla norma o dalla normalità rappresentata da una situazione normale, cioè nel caso in esame una situazione nella quale sono ipotizzate presenti tutte le condizioni e le risorse indispensabili affinché non sia possibile ripetere il reato. Più la situazione, che costituisce la norma su cui valutare la distanza, è ideale ed ipotetica, più è determinante il valore delle scienze mediche e psicologiche che devono valutare le ipotetiche intenzioni della persona in un ambiente non attuale. Qui è evidente che l’istanza sanitaria si gioca per intero il conflitto tra due funzioni sociali complementari, concorrenti ed antagoniste: l’istanza disciplinare-normativa e quella protettiva-soccorritrice.

La valutazione della pericolosità “preventiva” diventa così una nuova funzione a carico delle scienze mediche e psicologiche che si sottomettono ad una nuova forma legge, la norma, il cui potere viene esercitato in maniera tecnocratica istituendo organizzazioni di vita, di cura e di lavoro sempre meno umane, come ad esempio tutti quei dispositivi che rientrano dentro l’ambito della c.d. scienza criminologica. Si realizza così, ancora una volta la trasformazione individuata da Foucault con la nascita della prigione, per cui il delinquente non viene più definito dal suo atto fuori dalla legge, ma dalla sua vita deviante dalla norma. Per cui la privazione del bene libertà, viene a svolgere la funzione sociale di una disciplina politica, economica e sanitaria, esercitata da un potere essenzialmente tecnico, definito appunto “penitenziario”, anch’essa di competenza della scienza criminologica. Foucault a questo proposito ci ricorda che, come *la criminologia* è una disciplina scientifica figlia bastarda della medicina e della psicologia così *il penitenziario* è un potere statale figlio bastardo del potere giudiziario. Un circolo vizioso pericolosissimo sempre attivo questo, all’interno di quello spazio di transizione tra le istanze sanitarie e quelle giuridiche attivato dalla REMS, che riconosciamo nella logica manicomiale mai totalmente superata nella società italiana, e che solo una autentica cultura democratica ed un altrettanto autentica cultura della cura (sia in medicina che in psicologia, scienze cliniche entrambe) possono interrompere.

La cultura democratica nel trattamento della Comunità Terapeutica

La REMS assume in questo caso, come Istituzione, la funzione ambigua ed ambivalente del processo politico e sociale di cui è figlia, l'esercizio di un potere «snaturato» non soltanto di cura della sofferenza mentale ma anche di controllo sociale del deviante, autore di reato con disturbi mentali. È questo il prezzo che, questa "speciale" residenza per altrettanto "speciali" utenti del Dipartimento di Salute Mentale, deve quotidianamente pagare per rappresentare oggi il compimento simbolico di quel processo politico e sociale che ha decretato ufficialmente la piena equiparazione della assistenza sanitaria per cittadini liberi e cittadini ristretti. L'esplicito riferimento alla scelta di perseguire la tutela della salute mentale in modo di «*eliminare ogni forma di discriminazione e segregazione*», affermata nella legge n.833/1978 di Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (contenuto anche nell'allegato C del d.P.C.M. del 2008) rischia di essere così pericolosamente assunto in maniera ambigua ed ambivalente se non addirittura negato o manipolato.

Ma questa rivoluzione gentile merita di essere tradotta, nel pieno rispetto del suo *ethos* democratico, in nuove prassi di cura del corpo sociale, per cui la posizione più euristica, ma anche più terapeutica da assumere, non resta che quella di accettare il rischio fino in fondo, con fiducia nel futuro e nel cambiamento. L'istituzione della REMS oltre che un potenziale pericolo per la cultura civile del Servizio Sanitario Nazionale rappresenta anche possibilità evolutiva per tutti i Servizi della Pubblica Amministrazione in Italia e quindi per la trasformazione delle istanze giuridiche più autoritarie e meno democratiche della società.

È questa una posizione fondamentale anche rispetto l'istituto della pericolosità sociale con il quale la REMS, insieme ai suoi utenti, agli operatori ed a tutti i suoi stakeholder, si ritrova oggi a fare in conti. L'istituto del Dipartimento territoriale di Salute Mentale nel quale essa è inserita infatti si ritrova nella possibilità di trasformare radicalmente il contesto socio-istituzionale che fa da cornice all'esame della pericolosità sociale dei suoi pazienti. Potrà raccogliere la sfida di costruire reali alternative alla detenzione presso la REMS facendo evolvere per i suoi pazienti nuove «*condizioni di vita individuale, familiare e sociale*», oppure sarà destinato a soccombere politicamente e socialmente, accettando di svolgere una funzione esclusivamente normativa.

La *culture of enquiry* torna così come fattore terapeutico fondamentale non solo per la comunità terapeutica residenziale rappresentata dalla REMS, ma anche per la comunità sociale tutta, con le sue agenzie attive ed attivate dalla REMS. Tale fattore terapeutico ha come obiettivo, conforme al mandato che le è stato assegnato tanto dalle istituzioni democratiche che dall'evoluzione sociale e politica italiana: lo sviluppo emotivo e la maturazione affettiva degli utenti, degli operatori e di tutti i portatori di interesse di una Comunità Terapeutica, affinché possano collaborare attivamente alla programmazione dei percorsi terapeutici dei suoi utenti, così come dei servizi pubblici per tutti i cittadini.

Su una autentica cultura democratica può così fondarsi, non soltanto l'organizzazione psicoterapeutica che si svolge nella REMS, ma anche l'organizzazione di lavoro questa si impegna a co-costruire con le altre istituzioni sociali con cui interagisce. Cultura della cura come prassi sanitaria, cultura democratica come pratica di convivenza/coesistenza sociale e cultura del servizio come pratica alla base delle scelte professionali di tutti gli operatori coinvolti, sono così a mio avviso i tre valori su cui fondare l'ethos istituzionale della REMS in uno Stato Democratico, come costituzionalmente lo è quello che la ha concepita.

In quanto *Comunità Terapeutica*, la REMS può così fondarsi metodologicamente sui principi terapeutici che la moderna ricerca scientifica sul modello della DTC (17-18) ha individuato alla base di ogni ambiente che può dirsi terapeutico ed evolutivo per l'essere umano:

- l'*Attaccamento* (il fornire una base sicura per sviluppare il sentimento di appartenenza, anche attraverso l'attaccamento spontaneo a personali figure di riferimento);
- il *Contenimento* (il mantenere chiari regole, ruoli e confini, per permettere di fare l'esperienza di trovarsi in un ambiente sicuro);
- la *Comunicazione* (il mettersi in contatto con gli altri, aprendosi alla diversità, per cercare una comprensione reciproca tanto dei problemi comuni quanto di quelli personali);
- il *Coinvolgimento* (il sentirsi parte e partecipe a tutto quello che succede in comunità, per sviluppare il sentimento di cittadinanza nella partecipazione alla vita sociale);
- l'*Agency* (il sentirsi competente e responsabile delle proprie azioni per la propria vita e per quella della comunità, per sostenere il personale percorso di *recovery*).

Questi cinque principi terapeutici vanno considerati anche secondo un ordine cronologico, cioè attivanti progressivamente con il susseguirsi delle fasi di trattamento dell'utente, dal suo ingresso (fase dell'*Attaccamento*) fino alle dimissioni (fase dell'*Agency*). In particolare questi due specifici principi terapeutici, sono ormai oggetto di ricerca di efficacia in tantissime tipologie di trattamento per gravi disturbi mentali e risultano essere tra i più importanti fattori terapeutici dei vari dispositivi studiati, maggiormente correlati con *outcome* positivi (19-20). Nel setting della Comunità Terapeutica, la promozione del sentimento di appartenenza si basa metodologicamente sul sostegno tra pari, sul tempo passato insieme informalmente e sugli incontri di gruppo per affrontare emergenze e crisi, mentre la promozione del sentimento di competenza e responsabilità rispetto alle proprie azioni si basa sull'infusione di fiducia negli utenti rispetto alla capacità di agire, di raggiungere i risultati e di essere consapevoli e responsabili del proprio comportamento. Entrambi questi fattori si ritrovano, con diversi gradi di rilevanza, anche in altri setting psicoterapeutici, anche per disturbi meno gravi, come ad esempio la psicoterapia di gruppo, familiari o individuali, così come essi rappresentano anche aspetti metodologici

fondamentali di tutti i dispositivi di intervento comunitario in salute mentale, come ad esempio i programmi di generica impostazione psico-sociale per l'inclusione sociale o quelli specificamente orientati al *recovery* come i dispositivi sostegno all'impiego, all'abitare ed alla convivenza sociale. Ma è la loro specifica combinazione, insieme a quella con gli altri principi terapeutici, che rende unico il setting della Comunità Terapeutica per la cura dei gravi disturbi mentali, massimizzando l'efficacia terapeutica, se impostato secondo il modello teorico della Comunità Terapeutica Democratica.

In una Comunità Terapeutica Democratica vi sono una serie di regole, ruoli, e funzioni, che determinano il confine ambientale dell'organizzazione di cura e le interconnessioni con la struttura amministrativa ed istituzionale che la contiene, che non possono essere negoziate ma che devono comunque essere sempre trasparenti, espresse, presentate e discusse liberamente e chiaramente. Tali regole costituiscono, assieme agli obiettivi previsti dal Progetto Terapeutico Individuale dell'Utente, il vero e proprio contratto terapeutico che impegna reciprocamente Utenti e REMS a perseguire le finalità dichiarate con le procedure previste. Tutto il resto, soprattutto ciò che attiene all'organizzazione dell'ambiente interno di vita, di lavoro e di cura, è invece sottoposto ad analisi, discussione e ridefinizione attraverso un processo democratico che attraversa allo stesso modo utenti e operatori. Il processo democratico di votazione per decidere questioni attinenti la comunità, deve essere protetto dalla distruttività, dall'invidia, dal sadismo e dalla patologia mentale sia degli utenti che degli operatori. La struttura organizzativa-istituzionale alla base del contratto terapeutico comunitario deve invece essere protetta dai processi distruttivi e disorganizzanti delle istituzioni sociali che si interfacciano e/o comprendono la REMS. Sebbene il processo di ammissione e dimissione dei pazienti presupponga un processo complesso, che richiede la collaborazione tra due potenti istituzioni sociali, quella della Sanità e quella della Giustizia, alterando il modello teorico e l'organizzazione di lavoro ideale di una Comunità Terapeutica Democratica (facendolo sempre scivolare verso un modello di Comunità Terapeutica Autoritaria), tuttavia seguendo il pensiero di Tom Main, possiamo sostenere che è la cultura della DTC, piuttosto che la sua 'struttura', a caratterizzare la natura psicoterapeutica del suo setting (21). A questa cultura è possibile ispirarsi ogni volta che è possibile condividere o delegare il potere decisionale (dagli amministratori agli operatori ai pazienti) e applicare o stimolare uno stile relazionale più informale, sostenendo così il senso di appartenenza, partecipazione e responsabilizzazione personale e collettiva dei pazienti rispetto alla comunità, alle proprie scelte ed ai propri comportamenti.

Ciò è possibile solo se utenti ed operatori condividono la responsabilità di costruire un ambiente interno emotivamente sicuro, abilitante e terapeutico per tutti, istituendo e partecipando attivamente al più importante dispositivo terapeutico grupppale-comunitario della REMS così come di qualunque comunità terapeutica, un Grande Gruppo di Comunità

liberamente aperto a tutti i suoi membri (utenti, operatori e amministratori) definito dalla tradizione di ricerca DTC, Community Meeting. Su tale dispositivo di gruppo comunitario si fonda la corretta e migliore integrazione dei cinque principi terapeutici del setting DTC. Al suo interno vengono prese le decisioni più importanti della comunità, vengono suddivisi i compiti più onerosi e le responsabilità più impegnative e infine vengono condivise le riflessioni sugli eventi più significativi che vi accadono. Attraverso questo dispositivo terapeutico gruppale-comunitario la REMS può affrontare le questioni che incidono più in profondità sui processi psicodinamici di quello spazio di transizione tra istanze sanitarie ed istanza giuridiche che sta a fondamento della sua istituzione. In tale spazio trovano forma quegli elementi di un'autentica cultura democratica che riguardano:

- l'uguaglianza di diritto tra utenti, anche se autori di reati che in altre istituzioni carcerarie li avrebbero destinati all'isolamento, e nella collaborazione di tutti alla risoluzione dei conflitti tra utenti e tra utenti e operatori
- la giustizia nel corretto esercizio del potere degli operatori della sicurezza e della vigilanza verso i pazienti e nell'esercizio del contropotere di garanzia che l'istituzione sanitaria assicura per il benessere dei propri pazienti

All'interno del *Community Meeting*, diventa possibile:

- per gli utenti, prendersi la responsabilità del proprio percorso terapeutico e giudiziario, rispetto al quale la REMS è solo un punto di partenza,
- per gli amministratori, interfacciarsi competentemente con tutte le figure sociali e sanitarie necessarie, nel rispetto ed a garanzia dei diritti degli utenti,
- e per gli operatori, sviluppare, dentro e fuori la comunità, pratiche di lavoro di rete e di gruppo di lavoro che sostengano la cultura lo sviluppo di una democratica.

Da tale dispositivo terapeutico si potranno così sviluppare tutte le altre attività previste nella REMS necessarie e rendere operative le funzioni assegnatele con la sua istituzione, e tra queste soprattutto tutti gli altri dispositivi gruppali, orientati alla funzione terapeutica o a quella organizzante la collaborazione e la convivenza nell'ambiente interno, e la struttura del programma comunitario, nella sua articolazione con le famiglie degli utenti, con altre agenzie del territorio, e con il DSM e l'UEPE territorialmente competenti per ciascun utente.

Tale organizzazione però, ritornando a quanto sosteneva Tom Main non potrà mai essere tanto importante ed efficace, per quanto tecnicamente e scientificamente sofisticata, quanto invece lo è la cultura democratica che la REMS potrà essere in grado di sviluppare non soltanto al proprio interno, ma soprattutto all'esterno, nel corpo vivo della società.

Conclusioni

In conclusione, mi sembra che l'istituzione della REMS ed il suo collocamento nell'ordinamento giudiziario italiano ha permesso di rinforzare non solo la cultura della cura come prassi sanitaria di servizio, ma anche la cultura democratica come pratica di coe-

sistenza sociale alla base dei valori fondanti la società civile e che rappresenti un evento politico e sociale, prima ancora che scientifico, in grado di influenzare a sua volta tutta la metodologia delle prassi sanitarie nelle comunità residenziali.

La convivenza nell'ambiente terapeutico della REMS, anche se conflittuale, così come la coesistenza delle diverse istanze sociali nella comunità locale che accoglie la REMS, sono processi democratici che possono sostenere lo sviluppo di nuovi principi civili di collaborazione tra individui, gruppi e collettività in grado di rilanciare in tutt'Italia i valori "basagliani" della partecipazione e della critica sociale come base per la Salute Mentale. Se ciò avverrà dipenderà dalla capacità di tutti noi, operatori dei servizi sanitari e/o giudiziari, di "raccolgere questa nuova sfida", non considerando la REMS semplicemente come l'ex-OPG, cioè come l'istituzione che ha preso il posto dell'OPG, ma come la destituzione dell'istituzione manicomiale ancora presente nelle pieghe del codice penale e nella società civile italiana, malgrado siano passati ottant'anni dall'entrata in vigore del codice fascista e quaranta dalla legge di chiusura degli ospedali psichiatrici.

Chiudo, come ho aperto, con le parole con le quali Franco Corleone descrive il senso di questa sfida nella sua ormai famosa "Seconda Relazione Semestrale sulle attività svolte dal Commissario unico per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari" (2):

"Sono convinto che la chiusura degli OPG ci offre una leva per affrontare questioni irrisolte come quella di un nuovo Codice Penale, della riforma del carcere e del senso della pena. L'abolizione del manicomio criminale ci rende più forti per aumentare le libertà e i diritti. Rende plausibile un'alternativa alla prigione per i minori, per le donne, per i poveri."

Bibliografia

1. Corleone F. La Rivoluzione Gentile. La Fine degli OPG. Ed il Cambiamento Radicale. Fondazione Michelucci G. "La Nuova Città" 2016; Serie IX, N. 5, Dicembre. Fondazione Michelucci Press.
2. Corleone F. Seconda Relazione Semestrale sulle attività svolte dal Commissario unico per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari Franco Corleone: 19 febbraio 2017. https://www.franco-corleone.it/sito/wp-content/plugins/download_attachments/includes/download.php?id=1675
3. Bruschetta S. Il fattore democrazia nei Servizi di Salute Mentale delle società postmoderne. Presupposti Epistemologici e Costrutti Teorici del Progetto Visiting DTC. Nuova Rassegna Studi Psichiatrici. 2018; 16 (2). <http://www.nuovarassegnastudipsichiatrici.it/index.php/>
4. Haigh R, Harrison T, Johnson R, Paget S, Williams S. Psychologically informed environments and the "Enabling Environments" initiative. Housing, Care and Support 2012 (15) 1: 34-42.
5. Davidson L, Tondora J, Staeheli M, O'Connell MJ, Frey J, Chinman M.J. Recovery Guides: an Emerging Model of Community-Based Care for Adults with Psychiatric Disabilities. In: Lightburn A, Sessions P. (Eds.), Community Based Clinical Practice. London: Oxford University Press; 2006.
6. Davidson L, Drake RE, Schmutte T, et al. Oil and water or oil and vinegar? Evidence-based medicine meets recovery. Community Ment Health J. 2009; 45(5): 323-332.
7. Davidson L, Strauss, J. S. Beyond the biopsychosocial model: Integrating disorder, health, and recovery. Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes 1995; 58(1), 44-55.
8. Foucault M. (1973-1974), Il potere psichiatrico. Corso al Collège de France. Milano: Feltrinelli, 2010.

9. Foucault M. (1975), *Sorvegliare e Punire. Nascita della prigione*. Torino: Einaudi; 2003.
10. Lees J, Manning N. A culture of enquiry: research evidence and the therapeutic community. *Psychiatric Quarterly* 2004; 75 (3): 279-294.
11. Jones M, Baker A, Freeman T. *Social Psychiatry: a study of therapeutic communities*. London, Tavistock Publishers; 1952.
12. Rapoport R. *Community as doctor*. London: Tavistock Publishers; 1960.
13. Bruschetta S, Bellia, V, Barone R. Manifesto per una psicoterapia di comunità. *RivistaPlexus* 2015; 12: 33-47. <http://www.rivistaplexus.eu>
14. Bruschetta S, Barone R. Democratic Therapeutic Community in a network of “Enabling Environments”: transformations of psychotherapeutic residential services in social postmodern crisis. in *Academic Journal of Interdisciplinary Studies* 2015; 4 (2)S. .259-263. <https://doi.org/10.5901/ajis.2015.v4n2s2p259>
15. Main TF *The Ailment and Other Psychoanalytic Essays*. London: Free Association Press; 1989.
16. Pellissero M. Ospedali psichiatrici giudiziari in proroga e prove maldestre di riforma della disciplina delle misure di sicurezza. *Diritto penale e processo* 2014; 917 ss., 923 (l'evidenziazione grafica è dell'A.).
17. Haigh R. The quintessence of a therapeutic environment: five universal qualities. In.: Campling P, Haigh R.. (Eds) *Therapeutic communities past, present and future, Vol 2*. London: Jessica Kingsley Publishers; 1999.
18. Haigh R, Pearce S. *Theory and Practice of Democratic Therapeutic Community Treatment*. London: Jessica Kingsley Publishers; 2017.
19. Pearce S, Pickard H. How therapeutic communities work: Specific factors related to positive outcome. *Int J Soc Psychiatry*; published online published online 20 July 2012.
20. Pearce S, Scott L, Attwood G, Saunders K, Dean M, D.E. Ridder R, Galea D, Konstantinidou H, Crawford M. Democratic therapeutic community treatment for personality disorder: randomized controlled trial. *The British journal of Psychiatry* 2017; 210 (2):149-56.
21. Main T. The hospital as a therapeutic institution. *Bulletin of the Menninger Clinic* 1946; 10 (3), 66-70.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

Le premesse ai percorsi terapeutici: convivenze delle diversità in una residenza per l'esecuzione delle misure di sicurezza*

The premises for therapeutic pathways: cohabitation of differences in a Residence for the Execution of Measures of Security

Riccardo Curreli

Psichiatra, Direttore Sanitario REMS Capoterra - Cagliari

Parole chiave: riabilitazione, rete di relazioni, interazioni tra autorità giudiziaria e sistema sanitario

RIASSUNTO

Obiettivi: questo articolo intende ripercorrere le tappe della costruzione di una REMS che sia un'alternativa reale all'OPG e non solo un fenomeno di trans-istituzionalizzazione.

Metodi: sono state isolate e denominate le componenti del processo di lavoro al fine di mettere in evidenza la loro coerenza e verificare la loro praticabilità. Sono presi in esame a tal fine il progetto terapeutico-riabilitativo, la costruzione di un linguaggio comune in un ambiente per sua natura multiprofessionale, i rapporti con i pazienti, i rapporti all'interno del gruppo di lavoro, le relazioni con gli altri servizi della rete sanitaria, i conflitti con i magistrati e le autorità di pubblica sicurezza e gli echi della presenza di una REMS in un contesto urbano.

Risultati: sono state enunciate le condizioni dalla cui esistenza dipende la sopravvivenza di una REMS e il mantenimento delle sue caratteristiche di autentica funzione riabilitativa in una situazione comunitaria.

Key words: rehabilitation, network of relationship, interaction between judicial authority and health system

SUMMARY

Objectives: this article intends to retrace the steps of the construction of a REMS both a real alternative to the OPG and not just a phenomenon of trans-institutionalization.

Methods: the components of the work process have been isolated and named in order to highlight their consistency and verify their feasibility. To this end, the therapeutic-rehabilitative project, the construction of a common language in an environment that is by its very nature multi-professional, relations with patients and relationships within the working group, relations with other services of the health network, conflicts with magistrates and public security authorities and the echoes of the presence of a REMS in an urban context are taken into consideration.

Results: the conditions on which the survival of a REMS and the maintenance of its characteristics of authentic rehabilitative function in a community situation have been enucleated.

*Questo articolo è il frutto della riflessione che ha coinvolto l'Autore con il Gruppo di Lavoro di tutti gli operatori della REMS di Capoterra.

Autore per corrispondenza: r.curreli@gmail.com

Premessa

Il processo di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) non si incarna nelle Residenze per le Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS), ma nella rete delle istituzioni coinvolte, chiamate a sviluppare complesse relazioni. Le comunicazioni riconoscono difficoltà che riflettono non solo le contraddizioni intrinseche all'inquadramento ed alla gestione delle problematiche di salute mentale, ma anche ciò che scaturisce dal dialogo serrato tra i pazienti internati nelle nuove strutture e gli operatori, chiamati a condividere un comune percorso di crescita. L'obiettivo primario che il nostro gruppo di lavoro ha perseguito è stato quello di costruire un linguaggio comune che permettesse un'efficiente livello di comunicazione tra gli operatori, tra gli operatori e gli ospiti e tra la REMS e ciò che le stava attorno. Tale obiettivo è stato considerato necessario e propedeutico all'obiettivo chiave: sviluppare un progetto terapeutico-riabilitativo che permettesse l'evoluzione non solo dei pazienti, ma dell'intero sistema, evitando ogni dimensione repressiva. Il metodo perseguito è stato quello del confronto serrato delle opinioni e degli atteggiamenti di tutti gli attori coinvolti, all'interno e all'esterno della REMS. I risultati raggiunti si presentano con confini quanto meno incerti, come sempre tutto ciò che riguarda la psiche, ma ci sembra possibile affermare che è stato formato un gruppo di lavoro, che è stata intessuta una fitta rete di relazioni, che è proseguita una profonda riflessione sul rapporto tra salute mentale e giustizia in una regione caratterizzata sotto questo profilo dalla presenza di particolari problematiche.

Prima parte

Le relazioni tra le Istituzioni che hanno ereditato il compito degli OPG

Condividere in queste pagine le nostre considerazioni attenua la percezione che abbiamo avuto, ed in parte ancora abbiamo, di essere isolati, percezione verosimilmente determinata dalla complessità del compito assegnatoci. Una sensazione d'isolamento che non riguarda specificamente la REMS di Capoterra, della nostra Regione, ma che concerne invece un fenomeno generale, dipeso da vari fattori.

In primo luogo si è trattato di un problema di comunicazione: delle REMS si è parlato e si parla con una certa frequenza in due modalità antitetiche, eccessivamente tecniche oppure relativamente poco approfondite. È possibile che questo sia correlato al modo in cui è stata varata dal Parlamento la Legge 81/14 istitutiva delle REMS, un modo piuttosto affrettato, che ha escluso o incluso solo marginalmente importanti istituzioni che poi nel concreto si sono trovate a confrontarsi col problema, e cito a titolo d'esempio l'autorità giudiziaria o le stesse istituzioni che erogano le risposte ai bisogni di salute mentale, cioè i Dipartimenti. Questo modo di procedere non ha favorito le necessarie dinamiche di comunicazione e di conoscenza, ed ha invece contribuito a sostenere una condizione di relativo isolamento.

Questo contributo riporta l'esperienza che ha visto nascere la REMS di Capoterra e la co-

stituzione del suo gruppo di lavoro da una prospettiva soggettiva, legata a ciò che avviene nella REMS sotto il profilo squisitamente umano, con grande attenzione alle problematiche che costituiscono l'essenza del lavorare in una struttura di questo tipo.

Nella REMS si entra per disposizione dell'Autorità Giudiziaria e gli operatori della REMS non possono operare alcuna selezione nel flusso dei pazienti in entrata.

Attualmente nella REMS di Capoterra ci sono 16 pazienti, il che corrisponde alla capienza massima della nostra struttura. Nel corso dei quattro anni dall'apertura vi sono stati 50 inserimenti e 34 dimissioni, e sono stati predisposti progetti alternativi all'ingresso in REMS per 12 soggetti. Tra le dimissioni sono da annoverarsi tre decessi; dei 50 inserimenti quattro sono reingressi, due persone dimesse si trovano ristrette in strutture carcerarie, della tipologia della Casa Lavoro.

La fase di superamento degli OPG ha visto gestire nella Regione Sardegna sessanta percorsi terapeutici. Questo dato, associato a quello delle dimensioni contenute della lista d'attesa, cioè l'insieme delle persone che hanno ricevuto la disposizione d'internamento ma che non sono state accolte in REMS per mancanza di posto (fenomeno che in altre Regioni riguarda decine di persone), non è ovviamente frutto dell'attività della sola REMS, ma dell'insieme delle Istituzioni che costituiscono la rete funzionale che ha sostituito gli OPG, che ha interagito in modo costruttivo. È da precisare che nella REMS di Capoterra sono attualmente ospitati un paziente proveniente da un'altra Regione italiana, un paziente appartenente alla Comunità Europea ma privo di cittadinanza italiana, ed un paziente proveniente dal Sudan.

Si evidenziano di seguito le principali istituzioni coinvolte in questa rete funzionale: l'Assessorato alla Sanità, che in questi anni ha promosso e sostenuto questa attività di collaborazione e di reciproca conoscenza; i Dipartimenti di Salute Mentale nelle articolazioni CSM, SPDC, SERD e Unità di Psichiatria Forense; l'Autorità Giudiziaria e non solo come Tribunale di Sorveglianza, ma anche come Procure della Repubblica, come Uffici dei Giudici per le Indagini e per le Udienze Preliminari e come Corti d'Appello; l'UEPE, cioè l'Ufficio per le Esecuzioni Penali Esterne; gli Istituti Penitenziari, insieme ovviamente a chi in questi Istituti si occupa di garantire assistenza ai bisogni di Salute Mentale; i Servizi di Assistenza Sociale dei Comuni.

Da sottolineare che con il Tribunale di Sorveglianza di Cagliari, al quale la REMS fa capo, con l'UEPE e con i colleghi che si occupano di assistenza per la salute mentale nella Casa Circondariale di Cagliari, la più grande della Sardegna, sono stati approvati protocolli d'intesa formali finalizzati a garantire adeguate forme di collaborazione, sia per quanto riguarda la valutazione dei progetti trattamentali delle persone soggette a misure di sicurezza, sia per quanto concerne la valutazione di persone per le quali sia stato proposto il trasferimento da un Istituto di Pena alla REMS. È in fase di elaborazione un protocollo d'intesa tra i Tribunali e il SSR che permetta alle Unità di Psichiatria Forense di fornire il massimo contributo. Entrano inoltre a pieno titolo nella rete funzionale le famiglie, i periti, gli avvocati, gli amministratori di sostegno, le associazioni che rappresentano le

istanze dei pazienti e dei familiari, le comunità terapeutiche. È facile intuire la ricchezza e l'articolazione della negoziazione tra questi settori. Il dato prima proposto sui flussi di entrata ed uscita è significativo non solo perché come detto descrive il positivo funzionamento della rete delle Istituzioni, ma anche sotto il profilo economico, poiché un posto in REMS costa circa 500 euro al giorno per paziente e negli anni precedenti alla chiusura degli OPG e all'istituzione delle REMS si sono a lungo ipotizzate strutture nella nostra Regione con un numero di posti oscillante tra i 40 e i 50. In una Regione che ancora nel primo decennio del nuovo secolo conosceva un invio di pazienti in OPG doppio rispetto alla media nazionale, al momento attuale è possibile affermare che il processo di superamento OPG. s'è potuto quindi gestire, pur con indubbie difficoltà che devono essere analizzate, con una struttura a 16 posti.

Una prima difficoltà da segnalare concerne la posizione della struttura nel territorio regionale. Infatti la posizione nella parte meridionale dell'Isola costituisce una sfida significativa in termini di capacità di tenuta delle relazioni dei pazienti con il territorio di origine, con le famiglie e con le Istituzioni competenti. Compito impegnativo al quale sinora nessuno si è sottratto. Al tempo stesso la collocazione in prossimità dell'area altamente urbanizzata di Cagliari, la più densamente abitata della Sardegna, dentro un centro abitato di grandi dimensioni, all'interno di un comprensorio che include una RSA e la Guardia Medica, risponde con decisione agli obiettivi di reinserimento che la Legge prevede per questi pazienti, e ci ha reso parte di una rete sociale.

Una difficoltà da segnalare è quella relativa all'accoglienza delle donne. La REMS è costituita da un ambiente molto piccolo, assai simile ad un SPDC, con la differenza che i pazienti vi stanno non per settimane ma per mesi ed anni, determinando una situazione caratterizzata, diciamo così, da un'emozionalità fortemente espressa. La presenza delle donne, prevista in fase d'accreditamento senza barriere di separazione dal settore maschile, innesca dinamiche di non semplice gestione.

Altra difficoltà è quella della non corrispondenza tra numero di misure di sicurezza (MdS) disposte dall'Autorità Giudiziaria e posti disponibili in REMS. La Regione Sardegna, in linea con quanto avvenuto nel territorio della Nazione, si è dotata di un posto letto ogni 100.000 abitanti circa (la struttura di Capoterra ha, come prima accennato, 16 posti, e nell'intera nazione i posti complessivi nelle numerose strutture che sono state aperte, e che ricordo non possono accogliere più di 20 persone, sono circa 600). Il fenomeno della lista d'attesa, cioè dell'esubero delle richieste rispetto alla disponibilità, è stato fortunatamente nella nostra Regione, a differenza di quanto avviene in altre, di dimensioni contenute (in tutta Italia sono oltre 400 le MdS inattuate), però è esistito ed esiste, e questo ha comportato diverse disfunzioni: in primo luogo in certi casi non s'è potuta consentire la necessaria continuità all'azione dell'Autorità Giudiziaria, per lo meno non in modo tempestivo; in secondo luogo è capitato che in attesa di essere inseriti in REMS alcuni pazienti

abbiano trascorso un tempo anche considerevole ristretti negli SPDC, oppure che, pur essendo stati prosciolti per infermità di mente, abbiano trascorso indebitamente periodi di lunghezza variabile negli Istituti di Pena. Per contro, è anche vero che l'impossibilità ad inserire con immediatezza e facilità persone in REMS ha in più di un caso condotto ad un'opportuna rivalutazione della decisione di inserimento, portando a prendere atto del fatto che non era stato forse rispettato a pieno il cosiddetto criterio di *extrema ratio* nell'invio in REMS, e che poteva con successo essere presa in considerazione, dall'Autorità Giudiziaria in collaborazione con i Servizi, una soluzione alternativa.

Questa considerazione sui volumi, volume delle misure di sicurezza detentive disposte in comparazione al volume delle reali possibilità di accoglienza, apre ad altre considerazioni, su altri volumi: attualmente in Sardegna sono circa 110 le persone sottoposte a misura di sicurezza della libertà vigilata ospiti nelle comunità terapeutiche. A nostro avviso questo numero è di consistenza notevole. È un fenomeno da analizzare con estrema cura, soprattutto perché si tratta in massima parte di persone a cui è stato riconosciuta una condizione di seminfermità mentale, e che risultano affette prevalentemente da disturbi di personalità dai confini sfumati, spesso associazione a dipendenza multipla da sostanze, con comportamenti marcatamente antisociali, per i quali si pone quindi il problema del contenimento in ambiente sanitario. Numerose sono inoltre le persone che sottoposte a misure di sicurezza non detentive sono affidate direttamente ai servizi territoriali per la tutela della salute mentale. A nostro avviso non può essere sottovalutata l'importante distrazione delle risorse dai compiti terapeutici determinata dal confronto con tali dinamiche primariamente antisociali, caratterizzate solo in maniera secondaria da elementi psicopatologici. Questo fenomeno nella REMS è senz'altro più che significativo, ma le informazioni che abbiamo raccolto non sono dissimili per quanto concerne le comunità terapeutiche, e sembrano riguardare in una certa misura anche gli SPDC.

Si pone insomma, in questa nuova fase iniziata con la chiusura degli OPG, il problema della gestione dei comportamenti violenti, di come e a quale titolo la Salute Mentale sia non infrequentemente l'unica istituzione chiamata a contenerli. Proprio perché ciò accade di fatto bisognerà evitare, in linea di principio, ogni affrettata identificazione tra violenza e devianza, devianza e malattia mentale e per la proprietà transitiva dell'eguaglianza tra violenza e malattia mentale. Può essere che anche il significato della Posizione di Garanzia, quella per cui il curante viene considerato corresponsabile del reato commesso dal curato, debba essere con attenzione rivisitato, iniziando una fase in cui ogni comportamento violento deve essere accuratamente valutato partendo dalla consapevolezza che la malattia mentale è solo uno degli elementi che costituiscono la complessa galassia di fattori che nell'essere umano determinano violenza.

Seconda parte

Le contraddizioni della nuova situazione

Nella prima parte abbiamo riportato come la difficoltà di gestione, all'interno di una rete così complessa, di imponenti volumi di informazioni abbia contribuito a determinare un certo senso di isolamento.

Un secondo fattore di isolamento, nel senso di una difficile comprensione e condivisione di ciò che riguarda la REMS, è costituito dal fatto che questa nuova realtà è caratterizzata, come la Legge 180, da una serie di contraddizioni. La parola ci pare consumata, e le preferiamo invece il termine antinomie, il cui significato svela che gli opposti a volte non si elidono ma convivono. La presenza di molteplici antinomie rende di per sé appunto il parlare di REMS spigoloso e di non immediata comprensione.

La *prima antinomia* è quella che confronta la teoria del doppio binario con quella del binario singolo. Il così detto doppio binario consiste nel fatto che, per determinate specie di reato, il trattamento per il reo prevede, rispetto a quanto avviene di norma, particolari differenze. Così il folle che compie un reato viene inviato ad un percorso di trattamento differente da chi folle non è (per inciso il doppio binario non riguarda solo il follere ma anche per esempio chi compia reati di tipo mafioso; il 41 bis non è per tutti). Però qualcuno afferma che chiunque sia entrato in relazione con una persona portatrice di una cosiddetta patologia psichica sa e sente che nessuna malattia cancella totalmente l'umana, umanissima capacità di intendere e di volere, che il limite tra capacità ed incapacità è sfumato, e costituisce una convenzione necessaria per la verità processuale, e che quindi seguendo questo ragionamento anche gli infermi di mente dovrebbero andare in carcere, adeguatamente sostenuti da un progetto di cura. Ma come non constatare l'insostenibilità alla quale sarebbe sottoposta nell'attuale realtà degli Istituti di Pena la delicatissima fragilità che nel folle scaturisce dalla carente adesione al piano di realtà? Ovviamente queste considerazioni apportano alla nostra conversazione la valenza dell'affermazione dubitativa, e ci si perdoni l'aver appena accennato ad un tema che attiene alla filosofia del diritto e della scienza medica, e soprattutto di avere con rispetto citato Salvatore Satta ed il suo *Mistero del Processo* (1).

La *seconda antinomia* è altrettanto classica: cura e custodia possono procedere insieme? Senza quell'impegno di sviluppo personale, di ricostruzione consapevole, per usare una definizione cara ai rappresentanti dell'autorità giudiziaria, possibile solo nella libera adesione, è possibile parlare di processo di cura? Ma, immediatamente, scatta la molla della corrispondente antinomia: esiste davvero l'assoluto libero arbitrio? Fin dove in realtà siamo vincolati da istanze superiori alla nostra capacità di autodeterminazione? Affrontata da questa prospettiva la restrizione in REMS allora altro non è che la manifestazione visibile di qualcosa che in fondo sappiamo, e cioè che la libertà assoluta non esiste, neppure quella forse mitologica dell'adesione completamente libera ad un processo di cura,

e che esiste invece il concetto giuridico della responsabilità individuale. Libero arbitrio e predestinazione si presentano quindi, com'è ovvio, come concetti antinomici, e non come verità inderogabili. Con alcune importanti ricadute operative.

Studi controllati e validati a livello internazionale, continuamente citati anche nei convegni italiani da chi lavora nelle REMS, dicono che con i pazienti che presentano marcati tratti antisociali i migliori risultati si ottengono quando le cure vengono erogate in ambienti nei quali la componente contenitiva se non addirittura restrittiva è fortemente rappresentata (2-3).

In primo luogo viene da domandarsi se si tratti veramente di percorsi di cura e riabilitazione, e non di processi di correzione e rieducazione, e se questi processi producano nel tempo risultati efficaci (o se per caso in Arancia Meccanica non ci sia un fondo di verità). In secondo luogo c'è da chiedersi di chi sia il compito contenitivo-restrittivo. E' indubbio che la Legge 81/14, nel lodevole obiettivo di porre fine alla discutibile realtà degli OPG, abbia enfatizzato le dinamiche di cura e di recupero, ma è altrettanto vero che ha riaffidato, creando strutture ad esclusiva competenza sanitaria, agli operatori sanitari il compito di custodia, riportando di fatto lo stato delle cose ad un'era pre-180, e creando a cascata una dimensione professionale, quella appunto del professionista della Salute Mentale, che a tutti i livelli ed in tutte le realtà operative è sia portatrice di cura che di custodia nei confronti del paziente. Anche in questo caso l'antinomia non è di facile composizione, e verosimilmente ancora per molto tempo l'ambiguità di questa condizione professionale persisterà. Però vogliamo dirvi che noi professionisti della REMS questo ruolo di custodia lo rifiutiamo, con l'obiettivo di creare una frizione dialettica con il legislatore, così da non dare per scontato che questo ruolo sia senza se, senza ma, senza riflessione, di competenza sanitaria.

La *terza antinomia* ci è particolarmente cara, la sentiamo vicina. La REMS è stata presentata alternativamente come il luogo del Bene assoluto (superamento della barbarie dell'OPG, ambiente delle cure umane), o come luogo del Male assoluto (riproposizione dell'OPG in forme più pericolose perché mascherate, ambiente della negazione delle possibilità di cura perché segregante). Si tratta verosimilmente di categorie rigide, poco adatte a descrivere fenomeni complessi, categorie che appartengono a chi non lavora in REMS, a chi sta all'esterno. Verosimilmente la REMS è un dato di fatto, il prodotto di un particolare momento storico-politico, e deve semplicemente trovare il modo di funzionare.

L'elenco delle antinomie continua, ed in questa capacità della Legge 81/14, istitutiva delle REMS, di essere generatrice di antinomie irrisolte si può ben dire che rassomiglia alla 180, a proposito della quale è difficile trovare posizioni di sintesi.

Quarta antinomia: antinomia della delega e della partecipazione. REMS luogo della delega: la cura e custodia dei folli-rei, fino all'aprile del 2015, era delegata agli OPG. Ora alle REMS, che sono caratterizzate da una membrana di separazione dalla collettività

molto più permeabile. Quali sono le conseguenze di questa delega? Cosa succede a coloro ai quali questo compito è stato delegato? Nella nostra REMS ci sono stati innumerevoli fatti di violenza etero ed autodiretti, compresi due tentativi di omicidio e un suicidio. Quali sono le conseguenze per le persone che ci lavorano? Come queste riproporranno fuori dalla REMS il peso di questa delega? Il disgusto, la paura per il diverso che già così forte avvertiamo per le persone che hanno compiuto crimini efferati, tracimerà fino a richiedere che per reazione vengano ripristinati gli OPG, dove la separazione tra diversità e normalità sarà nuovamente invalicabile? Nella gestione di questa antinomia sono in gioco in realtà elementi profondi dei processi identitari, come l'accettazione della diversità, l'identificazione con la diversità, o lo stesso rifiuto della diversità. Il confronto con la diversità insomma non può essere pensato soltanto in termini di delega, ma anche di assunzione di responsabilità e di partecipazione da parte dell'intera Collettività, che non può lasciare soli coloro ai quali questi compiti sono stati delegati.

Ultima antinomia: sanità o giustizia? reinserimento o sicurezza? È evidente che ad ogni dimissione, ad ogni licenza ci si interroga su quale sia il modo giusto di bilanciare le esigenze di cura del paziente con quelle di sicurezza della Comunità. La questione però secondo noi va oltre l'interrogarsi sul fatto che i Magistrati e i Servizi siano più sensibili alle esigenze del singolo o a quelle della collettività, se siano da privilegiarsi comunque i diritti di chi ha offeso o, come ci dicono i più attuali orientamenti della filosofia del diritto, eguale peso e valore si debba dare ai diritti ed ai sentimenti di chi è stato offeso. La questione in realtà è: dopo la chiusura degli OPG tra Psichiatria e Legge, tra queste dimensioni del sapere e del fare, si può costruire un rapporto paritetico? Nella nostra Regione, nella nostra esperienza, questa relazione ha mantenuto fin dall'inizio e mantiene tuttora una condizione di pari dignità e rispetto, ma questo non significa che entrambe le Istituzioni non siano chiamate a vigilare per evitare in verificarsi di possibili squilibri.

Terza parte

In principio era la parola

Dunque, assodata la difficoltà di gestione del flusso di informazioni nella rete, e stante la difficoltà di giustapposizione delle varie antinomie, cosa può fare da ponte? Cosa può far convivere queste istituzioni e queste antinomie?

Occorre far presente che la giustapposizione delle antinomie non esprime un gioco intellettuale, ma descrive invece una serie di vere e proprie convivenze pratiche. In primo luogo devono convivere i nodi della rete funzionale descritta. E all'interno della nostra REMS le convivenze presentano caratteri di ulteriore complessità, perché per esempio il personale dipende in parte direttamente dal SSN (medici, psicologa, personale amministrativo, assistente sociale, tecnico della riabilitazione); in parte da una cooperativa privata (infermieri e OSS); in parte, le guardie giurate, da una altra cooperativa privata.

Fatto non secondario, per motivi complessi in via di risoluzione, alcuni operatori in posizione chiave hanno svolto senza mancanze la propria funzione pur essendo in una condizione di precariato sotto il profilo contrattuale. Inoltre c'è da sottolineare che alcuni servizi vengono erogati dalla società consortile privata che gestisce la RSA all'interno della quale ci troviamo, ed altri direttamente dalla Area Socio Sanitaria Locale di competenza (ASSL, l'unità funzionale che nel contesto della recente riforma del Servizio Sanitario Regionale ha assunto alcune funzioni della precedente Azienda Sanitaria Locale - ASL), e dall'Azienda Tutela Salute (ATS), l'organismo che ha assorbito le 8 ASL nelle quali la Sardegna era precedentemente divisa.

Da ultimo, nella REMS si trovano a convivere per tempi molto lunghi persone diversissime, chi con psicosi, chi con gravi disturbi di personalità, chi con deficit intellettivi di vario grado, chi con gravi dipendenze patologiche (ricordo qui che la Legge 81/14, che disegna le REMS come strutture fundamentalmente votate ad attività terapeutico-riabilitative per pazienti psichiatrici in senso stretto, convive con un Codice Penale invariato, che riconosce un'unica categoria per le disabilità psichiche, quella dell'Infermità di Mente, e questo è il motivo per il quale persone con diagnosi così diverse sono avviate alla REMS). E sotto questo aspetto bisogna riconoscere che la Legge 81/14 costituisce anche un forte momento di messa in discussione di alcuni articoli del Codice Penale, che, alla luce dei recenti sviluppi, manifestano aspetti di obsolescenza, della quale il legislatore sembra aver preso coscienza. Tutte complesse relazioni di condivisione che insistono, per ciò che concerne la Psichiatria, nel particolare milieu culturale della nostra Regione, condizionato da quattro forti caratteri distintivi:

- Invio di pazienti negli ospedali psichiatrici giudiziari in era pre-REMS, come precedentemente accennato, doppio rispetto alla media nazionale;
- servizi territoriali della salute mentale e delle dipendenze patologiche che, accanto a buone prassi, hanno a volte mostrato atteggiamenti improntati alla delega della gestione dei casi complessi o con implicazioni giudiziarie agli ospedali psichiatrici giudiziari e alle comunità terapeutiche, i primi fuori dalla Regione sempre, le seconde spesso.
- poli universitari capaci di analizzare in profondità i temi della neurofisiologia e della psichiatria Forense ma a volte portatori di istanze inclini a raggruppare la complessità clinica in poche onnicomprensive categorie diagnostiche, o all'iperinclusione nella psicopatologia delle manifestazioni più marcate della varietà dei comportamenti umani;
- Situazione carceraria del tutto peculiare e difficile, connotata da un numero molto elevato di detenuti (contro i 1600 attesi in relazione alla popolazione, negli Istituti di Pena sardi vi sono 2400 detenuti, di cui 1100 provenienti da altre Regioni o da altri Paesi europei ed extraeuropei, con alta frequenza appartenenti ad organizzazioni mafiose), da carenza di una adeguata assistenza per la salute mentale, da una marcata espulsività verso i detenuti disturbanti e manipolativi, cui vengono attribuite diagnosi psichiatriche.

Alti volumi di informazioni, complessità della rete, contraddizioni anche stridenti negli obiettivi di fondo, risorse in dotazione non esigue e senz'altro adeguate alle necessità ma mal distribuite sul territorio regionale, elevata diversità dei pazienti, peculiarità del contesto... ce n'è abbastanza per dire che prima dell'apertura della REMS, eravamo estremamente preoccupati: gestendo questa costellazione di fattori, alcuni dei quali anche animati da esigenze antitetiche e conflittuali, ci siamo chiesti se saremmo stati capaci di essere all'altezza del compito assegnatoci. Che cosa avrebbe potuto tenere unito tutto questo, che cosa avrebbe potuto fare da ponte tra esigenze così distanti?

Nella nostra esperienza ciò che ha fatto da ponte è stata la parola, il dialogo serrato avvenuto non solo nella concretezza operativa dei fatti, dopo che la REMS è stata aperta, ma anche quello che ha caratterizzato la fase preliminare all'apertura, preceduta da una attesa piuttosto lunga, iniziata il primo di Aprile del 2015, data in cui sono cessate le proroghe concesse dal Governo all'entrata in vigore della Legge 81/14, e conclusa il 27 di Luglio dello stesso anno, giorno di arrivo del primo paziente. Questo tempo di latenza è stato dovuto alle necessità di reperire una struttura, di adattarla, di assumere il personale e di formarlo. In questa fase preliminare si è dunque molto parlato.

Si è parlato durante gli eventi formativi, affidati a Franco Scarpa, per la sua esperienza nella gestione delle problematiche di Salute Mentale in OPG, a Domenico Semisa, che ha messo in evidenza le necessità organizzative dei Dipartimenti di Salute Mentale, e a Francesco Scotti, testimone e protagonista sta della fase di chiusura degli ospedali psichiatrici ordinari nell'Umbria. Si è parlato nei momenti nei quali il personale si è incontrato anche senza la presenza di formatori esterni. Successivamente, si è continuato a parlare negli incontri mensili nei quali si è utilizzata la competenza di Maurizio Olivero, di Mario Perini e di Simone Bruschetta nella manutenzione dei gruppi di lavoro (4). E ciò di cui si è più parlato è stata l'antinomia più viva, la relazione pazienti/operatori.

Gli interrogativi generali che sino a questo momento abbiamo cercato di esporre, nel nostro gruppo di lavoro si sono concretizzati, nella fase precedente all'apertura, nel timore persistente di non riuscire ad elaborare progetti terapeutico-riabilitativi sufficientemente individualizzati per pazienti tra loro molto diversi, di non saper rispondere alle sollecitazioni poste dalla coabitazione forzata di fenomenologie tanto differenti. Nella paura insomma di non individuare corrette forme di relazione tra pazienti e operatori. Però, col tempo, la risposta è venuta da sé.

Il problema della gestione dell'intolleranza alla frustrazione, del continuo bisogno di gratificazioni e delle eccessive pulsioni aggressive è stato il denominatore comune di tutte le situazioni, più di quello dell'impostazione di percorsi di salute specifici ed individualizzati. Si potrebbe dire, anche se qualcuno potrebbe ritenere questa affermazione paradossale e provocatoria, che di questi ultimi non c'è stato bisogno: l'esigenza comune è stata contenere la necessità di porre ordine al caos interiore attraverso l'atto violento. Questo ha

livellato le nostre prassi, rendendo uguali i pazienti e noi stessi.

Con poche eccezioni gli eventi si sono uniformati nell'antitesi azione/reazione, con gli operatori obbligati a far coincidere il proprio ruolo con quello di chi impone sanzioni, consapevoli dei rischi della spirale violenza/repressione.

In questa compressione dei ruoli il tempo è sembrato fermarsi, e gli eventi avvitarci: al debordare delle richieste, soprattutto di dimissioni, di caffè e di sigarette, è corrisposta la sequenza monotona dei dinieghi (non è compito nostro, non si può, si è già dato). La giornata ha cominciato ad essere scandita dallo schema binario della richiesta e della risposta, e lentamente ci si è resi conto che questa ripetizione ritmica diventava la misura del tempo, il canone da seguire e a cui adeguarsi.

E se, trascorsa la prima fase feconda di novità, questo disporsi delle cose non ha potuto non generare un senso di stanchezza e di noia, successivamente ha cominciato a maturare negli operatori, per il rifiuto del ruolo di custodia assegnatogli, la necessità di dare significato a quanto accadeva. La trasgressione insistita a volte con violenza non è stata più soltanto il generatore automatico della sanzione, ma anche la parte di un rito per la sua continuità capace di lenire l'angoscia. Gli agiti ricorrenti (la richiesta di eccezione alle regole, l'accusa agli operatori di essere la causa dell'internamento in REMS, quella di appropriarsi dei beni lasciati in custodia) sono stati letti non più soltanto come espressione di un'antisocialità spontaneamente provocatoria, ma anche come un gioco delle parti, quella degli ospiti e quella degli operatori, che si attenevano ad un copione in un certo senso già scritto.

Ed allora l'interrogativo è diventato: chi è il protagonista della rappresentazione? Chi conduce l'azione? È il paziente con le sue richieste ad essere la parte attiva, lasciando la parte passiva all'operatore, con la sua necessità di riconvertire in positivo l'energia immessa nel sistema?

Comprensibilmente, fisiologicamente si potrebbe dire, le prime interpretazioni hanno risentito del timore di perdere il diritto/dovere di governo, e conseguentemente di smarrire la propria identità. Insensibilmente però, e proprio approfondendo il problema dell'identità, le riflessioni hanno prodotto risultati più complessi.

La ritmica ripetizione dei gesti ha assunto il significato della positiva continuità, della stabilità, e di conseguenza della preservazione della propria identità in una fase di transizione dai confini incerti, sia negli operatori che nei pazienti. E nei primi, consolidandosi nella ripetizione il senso della fiducia di sé, è maturata la capacità di concedere e di farsi condurre. E così, lasciandoci condurre, concedendo spazi, siamo diventati diversi.

Così come diverso è il modo in cui ogni paziente ripropone l'infinita ripetizione della trasgressione, richiedendo una risposta "originale" e diversa. Chi ha avuto bisogno di separarsi dalla famiglia e chi di riaccostarsi; chi ha avuto bisogno di una terapia farmacologica e chi no; chi di parole e chi di fatti; chi di immedesimazione e chi di distacco.

E gli operatori, nel ramificarsi e differenziarsi delle relazioni, pur tra dubbi e timori forse stanno imparando a riconoscersi non in una categoria e nei suoi rigidi codici di comportamento, ma nelle necessità espressive della propria persona. Come se il confronto con esigenze dissimili li avesse diversificati, permettendo di esprimersi in modo personale e libero, fenomeno degno d'interesse perché accaduto in un ambiente restrittivo. Un moto di libertà che pare procedere dai ristretti verso chi è libero.

E i pazienti, intimiditi ma curiosi dei maggiori spazi da amministrare, rispecchiandosi nella normalità degli operatori, forse sono diventati autori di relazioni più quotidiane e normali. Le esplorazioni di questi mondi nuovi non sono per niente prive di sofferenza, e non solo tra le parti ma all'interno di ciascuna di esse pulsano conflitti e contrasti. Esiste un momento in cui esiste un NOI, quando fuori dalla REMS per concessione dell'autorità giudiziaria, sin dall'inizio sensibile e attenta alla componente riabilitativa dei percorsi, pazienti ed operatori condividono le uscite dalla REMS.

In tre anni, nelle tante licenze, nessun paziente ha rinunciato al piacere di essere diverso nell'essere "disteso", e tutti gli operatori si sono concessi il piacere di essere diversi togliendosi la divisa. E da ultimo: tutto questo può convivere? Le psicosi e gli sviluppi abnormi di personalità possono coabitare in un ambiente che non ha più metri quadri di un Servizio di Diagnosi e Cura ma in cui si sta, come detto, per anni e non per giorni? A dispetto di quanto riportato dai dati dei Paesi di tradizione anglosassone, più pragmatici e concreti? Possono convivere le canoniche lacerazioni intestine al personale con il confronto quotidiano alla lentezza del divenire nella salute mentale? Possono convivere e collaborare istituzioni dalle finalità così diverse da poter essere persino antitetiche?

Non siamo in grado di dare risposte definitive, possiamo solo ipotizzare che quel NOI raro ed intermittente che definisce l'alleanza terapeutica tra pazienti ed operatori sia un fenomeno che si verifica sulla base di un riconoscimento reciproco, e che per analogia il riconoscimento sia alla base di quella cooperazione tra le istituzioni che pur con traversie sta dando risultati non trascurabili.

Forse queste convivenze rappresentano una varietà, così com'è varia la vita che gli operatori ritrovano alla fine del turno di lavoro e che gli internati ritroveranno alla fine della misura di sicurezza, come voluto da una legge certo incompleta ma di illuminata ispirazione costituzionale.

Bibliografia

1. Satta S. Il Mistero del Processo. Cap. 4 (Il Formalismo del Processo), pag. 3. Milano: Adelphi, 1994.
2. Gilberti F, Rossi R. Manuale di Psichiatria Padova: Piccin; 2009, 6° Edizione, p.11
3. Cassano GB et al. Trattato Italiano di Psichiatria. Milano: Masson; 1993, p. 2002.
4. Curreli R. Lavorare in una REMS: il Gruppo di Lavoro oltre l'angoscia e la paura. Gruppi 2017; (1): 63- 79.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

Allegato 1

Dal vecchio al nuovo

Franco Scarpa

Psichiatra

Condividere l'esperienza "fondativa" in una REMS ha rappresentato, per me, che ho trascorso tanti anni come Direttore di un Ospedale Psichiatrico Giudiziario, una esperienza unica. Lavorare per superare il vecchio sistema e la vetusta Istituzione, e contribuire alla nascita delle nuove strutture, trasmettendo informazioni ed esperienze ai nuovi operatori che si avvicinano a tale gravoso compito, è stato sicuramente un percorso impegnativo ma fortemente istruttivo, anche per me. Ho potuto farlo, spero bene, immaginando me stesso come "ponte" proiettato tra ciò che era ormai destinato a non esistere più e quanto stava per prendere forma e sviluppare nuovi contenuti e prassi più vicine ai bisogni delle persone.

Quando sono stato chiamato per partecipare alla Formazione del personale ho accettato volentieri. Ero infatti, nel frattempo, già impegnato con la Regione Toscana a fare da "supporto e sostegno" all'apertura della REMS di Volterra ed in tale periodo facevo da tramite e accompagnamento al progressivo passaggio dei pazienti, presenti ancora nell'OPG di Montelupo Fiorentino, in varie strutture, incluso in quella che sarebbe poi diventata la REMS di Volterra. Da un lato bisognava gestire la chiusura OPG e dall'altro facilitare "la partenza" della REMS: tale circostanza mi ha consentito di vedere le stesse persone (i pazienti) muoversi e cambiare, in maniera spesso significativa, nel nuovo ambiente e nella nuova organizzazione (da struttura carcere chiusa a struttura sanitaria più aperta). Ed è stato proprio questo uno degli argomenti "principali" del contributo che ho potuto offrire ai componenti del gruppo di persone da formare.

In buona sostanza ho cercato di "smontare" l'immagine terrificante di utenti aggressivi, particolarmente difficili da trattare, insensibili a cure e interventi riabilitativi, per dare invece una più corretta descrizione di persone per le quali i problemi psichici erano in buona parte aggravati da un contesto eccessivamente contenitivo, nonché appesantito da regole penitenziarie, e per le quali i bisogni di riabilitazione erano passati in secondo piano, sovrastati da una struttura esorbitante, per regole e dimensioni, che offriva scarse possibilità di movimento e di autonomizzazione.

Il contatto con il gruppo di lavoro della REMS di Capoterra (lo definisco così perché mi sono trovato di fronte ad un gruppo di persone che iniziavano già a lavorare pur stando in formazione) è stato decisamente stimolante. L'argomento che mi era stato affidato poteva essere noioso e pesante (la normativa, i rapporti con la Magistratura, la responsabilità etc.) ma assolutamente indispensabile per riuscire a contestualizzare gli obiettivi di lavoro

e le finalità della struttura: percorsi terapeutico-riabilitativi in una cornice determinata da un provvedimento penale. Riuscire a far comprendere che ogni manifestazione connessa al disturbo, di cui la persona è portatore, è fortemente influenzata dal contesto e dall'ambiente in cui vive e dall'organizzazione in cui si trova. Ho usato molto questo argomento: in OPG prevaleva spesso il ricorso alla reazione violenta ed alla disperazione, per la cornice restrittiva che caratterizzava tale Ospedale-Carcere; in una struttura terapeutica, e non preminentemente restrittiva, la possibilità di avere maggior spazi per il dialogo, la relazione, e soprattutto la percezione di essere comunque responsabile rispetto alla condizione di misura di sicurezza, offrono invece maggiori opportunità per gestire anche i momenti di maggiore crisi. Ho ricevuto dai partecipanti numerose domande gravate da preoccupazione per quello che avrebbero dovuto fare ma anche molte altre connotate da curiosità e da desiderio di approfondimento: alla fine si riusciva a percepire nel gruppo dei partecipanti l'impazienza di poter davvero iniziare a lavorare con le persone, dopo la presentazione delle materie teoriche.

In particolare mostrare immagini, piccoli spezzoni di filmati che descrivevano interventi con i pazienti dava finalmente corpo alle fantasie, non solo e sempre angosciose, che permeavano il gruppo.

Le ore trascorse con il gruppo sono state caratterizzate dall'entusiasmo di Riccardo Curreli, che arricchiva continuamente e contestualizzava il mio intervento, creando un continuo clima di partecipazione e di interazione. L'obiettivo era soprattutto, tramite la formazione, quello di fondare non solo la REMS ma il gruppo di lavoro della REMS.

Tra i partecipanti, prevalentemente giovani, motivati, consapevoli delle difficoltà ma anche della nuova e importante esperienza cui essi erano chiamati a partecipare in maniera significativa, si creava ogni giorno un'occasione per quesiti stimolanti, da parte loro, ma anche, da parte mia, la ricerca del miglior approccio e forma di dialogo.

Ho provato invidia ed ammirazione; il rapporto con un gruppo giovane, motivato, aperto e pronto ad affrontare l'esperienza della REMS, mi ha confermato ancor una volta, e ancora di più, che gli OPG, costruiti sulla diade carcere-ospedale non potevano andare avanti e che la rottura del paradigma cura-riabilitazione, inserita in una cornice di controllo-sanzione era assolutamente perdente.

Un buon legame si è stabilito con tutti ed ancor oggi il contributo del gruppo di lavoro di Capoterra appare indispensabile a dare un volto più uniforme alla piccola galassia delle REMS dove convivono al momento modelli molto ospedalieri con realtà comunitarie e partecipate.

Ho cercato di trasfondere parte delle riflessioni e dell'esperienza accumulata con la formazione di Capoterra anche nel percorso formativo della REMS di Volterra e spero di riuscire a dare un'impronta analoga nei prossimi mesi, quando sarà necessario allestire la REMS di Empoli.

Il dopo OPG comincia ad essere abbastanza adulto da poter serenamente fare delle considerazioni e delle ipotesi di lavoro, per rendere il sistema di cura e riabilitazione delle persone, cui è applicata una misura di sicurezza, sempre più solido e centrato sulle loro esigenze. Tante questioni da affrontare:

- il mix di persone affidate alle REMS, dalle psicosi ai disturbi di personalità, sarà sempre più variegato se non riusciamo a controllare il rapporto con la Magistratura e con i Consulenti che forniscono i pareri tecnici su cui si fonda l'applicazione della misura di sicurezza;
- la domanda rischia di aumentare in maniera esponenziale, vanificando le intenzioni di de-istituzionalizzazione alla base del superamento delle strutture manicomiali di ogni genere;
- la necessità di lavorare sulla malattia e sui sintomi non deve escludere l'obiettivo di affrontare il tema della violenza, dell'aggressività e delle misure per aiutare la persona a saperla gestire e contenere;

L'esperienza che gli operatori nelle REMS stanno accumulando sarà il terreno sul quale costruire politiche generali e percorsi diagnostico-terapeutici adatti alle esigenze di cura e di riabilitazione dei pazienti psichiatrici, ancorché autori di reato.

Allegato 2

La formazione per l'attivazione della REMS

Domenico Semisa

Direttore DSM ASL Provinciale di Bari

Il mio contributo al processo formativo posto in essere è stato articolato intorno a tre argomenti. Innanzi tutto, è stata trattata la definizione della REMS e la sua collocazione all'interno della rete dei Servizi del Dipartimento di Salute Mentale (DSM). La REMS è una struttura nuova, sconosciuta a tutti prima d'ora, che propone dimensioni spazio-temporali e di prospettiva non praticate prima. Essa costituisce, per chi vi è ospitato, per chi vi lavora e per chi la guarda dall'esterno facendosene un'idea sulla base delle suggestioni più varie, un'esperienza nuova, un viaggio nell'ignoto, con l'attrazione ed il timore propri dell'attraversare un territorio straniero ed ancora poco decifrabile. Allora l'appartenenza, il sentirsi parte di una cultura e di un contesto, definisce struttura e confini, indica percorsi e prospettive. La REMS fa parte del DSM, l'interconnessione con gli altri Servizi che lo costituiscono è indispensabile per rifuggire il rischio di isolamento e di ri-costituzione inconsapevole di un nuovo, seppur più piccolo, contesto manicomiale. Nel contempo, l'integrazione nella rete dipartimentale consente di garantire la possibilità di percorsi di cura articolati ed appropriati per le diverse fasi della storia clinica delle persone inserite, finalizzati al "recupero" (l'abusato termine di "recovery") alle migliori opportunità di vita e all'inclusione sociale. Precisati poi i principi su cui si fonda la riabilitazione psicosociale e le modalità di redazione e realizzazione di un progetto terapeutico-riabilitativo individuale, è apparso evidente come gli obiettivi prefissati potessero essere raggiunti solo operando in collaborazione con le agenzie sociali, culturali e del volontariato, coinvolgendo la Comunità sul piano della responsabilità sociale ed acquisendo da essa risorse originali, indispensabili per il reinserimento sociale e lavorativo.

Il secondo argomento trattato ha riguardato la sicurezza dei pazienti ospitati e degli operatori e le modalità di gestione dei comportamenti aggressivi. Il timore nei confronti di atti di violenza imprevedibili ed incontrollabili costituisce spesso il pregiudizio che ostacola la comprensione e la relazione con i pazienti psichiatrici, ancor più se si sono macchiati di reati a causa della loro malattia. Ed il pregiudizio non si combatte negandolo, ma comprendendone le ragioni e la parte di verità su cui talvolta si fonda. E se tra le cause di rifiuto ed emarginazione di questi pazienti c'è la mancanza di conoscenze che non permette di capire né consente di possedere i giusti strumenti per affrontare queste situazioni e gestire le emozioni ad esse correlate, è sembrato necessario discutere di fatti, emozioni e comportamenti dei pazienti che spesso sono alla base degli agiti aggressivi, e delle problematiche controtransferali e comportamentali indotte negli operatori, che possono ostacolare un'efficace gestione della crisi. Se sentirsi disarmati ed impotenti può portare l'operatore ad azioni o reazioni inappropriate ed a rischio di scatenare escalation, saper conoscere, riconoscere ed affrontare queste criticità con i giusti accorgimenti organizzativi (ad

esempio le Raccomandazioni ministeriali del 2007), gli strumenti tecnici (addestramento all'uso delle tecniche di de-escalation, ricorso all'audit clinico) e le migliori risorse emotive individuali e del gruppo di lavoro, può consentire all'operatore formato in tal senso un approccio lucido e consapevole che riduce il rischio di errore.

Il terzo argomento ha riguardato più specificamente la normativa relativa al superamento dell'OPG, le opportunità che essa ha offerto e le inevitabili criticità, i protocolli con la Magistratura, l'UEPE e l'Amministrazione Penitenziaria, necessari per una gestione dei casi condivisa tra due mondi con diversi linguaggi, regole e consuetudini, quali il mondo Sanitario e quello della Magistratura, cui nessuno prima era abituato.

La proposta formativa è stata offerta secondo una metodologia interattiva, garantendo la migliore integrazione tra apprendimento teorico e discussione. La platea dei partecipanti al Corso è stata connotata da caratteristiche peculiari che hanno certamente influito sul processo formativo. Si trattava di operatori giovani, alcuni dei quali alle prime esperienze lavorative, dotati di grande entusiasmo, inesperti riguardo alle peculiarità dell'assistenza al paziente psichiatrico, quindi desiderosi di acquisire ed elaborare criticamente le necessarie conoscenze orientando ad esse un'identità professionale ed una prassi tutte da costruire. L'intervento formativo è stato pertanto certamente impegnativo, ma per molti aspetti più agevole e piacevole. È stato coinvolto e ricompreso in un clima di entusiasmo e curiosità nell'accettare la sfida ad operare in uno scenario nuovo, privo di esperienze consolidate su cui fondarsi e con un know how tutto da costruire. Inoltre, la stessa "novità" degli operatori ha evitato di dover gestire resistenze preconcepite a modificare pratiche consolidate dall'abitudine e di dubbia efficacia o semplicemente non appropriate al nuovo contesto operativo.

Il feedback immediato, ottenuto dall'apprendimento e dal grado di soddisfazione degli operatori, è stato più che gratificante. Ora, a distanza di tempo, è certo interessante ed opportuno ogni sforzo di rilevare, sul piano qualitativo e quantitativo, i risultati ottenuti in termini di esiti di salute, di riabilitazione e reinserimento sociale dei pazienti, di crescita professionale degli operatori (identità e competence), di efficacia ed efficienza dei modelli organizzativi adottati. Sarà anche interessante valutare le modificazioni della domanda che giunge alla Struttura e delle aspettative, il grado di integrazione nel contesto sanitario e sociale, le criticità con i margini di miglioramento per poterle superare.

È inoltre indispensabile, per valorizzare la professionalità degli operatori ed evitare ogni rischio di "cronicizzazione" degli stessi e di burn out, procedere in una dimensione di formazione permanente che sviluppi il senso critico e renda fecondo il dubbio, secondo quanto Michele Riso affermava fin dal 1981 e resta oggi immutato nella sua validità: "Non abbiamo bisogno di una psichiatria che faccia sempre meglio, ma di una psichiatria che si faccia continuamente domande sul senso del fare" (M. Riso e P. Repetti, *Cronicità e Cronificazione*, Sapere, Agosto/Settembre 1981).

Allegato 3

L'esperienza di sostegno all'Io professionale

Maurizio Olivero

Equipe REMS - Capoterra

Il gruppo curante è un dispositivo terapeutico che a causa del contatto quotidiano degli operatori con persone disturbate psichicamente rischia costantemente di "bloccarsi" nella capacità di pensare e lavorare. In un contesto di cura come la REMS, predisposta per accogliere pazienti con serie problematiche psichiatriche legate all'area psicotica e dei gravi disturbi di personalità e autori di reati più o meno gravi, il rischio è ancora maggiore. L'esperienza ci indica che l'intervento di cura aumenta la sua efficacia se si presta attenzione alle relazioni nel gruppo curante attraverso il coinvolgimento dello staff in un'attività di ricerca, confronto e analisi su quello che succede durante il turno e sulle regole di funzionamento implicite dell'organizzazione in cui si lavora.

Gli incontri proposti allo staff della REMS sono stati pertanto finalizzati a creare e mantenere quello che Bruno Bettelheim ha chiamato un patto di solidarietà tra le diverse figure professionali che consentisse un autentico processo di integrazione degli interventi. Per raggiungere questo obiettivo ci siamo basati sulle cinque funzioni principali della supervisione individuate da Antonello Correale: la riattivazione di una possibilità di riflessione comune e di pensiero condiviso tesi a ridurre frammentazioni e scissioni; la facilitazione di un clima onirico-associativo fluttuante, spesso sommerso dall'urgenza e dalle angosce di impotenza e onnipotenza suscitate dalla gravità della condizione dei pazienti; la promozione del senso di coesione e appartenenza che permette ai singoli di sentirsi parte di un unico ambiente affettivo-emotivo; la mobilitazione e la regolazione di emozioni intense bloccate dall'adesione a ruoli professionali troppo rigidi e infine l'elaborazione di emozioni e sensazioni grezze in forme riconoscibili e comunicabili.

Ad esse possiamo aggiungere che la supervisione all'interno di una organizzazione può essere anche un'occasione di verifica del lavoro svolto, una possibilità per cogliere nuovi elementi di conoscenza e un contributo allo sviluppo professionale.

La spinta ad apprendere dall'esperienza, nella forma più ampia e libera, è stata pertanto il filo conduttore degli incontri con il personale della REMS¹. Lo staff, per una scelta coraggiosa ma meditata, e vedendone gli sviluppi efficaci, era composto da alcuni psichiatri con una lunga esperienza in contesti di cura psichiatriche ambulatoriali e residenziali e da

¹ Il mio lavoro con l'equipe della R.E.M.S. di Capoterra è iniziato nella tarda primavera del 2015 con alcuni incontri di formazione e di condivisione della metodologia di lavoro propria della Comunità Terapeutica, per poi trasformarsi da luglio 2015 in un appuntamento mensile di quattro ore e terminati nel dicembre del 2017.

dirigenti, infermieri e OSS giovani, con poca esperienza del mondo psichiatrico, curiosi e disponibili a mettersi in gioco in un'esperienza professionale inedita e faticosa. Questa particolarità ha permesso a tutto lo staff di continuare a confrontarsi e a pensare insieme in momenti molto complessi e difficili sia sul piano emotivo, sia sul piano gestionale, senza smarrire o esaurire l'entusiasmo e la curiosità di fondo.

Un'altra particolarità importante degli incontri è stata l'apertura a tutte le figure professionali che lavoravano nella REMS. Fin dagli inizi, per esempio, sono state presenti le guardie giurate e la responsabile amministrativa. Anche questo aspetto è stato frutto di una scelta meditata, ispirata da subito alla dimensione comunitaria e condivisa, vero cuore del lavoro terapeutico in un contesto così complesso e a rischio di fratture come poteva essere la nuova REMS. Questa decisione intimamente sentita e chiaramente valorizzata ha permesso allo staff di sviluppare nel tempo il faticoso ma necessario lavoro di integrazione.

In base a queste premesse sono stati pensati e organizzati i momenti di sostegno all'Io professionale per lo staff della REMS. Nel corso del primo anno ogni incontro è stato suddiviso in due momenti distinti per obiettivi e strumenti utilizzati. La prima parte, della durata di circa due ore, dava la possibilità di lasciar emergere dal gruppo la tematica che si desiderava discutere o il vissuto emotivo che si sentiva di condividere. In questa fase spesso l'incontro iniziava con un periodo più o meno lungo di silenzio, in cui circolavano in base allo stato d'animo del gruppo in quel momento imbarazzo, stanchezza, bisogno di raccoglimento, chiusura, sfiducia, timore di esporsi al giudizio degli altri. Il componente dello staff che prendeva la parola quasi invariabilmente apriva il tema o la problematica che avrebbe impegnato il gruppo nel tempo restante. Il conduttore in questa fase raccoglieva gli interrogativi di fondo o le impressioni riportate e invitava il resto dei partecipanti ad esprimersi. Più avanti vedremo alcune delle tematiche più rilevanti affrontate in questo spazio.

Dopo una breve pausa, iniziava la seconda parte dell'incontro. Questo momento era più strutturato ed era concentrato sulla discussione di uno specifico paziente. Il primo quarto d'ora veniva dedicato alla scelta della persona di cui discutere. Fare una ricognizione tutti insieme dei pazienti che preoccupavano di più, che mettevano più in difficoltà gli operatori o che lasciavano più disarmati o impotenti non serviva solo a fare la scelta più adeguata per i bisogni dello staff in quel momento. Infatti, permettere a tutti di proporre la discussione di un paziente e spiegarne il motivo permetteva di avere una panoramica condivisa di quali pazienti sollecitavano più il gruppo o alcuni operatori e forniva un sostegno o un confronto più mirato nella quotidianità del lavoro.

Una volta deciso il paziente di cui discutere, si passava alla fase della condivisione della sua storia, degli avvenimenti che lo avevano portato ad avere la misura di sicurezza in REMS e infine il suo comportamento attuale nella struttura e la sua modalità di relazio-

ne con i diversi membri dello staff. Da questo lungo racconto il conduttore coglieva un episodio significativo, un momento di crisi o un frammento di quotidianità, e chiedeva all'operatore o agli operatori coinvolti di drammatizzare la scena, riproducendola per tutto il gruppo come una scena teatrale. In questa situazione il conduttore ha utilizzato alcune tecniche dello psicodramma, come l'inversione di ruoli o la tecnica del doppio, per aiutare il gruppo a partecipare più a fondo all'esperienza e far circolare quello che trasmetteva loro nel qui e ora. Il protagonista aveva il compito di scegliere un altro collega che impersonasse il paziente, e se necessario gli altri operatori o gli altri pazienti presenti per dare vita alla scena. Interpretare la relazione con il paziente ha permesso da un lato agli operatori di mettersi maggiormente in gioco al di là della barriera difensiva verbale e dall'altro di far circolare immagini e sfaccettature molto diverse del paziente.

Al termine del primo anno è maturato un cambiamento nella gestione e nella suddivisione degli spazi dell'incontro. Lo staff ha sentito l'esigenza di rendere più fluido l'utilizzo del tempo per darsi la possibilità di esaminare in modo più approfondito e corale le problematiche che emergevano. Nel secondo anno, quindi, la prima parte dell'incontro è rimasta inalterata ma, in base al bisogno di sviluppare una tematica, è stata aperta la possibilità di proseguire la discussione anche nella seconda parte dell'incontro. Possibilità che il gruppo ha utilizzato in più di un'occasione. Probabilmente l'equipe dopo aver vissuti sulla propria pelle le prime situazioni critiche ha sentito il bisogno di rinsaldarsi e non lasciare fratture troppo scomposte. Questi incontri si sono pertanto caratterizzati come una centratura sul funzionamento dell'equipe attraverso la discussione delle difficoltà relazionali con i pazienti.

In questi anni le tematiche affrontate sono state diverse e collocabili a più livelli: gestione e relazione con il singolo paziente o il gruppo dei pazienti, la relazione tra gli operatori o tra operatori e dirigenti, la modalità di scambio comunicativo e di ascolto, la gestione della struttura organizzativa e delle regole come strumenti clinici e azioni pensate, i rapporti con l'esterno. Risultando arduo esaminare tutte le tematiche affrontare in questi due anni e mezzo di lavoro, ne riporteremo le più significative.

L'aspetto che ha avuto certamente molto spazio e risonanza è stato il contatto con l'aggressività e i comportamenti violenti dei pazienti e la sua gestione. Spesso le diverse facce dell'aggressività relazionale, soprattutto quella verbale e fisica esplicita o gli atteggiamenti arroganti e sprezzanti, lasciavano il vissuto di un'aggressione "gratuita" di cui non si comprendeva il senso. Questi comportamenti determinavano un blocco della funzione riflessiva negli operatori, violentemente investiti da ondate di aggressività. Durante gli incontri gli operatori erano pertanto chiamati ad un cambiamento di rotta andando oltre il vissuto emotivo immediato.

Alcune domande riguardavano il dilemma tra reato e bisogno di cura: le persone con cui mi relazio sono pazienti o delinquenti? Quanta responsabilità assegniamo ai pazienti

per i gesti che hanno compiuto o che compiono? Fino a che punto un individuo con una sofferenza mentale, probabilmente con esperienze traumatiche nella fase evolutiva, è responsabile dei comportamenti violenti? Mi confronto con una persona malata o con una persona che si è concessa e si concede per ottenere i suoi scopi di schiacciare, a volte annientare l'altro? Gli operatori si trovavano di fronte agli aspetti dissociati dei pazienti che facevano impersonare loro ruoli o personaggi che riguardavano solo in minima parte la relazione attuale. Erano portati a confrontarsi con una coazione a ripetere modalità relazionali con caratteristiche distruttive che attivavano vissuti contro-transferali molto potenti. Poter dare un senso all'espressione della violenza passata e presente attraverso l'analisi delle esperienze traumatiche dei pazienti e i loro effetti sul loro mondo interno e sulle loro modalità relazionali ha consentito agli operatori di svolgere la loro funzione di curanti. Lavoro che, come è stato condiviso nei gruppi, richiede tempi lunghi e molta pazienza e fatica.

Il comportamento violento di alcuni pazienti ha anche sollevato il dilemma su come calibrare limite e ascolto. Da un lato era importante preservare un clima di sicurezza per tutte le persone che soggiornavano e lavoravano nella struttura, ma dall'altro era importante mantenere un contatto relazionale con il paziente protagonista del comportamento violento per aiutarlo, a poco a poco, a regolare la sua aggressività. Il confronto aperto tra operatori e dirigenti, ad esempio, sul perché era stato concesso ad un paziente che era stato molto aggressivo di uscire dalla stanza ha permesso di sviluppare un metodo di intervento condiviso che tenesse insieme questi due aspetti, in un equilibrio di volta in volta da ridefinire.

Insieme ai vissuti di inondamento, sopraffazione, impotenza provati dagli operatori nelle situazioni in cui i pazienti erano aggressivi è sorto l'interrogativo sulla modalità di fronteggiare, rispondere e "contenere" questa aggressività. Negli incontri si è molto discusso sull'utilità di mantenere una coerenza negli interventi e nell'applicazione delle regole, per trasmettere un senso di contenimento, ma nello stesso tempo come poter rimanere aperti alla libertà di interagire e intervenire in base alla specificità della situazione tenendo a mente le conseguenze e le implicazioni di un messaggio non uniforme. Il dilemma tra l'uniformità e l'eccezionalità è stato esplorato in profondità. Alcuni operatori si sono domandati se una risposta compatta e coerente di tutto il gruppo alle manifestazioni aggressive dei pazienti non potesse essere la soluzione migliore per arginarla. Un'altra parte di operatori evidenziava invece che la gestione dell'aggressività e le modalità di risposta non potevano essere codificate a priori, perché talvolta risposte diverse a modalità simili permettevano di essere maggiormente in sintonia con il bisogno del paziente conservando la necessità di definire un limite. Dalla discussione gli operatori hanno compreso che non rispondere nell'immediato ad un'espressione aggressiva a volte permetteva loro di non entrare in simmetria o cadere in una trappola di provocazioni e sfide di potere con i

pazienti. In altri casi invece risultava necessario prendere un provvedimento più contenitivo per il paziente. Per contro il timore di fondo sollevato in alcuni operatori da questa posizione era il rischio di “assuefarsi”, di “abituarsi” ad essere il ricettacolo di aggressività e violenze senza dare delle risposte chiare e puntuali ai pazienti.

Nel gruppo abbiamo condiviso che un comportamento o un'espressione aggressiva non poteva essere ignorato. Il primo passo per pensare e comprendere l'aggressività era sentirla, riconoscerla, condividerla con tutto il gruppo di lavoro. Per dare un significato all'intervento sull'aggressività era necessario non codificare con rigidità le modalità di intervento conservando una chiarezza in tutto il gruppo di lavoro riguardo alle regole e ai limiti delle relazioni di convivenza. Questo aspetto permetteva di dotarsi di uno strumento flessibile, più complesso, che si regolava in base alla situazione e alla tipologia del paziente e risultava efficace se all'interno del gruppo di lavoro era presente un riconoscimento e una condivisione della modalità di lavoro sull'aggressività.

Negli incontri con gli operatori sono emersi anche altre modalità possibili di intervento: *rimandare* nell'immediato al paziente o ai pazienti che stavano superando un limite; *far trascorrere un po' di tempo*, in modo che il paziente, a volte anche l'operatore, dallo stato rabbioso per poi riprendere l'accaduto e confrontarsi su quello che era avvenuto, sui motivi del conflitto e sui reciproci vissuti; lasciare che altri colleghi riprendessero l'accaduto per far ulteriormente riflettere il paziente sulla situazione e permettergli di esprimere il suo punto di vista. In quest'ultimo caso si lavorava con la finalità di arrivare ad un incontro a tre (paziente, operatore coinvolto nel conflitto e un terzo) che garantisse uno spazio relazionale allargato con la possibilità di stare nella conflittualità, potendo esprimere i vissuti reciproci e potendo ribadire modalità e limiti dell'espressione della rabbia.

Un'altra tematica che ha avuto molto spazio negli incontri è stata la ricomposizione dei conflitti tra operatori come passaggio necessario per considerare la relazione come uno degli strumenti principali per la terapia. Nonostante i conflitti originassero dalle diverse caratteristiche di personalità degli operatori, è stato fondamentale ricondurre la conflittualità al processo di impregnazione dell'emotività non elaborata dei pazienti da parte dello staff e dal necessario "processo digestivo" da attuare da parte di questi ultimi.

Un altro aspetto, che ha coinvolto la relazione con i pazienti da un'angolatura diversa, è stato quello dei confini. Attraverso l'appassionato dibattito sul senso o meno di portare le divise tutto lo staff ha potuto pensare alla complessità della gestione dell'intimità con i pazienti e al rischio o al timore di essere contaminati dallo “sporco” non solo fisico dei pazienti. Il gruppo si è domandato: le divise sono difese o protezioni? A volte sono risultate protezioni indispensabili quando l'invasività e la svalutazione dei pazienti verso il ruolo curante è a livelli molto intensi, come nel caso di operatrici oggetto di continue proposte sessuali. Altre volte la divisa arriva ad esprimere una cultura di lavoro difensiva e distanziante verso gli aspetti emotivi più sgradevoli e repellenti dei pazienti.

In ultimo negli incontri abbiamo condiviso che un rischio del lavoro con i pazienti psichiatrici gravi, che affatica e logora, è la mancanza di risultati immediati. Spesso sono necessari anni di lento e costante lavoro, con crisi e ricadute, per intravedere cambiamenti e nuovi equilibri: tutto questo può risultare molto frustrante e logorante se non vengono calibrate le aspettative lavorative su obiettivi o riscontri più limitati e quotidiani. Gli operatori negli incontri si sono confrontati con il limite nella trattabilità dei pazienti e gli obiettivi realistici che potevano essere perseguiti nella permanenza nella REMS e davano un senso al lavoro quotidiano.

Bibliografia

1. Jacques E. L'organizzazione indispensabile, Trad. it. Milano: Guerini; 1991.
2. Bettelheim B. Psichiatria non oppressiva. Il metodo della Orthogenic School per bambini psicotici. Milano: Feltrinelli; 1976, p.231.
3. Correale A. La Supervisione nei servizi pubblici. In: Asioli F, Ballerini A, Berti Ceroni G(a cura di), Psichiatria nella Comunità. Cultura e pratica. Torino: Bollati Boringhieri; 1993.
4. Barone S, Bruschetta S, Giunta G. Gruppoanalisi e Comunità Terapeutica. Uno strumento di lavoro basato su supervisione, valutazione e ricerca Milano: Franco Angeli; 2010

Allegato 4

Osservazione di una riunione in REMS

Mario Perini

Equipe REMS - Capoterra

Nel 2017 ho condotto un ciclo di consulenze presso la REMS di Capoterra, in buona parte costituite da incontri con gli operatori, dove ho impiegato il metodo dei Gruppi Balint come strumento di supporto e "manutenzione" dell'équipe curante. In un'occasione ho partecipato ad una riunione tra operatori ed ospiti nel ruolo di osservatore, seguendo il metodo di Hinshelwood che applica alle realtà istituzionali la metodologia inventata da Ester Bick per l'osservazione della madre e del bambino. Ciò che segue è una parziale restituzione della mia osservazione, così come l'ho poi trasmessa agli operatori. Il luogo dell'incontro è la sala da pranzo (e anche sala ritrovo); ampia e luminosa, appare tuttavia segnata da un cartello minaccioso: NON CI SONO ALTERNATIVE AL MENU

Diversamente dai timori degli operatori i pazienti sono presenti in buon numero (12 su 16), forse attratti dalla curiosità per la presenza dell'"esterno" e dalla natura straordinaria della riunione (rispetto a quelle abituali), e nel corso dell'incontro lasciano molto raramente la sala per lo più tornandovi poco dopo. Anche gli operatori sono numerosi, 17-18.

Vengo presentato dal direttore insieme allo scopo della riunione, ma in termini che forse non appaiono così chiari, tanto che un paziente (che chiamerò Massimo) mi chiede notizie sulla sua situazione giudiziaria come se fossi il suo avvocato: qualcuno gli dice che per ora non se ne sa nulla e lui se ne va imprecando contro tutti, ma dopo una decina di minuti tornerà in riunione dicendo che gli è passata.

La riunione non ha un moderatore, la funzione di regolatore per lo più è lasciata tacitamente al direttore, altre volte il timone è preso da qualche paziente (molto spesso Massimo, che la vuole egemonizzare, parlando a macchinetta e facendo il direttore d'orchestra, con modalità per lo più caratteriali ma talvolta con una certa abilità) e qualche volta le persone guardano me come a chiedermi di guidare il discorso o di portare informazioni dall'esterno.

I temi principali che emergono riguardano la fatica di curare (per gli operatori) e quella di farsi curare (per gli ospiti) insieme agli aspetti più sgradevoli della convivenza, della reclusione e dell'intimità forzata. Un focus dovrebbe essere la fatica degli operatori, oggetto del mio lavoro di supporto con i gruppi Balint, ma il loro prevalente silenzio (nelle due ore dell'incontro parleranno solo 5 operatori su 18, il direttore, la psicologa, un'infermiera, l'impiegata amministrativa e l'assistente sociale) lascia molto spazio ai pazienti e ai loro commenti, riportando il discorso sulle loro insoddisfazioni: mancate notizie

giudiziarie, noia, assenza di prospettive di lavoro, accuse implicite agli operatori come se fossero loro i "colpevoli" del loro stato di reclusione.

Sono diversi i pazienti che intervengono oltre a Massimo, quasi tutti in maniera abbastanza appropriata, mentre un ospite che chiamerò Sergio e che si pone come "disturbatore" professionista, entra ed esce dalla sala con brevi esplosioni verbali che suscitano più ilarità che fastidio; Sergio però aveva esordito regalandomi un disegno firmato con dei fenicotteri ed altri uccelli (forse migratori?).

In certi momenti mi sono sentito come un "osservatore ONU", un esponente del mondo esterno a cui mostrare le orribili condizioni di un campo profughi e chiedere urgenti provvedimenti per renderle più umane; e questo sebbene il luogo mi sia parso accogliente, confortevole e assai poco "carcerario". Massimo di nuovo monopolizza il discorso e qualcuno prova a bloccarlo, mentre un operatore che a un certo punto si allontana dirà poi di essersi stufato di sentirlo sbraitare.

Qualcuno parla di "rischio sismico", termine che mi fa pensare al regime di incertezza e instabilità in cui si devono muovere gli operatori per gestire un regime residenziale deciso da altri (l'Autorità Giudiziaria) ed essendo soggetti alle stesse carenze informative che subiscono i pazienti. Alla fine l'infermiera offre una sua restituzione positiva al gruppo, sottolineando gli interventi centrati e sinceri di alcuni pazienti; segue poi un commento della psicologa, che riporta il discorso sulla fatica parallela e complementare provata da operatori e ospiti, questi per la continua attesa di ricevere risposte, quelli per l'impossibilità di fornirle.

Dopo l'intervento della psicologa, Massimo la ringrazia a nome di tutti come se fosse lui il moderatore.

La chiusura del direttore riprende il tema della fatica della coabitazione, rispetto alla quale prospetta due vie possibili per affrontarla: o la depressione (frustrazione, scoraggiamento) davanti alla sordità delle istituzioni, oppure lo sforzo di depotenziare il conflitto, smettendo di prendersela con il nostro vicino (ad es. con gli operatori per il fatto che i giudici non hanno ancora preso decisioni o che i tempi dell'azienda sanitaria si allungano) e mettendosi a cercare insieme una soluzione.

Il tema della coabitazione, ben visibile nelle dinamiche istituzionali, evidentemente riguarda anche un compito intrapsichico - sfidante tanto per le persone quanto per l'istituzione e il suo mandato - quello di contenere e far coesistere parti di sé profondamente contraddittorie e conflittuali: fantasie e realtà, aspetti adulti e aspetti bambini, violenza e tenerezza, visceri e pensieri; e in particolare, dato il luogo, il bene ed il male.

Allegato 5

Presentazione della REMS di Capoterra

Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale della Regione Autonoma della Sardegna

LA PROSPETTIVA DELLA REGIONE SARDEGNA

Riorganizzando i Servizi per la Tutela della Salute dei pazienti autori di reato e sottoposti a misure di sicurezza, l'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale della Regione Autonoma della Sardegna, con Deliberazione n°9/21 del 10/03/2015, ha fornito le disposizioni per il definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, in attuazione della Legge Regionale n° 9/2012 e nel contesto della normativa nazionale che, come detto, prevede che le Regioni debbano realizzare per questi pazienti specifiche strutture residenziali sanitarie.

Come previsto dal citato Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri dell' 1/04/2008, queste strutture devono essere realizzate e gestite dal Servizio Sanitario delle Regioni, e rispondere ai requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi indicati nel Decreto Legge del Ministero della Salute dell'1/10/2012.

Nella Regione Sardegna i percorsi terapeutico-riabilitativi residenziali per persone in stato di detenzione sono attivati in una Struttura Residenziale Psichiatrica per Adulti per trattamento a carattere Intensivo (SRPAI) (DGR 53/8 29/12/2014).

La nuova struttura, centrale rispetto ad una rete di servizi e in posizione favorevole tenuto conto della viabilità regionale è affidata, al fine di favorire l'inserimento dei pazienti in percorsi alternativi, al Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze della ASL n°6 di Sanluri. Con la Deliberazione n° 9/21 del 10/03/2015 sopra riportata, infatti, si è dato mandato alla ASL n°6 di Sanluri affinché provveda ad istituire, nella provincia del Medio Campidano, la SRPAI che dovrà ospitare i pazienti sardi attualmente ricoverati negli OPG, dotata dei requisiti di cui al citato D.M. 1° ottobre 2012.

Stante però la necessità di rispettare la disposizione contenuta nella Legge 81/14 di chiudere gli OPG il 31 Marzo 2015 è stata individuata, a seguito di valutazioni legate sia alle esigenze assistenziali che alla bassa complessità degli interventi di adeguamento, un'analoga struttura temporanea costituita da una porzione della Residenza Sanitaria Assistenziale di Capoterra di proprietà della ASL n° 8 di Cagliari.

La SRPAI della nostra Regione non ha solo il compito prioritario di accogliere persone che presentano problemi psichiatrici e ai quali è stata applicata una misura di sicurezza detentiva, ma anche di fungere da centro promotore di innovazione e sviluppo di nuove metodologie di lavoro e di nuove procedure operative, di collaborare con l'Università per produrre evidenze scientifiche, di permettere le visite di supervisione e monitoraggio da parte delle Istituzioni preposte e delle Organizzazioni ed Associazioni di Interesse, e di promuovere la formazione per operatori di comunità. In termini generali è quindi possibile affermare che l'obiettivo primario della residenza si articola

la attorno a due elementi: fornire agli ospiti protezione e sicurezza e promuovere una migliore qualità di vita, attivando processi di cambiamento attraverso la partecipazione alle attività della residenza e alla vita della comunità, la riduzione dei tratti patologici della personalità e lo sviluppo delle capacità individuali e di una personalità autonoma.

LA NOSTRA SRPAI-REMS

Le Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza costituiscono dunque il tentativo di rendere possibile questi obiettivi, e non solo perché modificano la forma dell'abitare della persona sottoposta a misura di sicurezza in quanto non imputabile, perché questo elemento, pur importante, non sarebbe di per sé sufficiente e se ad esso ci si limitasse si finirebbe per dare ragione a chi definisce la Rems "un piccolo OPG".

Le Residenze già nella Legge Nazionale 81/14, e più ancora nei modi in cui la Regione Sardegna di questa legge ha accolto il dispositivo normativo, nascono come luogo di cura aperto a sperimentazioni terapeutiche, proteso verso le risorse del territorio non soltanto in termini di fruizione dei servizi di salute, ma piuttosto di partecipazione. La soluzione adottata nella nostra Regione sorge in modo non isolato all'interno di un contesto urbano, ed è parte di una struttura sanitaria complessa (la Residenza Sanitaria Assistita di Capoterra) che accoglie cittadini portatori di molteplici bisogni di salute. Sorge inoltre in prossimità di un'altra struttura sanitaria nella quale sono accolti diversi servizi della ASL 8, compresa la Guardia Medica.

Non è prevista la presenza di agenti di Polizia Penitenziaria, essendo in maniera inequivocabile la gestione affidata al solo personale sanitario.

La residenza è orientata a strutturare, attraverso la molteplicità delle sue attività e le cadenze della vita grupale quotidiana, uno spazio e un tempo per lo sviluppo della vita mentale. I percorsi terapeutico riabilitativi orientati alla acquisizione degli strumenti di conoscenza e gestione delle individuali caratteristiche emotive e di personalità, insieme al recupero delle competenze sociali, in questa prospettiva si attuano nel contesto dell'ambiente sociale della residenza e della comunità, che diviene parte integrante del processo anche attraverso la realizzazione di "laboratori di solidarietà". Sono previsti percorsi di cura e riabilitazione indirizzati a valorizzare, attraverso la realizzazione di spazi di relazione, le risorse della persona.

Il personale è costituito da uno psichiatra a tempo pieno e tre psichiatri che divideranno il loro servizio tra la REMS e il Dipartimento di Salute Mentale della ASL 6, uno psicologo, un tecnico della riabilitazione psichiatrica, dieci infermieri, cinque OSS, un amministrativo e un assistente sociale. E' inoltre prevista la partecipazione di personale esterno specificamente dedicato a particolari progetti riabilitativi: musicoterapia, calcio a cinque, arte-terapia, laboratorio multimediale, giardinaggio e altre attività pratico-manuali.

La sicurezza e la protezione per gli ospiti e per la struttura sono garantiti dalla presenza di un servizio di Guardie Giurate, con due unità di personale per ciascuno dei tre turni nei quali è organizzata l'attività della Residenza.

GLI OSPITI DELLA REMS E LE RELAZIONI TRA LA RESIDENZA E LE ISTITUZIONI

La REMS è dunque il luogo dove garantire sicurezza e protezione, nel contesto di un percorso terapeutico, per i pazienti ai quali sia stata assegnata una misura di sicurezza detentiva.

Ma sia sotto il profilo della tipologia dei pazienti da accogliere che delle relazioni che la struttura deve mantenere con la costellazione delle Istituzioni

la REMS si pone in modo radicalmente differente rispetto agli OPG.

Questi ultimi infatti in maniera acritica accoglievano ogni tipologia di pazienti in un ambiente in cui prevalevano gli omologanti aspetti di custodia, e con scarso riguardo alle specificità che i percorsi terapeutici devono riconoscere ai differenti inquadramenti diagnostici.

La mancanza nel precedente strumento di legge della norma invece attualmente presente che vieta che la misura di sicurezza possa durare più della pena massima prevista per il reato per il quale è stata disposta (la cosiddetta pena edittale), favoriva inoltre negli OPG un atteggiamento auto-referenziale caratterizzato dalla scarsa propensione a mantenere relazioni valide con le istituzioni esterne.

Questa realtà si poneva in forte contrasto con il principio secondo il quale i cittadini non solo hanno il diritto costituzionale alla salute, ma a questo diritto devono poter accedere secondo specifiche esigenze determinate dalla peculiarità dei bisogni di cura (principio di appropriatezza delle cure all'origine del concetto di Progetto Terapeutico Individualizzato e di Budget di Salute, Legge 328 del 2000).

Ne consegue la necessità di porsi un interrogativo: quali tipi di cure possono essere fornite nella REMS, ovvero per quali cittadini sono appropriati i percorsi di cura forniti nella REMS?

Che non tutti i cittadini riconosciuti incapaci d'intendere e di volere al momento del compimento di un reato richiedessero lo stesso tipo di percorso terapeutico era già esplicito nei dispositivi di legge ora superati dall'attuale normativa del 2014, che prevedevano due tipi di intervento, l'invio in OPG oppure in Casa di Cura e Custodia, riservando il primo a certe tipologie di reato e di realtà clinica, il secondo ad altre (Artt. 212 e 222 CP).

Le citate sentenze della Corte Costituzionale n° 253 del 2003 e n° 367 del 2004 ampliano e diversificano queste possibilità, sancendo che il giudice può adottare, in luogo del ricovero in OPG, una diversa misura di sicurezza, idonea ad assicurare adeguate cure all'infermo di mente e a far fronte alla sua pericolosità sociale.

Quando si affronta la questione sotto questa prospettiva è impossibile prescindere dalla fondamentale problematica della diagnosi differenziale tra Disturbi Psichiatrici Maggiori (Schizofrenia, Paranoia, Malattia Maniaco-Depressiva) caratterizzati dalla prevalenza di sintomi psichici quali deliri ed allucinazioni, e Disturbi di Personalità (in modo particolare Borderline e Antisociale) caratterizzati dalla prevalenza di disturbi del comportamento.

La possibilità che anche le persone affette dai secondi possano essere dichiarate non imputabili al momento del compimento di un reato, purché il disturbo sia riconosciuto grave, è stata accolta dal nostro Sistema Giudiziario (Sentenza della Corte di Cassazione, sezioni penali unite, n° 9163

del 2005) ed è un segno del cambiamento della sensibilità sociale e giuridica del nostro Paese, ma pone la questione di quali siano i provvedimenti terapeutici e le eventuali strutture comunitarie da utilizzare in questi casi.

Il dibattito concettuale sull'argomento è ancora molto aperto all'interno della Psichiatria che tuttavia, recedendo negli ultimi anni da posizioni forse troppo condizionate da un approccio semplicisticamente biologico nella valutazione della complessità dei processi psichici, incomincia a riconoscere come necessari per le due tipologie di disturbi (Psicosi e Disturbi di Personalità) modalità di intervento terapeutico differenziato, improntate nel primo caso prevalentemente a prassi terapeutico-riabilitative, nel secondo caso affiancando a queste anche necessarie prassi correttivo-rieducative.

Tenendo presente il diversificato ventaglio di soluzioni alternative a cui può far riferimento il giudice in sede di disposizione della misura di sicurezza, è opportuno quindi valutare le diverse soluzioni in base alle peculiarità di cura di cui necessita il singolo, tenendo presenti tutte le tipologie di strutture residenziali e semiresidenziali chiamate ad offrire servizi di cura, riabilitazione e rieducazione mirati sulla natura e sulla gravità del disturbo e sugli obiettivi da raggiungere.

La SRPAI-REMS è destinata ad accogliere pazienti con gravi compromissioni del funzionamento personale e sociale, per i quali si ritengono efficaci interventi ad alta intensità riabilitativa. I trattamenti a carattere intensivo sono indicati in presenza di compromissioni considerate trattabili nelle aree della cura del sé e dell'ambiente, della competenza relazionale, della gestione economica, delle abilità sociali, in presenza di livelli di autonomia scarsi ma con disponibilità ad un percorso di cura e riabilitazione, e con bisogni di osservazione e accudimento da attuarsi in ambiente idoneo a favorire i processi di recupero.

La SRPAI ed il suo modulo REMS in questa visione sono quindi votati a progettare percorsi di salute fondati su prassi terapeutico-riabilitative fondamentalmente inadatti ad utilizzare metodi pedagogico-correttivi, e non possono quindi essere concepiti come collettore unico indifferenziato di bisogni di cura diversi, come invece avveniva per l'OPG, ma come un nodo di una rete di Servizi nei quali ogni tipologia di utenza, vedendo accolti i propri specifici bisogni di salute, possa trovare la giusta accoglienza ed il corretto orientamento terapeutico.

Questi Servizi devono essere fortemente interconnessi ed operanti in modo sinergico e complementare, suddivisi in Istituzioni nelle quali l'intervento sanitario è offerto all'interno di una struttura (REMS, Centro Clinico delle Case Circondariali, SPDC negli Ospedali Generali, Comunità a diversa Intensità Terapeutica), ed Istituzioni che possano invece garantire l'accesso alla salute con programmi di assistenza sul territorio, utilizzando le risorse personali, sociali e familiari del cittadino e facendo eventualmente ricorso alle soluzioni offerte dalle Case Famiglia e dai Gruppi Appartamento (Dipartimenti di Salute Mentale in collaborazione con i Servizi di Assistenza Sociale delle Amministrazioni Locali e con le altre Istituzioni socio-sanitarie del caso).

Formazione come antidoto all'ansia e alla paura* *Training as an antidote to anxiety and fear*

Francesco Scotti

Psichiatra Docente alla Scuola C.O.I.R.A.G. Confederazione di Organizzazioni Italiane per la Ricerca Analitica sui Gruppi, Roma

Parole chiave: ansia, paura, misure di sicurezza, psichiatria non violenta, servizi di salute mentale

RIASSUNTO

Un'esperienza di formazione per il personale di una REMS costituisce occasione di riflessione sulle condizioni che rendono possibile una psichiatria non violenta anche in un contesto semicarcerario. L'Autore ritiene che una REMS sia attualmente da considerarsi una soluzione accettabile pur di superare il male assoluto costituito dall'Ospedale psichiatrico giudiziario. Gli operatori vanno aiutati ad affrontare e ridurre al minimo i sentimenti di ansia e di paura causati dal loro coinvolgimento nella cura.

Keywords: anxiety, fear, security measures, non-violent psychiatry, mental health services

SUMMARY

A training experience for the staff of a REMS is an opportunity to reflect on the conditions that make non-violent psychiatry possible even in a semicarcerary context. I believe that an REMS is an acceptable solution in order to overcome the absolute evil constituted by the judicial psychiatric hospital. Operators should be helped to minimize feelings of anxiety and fear caused by their involvement in care.

Alberto Manacorda, introducendo una ricerca sugli internati negli Ospedali Giudiziari italiani, pubblicata nel 1988, distingueva tra il dibattito sulle disfunzioni dell'ospedale psichiatrico giudiziario e il dibattito sulle sue funzioni giuridiche e socio-politiche¹.

* Il presente articolo costituisce la rielaborazione del contributo al percorso formativo realizzato per il personale della REMS di Capoterra

¹ Egli sottolinea come sia solo dopo il 1975, e successivamente alle prime denunce contro il personale dirigente degli OPG che "ha cominciato a farsi strada un discorso che cercava di vedere più a fondo nel problema, indagando essenzialmente i meccanismi giuridici che stanno alla base dell'internamento in OPG e le serie di motivazioni, sia tipicamente giuridiche quanto di carattere socio-politico che sorreggevano l'istituzione ... Questo tipo di analisi verteva in maniera precipua sulla figura giuridica del soggetto prosciolto per infermità mentale, che rappresenta la figura tipo di internato cui l'istituzione è destinata".

Autore per corrispondenza: francescotti@navigio.net

Per quanto riguarda le disfunzioni era stato sottolineato per l'O.P.G. il suo "essere particolarmente vessatorio, l'essere mal gestito, con standard minimi ancora più bassi rispetto a quelli dei suoi parenti più prossimi, il carcere e il manicomio civile"(1).

Cito questa distinzione tra dibattito sulle disfunzioni e quello sulle funzioni per delimitare il perimetro del mio intervento, che non vuole qui portare contributi al fondamentale dibattito giuridico.

Vorrei, a partire dalle note disfunzioni sul vecchio O.P.G. da tenere sempre presenti per non cadere involontariamente in imitazioni, parlare delle condizioni che potrebbero rendere un po' più praticabili le soluzioni attualmente disponibili, ponendo il fuoco sulle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS).

Lo farò sulla base della mia esperienza che ha due fonti diverse. La prima è la partecipazione al processo di trasformazione dell'assistenza psichiatrica in Umbria: dal manicomio chiuso degli anni 60 a quello aperto degli anni 70, e cioè quando ancora era in vigore la legge del 1904 sui manicomi e gli alienati; quindi più di dieci anni prima della legge 180/78 (2). Dirò che ho partecipato all'invenzione e alla costruzione di una psichiatria di comunità. Qui però bisogna introdurre una nota dolente, perché abbiamo dovuto trascorrere qualche tempo per confrontarci con la tesi che si stava procedendo ad una manicomializzazione del territorio, che si trasferivano in un'altra dimensione spaziale, quelle funzioni di controllo sociale proprie, e prevalenti, dell'ospedale psichiatrico. L'accoglimento di questa tesi avrebbe portato alla paralisi del processo di rinnovamento con la conseguenza che ci saremmo tenuti il male vecchio per non correre i rischi del bene nuovo. Non siamo restati dentro l'ospedale psichiatrico e quindi ho potuto conoscere tutti i nodi da cui è costituita una moderna rete di servizi psichiatrici e di queste ho sperimentato i vantaggi ma anche i difetti. Devo quindi citare il fatto di aver sperimentato dal di dentro il dramma dei S.P.D.C. che rischiavano di diventare gli strumenti di una nuova stigmatizzazione del malato mentale e nuovi luoghi di violenza. Per impedirlo occorre continui aggiustamenti riannodando i fili di relazioni personali che il ricovero interrompeva. Per quanto riguarda le residenze riabilitative e le comunità terapeutiche, presentate inizialmente come la terza rivoluzione psichiatrica, va detto che si sono prestate spesso ad un uso improprio con il rischio di provocare una cronicizzazione dei malati e una loro esclusione dalla vita normale.

Ho sottolineato gli aspetti negativi più che i prevalenti risultati positivi, perché è con quelli che ci confrontavamo ad ogni nuova impresa; è da quelli che possiamo imparare ad evitare illusioni e a non commettere errori. Anche le REMS si inseriscono nella rete dei servizi di salute mentale, rete che è tenuta insieme in una organizzazione dipartimentale; ma non sempre il DSM garantisce le collaborazioni e i collegamenti necessari.

La seconda esperienza cui questo articolo fa riferimento è invece puntiforme. Ho partecipato alla formazione del personale di una REMS prima che questa entrasse in

funzione. Mi sono confrontato con le ansie e le paure di chi avrebbe dovuto affrontare un compito difficile, non prevedibile, potendo contare su poche esperienze e con la sfida di dover costruire un'alternativa al male assoluto, ospitando persone che venivano dall'inferno dell'OPG e delle quali si sospettava che avrebbero manifestato tutta la propria rabbia piuttosto che la propria riconoscenza.

Per capire questi aspiranti operatori, le loro attese e i loro timori ho fatto riferimento a tutto ciò che avevo imparato sulle incompatibilità tra custodia e cura, sul modo di affrontare la violenza ma soprattutto sulle precauzioni per impedire che a suscitare la violenza dei pazienti fosse una istituzione violenta. La scommessa era sulla possibilità di valorizzare, e utilizzare, i margini di dialogo che esistono anche in una struttura chiusa, da mettere al servizio del cambiamento del destino dei pazienti. Tenendo conto del fatto che coloro che sarebbero stati coinvolti nel lavoro con pazienti che erano là perché definiti pericolosi, se dovessi, anche qui con uno slogan, indicare l'obiettivo del mio lavoro userei questo: "La formazione come antidoto all'ansia e alla paura". Coinvolgere la futura équipe in un lavoro di formazione vuol dire creare le condizioni di base per avviare il lavoro, per non essere travolti subito dal quotidiano; ma significa soprattutto rendere capaci i partecipanti di apprendere ad apprendere: attraverso l'esperienza di ogni giorno realizzare quella formazione sul campo che è l'unica possibile quando si debba affrontare un compito nuovo.

La prova della positività dell'esperienza di formazione era che lavorare insieme sui temi della comunità terapeutica e riflettere sulle difficoltà e sui progressi di questo lavoro in gruppo, portasse alla costruzione di un linguaggio comune e a un confronto sulle differenze per raggiungere una sintesi più alta; ma l'aspetto più interessante era che venivano neutralizzate le distorsioni della comunicazione e della comprensione legate all'ansia e alla paura, così che era possibile giungere alle tematiche di base che sperimentano tutti gli operatori a contatto nel quotidiano con gruppi non piccoli di pazienti. Chi lavora in una comunità terapeutica sa che deve costantemente interrogarsi sul senso che la convivenza ha per lui stesso e per gli ospiti e correggere regole e ritmi perché un senso sia sempre mantenuto e percepito. Una C.T. chiusa, cioè non permeabile all'esterno, non in comunicazione col mondo vero, perde rapidamente la percezione del proprio senso. Il come vivere in una C.T. e perché vivere in una C.T. si devono coniugare con la capacità di monitorare la C.T. e i suoi legami con l'esterno.

Mi sono dato il compito di esplicitare l'impostazione e le ipotesi specifiche dell'attività di formazione e quali fossero le implicazioni del metodo pedagogico adottato, notazioni che sono necessarie a chi volesse giudicarne fondamento e coerenza e valutarne l'efficacia sul campo.

Nel lavoro fatto insieme giorno per giorno si manifestava l'interazione di tre elementi: il gruppo, il conduttore formatore e i temi proposti. Potrebbe apparire metodologicamente scorretto confrontare entità così disomogenee, soprattutto considerare i temi non

come l'oggetto su cui le persone si cimentavano ma come un personaggio, dotato di una sua autonomia, pari a quella degli altri personaggi, che una volta messo in campo agiva per conto proprio. Ma questo era proprio quello che sembrava accadere. Ai temi proposti i membri del gruppo reagivano producendo fantasie che venivano rapidamente partecipate, sostenute da stati d'animo che potremmo chiamare attese di emozioni. Le fantasie riguardavano quello che sarebbe stata la comunità terapeutica: una prigione, una cucina dove collaborare alla preparazione di un buon cibo, una scuola, un circo. Si potrà dire, in modo più rassicurante, che si trattava di metafore o di un gioco di immaginazione, un po' infantile ma coinvolgente. Si potrebbe dire, più razionalmente, che le fantasie venivano condivise al fine di creare una solidarietà contro le previsioni di minaccia e prefigurare una responsabilità condivisa. Volevo solo esprimere l'impressione di non aver solo dato stimoli su cui fantasticare ma di aver evidenziato un fondamento della comunità che si andava costruendo. E' più difficile dire quando questa costruzione si fosse avviata e, per dare concretezza al discorso, è bene precisare che la mia presenza era collocata in un iter formativo costituito da tre fasi distinte, anche se avvicinate nel tempo. La tematica affidata alla mia conduzione, può essere sintetizzata facendo riferimento a tre compiti:

- immaginare una comunità terapeutica;
- vivere in una comunità terapeutica;
- monitorare una comunità terapeutica.

La comunità terapeutica

Il termine "comunità terapeutica" era usato, in quel contesto, nel suo significato forte, a indicare una situazione in cui vivere insieme costituisca una condizione essenziale per rendere efficace la cura dei disturbi mentali; e non nel significato debole - oggi prevalente - di luogo di asilo di pazienti psichiatrici con scarsa autonomia. Partendo dal termine "residenza", che sta ad indicare inizialmente solo un abitare in un luogo altro rispetto all'ospedale, il progetto o, se preferite, la scommessa era di trasformarla in una comunità e, grazie a questo passaggio, introdurre una cura impossibile nel luogo da cui provenivano i pazienti, l'OPG o il carcere. Con ciò si rendeva pensabile una idea dinamica e non statica della "residenza", cioè non un contenitore chiuso e dalla quotidianità ripetitiva, ma una struttura caratterizzata da contenuti in evoluzione. Si trattava per prima cosa di rendere concreta la struttura stabilendone il perimetro, il che non doveva accadere facendo riferimento alle mura, che caso mai costituivano un vincolo e un limite, non la fonte di una identità; il perimetro doveva fare riferimento al fatto che vi era un gruppo di lavoro, costantemente presente e visibile in ogni momento. Il secondo compito era di rendere abitabile la residenza con l'accoglienza degli ospiti, badando a conciliare bisogni molteplici, spesso in conflitto tra loro. Per terzo compito si presentava quello di inventare

un approccio ai pazienti che rendesse possibile la cura oltre che alle “misure di sicurezza”. Vi era la consapevolezza, sia nei formatori che nei responsabili della struttura, che il gruppo degli operatori avrebbe dovuto attrezzarsi per affrontare situazioni dall’inizio non prevedibili e quindi per raggiungere obiettivi mai formulati prima.

Se era vero che nella storia della psichiatria italiana era stata sperimentata, e spesso realizzata, la chiusura degli ospedali psichiatrici, il fatto che dalla riforma del 1978 fosse rimasta fuori l’abolizione degli OPG non poteva essere frutto del caso o di una improvvisa rivincita dei reazionari, ma corrispondeva all’idea, codificata dal sistema giudiziario ma ampiamente condivisa dall’opinione pubblica, che la violenza, quando connessa con il disturbo mentale, era irredimibile. Ci si doveva innanzi tutto confrontare con la violenza. Le comunità terapeutiche sono in Italia una modalità di esercizio della psichiatria oramai consolidata e di cui si sa quasi tutto; ma si sono affermate in una cornice di psichiatria di comunità in cui la continuità dell’assistenza, la disponibilità di interventi in ambulatorio, a domicilio, a scuola o nei luoghi di lavoro, impedivano che la comunità terapeutica diventasse una soluzione residuale, cioè specializzato nell’accantonare i fallimenti del sistema di cure. Per le REMS era invece previsto un trasloco da un contenitore grande ad uno piccolo, senza passaggi intermedi, salvo l’intervento dei servizi del luogo di residenza ufficiale del ricoverato, che dovevano organizzare il trasferimento, il che poteva assumere il significato di una mediazione nel caso ci fosse stata, precedentemente, una conoscenza diretta del paziente. Inoltre proprio il principio istitutivo della comunità terapeutica, la contrattualità dell’utente e la sua libertà rispetto alla cura, che discendono dall’esercizio del diritto alla salute, costituzionalmente garantito, venivano negati, per principio, nelle REMS.

Non era una pretesa eccessiva pensare una REMS come una comunità terapeutica se una comunità terapeutica o è aperta all’esterno o non è? Quando parliamo di apertura non ci riferiamo al diritto dei pazienti di andare in giro dove e quando vogliono, ma di permeabilità della struttura all’esterno: aperta a utilizzare i servizi altri che sono sul territorio e le risorse sociali disponibili. Non vi è dubbio che esistono segni di chiusura della REMS: le porte chiuse, le sbarre, le guardie giurate, eventualmente i muri e, come si dice nel gergo carcerario, la sorveglianza perimetrale. Ma oltre ai segni esistono anche i simboli della chiusura che nascono da quella che possiamo chiamare la metodologia del sospetto: ogni gesto del malato che non sia immediatamente comprensibile viene interpretato come manifestazione di una cattiva intenzione; la provocazione e la umiliazione del malato non sono segni della cattiveria personale degli operatori ma si iscrivono in una logica la cui finalità è saggiarne la reattività in modo da prevenire ogni pericolo. Ma esistono anche i simboli dell’apertura: dare la possibilità ai ricoverati di avere contatti con persone esterne che, non solo siano tramite di comunicazioni più libere, ma che si presentino anche come garanti del rispetto dei diritti della persona. Altro elemento fortemente simbolico è la certezza sui tempi di detenzione, che alimenta

la speranza della liberazione.

Ultima questione rilevante riguarda le competenze della REMS: ancora una volta, ricompare il tema della violenza. Le REMS sono luoghi di gestione di ogni violenza o solo di quella eventualmente presente in malati psichiatrici che commesso un reato? Qui occorre fare i conti con una falsa teoria: che ogni violenza sia frutto di un disturbo psichico, soprattutto quando si manifesta in un gesto insensato o particolarmente efferato, o quando si tratta di comportamenti che neppure il sistema carcerario riesce a controllare. L'applicazione della categoria "devianza" viene a facilitare questa unificazione misurando il grado di allontanamento del soggetto da una presunta norma che sarebbe rappresentata dalla maggioranza degli uomini buoni, onesti e sani². Ma evidentemente il bisogno degli operatori non era di avere la giusta teoria sulla violenza, la follia e la devianza, ma di trovare i modi per contrattare con i decisori e con gli invianti l'accoglienza o il rifiuto di una certa persona.

Per evitare qualsiasi equivoco sull'uso del termine Comunità terapeutica va precisato quanto segue: non ci dobbiamo far ingannare dal fatto che essa debba essere sostanziata di atti concreti per identificarla meccanicamente con un luogo o (come qualche volta è accaduto) con un arredamento. Comunità terapeutica è, innanzi tutto, un metodo di lavoro che si incentra primariamente sulla qualità delle relazioni. Si tratta di renderle stabili e trasparenti. Usiamo questi termini non per indicare valori proclamati ma per formulare domande di controllo da applicare alla pratica: quanta continuità siamo riusciti a garantire, quali mistificazioni o bugie abbiamo evitato.

La costruzione dell'équipe

L'altro elemento che caratterizzava il nuovo servizio, ancora in fase di preparazione, era la composizione del gruppo di operatori: esso era costituito da persone che non avevano avuto a che fare con ambienti frequentati da malati mentali e non avevano una formazione psichiatrica. Il primo obiettivo del collettivo degli operatori era quello della costruzione di un gruppo i cui membri avrebbero dovuto lavorare insieme giorno dopo giorno ma che, per ora, interagivano tra loro in un'aula scolastica. Rimaneva cioè la domanda su cosa sarebbe successo nella pratica, il che gettava un'ombra su tutto ciò di significativo che pure avveniva durante la formazione: si conoscevano, si interrogavano, si mettevano reciprocamente alla prova, si confrontavano con alcuni interlocutori esterni per tre settimane ma, soprattutto, si sono incontrati poi ogni giorno per sei mesi con il loro responsabile. Si potrebbe parlare di una strana esperienza di lavoro a vuoto; ma in questo modo si sottovalterebbe l'importanza di una convivenza quotidiana, anche senza pazienti, per costruire un gruppo o, meglio, per costruire un'équipe in gruppo e non solo per condividere informazioni,

² Scheff, pur adottando la categoria della devianza per dare cittadinanza anche alla follia nelle scienze sociologiche, attribuisce alla psichiatria competenza sulla devianza residua, distinguendola da quella criminale.

richieste e ottenute insieme. Anche se questa sembrava la sola missione del gruppo, non bisognerebbe mai farsi condizionare dalle consegne formali senza essersi prima interrogati sulle motivazioni nascoste. Vi è sempre un movimento di pensiero sotteso ai contenuti latenti in questo tipo di gruppo di apprendimento, quando esso cioè è finalizzato a uno scopo che va oltre la fase di formazione. Le dinamiche del gruppo sono complesse ma non sono assolutamente ineffabili se noi riflettiamo realisticamente sulle difficoltà che i membri del gruppo percepiscono. Se si acquisisce una coesione nella fase di apprendimento non vi è nessuna garanzia che essa sia mantenuta anche in condizioni operative, quando è in primo piano l'azione e non l'informazione. Né migliore fortuna ha il racconto fatto da chi si è trovato in situazioni simili e pensa di avere buoni consigli da dare. Anche per questo ero stato scelto come formatore, essendo testimone dello smontaggio di un ospedale psichiatrico tradizionale e della costruzione di una rete di nuovi servizi. Ma so molto bene che altro è fare, altro è sentire raccontare. È difficile per gli ascoltatori liberarsi dal dubbio che l'informazione sia stata manipolata e dalla consapevolezza che le situazioni non sono mai del tutto sovrapponibili: si somigliano soltanto e appartengono a tempi, contesti culturali e politici, differenti. Sarà bene allora introdurre, come qualcuno suggerisce, esercizi nel lavoro di formazione? Nel caso specifico avrebbero potuto svolgere questo ruolo le visite agli OPG o le presenze nei CSM. Il limite di questo tipo di attività è che rischiano di essere vissute come un gioco che non tranquillizza rispetto a compiti in cui è coinvolta la responsabilità personale.

Non ci sono solo difficoltà di comunicazione, che potrebbero essere superate con strumenti più sofisticati, o difficoltà di relazione tra docente e discente. Ciò che rende difficile tradurre l'apprendimento in azione, il sapere in saper fare, è una forte barriera emotiva che in ognuna delle persone impegnate nella formazione impedisce lo sfruttamento delle informazioni ricevute e che si appoggia alle incertezze riguardo il futuro e la messa alla prova dell'autostima.

Bisogni attribuiti e bisogni rilevati

Veniamo ora, dopo aver riflettuto sulla posizione degli allievi, ad esplicitare la mia condotta. C'è il rischio, nei corsi di formazione, di attribuire ai partecipanti bisogni che essi non hanno o non sono pronti a riconoscere, sulla base di teorie e di previsioni la cui scelta sia fondata su informazioni parziali od errate o pregiudizi. L'unica difesa ragionevole da questi pericoli sta nell'esplicitare le premesse, le pretese e le promesse di chi dirige i lavori. E' vero che si possono sempre introdurre correttivi in corso d'opera, quando siano attivati meccanismi di controllo e ci siano adeguate modalità comunicative all'interno del gruppo, ma non sempre queste precauzioni sono sufficienti a garantire la bontà dei risultati. Per questo la migliore modalità di valutazione è un confronto a distanza di tempo tra la proposta fatta e quanto di essa è stato accolto o rifiutato. Mi

propongo di usare questa mia sintesi per interrogare il gruppo di lavoro.

Vorrei innanzi tutto anticipare l'impressione che ho avuto, fin dall'inizio, di un'atmosfera determinata da un misto di sfida e di timore. Potremo capirla meglio se riusciremo ad appoggiarla su previsioni e domande. Sarebbero stati capaci di costruire in laboratorio una sorta di stampo destinato a riempirsi, ma solo dopo qualche tempo e molto rapidamente con un materiale umano caratterizzato da un alto grado di sofferenza? Come avrebbero affrontato la situazione se si fossero trovati da soli di fronte a persone abituate ad agire e a reagire d'impulso contro chi si occupava di loro? Le immagini che io attribuisco loro, ma che erano le mie perché non sono mai state descritte in questo modo, erano che avrebbero avuto a che fare con materia allo stato fuso bisognosa di contenimento e di forma; e che erano all'interno di una trappola il cui meccanismo distruttivo poteva scattare ad ogni momento. Usando una terminologia più consona a un ambiente psichiatrico, vi era un'ansia diffusa, quasi coperta da un attivismo difensivo, ma senza che fosse possibile tradurla in termini di paure. Sarebbe stato politicamente scorretto parlare di paure perché ciò avrebbe evocato la presenza, nella mente degli operatori, di pregiudizi che invece andavano cancellati; si perdeva così il vantaggio offerto dalla paura rispetto all'ansia, che nasce dall'aver identificato la natura del pericolo e del pensare in termini di difesa. A partire da questa intuizione si può capire meglio la scelta dei bisogni che io avevo attribuito ai miei interlocutori.

Il primo bisogno a me sembrava fosse quello di neutralizzare l'aggressività e distruttività importata dai pazienti provenienti dall'OPG, indicato come luogo di una cultura della violenza quale era, a suo tempo, l'OP comune. La domanda era se fosse sufficiente, per neutralizzarla, che la comunità terapeutica presentasse fin dall'inizio, chiari segni di una cultura diversa, in cui dominavano l'attenzione al singolo, senza trascuratezza e senza rigidità. Si doveva quindi innanzitutto disinnescare gli attivatori di violenza istituzionale inevitabilmente presenti in ogni sistema complesso di cure a causa dell'esaurirsi di un entusiasmo iniziale, del prevalere della burocrazia, di una scarsa chiarezza nell'esercizio della leadership.

Il secondo bisogno riguardava la conciliazione di custodia e cura. Qui si parla non del mettere in sicurezza il sistema di vita in modo da garantire l'esercizio della cura, ma della gestione di un mandato custodialistico che era istitutivo della REMS. Era veramente possibile esercitare un controllo sulla libertà personale limitandola in modo consistente e ottenere contemporaneamente una libera adesione alla terapia? Ma come differenziare la vera cura dalla pseudo-cura realizzata in OPG e in carcere? Sarebbe stato sufficiente separare i compiti della custodia da quelli della cura per rendere quest'ultima credibile? Un'attribuzione di bisogni può trasformarsi in una analisi dei bisogni in quanto, esplicitata, permette l'emergere di ciò che è latente o manifestato solo da un dubbio o un malessere. Quando si porta a termine questo lavoro sui bisogni ci si accorge che essi nel singolo si fanno reciprocamente concorrenza e che, nel gruppo, la soddisfazione dei

bisogni di uno è in conflitto con la soddisfazione dei bisogni degli altri. Si rende così possibile avviare una contrattazione sui bisogni.

Breve intermezzo metaforico-fantastico

Mi sono chiesto cosa potessi proporre per andare oltre tutti questi ostacoli. Mi è sembrato un compito impossibile: la forza che ne impediva il superamento non derivava da una mancata conoscenza del passato o da una scarsità di informazioni sul presente, ma da una difficoltà a pensare l'indeterminato, che impediva di immaginare il futuro. Qui mi ha soccorso l'intuizione che ci fossero fantasie latenti che configuravano un altro modo di pensare ma l'accesso al quale era impedito dalla razionalità dominante, da un impegno a convincere che era importato dall'esterno. Sapevo bene che per immaginare il futuro bisogna rappresentarlo collocato in un cammino che è stato già in parte percorso; se lo pensiamo come un inizio assoluto, falliremo nel compito di prepararci ad esso. Per usare una metafora che tenga insieme novità e continuità dovremo immaginarlo come una nuova patria, non come una nuova nascita. A questo punto ho intuito che per entrare in contatto con questa energia nascosta dovevo contribuire alla costruzione del loro mito di fondazione, proponendo il racconto di un mito. Cosa di meglio, come riferimento, della fondazione di Roma?

“Romolo attese alla costruzione della città. Per prima cosa chiamò dall'Etruria degli esperti, che gli spiegarono ed insegnarono minutamente il cerimoniale prescritto dai testi sacri come se si trattasse di un rito magico. Quindi fu scavato un fosso rotondo, del perimetro dell'attuale Comizio e vi furono riposte le primizie di tutte le cose sancite dalla consuetudine come utili e dalla natura come necessarie alla vita umana. Poi ciascuno portò una manciata di terra dal paese da cui proveniva e la gettò tra le primizie, confondendole tutte assieme” (3).

La scelta di un mito per esemplificare la fondazione di una comunità terapeutica non dipende dalla facilità di approfittare delle metafore che discendono da questo confronto, ma dalla convinzione che miti e riti sono una componente importante delle attività umane. Qualcuno potrà restare meravigliato di questa affermazione e farsi l'idea che l'autore stia misticheggiando e non sia quindi più credibile. Anche se non li chiamiamo più con questo nome e ci nascondiamo sotto i termini di vision, mission e simili e non parliamo di riti ma di procedure o di linee guida, tuttavia, ad una analisi più approfondita, scopriamo alla base di ogni impresa una fantasia generativa cui aderiamo con tutta la nostra anima e non solo con la nostra razionalità.

Sfortunatamente ci accorgiamo di questo meccanismo soprattutto quando il mito nascosto non è più efficace; è stato, come si dice, demitizzato perché non più in grado di sostenere l'impresa e perché il sistema di valori di cui faceva parte è stato sostituito da un altro quadro etico. Certamente i miti moderni non nascono dai sogni né dagli oracoli, ma da complessi che garantiscono tuttavia la stessa funzione: il mito moderno è legato

alla tecnologia o ad una visione del mondo scaturita da una teoria psicoterapeutica che pretende di portare agli uomini *salus*. È noto che questo termine latino significa tanto salute quanto salvezza. È proprio per questo fondamento delle istituzioni che esemplificare un processo mediante un mito può essere utile. Si potrebbe parlare di un esercizio di mitologia comparata. Possiamo tradurre tutto ciò dicendo che una comunità terapeutica contiene qualcosa che va al di là del progetto e per il quale usiamo termini poco chiari parlando di dedizione, entusiasmo, ottimismo, carisma, speranza e, anche, missione e fede. Il rito di fondazione della città di Roma suggerisce che i nuovi abitanti portino con sé qualcosa di importante dal luogo da cui provengono: anche nella comunità terapeutica di nuova costituzione ciascuno ha con sé un'esperienza che non solo lo condiziona ma contiene, sempre, qualche opportunità. Avendo questa prospettiva a disposizione ciascun partecipante alla formazione del gruppo di lavoro ha scoperto che poteva conferire alla comunità la fruizione delle proprie conoscenze e competenze in qualunque ambito fossero state acquisite: in altri lavori, nelle attività di cura, nella scuola, nella vita familiare. Gli strumenti di cui ciascuno disponeva erano già sufficienti a garantire diversi settori della convivenza, dall'occuparsi della casa alla cucina, dal tempo libero al lavoro. Al di là di tutte le insicurezze personali emergeva la certezza che si sarebbe fatto con quello che c'era e che sarebbe bastato almeno per il primo punto del programma di cura, l'accoglienza.

È possibile stabilire regole auree per la Comunità terapeutica?

Dopo questo accesso alla fantasia è possibile ritornare alla razionalità, con più modestia ma anche con minore angoscia. È possibile riproporre le tre tematiche enunciate all'inizio, "come immaginare una Comunità Terapeutica", "come vivere in una Comunità Terapeutica", "come monitorare una Comunità Terapeutica", non proponendo un programma, ma identificando almeno un criterio ordinativo. Un programma darebbe forse più certezza ma le regole, sulla cui osservanza si basa, (orari, specializzazione dei luoghi, limiti personali, regole morali, rispetto delle gerarchie) potrebbero non reggere ad una realtà diversa da quella immaginata. Alla consapevolezza che non è possibile importare un programma dall'esterno si risponde con la ricerca di una regola aurea, o piuttosto una meta-regola o principio ispiratore, da cui far discendere la costruzione del sistema.

1. Come immaginare una Comunità Terapeutica

È una organizzazione che, comunque sia stata progettata, si realizza progressivamente. Quando ha raggiunto una certa stabilità può essere anche modificata e, soprattutto, purificata, mettendosi a caccia di quei fattori anti-terapeutici che si sono inavvertitamente installati nelle pieghe dell'istituzione.

2. Come vivere in una Comunità Terapeutica

L'asse portante dell'organizzazione della vita collettiva può essere individuato nel rendere riconoscibili i bisogni dei singoli e avviare una contrattazione sulla loro soddisfazione.

L'altro valore spesso affermato è la trasparenza per tutti, compresi gli utenti, di regole, responsabilità, organizzazione, gestione: una delle condizioni perché questo compito si realizzi è costruire e ricostruire la CT con il contributo di tutti.

3. Come monitorare una Comunità Terapeutica

Sono stati inventati tanti modi per valutare ciò che accade: analisi del funzionamento della struttura (4), osservazione (5), supervisione. Ma non basta disporre di metodi di valutazione. Bisogna che ci sia alla base una logica che abbia alcuni principi fondamentali. Uno è la risposta positiva alla domanda: la CT è un luogo dove è possibile apprendere dall'esperienza? L'altra domanda è poi: si è riusciti a mantenere viva la capacità di pensare? I due principi si possono riunire:

- aprire l'esperienza al pensiero
- aprire l'esperienza con il pensiero.

Salvaguardare la capacità di pensare anche nel massimo coinvolgimento emotivo, nel culmine dell'imprevisto, di fronte alla mancanza di soluzioni dei problemi emergenti è il contributo maggiore alla sconfitta dell'ansia e della paura.

Conclusioni

Portare il gruppo al di là dell'angoscia e della paura non deve essere immaginato come l'effetto benefico di una sorta di psicoterapia di gruppo. Benché un'azione di chiarificazione e sostegno sia utile per identificare le energie necessarie a sostenere l'impresa, è importante tuttavia avere presenti le condizioni che sono richieste per il buon funzionamento della comunità e che appartengono all'ordine istituzionale, cioè all'ordine del potere e della comunicazione. Quali sono?

- 1 Una buona gestione amministrativa, in grado di garantire le risorse professionali necessarie, ma anche la disponibilità di tempo per elaborare l'esperienza in tempi reali.
- 2 Una forza contrattuale nei confronti di interlocutori esterni, compresi i magistrati, che permetta di confrontare le richieste con le opportunità di risposta ai bisogni disponibili nella comunità.
- 3 La collocazione delle REMS in una rete di servizi in grado di fornire la collaborazione necessaria soprattutto quando una dimissione richiede una presa in carico con una continuità assistenziale garantita.
- 4 La prevalenza della terapia psichiatrica, su altri compiti, nella missione propria della struttura.

Una REMS si deve occupare di soggetti curabili anche se non guaribili.

Questa ultima affermazione è particolarmente delicata perché occorre una collaborazione tra magistrati e il sistema della psichiatria che permetta una trattativa sulla ammissione di un soggetto ad una REMS. In concreto questo significa che le REMS non possono diventare strutture utilizzate per gestire l'asocialità in tutte le sue forme e anche in persone

con minimi e dubbi tratti psicopatologici. La loro presenza sposta l'asse della comunità dal polo cura al polo custodia. Non solo essi non ricevono alcun beneficio dalla cura, ma rendono più difficile che ne usufruiscano altri.

Vengono inviate nella REMS perché si presuppone che una struttura psichiatrica sia in grado di gestire queste situazioni meglio di un carcere perché possiede strumenti di contenzione non disponibili in carcere.

La delega di prevalenti funzioni di custodia avviene a spese della funzione di cura della REMS e della sua possibile apertura all'esterno, che dovrebbe essere una delle alternative delle residenze rispetto all'OPG.

Queste condizioni non sono facili da ottenere perché possono essere ricercate solo se esistono due risorse che oggi sono poco disponibili:

- un impegno culturale che investa il territorio, spazio di vita futura per gli attuali ricoverati nelle REMS: la gente che vi abita e non solo le figure più significative. Bisognerebbe innanzi tutto far capire che la violenza non è di per sé un sintomo psichiatrico e non lo è neppure nei pazienti con disturbi psichici;
- una volontà politica che sostenga e difenda l'integrità del progetto, attraverso il rispetto delle condizioni di cui ho parlato.

Senza queste condizioni le REMS diventeranno repliche in piccolo degli OPG dismessi. Che siano piccoli è già un modesto vantaggio, ma saremmo obbligati a rinunciare alla pretesa che all'interno delle REMS si possono curare i disturbi psichici.

Bibliografia

1. Manacorda A. Folli e reclusi, una ricerca sugli internati negli ospedali psichiatrici giudiziari italiani, Firenze: La casa Usher; 1988, p 17.
2. Scotti F. Un'esperienza di psichiatria a Perugia. *Psiche* 1995; (2) 261.
3. Plutarco Vite parallele, Vita di Romolo, (Traduzione di C. Carena), Milano: Oscar Classici Mondadori; 1958
4. Brutti C, Scotti F. Metodologia di valutazione di un servizio psichiatrico. *Quaderni di psicoterapia infantile* 15; Roma: Borla; 1987.
5. Scotti F. a cura di Osservare e comprendere *Quaderni di psicoterapia infantile* 46; Roma: Borla; 2002.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

Intermediarietà e cosalità in psichiatria e nella psicoriabilitazione *Intermediarity and thingness in psychiatry and psycho-rehabilitation*

Antonio De Pascalis

già Direttore del Dipartimento di Salute Mentale della USL di Perugia e Coordinatore della Rete di Salute Mentale della Regione Umbria

Parole chiave: relazione di cura, psichiatria territoriale, psicoriabilitazione, intermediazione

RIASSUNTO

Obiettivi: riflettere sulla necessità dell'esercizio psicoriabilitativo nei servizi psichiatrici territoriali, tanto per le sue componenti specifiche quanto per quelle aspecifiche, al fine di rendere praticabile la terapia e la relazione cura e di contrastare le spinte regressive nei casi definiti gravosi o di area diagnostica psicotica.

Metodi: approfondimento attraverso i concetti di Intermediarietà e di Cosalità di alcuni riferimenti teorici che a ridosso della seconda metà del secolo scorso hanno modificato il modo di rappresentarsi l'individuo, l'esperienza individuale e le forme della consapevolezza di Sé.

Risultati: nell'individuo in generale e nell'individuo psicotico più in particolare lo psichismo e i cosiddetti comportamenti funzionali per un'esperienza biografica armonica e piena non possono prescindere da un collegamento competente ad una storia Preindividuale e Presoggettiva, storia testimoniata da "oggetti" che D.W. Winnicott definisce Transizionali, G. Simondon Transindividuali, J. Lacan Transemozionali e J.L. Austin Atti linguistici.

Conclusioni: nella psichiatria riformata o territoriale l'ineludibile e protratto incontro terapeutico con i casi gravosi e con la conseguente cronicità psicopatologica rende necessaria una relazione di cura più articolata attraverso nuovi linguaggi comunicativi e nuove interazioni mediate da attività strutturate di tipo espressivo ed occupazionale.

Keywords: treatment relationship, psychiatric rehabilitation, psychosocial rehabilitation, intermediation

SUMMARY

Objectives: reflect on the need for psycho-rehabilitative practice in community mental health services, with regard to both its specific and aspecific components, for the purpose of facilitating therapy and the treatment relationship and to combat regressive pressures in cases defined as onerous or within the diagnostic area of psychosis.

Methods: in depth examination, using concepts of intermediarity and thingness, of some theoretical currents which, in the middle decades of the last century changed individual self-representation, individual experience and forms of self awareness.

Autore per corrispondenza: afdepascalis@virgilio.it

Results: in the individual in general and in the psychotic individual in particular, psychism and so-called functional behaviors for a harmonic and full biographical experience cannot do without a competent linking with a pre-individual and pre-subjective history represented by “objects” defined by D.W. Winnicott as Transitional, by G. Simondon Transindividual, by J. Lacan Transemotional, and by J.L. Austin as Linguistic Acts.

Conclusions: in reformed or community psychiatry the unavoidable and protracted therapeutic encounter with onerous cases and with the consequent psychopathological chronicity has made necessary a more articulated treatment relationship that draws on new communicative languages and new interactions mediated by structured expressive and occupational activities.

Risale ormai al 1995 la pubblicazione del libro dal titolo “La fine dell’intrattenimento. Manuale di riabilitazione psichiatrica” in cui Benedetto Saraceno si chiedeva e soprattutto chiedeva in modo retorico se le tante attività psico-riabilitative dell’agire psichiatrico “riformato” o di Comunità, lungi dal dimostrare prove di efficacia operativa, non fossero da annoverare piuttosto come un pur lodevole, ma aspecifico esercizio di intrattenimento dei pazienti (1). Si trattò all’epoca di una provocazione per molti aspetti utile, proprio in quegli anni infatti la pratica clinica in Psichiatria affrontava un passaggio critico per il convergere sui Servizi Psichiatrici territoriali di due ordini di problemi: da un lato quello di un crescente volume assistenziale di nuove forme di sofferenza cronicizzata - e per di più avendo rinunciato a scontate soluzioni residenziali o di ricovero prolungato - e dall’altro quello di un mandato sociale che - anche per l’iniziale collasso delle politiche sociali e di welfare - tendeva sempre più ad appiattire la vita quotidiana del paziente sulla malattia mentale e sul processo di cura.

In una trama quotidiana così dilatata di scambi comunicativi tra sistema dei curanti e sistema dei curati, fu utile riflettere quindi sul tempo e sui modi dello scambio terapeutico più specifico. E riflettere anche alla luce di un orizzonte teorico e operativo più cogente sul piano metodologico e tale da valorizzare nell’esercizio psico-riabilitativo di più e meglio “Strumenti di valutazione”, “Indicatori di qualità”, il cosiddetto Obiettivo globale e la progettazione e il monitoraggio di “...interventi individualizzati e ispirati a modelli educativi e comportamentali che conducono a significativi miglioramenti nel comportamento sociale e interpersonale e nel concetto di Sé dei pazienti, che diventano meno ansiosi e più assertivi, e che producono una riduzione dei ricoveri ospedalieri e, in minor misura, del tasso di recidive”, per citare un passaggio dell’introduzione del VADO, solo apparentemente una semplice ed utile Scala di Valutazione e di Definizione degli Obiettivi degli interventi, in realtà storicamente un vero e proprio manifesto metodologico del lavoro riabilitativo in ambito psichiatrico (2).

A distanza di tanto tempo mi pare che sia oggi però altrettanto utile sentirsi liberi da ogni implicazione provocatoria e che si possa affermare che sia stato in qualche modo riduttivo e fuorviante accettare di parlare di intrattenimento tout court. Non perché

intrattenimento non ci sia mai stato, anzi, quanto piuttosto perché con esso poi si è potuto pensare, nel nome anche di un malinteso aziendalismo, di demonizzare e liquidare anche l'utilità dell'intrattenersi con il paziente, dello stare insieme competente come cura della relazione - non immediatamente finalizzato quindi ad un obbiettivo specifico o traducibile in procedure operative standardizzate - e con essa pensare magari di poter liquidare anche ogni riferimento culturale alla storia dell'assistenza psichiatrica nei suoi sviluppi comunitari, che proprio alla centralità della comprensione dell'individualità e alla cura della relazione aveva attribuito particolare importanza, anche teorica.

Per l'agire psichiatrico territoriale infatti oggi il problema principale non credo sia tanto il rischio di perdere di vista la necessità di una operatività più rigorosa sul piano metodologico, quanto piuttosto quello di una sua deriva tecnicistica, priva di respiro culturale e di anima, e proprio per questo appare uno sforzo utile ripercorrere ed approfondire alcune radici teoriche in tema di individualità e delle sue determinanti più relazionali e sociali.

Una lunga storia culturale prima che clinica quindi, capace di rompere con la tradizione assistenziale di matrice asilare e manicomiale e che ha spinto da subito gli operatori a valorizzare lo scambio interpersonale in sé, prima ancora della sua qualità specifica in ambito più tecnico, e a pensarsi come strumento di contatto e di cambiamento, e in quanto tali a pensarsi come diversi per la capacità di lasciare il segno del loro passaggio professionale, anche nello stesso paziente e a parità di formazione tecnica; fenomeno che non dovrebbe sorprenderci, come non ci sorprende ripensare nel tempo alla nostra esperienza scolastica accorgendoci di aver frequentato insegnanti più che materie.

Farò quindi il tentativo di approfondire parte di tale storia culturale alla ricerca di elementi di attualità e ripercorrendo alcuni riferimenti teorici che a ridosso della seconda metà del secolo scorso hanno modificato il modo di rappresentarsi l'individuo, l'esperienza individuale e le forme della consapevolezza di Sé ispirando nei casi più gravi un più articolato modo di stare in terapia psichiatrica, dilatando la relazione di cura fino a comprendere non solo la terapia, ma anche l'esercizio psicoriabilitativo, attraverso la condivisione di linguaggi prima e poi di attività occupazionali, espressive o ludiche.

Tentativo che prevede l'approfondimento in ambito clinico dei concetti di Intermediarietà e di Cosalità e che parte dall'ipotesi che nei disturbi più gravi - più comunemente di area diagnostica di tipo psicotico - sia necessario preservare e incentivare non solo le abilità specifiche del paziente (le sue abilità nel contatto quindi con il Mondo esterno), ma anche quelle che possiamo definire abilità più rappresentazionali, la capacità del paziente cioè di continuare a rappresentarsi se stesso e il suo Mondo interno, anche per quella parte di Sé che è collegata ad una più generale storia filogenetica e di specie, storia che ineludibilmente lo precede e lo determina in quanto dimensione preindividuale.

Intermediarietà

Il concetto di Intermediarietà ha definito in origine, nella pratica psichiatrica postasilare, su un piano prevalentemente logistico uno spazio tra la casa e l'ospedale, uno spazio tra il luogo domestico dell'individuo e i luoghi istituzionali per gli individui, intesi come le soluzioni di "ospitalità" istituzionale a finalità terapeutica; una sorta di spazio surrogato né del tutto intimo né del tutto estraneo, che garantiva in parte o del tutto il quotidiano laddove la casa dell'individuo malato non fosse più praticabile o non fosse utile praticare in una prospettiva di cura.

Il concetto d'intermedio richiamava così in un primo momento la distanza fisica e le possibili approssimazioni progressive tra lo spazio privato e dell'intimità e quello pubblico e della visibilità, ma con il passare del tempo si è progressivamente arricchito sul piano simbolico e internalizzato per cogliere anche lo spazio esistente tra Individuo e Individuo, e quello più sottile e interno allo stesso Individuo e che distingue, come vedremo meglio, Individuo e Preindividuale o in altri termini l'area psichica della singolarità da quella dell'appartenenza e della identità collettiva.

I nuovi luoghi della cura non sono stati solo ulteriori occasioni per la terapia, magari più accoglienti tanto da ospitarla meglio, avvicinarla di più all'individuo che soffre e renderla quindi più praticabile, o almeno non solo questo, ma si costituiscono da subito come un nuovo modo di pensare la cura stessa e i suoi obiettivi e, in alcuni casi più gravi, come un presupposto metodologico per un più articolato modello di intervento. E così si parla di Intermedio sempre meno pensando ai luoghi fisici e sempre più pensando alle modalità del rapporto interpersonale e ad attività condivise e strutturate, che mettono al centro piuttosto i tempi e i modi di una emotività tollerabile e con cui nell'interazione terapeutica si prova ad esplorare con il paziente lo spazio tra il suo dentro e il suo fuori nelle sue molteplici sfumature.

Quello che si fa insieme, e come lo si fa, più che dove lo si fa diviene in altre parole il filo conduttore di un processo che può collegare di nuovo il paziente, quando l'alchimia riesce, agli Altri con i loro valori e le loro aspettative e soprattutto a Se stesso; vale a dire a quella storia che in quanto Individui ci fa sentire incardinati nel lungo processo evolutivo che ci ha consegnato gli strumenti e i codici per condividere la capacità di parlare, di provare, distinguere e dare un nome ad emozioni e sentimenti, o quella di poter esprimere abilità manuali e tecniche, di raccoglierne e di tramandarne la tradizione, oppure ci ha consegnato l'inclinazione a gradire il gioco e il riso e a rifuggire dalla rabbia e dal pericolo e non ultima la spinta a ricercare modalità e consolidare abitudini per mettere insieme cibo, tempo e spazio. Ernesto De Martino ha parlato del farsi e disfarsi dell'essere nel mondo non solo in quanto individuo, ma anche in quanto soggetto dotato di "facoltà" cosiddette specie-specifiche. Per De Martino infatti l'individuo è costretto attraverso la Coscienza di Sé a ripercorrere l'antropogenesi continuamente, giorno dopo giorno; essere e sentirsi l'individuo che

siamo non è infatti a tutti i livelli un dato psicologico acquisito per sempre e non può prescindere dal sentirsi parte di un insieme umano e dallo sperimentare di esserlo condividendo il senso profondo delle attività del quotidiano; nulla appare in questo senso scontato o acquisito una volta per tutte, non lo è il processo e non lo è il risultato che possono fallire in ogni momento lasciando spazio alla cosiddetta crisi individuale della presenza nel mondo (3).

Altrettanto, e forse anche per le riflessioni in campo antropologico di Ernesto De Martino, nella psichiatria rinnovata è stata costante la convinzione che esista una soglia individuale in quanto a ritiro e deriva sociale, soglia oltre la quale il meccanismo psicologico di continua riproduzione dell'identità individuale perde alimento e si inceppa, orientandosi inevitabilmente in senso autistico e di assoluta autoreferenza psichica, al di là di ogni sforzo terapeutico.

In quest'ottica l'identità umana come afferma Rom Harrè appare un processo narrativo continuo e quotidiano, che pone l'individuo in una sua peculiare "locazione" non solo fisica e temporale, ma soprattutto relazionale e sociale, collocandolo al centro di una rete di obblighi morali e sociali (lavoro in testa) e di una rete di aspettative (4); processo narrativo la cui trama non può essere abbandonata a lungo, come un ragno per sopravvivere non può a lungo abbandonare la sua tela.

Un tempo, all'inizio nella psichiatria rinnovata si è potuto pensare in alcuni casi che bastasse uscire dalla segregazione manicomiale, rimanere cittadini ed essere curati come tutti i cittadini in ospedale o nel proprio contesto vitale per garantire automaticamente al malato un effettivo esercizio di socialità. Oggi più realisticamente si pensa che si possa essere disperatamente soli, come solo un malato di mente può sentirsi, anche in una piazza affollata o nella calda cucina di una casa piena di persone premurose e ancor di più si pensa che socializzare non significhi condividere solo occasioni di contatto con l'altro, ma piuttosto poter disporre del codice profondo che tale contatto richiede e di un equilibrio emotivo per poterlo utilizzare con efficacia.

La posta in gioco quindi non è solo la perdita di contatto dell'individuo con gli altri individui, ma la perdita di contatto dell'individuo con se stesso e con la sua "natura" profonda, la perdita di identità in quanto incapacità di sentire dentro e di mantenere accese tutte le potenzialità dell'*antropos*: quelle competenze culturali e di animale sociale a partire dalla facoltà di parlare che fa dell'uomo che parla colui che parlando comunica qualcosa a qualcuno e contemporaneamente colui che parlando afferma se stesso in quanto capace di parlare.

È come se l'individuo per mantenere integra la sua personalità dovesse monitorare la cosiddetta "Coscienza dell'Io" non solo attraverso i quattro tradizionali livelli di sentimento a cui fa riferimento Karl Jaspers (5), quello di attività o di personalizzazione (sono io che percepisco e faccio), quello di unitarietà (io sono uno nello stesso istante),

quello di identità (io sono lo stesso di prima e nel tempo) e quello di unicità (io avverto i confini del mio essere), ma avesse bisogno di provvedere anche a un ulteriore livello che potremmo definire sentimento di specie-specificità (io sento di condividere le stesse potenzialità degli altri uomini e mi sento un uomo).

Si comprende così come in alcune situazioni particolari per l'individuo (non necessariamente in origine di natura psicopatologica, come possono essere situazioni reiterate di violenza, di privazione sensoriale e affettiva, di vissuti d'invalidazione e di fallimento etc.) questo spazio di mezzo, questa terra di nessuno e di tutti, si possa dilatare a dismisura, possa assumere tonalità minacciose tanto da risultare estraneo ed inesplorabile e altrettanto si comprende che tale spazio non possa essere animato, se non per brevi intervalli biografici, solo attraverso rappresentazioni mentali o fantasie che non si alimentino del reale scambio interpersonale, rinnovando il patto profondo di appartenenza alla stessa specie e alla stessa storia biologica.

In quanto Specie infatti non siamo attrezzati per sopravvivere a lungo se mentalmente isolati e la nostra capacità di mentalizzare noi stessi e la nostra relazione con il mondo necessita di esercizio effettivo e di un ambito cosale, un insieme di Oggetti, veri e propri feticci dell'Altro, fatti anche a partire da quelli che altri hanno fatto prima di noi o ancora fatti con l'Altro, in una spinta più o meno consapevole di superarci in quanto singolo e ritrovarci nel consorzio umano e nelle sue tradizioni.

Cosalità

Siamo così al concetto di Cosalità e alla lista degli infiniti "oggetti" che hanno da sempre animato la vita e la convivenza sociale dell'Uomo e che oggi riempiono numerosi i contesti dello scambio riabilitativo in Psichiatria. Sono tanti ed eterogenei, alcuni di loro hanno sollecitato su altro piano le interessanti riflessioni filosofiche da parte di Paolo Virno (6) ed ha senso provare qui nella nostra analisi a ricomprenderli attraverso quattro categorie generali: quella degli Oggetti Transizionali di Donald Winnicott, quella degli Oggetti Transindividuali di Gilbert Simondon, quella degli Oggetti che potremmo chiamare con una certa libertà Transemozionali, con riferimento alle riflessioni sull'etica della psicoanalisi di Jacques Lacan, e per finire quella degli Atti linguistici Performativi di John L. Austin.

Appare curioso il convergere, nel decennio appena dopo la seconda metà del secolo scorso, di Autori, impegnati in discipline anche lontane tra loro, sull'interesse per lo spazio mentale che separa Individualità e Soggettività, Sé e rappresentazione di Sé, teorizzando tutti la necessità di confrontarsi con esso, di colmarlo e di governarlo attraverso cose, strumenti e oggetti sospesi come ponti tra l'individuo e la Realtà, tra l'individuo e la Storia a cui appartiene e in cui è iscritto; fenomeno curioso e che necessita di una breve descrizione e di qualche precisazione.

Donald Winnicott da pediatra, psicoanalista e studioso della Psicologia dello sviluppo ha esplorato lo spazio tra l'Io e l'Altro, tra l'Io e il Mondo esterno o tra l'area della soggettività onnipotente e l'area della oggettività esterna e temuta, e lo ha fatto riempiendolo di Oggetti che ha definito Transizionali: oggetti sospesi tra Realtà interna e Realtà esterna, veri e propri oggetti ponte, ancora Madre ma non più Madre, un po' dentro e un po' fuori, come gli ormai noti peluche e copertine (7).

Poi col tempo Winnicott ha manifestato interesse anche per oggetti più immateriali, più impalpabili e astratti, ha parlato anche di "fenomeni o esperienze" transizionali, che hanno a che fare con la cosiddetta mente creativa, come il gioco e le attività culturali più in generale, e che non riguardano solo il bambino che cresce, ma l'individuo nel corso del suo intero arco biografico e così facendo, anche se non lo ha teorizzato esplicitamente, ha aperto all'interesse per quell'universo cosale e per quelle attività che possono collegare il singolo individuo all'Altro in Sé e quindi alla sua Storia antropologica più generale e alle relative condizioni di possibilità che lo caratterizzano.

A questa storia filogenetica dichiara invece esplicitamente di volersi rifare Gilbert Simondon, filosofo ed epistemologo, con i suoi Oggetti Transindividuali che si collocano esplicitamente tra l'individuo che fa e l'individuo che può fare in quanto essere umano, tra l'individuo che è e l'individuo che esiste in quanto produce oggetti secondo tecniche che sono sapienza, tradizione e condivisione, sospesi tra singolarità e collettività in un continuo processo di individuazione che non può cessare di divenire; quindi mai Individuo una volta per tutte, ma individuazioni progressive all'interno di una storia dello sviluppo del fare tecnico e del suo sapere (8).

E sempre in questa prospettiva la Singolarità per Simondon non è un punto di partenza, ma l'esito di un processo precario e non privo di crisi in cui gli aspetti singolari coesistono con forze anonime, impersonali e "preindividuali" in uno spazio intermedio, lo spazio che per Simondon non può non essere coltivato e presidiato inevitabilmente attraverso strumenti e oggetti della tecnica e attraverso la capacità di un loro uso condiviso.

E' inutile sottolineare quanto sia psicologicamente inquietante e faticoso per ognuno di noi scoprire e constatare nel tempo che per sopravvivere si debba saper condividere mentalmente un commercio quotidiano con l'Altro da noi, uno scambio comunicativo ed emotivo continuo con altri individui, che ci possono essere vicini quanto vorremmo o quanto temiamo, inevitabilmente troppo o troppo poco, che ci possono dolorosamente ignorare, ma anche altrettanto dolorosamente osservare a fondo, aspettarsi quello che dovremmo fare, giudicare quello che abbiamo fatto o vorremmo fare e addirittura condannare senza appello.

Ed è altrettanto inutile sottolineare quanto sia ancora più inquietante, se possibile, scoprirsi iscritti in una storia impersonale che non abbiamo scelto, "prigionieri" di canali e strumenti psicosensoriali ed espressivi con i relativi codici, che ci agiscono da dentro,

ci determinano anche nelle forme della sensibilità e delle rappresentazioni mentali più intime e a cui non possiamo sottrarci mai del tutto e che anzi dobbiamo imparare a padroneggiare sempre di più per poter uscire dal buio e dall'anonimato, dall'informe e dal silenzio, per provare ad esistere, per affermare noi stessi e dare un qualche senso a quello che facciamo e diciamo, persino quando - ironia della sorte - vogliamo rifiutare e ribellarci a tutto quello che facciamo e diciamo.

In questa prospettiva vanno i contributi "cosali" di Winnicott e di Simondon cui si è accennato e in questa prospettiva vanno anche le riflessioni di Jacques Lacan sull'Arte e quelli che possiamo chiamare, sulla scia di tali riflessioni e con una certa libertà, Oggetti Transemozionali, forme plastiche dell'espressione artistica che hanno segnato e caratterizzato nel tempo il rapporto tra l'arte come pratica simbolica e il reale.

È il Lacan dell'Arte come processo di "organizzazione del vuoto" a interessare in questo caso, dell'Arte cioè come forma e dispositivo simbolico capaci di mettere una certa distanza tra individuo e Realtà o ancora di più tra la condizione umana incompiuta e la Realtà. Il registro espressivo per Lacan non è più quello del Simbolico, ma quello del Reale che emerge come traumaticità e incombe sull'individuo e sul suo rapporto con la realtà, mostrando quel vuoto originario e incolmabile con il quale ogni essere umano si trova a confrontarsi (9).

È il vuoto espresso con *Das Ding*, termine ripreso da Freud, che rappresenta il vuoto de *La Cosa*, minacciosa e indicibile, e che indica quel nucleo originario e costitutivo dell'Io che risulta inaccessibile in quanto rimanda ad altro da Sé e anche a tutto quello che lo precede e lo determina in quanto individuo.

In questa prospettiva, l'elemento artistico è un velo sulla realtà senza nome della Cosa nuda, qualcosa di più complesso di un semplice lavoro di copertura o addirittura di negazione, e così l'Arte e l'oggetto artistico in un processo di trasfigurazione ci avvicinano alla Cosa pur mantenendoci separati e in qualche modo protetti da essa.

In altri termini, non c'è opera d'arte che non implichi un'attività di sublimazione, ovvero una operazione di mediazione e una difesa dal reale; sublimazione quindi come tentativo di elevare l'oggetto alla dignità della Cosa che non significa esibire o mostrare, ma piuttosto significa delinearne una specie di orlo, una bordatura attraverso il significante, attraverso il segno linguistico o artistico, intorno al vortice del reale e al suo minaccioso vuoto.

Lacan è interessato all'oggetto che sganciato dalla funzione d'uso rivela dunque la Cosa al di là di stessa si tratti di mele, scarpe, scatole di fiammiferi o vasi di fiori ed è soprattutto interessato ai lavori di G. Morandi, P. Cezanne e di V. Van Gogh che evidenziano "l'estetica del vuoto" e che, sottraendo l'oggetto dall'obbligo mondano dell'utilizzabilità, finiscono per indicare e rendere sopportabile proprio attraverso l'oggetto rinnovato il vuoto centrale della Cosa, in un susseguirsi di oggetti inanimati pieni di anima e di nature morte piene di vita.

John L. Austin da Linguista non ha parlato propriamente di oggetti linguistici, ma ragiona e scrive su “Come fare cose con le parole” ed elabora una teoria dell’Atto linguistico definito come performativo (10).

L’atto performativo per Austin è un’asserzione che non descrive uno stato delle cose, non espone qualche fatto, ma permette al parlante di compiere una vera e propria azione. Tramite un atto performativo quindi si compie quello che si dice di fare e di conseguenza si produce immediatamente un fatto reale: “Grazie”, “Ti perdono”, “Ti prego”, “Ti avverto”, “Non ti permettere”, “Ti vieto di...” sono alcuni esempi di atto linguistico performativo. Si tratta soprattutto di verbi, esistono solo alla prima persona singolare del presente indicativo e sono così definiti perché il pronunciarli equivale a compiere l’azione che essi descrivono, ovvero per compiere l’azione che essi descrivono bisogna pronunciarli: “Nego ogni cosa”, “Giuro di aver detto la verità”, “Prometto di venire al più presto”.

È sufficiente infatti cambiare soggetto, “Roberto giura di aver detto la verità”, “Mio fratello promette ma non mantiene”, o tempo verbale, “Giuravo di aver detto la verità” per verificare come i verbi giurare, promettere, negare, ma anche dire, ammettere, affermare etc. perdano la loro funzione performativa e assumano quella constativa o descrittiva, in quanto dire giura, promette o giuravo non serve per compiere l’azione ma per descriverla, come del resto dire “Io corro”, anche nell’atto del correre, mi serve per descrivere l’azione e non per compierla.

È in altri termini la cosiddetta Facoltà di linguaggio, di cui parla Ferdinand de Saussure (11), la consapevolezza cioè della propria capacità di parlare non solo per comunicare, ma soprattutto per il fascino di sentirsi capaci di parlare e di padroneggiare il linguaggio, capaci anche di giocare con la sua forza semantica liberata da qualsiasi vincolo comunicativo, in un esercizio di puro significante, del resto precocemente evidenziata sul piano biografico da quel curioso fenomeno infantile che Jean Piaget definisce Linguaggio egocentrico (12) e con cui in sostanza si comincia a sperimentare la formazione della autocoscienza e l’individuazione del parlante.

Le riflessioni di Austin, secondo cui il parlare ci serve quindi per compiere l’azione ma anche per compiere “noi stessi” in quanto parlanti, sono utili per restituire e riassumere la continua e faticosa tensione interna all’individuo tra singolarità e appartenenza preindividuale.

In tutti gli Autori qui considerati quindi vi è la percezione e la teorizzazione di una vita psichica come processo faticoso e sempre a rischio di fallimento individuale, ad un tempo attratti e spaventati come siamo da quanto non sentiamo del tutto nostro perché al di fuori di noi o, ancora peggio, perché estraneo dentro di noi. Da qui la necessità di esorcizzare simbolicamente la paura e di rendere praticabile nel quotidiano lo spazio vuoto con rappresentazioni e mediazioni continue, fatte di azioni e dei loro prodotti ma anche della loro condivisione nella relazione interpersonale.

In alcuni casi siamo anche tentati di provare a fare a meno del mondo di fuori, ma

non può durare molto; non si può ignorare il mondo esterno che è fuori e ancor di meno il mondo esterno che è dentro, perché questo legame innato e profondo fermenta inevitabilmente al nostro interno, ribolle in proiezioni fantasmatiche ed anima un dialogo costante che non conosce riparo e nascondiglio, fatto più spesso di possibili commenti e giudizi dell'Altro o ancora di più - e siamo su un piano psicopatologico - fatti dell'Altro che invade la mente e la colonizza come nel pensiero intrusivo e nei vissuti allucinatori. In ultima analisi però è proprio questa consapevolezza di individui che non bastano a se stessi anche volendo bastare che ci costringe all'avventura biografica, invece di fuggire, e ci spinge a presidiare, nella maggior parte dei casi per fortuna con successo, lo spazio di mezzo e lo spazio interno che ci spaventano, per far sì che non diventino l'abisso scuro che inghiotte tutto e che ci spinge a riempire tale spazio sempre più con gli oggetti che animano il linguaggio nelle innumerevoli declinazioni che la nostra cultura ci ha consegnato. Ed è proprio questa consapevolezza di dover affrontare lo spazio dell'avventura per non perdersi del tutto, consapevolezza che sopravvive a tutto e che ci spinge a tutto, anche nei casi più disperati, a costituire una possibile prospettiva vitale per chi ha bisogno di aiuto e un utile appiglio per chi quell'aiuto prova ad offrire sul piano professionale in psichiatria attraverso la relazione di cura.

Bibliografia

- 1 Saraceno B. La fine dell'intrattenimento. Manuale di riabilitazione psichiatrica. Milano:ETAS; 1995.
- 2 Morosini P, Magliano L, Brambilla L. VADO. Manuale per la riabilitazione in psichiatria. Trento: Erickson; 1998.
- 3 De Martino E. La fine del mondo. Contributo dell'analisi delle apocalissi culturali a cura di C. Gallini. Torino: Einaudi; 1977.
- 4 Harrè R, Gillet G. La mente discorsiva. Milano: Cortina;1996.
- 5 Jaspers K. Psicopatologia generale. Roma: Il pensiero scientifico; 1988.
- 6 Virno P. Quando il verbo si fa carne. Torino: Bollati Boringhieri;2003.
- 7 Winnicott D.W. Gioco e realtà. Roma: Armando; 1971.
- 8 Simondon G. L'individuazione psichica e collettiva, a cura di Virno.P. Derive Milano: Approdi; 2001.
- 9 Lacan J. Seminario libro VII. L'etica della psicoanalisi. Torino: Einaudi; 1994.
- 10 Austin J.L. Come fare cose con le parole. Torino: Marietti; 1962.
- 11 De Saussure F. Corso di linguistica generale, a cura di De Mauro T. Roma-Bari: Laterza; 2003.
- 12 Piaget J. Il linguaggio e il pensiero del fanciullo. Firenze: Giunti Barbara; 1968.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

Medicina generale e psichiatria oggi: convergenze e divergenze *General Medicine and Psychiatry Today: convergences and divergences*

Fabio Giuseppe Stellini¹, Luigi Ferrannini²

¹ Medico di Medicina Generale, ASL3 Genova

² Psichiatria, Università degli Studi di Genova

Parole chiave: medicina di base, psichiatria, salute mentale, percorsi diagnostico-terapeutici ed assistenziali, formazione

RIASSUNTO

Obiettivi: fin dall'inizio degli anni '80, si è posto il problema dei rapporti di collaborazione ed integrazione tra l'area della medicina di base e quella specialistica psichiatrica, che iniziava il suo percorso di deistituzionalizzazione e di costruzione di servizi nella/della comunità, allargando quindi il campo di intervento dalle malattie mentali a tutti i fattori di rischio per la salute mentale delle persone, attraverso un approccio integrato fondato sul modello biopsicosociale. I mutamenti successivi - persone da trattare (dagli adolescenti agli anziani), nuove espressività psicopatologiche, forti comorbidità con patologie somatiche, limiti delle tecniche utilizzate e ricerca di nuovi strumenti terapeutici, per citare solo alcuni dei principali aspetti, - hanno spinto verso forme di integrazione e collaborazione con altre aree della Medicina, a partire proprio dalla Medicina Generale.

Metodi: questo campo sta attraversando forti cambiamenti in rapporto agli obiettivi, alle tecniche, alle integrazioni con altre aree disciplinari, alla organizzazione di natura territoriale, al rapporto con altre professioni sanitarie. Nell'articolo verranno specificati questi cambiamenti, tra potenzialità e criticità a livello generale ed anche tra rapporto medico-paziente ed utilizzo di nuove tecnologie.

Risultati: questa scelta si è rivelata utile per il monitoraggio di sintomi e parametri vitali, ma spesso distanzianti tale rapporto, con il rischio di ridurlo ad una mera informazione di dati, al di fuori della soggettività della persona malata. Oppure, al contrario, le modalità di telemedicina affiancandosi al contatto personale potrebbero contribuire a migliorare la continuità della cura e del rapporto, anche con il contributo di professionalità di supporto e con compito di case-manager.

Conclusioni: viene affrontato, come esempio emblematico, il trattamento dei disturbi psichiatrici minori, in particolare quelli dello spettro dell'umore, dove più stretta è la collaborazione tra area specialistica ed area generalista, anche utilizzando i contenuti di normative che in questi ultimi anni hanno affrontato queste tematiche e le loro applicazioni nella pratica clinica quotidiana.

Autore per corrispondenza: aferrannini@libero.it

Keywords: general medicine, psychiatry, mental health, diagnostic-therapeutic and care pathways, trainings

SUMMARY

Objectives: since the beginning of the 1980s, the problem of collaboration and integration between the area of basic medicine and the specialized psychiatric area has arisen. At that time, the latter began its path of deinstitutionalization and design of services in the community, thus extending the field of intervention from mental illnesses to all the risk factors for people's mental health, through an integrated approach based on the biopsychosocial model. Subsequent changes – e.g. widening the people to be treated (from adolescents to the elderly), new psychopathological expressiveness, strong comorbidities with somatic pathologies, limitations of the techniques used and search for new therapeutic tools, among the main ones, - have pushed towards forms of integration and collaboration with other areas of Medicine, starting with General Medicine.

Methods: this field is undergoing major changes in relation to objectives, techniques, integration with other disciplinary areas, territorial organization, and relations with other health professions.

Results: in the article these changes will be specified, discussing potentials and issues at a general level and also concerning doctor-patient relationship and the use of new technologies, which appear useful for monitoring symptoms and vital signs, but often distancing such a relationship with the risk of reducing it to a mere data information, beyond the subjectivity of the patient. On the other side, the methods of telemedicine along with personal contact could contribute to improving the continuity of care and relationship, especially with the contribution of professional support and the role of case manager.

Conclusions: the treatment of minor psychiatric disorders, in particular those of the mood spectrum, will therefore be addressed as an emblematic example, where the collaboration between the specialist area and the general area is closer.

Il setting della Medicina Generale oggi: potenzialità e criticità

Nella fase attuale di riorganizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, che riguarda non solo gli aspetti finanziari ma anche le autonomie regionali, giustamente viene data particolare importanza al rapporto tra la medicina cd di base ed i servizi specialistici, anche nell'ottica di garantire maggiore appropriatezza al ruolo dell'ospedale ed ai livelli di collaborazione tra le varie professionalità (non solo medici) in campo.

In questa direzione, la psichiatria si è mossa già da tempo, nella fase di applicazione degli artt. 33-35 della Legge 833/78 – che riprendono il “core” della L.180/78 – con la costituzione di una rete di servizi territoriali, ospedalieri, semiresidenziali e residenziali e con la centralità del lavoro in équipe, con le altre professionalità coinvolte nel campo della salute mentale (infermieri, psicologi, assistenti sociali, riabilitatori). In questa rete presto ci si è posto il problema dei rapporti con i MMG, sempre più frequentemente il primo servizio di valutazione diagnostica, trattamento o invio al servizio territoriale specialistico.

Le considerazioni oggetto di questo lavoro partono proprio dalla scelta di una collaborazione precoce tra l'area generalista e quella specialistica, sia per assicurare

un corretto equilibrio tra il “focusing” (individuare i pazienti che vanno trattati) ed il “coverage” (trattare tutti i pazienti individuati come necessitanti di presa in carico), sia per garantire una migliore adesione alle cure. Questo modello sarà poi utilizzato anche per altre patologie che tendono a cronicizzare, come quelle cardiovascolari e polmonari, con differente grado di gravità e produzione di disabilità.

Fatte queste necessarie premesse generali, alcuni concetti devono essere alla base di progettualità in politica sanitaria.

In ambito di Cure Primarie l'errore o il ritardo diagnostico sono fonte di danno clinico ed economico notevoli a causa del momento particolarmente critico in cui avvengono.

In parte le motivazioni per cui ciò avviene sono dovute alle caratteristiche stesse del setting (complessità degli interventi, eterogeneità delle figure professionali coinvolte, percorsi continuativi e scarsa integrazione tra i vari passaggi), ma anche a carenze in politica e programmazione sanitaria, con mancata focalizzazione su indicatori di performance invece che di carattere meramente prestazionale.

Gli indicatori possono essere di tipo “hard” (accessi in P.S., ricoveri con determinate SDO, incidenza di procedure come rivascolarizzazione o dialisi), oppure di tipo “proxy” (livello di LdL in malattia cardiovascolare, prevalenza di copertura vaccinale, appropriatezza diagnostica, aderenza terapeutica, controllo della multiprescrizione ...)

Nel campo specifico sarà senz'altro utile condividere altri specifici indicatori anche di percorso, come quelli per valutare l'effettivo utilizzo della gestione integrata (esempio figure di anni addietro in cui la strutturazione dell'integrazione era tra l'altro supportata dall'istituzione di una figura specialistica e una di MG come referenti sull'implementazione, oltre ad un ruolo propositivo per la formazione continua congiunta).

La caratteristica storica presente nel setting delle cure primarie che deve essere mantenuta (anzi migliorata) è l'accoglienza (capillarità e accesso immediato) e questa non può essere misurata, ma solo valutata nella Carta dei Servizi dell'ambulatorio.

Un'altra nuova attività è l'implementazione di una prevenzione svolta con modalità di medicina di iniziativa, secondo un modello assistenziale di gestione delle malattie croniche che non aspetta il cittadino in ospedale (“sanità di attesa”), ma gli “va incontro” prima che le patologie insorgano o si aggravino, garantendo quindi al paziente interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di gravità.

La struttura del setting della MG dovrebbe quindi riflettere i due livelli su cui si articola l'interesse della politica sanitaria per il settore delle cure primarie:

- a) la valutazione del grado di efficienza clinica generica, oltre a quello della percezione pubblica per le iniziative a livello degli ambulatori (MMG singoli o associati) con apertura ad iniziative locali;
- b) la valutazione di indicatori più specifici di efficacia in attività di prevenzione, con conferimento di accreditamento per la capacità di presa in carico.

Per tutto ciò è imprescindibile anche una spinta alla digitalizzazione per la misurazione di tutti gli indicatori e per la loro rendicontazione. A questo scopo due sono gli strumenti assolutamente necessari: quello informatico (software e banca-dati) e quello organizzativo (team multiprofessionale).

Tenendo presente che per migliorare un qualunque processo di cura (compito sempre presente nell'attività clinica) questo deve essere, per definizione, misurabile e modificabile. Per quanto concerne in generale il problema dell'allocazione delle risorse occorre considerare che l'alto costo e la relativa difficoltà di sostenibilità della spesa sanitaria del 2° e 3° livello (specialistica e di ricovero) dipende fortemente dalla appropriatezza della domanda che giunge a questo setting.

I possibili ritardi o errori diagnostici, gli stessi bias in campo prescrittivo, la scarsa capacità di controllare persistenza e aderenza, la carenza organizzativa per monitorare la presa in carico ed altro ancora, riscontrati nel setting delle cure primarie, sono tutti elementi modificabili che influiscono sui risultati clinico-economici dei livelli successivi. Ciò anche in considerazione che gli interventi conseguenti, nel primo livello, possiedono la capacità di modificare altre caratteristiche fondamentali dei livelli successivi: a) l'equità sostanziale (forse principale obiettivo); b) l'equità percepita (assolutamente necessaria ad aumentare la partecipazione e l'empowerment degli utenti).

In campo specificatamente psichiatrico, alcune premesse sono indispensabili:

1. La preparazione diagnostica dei MMG andrebbe aggiornata alle nuove definizioni, perché il MMG si rapporta quotidianamente con molteplici personalità, vissuti, problemi e loro percezioni, tipi di relazioni...; ha pertanto a disposizione "obbligata" un buffer vasto, aggiornato ed eterogeneo di problemi cui dare risposta e nel quale individuare quelli di natura più prettamente psichica.
2. Quello che sicuramente manca (e invece contribuirebbe molto ad aumentare la sicurezza e l'efficacia dell'intervento) è una preparazione tecnica alla gestione di un colloquio o di una psicoterapia breve, integrandosi con l'area della psicologia sempre più collaborativa con la medicina generale.
3. L'impressione che si medicalizzi troppo questo campo è forse un po' superficiale e nasce solo dalla valutazione della prevalenza delle prescrizioni di farmaceutiche. In realtà questo dato può essere letto come indicatore e testimone della percezione del problema da parte del MMG, della scontata/obbligata disponibilità a dare immediata risposta alla domanda, gestendola direttamente in ambulatorio o in collaborazione con lo specialista.
4. Molte delle situazioni di disagio psichico (soprattutto nei più giovani e negli anziani) derivano da una specifica fragilità che si evidenzia in condizioni di disagio sociale. Sarebbe quindi utile anche un costante aggiornamento e coinvolgimento del MMG sulle occasioni culturali e di socializzazione che la comunità mette a disposizione.

5. Come per molte altre malattie croniche, l'obiettivo realistico non è la "guarigione", ma la riduzione del "peso" della malattia sulla qualità di vita (compresa quella del nucleo familiare, così ben nota al MMG) e dell'interferenza sulla gestione delle comorbidità, in quanto è noto che il disturbo "psichiatrico" è fattore di rischio importante per molte patologie.

Partendo da queste considerazioni, possiamo affermare che il MMG è il "primo accesso", raggiungibile, in quanto gratuito, tenuto ad una presa in carico personale, ma questo può diventare sempre più "opportunità" piuttosto che "incombenza".

Questo significa che il MMG deve essere in grado clinicamente, tecnicamente ed organizzativamente di gestire il primo (e più importante) livello di un percorso di cura, fondato da anni sulla "stepped care": a) *clinicamente* significa essere aggiornato sulle categorie diagnostico/terapeutiche; b) *tecnicamente* si riferisce alla capacità di gestire un colloquio o una psicoterapia breve, alla confidenza alla comunicazione con lo specialista oppure alla conoscenza delle opportunità territoriali di socializzazione; c) *organizzativamente*, per rispondere all'esigenza che il 1° livello non consista in un singolo contatto, ma preveda una prima occasione di opportunità per riconoscere genericamente il problema, a cui faccia seguito un secondo e dedicato incontro per approfondire e almeno un ulteriore tempo programmato in cui valutare risultati e percezione degli esiti del trattamento.

La successiva collaborazione, sicuramente e necessariamente strutturata, prevede l'ormai condiviso percorso di integrazione con le altre figure specialistiche delle cronicità (diabetologo, cardiologo,...) in cui il MMG non si può limitare a fare da filtro.

L'attuale concezione di salute e di benessere psico-fisico deve anche tenere conto della percezione di "presa in carico" totale che si riferisce in modo scontato, non ad una struttura ma ad una singola persona, come il medico di fiducia.

L'unicità di questa figura ne definisce centralità e responsabilità anche nei rapporti con gli specialisti.

La Medicina Generale tra relazione medico-paziente e tecnologie

Le recenti notizie dal Ministero della Salute sull'istituzione di fondi dedicati alla dotazione strumentale degli ambulatori della medicina generale vanno nella direzione di attribuire a questa area, non solo compiti di efficienza nell'accoglienza e nella funzione di "filtro" (inteso come cancello per il secondo), ma di diretta responsabilizzazione sui risultati clinici e, come già rappresentato, sull'efficacia per la prevenzione.

Le tecnologie considerate sono dedicate sia alla possibilità di prevedere una quasi completa gestione territoriale delle patologie (anche in una visione di equità, vista la dislocazione capillare degli ambulatori rispetto alla centralità dei presidi ospedalieri), ma anche ad attività di "Telemedicina", per snellire la gestione integrata con gli specialisti.

Altro passo prevedibile è quello di incentivare il setting della medicina generale a dotarsi di una organizzazione di team in grado di implementare realmente la presa in carico (che significa avere come traguardo un risultato di salute misurabile e non la prestazione) quindi, ancora una volta, passare da valutazioni di efficienza ad altre di efficacia. La declinazione territoriale di questi obiettivi è obbligatoriamente lasciata alle politiche regionali. Tuttavia, leggendo l'articolato del DDL sullo stanziamento dei fondi, viene naturale domandarsi: quali sono le tecnologie e le attrezzature in questione? quali riscontri di efficacia ed efficienza? (tempo lavoro macchina/die) quali professionisti saranno autorizzati ad utilizzare tali tecnologie ed attrezzature? quali saperi richiesti (abilitazione all'esercizio professionale) e quali competenze necessarie?

Comunque, a prescindere da quanto detto, è certamente una grande opportunità (ed occasione) per ripensare il sistema delle cure primarie e dei servizi territoriali. Alcuni dati possono essere di aiuto per stimolare riflessioni ed idee: a. nel recente passato (1) sono state disciplinate – con norma – le AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) e le UCCP (Unità Complesse Cure Primarie); b. a seguire sono state finanziate e strutturate le cd “Case della Salute”.

Queste innovazioni hanno avuto seguito senza particolare riorganizzazioni nel sistema. I costi sostenuti sono stati importanti, ma i risultati e gli esiti sono spesso ridotti rispetto alle attese, e comunque in maniera molto differenziata sul territorio nazionale. La vera innovazione potrebbe essere il completo ripensamento dei servizi territoriali (Distretti Sanitari, Poliambulatori, Case della Salute ed altro ancora) e del sistema delle cure primarie, per un sistema sanitario davvero universalistico e sostenibile.

In definitiva, la riorganizzazione si configurerebbe in queste direzioni (2):

1. ai *servizi territoriali* il compito di assicurare la risposta di I livello ai bisogni della popolazione e di garantire la continuità Territorio - Ospedale / Ospedale – Territorio (definizioni e condivisioni tra MMG/PLS e Medici Specialisti Ospedalieri); l'attivazione dei PDTA di maggiore peso e significatività (Scompenso, BPCO, Diabete, Demenze, Disturbi Psichiatrici Maggiori e Disturbi Psichiatrici Comuni, ...), con il coinvolgimento diretto di MMG/PLS; l'acquisizione / potenziamento e concentrazione di tecnologie ed attrezzature diagnostiche di I livello nelle Case della Salute (comprendenti anche poliambulatori, con accessi diretti / privilegiati agli utenti con prescrizioni dei MMG/PLS);
2. al *sistema delle cure primarie* il compito della riorganizzazione del sistema con conseguenze positive anche relativamente alla diminuzione degli accessi e dei ricoveri nei momenti di presenza dei Medici di Continuità Assistenziale; l'attivazione dell'“Infermiere di Famiglia” per la presa in carico delle persone affette da patologie croniche e degenerative e/o a rischio per fragilità e disabilità nell'ambito di progetti definiti e condivisi con i MMG/PLS (anche con il fine di generare una migliore

condizione operativa agli stessi ed ottimizzare la relazione con gli utenti); il potenziamento dei servizi di assistenza domiciliare e riabilitativi per consentire l'appropriatezza, l'adeguatezza e la continuità degli interventi, nel rispetto dei setting assistenziali e riabilitativi specifici per ogni assistito; la programmazione di continui momenti di audit (organizzativi e clinico-assistenziali-riabilitativi) per l'analisi degli esiti e l'eventuale revisione dei percorsi e dei processi, nel rispetto dei principi fissati dai manuali di autorizzazione ed accreditamento (ove presenti ed applicati) e dei contenuti della L. 24/2017 (3), anche per una migliore valutazione dell'adesione alla terapia da parte dei pazienti; la programmazione di continui incontri con i pazienti inseriti nei singoli percorsi PDTA (e con le famiglie), con il coinvolgimento e la partecipazione anche dei MM/PLS, per favorire la comunicazione tra persone affette da medesime problematiche e sviluppare eventuali momenti di auto-mutuo-aiuto.

Un MMG in formazione, Bellacicco (4), segnala come ulteriori ma non meno importanti criticità, oltre agli aspetti organizzativi e di interpretazione normativa – che, come già segnalato, è stata delegata alle singole Regioni con il rischio di un aumento sul territorio nazionale delle già significative diseguglianze presenti – le problematiche formative, connesse al ricambio generazionale in corso, che richiede di implementare ed uniformare l'offerta formativa in una ottica aderente alle nuove richieste assistenziali: la sfida della diagnostica di I livello in assistenza primaria è destinata a fallire in assenza di un rapido aggiornamento del curriculum formativo del MMG.

Nel 2019 l'Italia non ha ancora provveduto a riconoscere la Medicina Generale come specialità ed è accompagnata in questa black list da soli 3 paesi su 28 appartenenti all'UE: il riconoscimento di specialità è stato chiesto praticamente da tutti - Fnomceo, Enpam, SIMMG, FIMMG ma richiede un passaggio parlamentare, per cui il riconoscimento del titolo di specialista in medicina generale e l'adozione del core curriculum nazionale è fondamentale per incentivare la formazione e per fornire una copertura culturale e medico legale ai MMG che si apprestano ad effettuare prestazioni strumentali e quindi, sebbene correttamente formati, esposti all'accusa di imperizia in qualità di medici generici.

Per costruire queste nuove funzioni del Medico di Famiglia è necessario un profondo cambiamento culturale, in quanto deve diventare il vero specialista della Primary Care, ed una nuova visione della cura e dell'assistenza primaria, che coniughi l'utilizzo di tecnologie con la difesa ed il rinforzo della relazione terapeutica con il paziente, senza di cui si perde il senso dell'atto medico e della cura/care delle persone malate, fragili, infragilite, necessitanti di supporto e di aiuto, ma anche di comunicazione realistica e di empatia. Questo è peraltro fondamentale nella presa in carico e nel trattamento di persone di differente età, affette da disturbi psichiatrici di vario tipo, problemi sui quali ora ci soffermiamo.

La relazione con il paziente psichiatrico nel setting della medicina generale: la medicina di base di fronte all'incremento e alle trasformazioni del disagio psichico

Il MMG, per le caratteristiche del suo ruolo, è una porta aperta e gratuita con la possibilità di una relazione di ascolto e di aiuto offerta a tutti, in base alle preferenze dei cittadini che operano liberamente la scelta del medico a cui affidarsi. Nel SSN il MMG non può esimersi dal farsi carico del disagio psichico lieve e moderato, soprattutto nell'area dei disturbi dello spettro dell'ansia e dell'umore (ansia, depressione, insonnia, panico e disturbi correlati). Negli ultimi tempi, sta aumentando – a nostro parere impropriamente – la richiesta di cura per le persone affette da disturbi cognitivi di vario grado, fino a quelli di demenza conclamata, spesso associati a disturbi comportamentali, che richiedono invece interventi pluri-specialistici mirati.

Per quanto riguarda la formazione del MMG, vi è ancora una insufficiente preparazione per gestire la fase diagnostica e relazionale ed anche rispetto a tecniche di colloquio di supporto, che sarebbero di grande aiuto per valorizzare il tempo che viene dedicato alla relazione di aiuto in queste situazioni: l'organizzazione della medicina territoriale dovrebbe prevedere tempo e competenze disponibili per queste situazioni e per questi pazienti.

Il ruolo del MMG non può essere solo di risposta clinica e filtro per lo specialista: se accettiamo l'idea che si medicalizza eccessivamente in questo campo, dovremmo riflettere anche su come non farlo e su quali altre risposte si possono dare. Ad esempio, il MMG è informato sulle occasioni di socializzazione, culturali, di volontariato di orientamento per giovani? Possiamo considerare questi interventi preventivi/socializzanti/di auto aiuto e di inclusione sociale come parte delle sue funzioni professionali, nel riconoscere le indicazioni cliniche e biografiche del paziente ed essere in contatto con i circuiti che erogano queste prestazioni? Su questa pluralità di interventi, non direttamente sanitari ma prevalentemente di supporto all'inclusione sociale, si gioca infatti una parte significativa degli esiti ma anche della stessa adesione ai trattamenti.

Qual è la realtà del MMG nell'approccio al paziente con generico disturbo psichiatrico? Vediamo ora sinteticamente quali sono i problemi da affrontare: a) come comorbilità in paziente con disturbo principale di tipo somatico: occorre tener conto della comorbilità anche se la richiesta al momento della visita è altra; b) come presentazione di un disturbo di sospetta somatizzazione; c) come richiesta diretta di aiuto per un malessere percepito come di sospetta origine psichiatrica; d) come presentazione di un disagio familiare o sociale. I primi due approcci sono specifici della MG ma comuni alla Psichiatria, gli altri due stanno diventando frequenti in MG.

Ma qual è il vissuto quotidiano del MG di fronte a queste situazioni/patologie/persone: “chissà quanto tempo mi farà “perdere”?”; “chissà quanti contatti saranno infruttuosi (almeno dal mio punto di vista)?”; “chissà quanta frustrazione proverò dalla mancata

completa guarigione?»; “come capirò il momento di ricorrere allo specialista, anche per confrontare con lui le mie opinioni personali” ed altre domande/vissuti, pur partendo sempre dal principio che non è necessario riuscire a “guarire” tutti, quanto usare i mezzi tecnici necessari a capire il “bisogno” che il paziente propone.

Nel setting della MG non è necessario curare tutti “subito”: spesso quello che conta di più è creare un “aggancio”, far capire che si è a disposizione per prendersi carico del problema, anche perché la richiesta “completa” viene presentata un poco alla volta. Dato il frequente rischio di cronicizzazione del disturbo più che il punto d’arrivo (la remissione dell’episodio) è importante il viaggio (la consapevolezza di essere seguiti), come avviene per tutte le malattie croniche somatiche che trattiamo (ipertensione, diabete, BPCO...). Quando il problema è di natura psichiatrica, i passaggi sono gli stessi che si mettono in atto per i disturbi somatici: ascolto, rassicurazione, presa in carico che conduce a prescrizione terapeutica od a consulto, preparazione al nuovo contatto, ma con l’importante differenza del notevole risvolto affettivo del paziente con disturbo psichiatrico, motivo per cui le fasi di ascolto e di presa in carico hanno di per sé stesse un effetto terapeutico, anche perché, per quanto riguarda il medico, l’aspetto affettivo e quello tecnico sono parti imprescindibili della presa in carico.

Ma quali sono gli strumenti tecnici necessari alla presa in carico?: a) la possibilità di dedicare un *tempo minimo adeguato* nella fase di approccio; b) la *conoscenza della patologia* come possibilità terapeutiche e come storia naturale; c) la consapevolezza di poter disporre di una *consulenza ad accesso veloce* con la struttura specialistica (sia come parere immediato telefonico, sia come possibilità di consulto in accesso prioritario gestito dal MMG); d) la possibilità organizzativa di *programmare i contatti successivi* e di mantenere un rapporto stretto e continuativo con lo psichiatra curante.

I PDTA nella depressione: un caso emblematico di collaborazione tra il MMG e lo psichiatra

Il fenomeno della depressione, dei suoi trattamenti e dei servizi preposti ad erogarli, sono ad una svolta epocale per la convergenza di più fattori: a. la diffusione delle sindromi depressive su vasta scala sta assumendo dimensioni tali da far sì che esse sono la causa principale di anni di vita attiva persi per entrambi i sessi nei paesi sviluppati e per il sesso femminile in quelli in via di sviluppo; b. nonostante gli sforzi fatti dalla WHO per rendere i trattamenti - soprattutto farmacologici - accessibili, il “treatment gap” rimane elevato (circa 56% dei casi) ; c. le sindromi depressive, a fronte delle speranze suscitate dall’introduzione massiva di nuove molecole negli ultimi decenni del secolo scorso, sono sempre di più descritte con andamenti recidivanti, in cui con i trattamenti esclusivamente farmacologici il tasso di ricaduta cresce esponenzialmente e il tasso di remissione rimane piuttosto contenuto, quando si passa dagli studi controllati a quelli cosiddetti naturalistici;

d. è stato avviato in ambito economico un confronto sulla sostenibilità dei trattamenti farmacologici e sui vantaggi dei trattamenti psico-sociali a partire da quelli psicoterapici. Proprio per questa alta incidenza e per i problemi connessi alla presa in carico multiprofessionale, la Conferenza Unificata Stato-Regioni (5) ha promulgato nel Dicembre 2014 un Atto di Intesa – la cui applicazione è per legge obbligatoria in tutte le Regioni - sui Percorsi Diagnostico, Terapeutici ed Assistenziali (PDTA) nei Disturbi dell'umore, ed in particolare nel caso della Depressione, nelle sue varie modalità espressive sintomatiche ed emotive.

Il PDTA definito dall'Atto di Intesa si fonda essenzialmente – per la presa in carico dei disturbi dell'umore - sullo sviluppo dei sistemi di “stepped care” e di collaborazione continuativa con il MMG ed affronta i seguenti problemi e le azioni conseguenti:

1. *appropriatezza della diagnosi*: sono definiti pazienti affetti da depressione tutti coloro che ricevono una diagnosi di ICD10 F 32 o F 33;
2. *accessibilità del DSM* ai pazienti con disturbi depressivi attraverso l'analisi del “treatment gap”, vale a dire la differenza tra il rapporto tra i pazienti con disturbi depressivi trattati nei servizi e le persone nella popolazione sofferenti di disturbo depressivo;
3. *esordio/primo contatto*: sono considerati pazienti all'esordio quelli di età inferiore ai 30 anni che hanno avuto il loro primo contatto con il DSM nell'anno della valutazione ed in cui il primo contatto psichiatrico in assoluto, nel caso sia rilevato, non sia precedente a più di due anni, ma anche l'accessibilità del DSM a pazienti giovani con stati mentali a rischio e disturbi emotivi comuni, nonché la continuità della cura tra servizi di salute mentale, di neuropsichiatria infantile e delle dipendenze patologiche.

Quando trattiamo un episodio depressivo, il percorso è così definito: a) visita di accoglienza o ricovero ospedaliero in caso di urgenza e/o di rischio suicidario, ma non è infrequente che il comportamento autolesivo venga messo in atto dopo la prima visita del MMG, per cui è sempre consigliato che nel colloquio venga anche indagata la presenza di pensieri autolesivi e la loro durata ed intensità; b) prima visita presso CSM e presa in carico (dopo 7 giorni o dopo 14 giorni se dopo un ricovero ospedaliero) con monitoraggio dell'età di presa in carico dei pazienti con disturbo all'esordio; c) valutazione multidisciplinare e multiassiale standardizzata (uso sostanze, familiarità, disturbo personalità, problematiche sociali) e valutazione delle comorbidità mediche; d) screening condizioni mediche generali, tramite effettuazione di prelievo ematico con determinazione emocromo con formula, glicemia, funzionalità epatica, funzionalità renale, funzionalità tiroidea, profilo lipidico ed elettrocardiogramma; e) trattamento con farmaco antidepressivo quando necessario; f) valutazione screening tossicologico (in setting ospedaliero) e trattamenti conseguenti se necessario; g) interventi rivolti ai familiari (si considerano interventi rivolti ai familiari i colloqui con i familiari, la psicoterapia familiare, i gruppi di familiari,

gli interventi di carattere psicoeducativo rivolti alla famiglia); h) interventi psicoeducativi che dovrebbero includere la psicoeducazione sulla malattia, sull'importanza di una routine quotidiana e di un sonno regolare e sull'aderenza alla terapia farmacologica; i) in caso di depressione ricorrente, trattamento psicoterapico, di supporto o più specifico, a seconda delle indicazioni; l) interventi riabilitativi e di supporto al lavoro e allo studio, fin dall'esordio, nel caso che il paziente presenti una disabilità di livello moderato/grave; m) valutazione della intensità dell'assistenza e del percorso di presa in carico (in caso di tentato suicidio minimo 8 visite per anno).

Il *setting della medicina generale* è il primo ed il più importante filtro per il riconoscimento e il trattamento della depressione ed i medici di medicina generale rappresentano l'unico contatto per oltre il 50 % dei pazienti affetti da malattia psichiatrica: l'alto tasso di ricorrenza o di recidiva delle sindromi depressive pone la necessità di affrontarle come le altre malattie croniche recidivanti, secondo modelli innovativi come il Chronic Care Model e lo spostamento dell'attenzione dal setting dei servizi specialistici a quello della medicina generale e alla loro collaborazione (Collaborative care o Stepped Care).

Un modello ampiamente utilizzato è quello della Stepped care, in cui si delinea un modello di percorso diagnostico terapeutico strutturato a tappe successive, definite in base a diversi obiettivi clinici: per ciascuna fase (Step) si delineano gli interventi più appropriati e il contesto in cui realizzarli (6).

La tabella seguente riassume gli Step:

Step	Obiettivi clinici	Interventi	Setting di cura
Step 1	Riconoscimento	Valutazione - Diagnosi	MMG
Step 2	Sintomi depressivi (sottosoglia)	Supporto Rivalutazione ad un mese	MMG
Step 3	Depressione Maggiore Lieve	Supporto, watch-wait AD o psicoterapia	MMG
Step 4	Depressione Maggiore Moderata - Severa Special populations	AD o psicoterapia	MMG Specialista (consul.telefonica) Specialista (consulenza) Specialista (presa in carico)
Step 5	Depressione resistente, ricorrente, atipica, sint.psicotici	AD, switching, augmentation Trattamento combinato Supporto psicosociale	MMG Specialista (consulenza) Specialista (presa in carico) CSM
Step 6	Alto Rischio Suicidario, quadro clinico complesso	AD - Trattamento combinato Altre terapie Supporto psicosociale	Specialista (presa in carico) CSM Ricovero

Tabella 1 – Derivata e modificata da NICE 2012

Per concludere, un esempio paradigmatico: la depressione nell'anziano

A fronte della crescente incidenza dei disturbi dell'umore nella cosiddetta terza età, che ha soprattutto in Italia, ed in modo particolare in Liguria, un andamento significativamente crescente, dobbiamo ricordare che nell'invecchiamento esiste un'area di confine costituita da malessere, disagio e sofferenza, di difficile collocazione clinica, riassunta nell'antico assioma: "Senectus ipsa morbus".

E' di fatto un'espressività clinica più frequente della malattia depressiva ed è causa della mancata diagnosi e trattamento, anche nelle forme della cd "depressione sottosoglia", le cui variabili cliniche sono numerosissime (potremmo dire: una, nessuna, centomila...). Per questo è fondamentale coniugare l'approccio nosografico, prevalentemente categoriale, con quello dimensionale e psicopatologico.

La depressione nell'anziano è spesso sottodiagnosticata e sottotrattata, è un maggior predittore di comportamenti autolesivi e/o di suicidio, causa disabilità anche gravi, peggiora la prognosi delle malattie somatiche, riduce l'aderenza alle cure, incrementa i costi-sociosanitari.

Alcune brevi riflessioni psicopatologiche - particolarmente connesse ai meccanismi di funzionamento mentale dell'anziano - ci possono aiutare ad inquadrare meglio il fenomeno ed i suoi processi.

"Un problema centrale ed ineludibile della medicina moderna è quello di una corretta collocazione epistemologica della prassi clinica, della sua incessante ricerca di integrazione della *dicotomia spiegare - comprendere*. In questo senso, nel panorama contemporaneo, rischia di smarrirsi il peculiare aspetto valutativo della clinica, che rinvia a *valori individuali e sociali non riconducibili al campo strettamente scientifico*"(7).

"Se la classificazione ha a che vedere con il progetto terapeutico, è indispensabile non sottacere il vissuto di cui il sintomo è soltanto l'epifenomeno. In questo senso il sintomo non può essere considerato il punto di arrivo della diagnosi. E' piuttosto il punto di passaggio: un punto di un percorso...

E' a questo punto necessario ...trasformare il sintomo in vissuto, recuperare la dimensione vissuta del sintomo...Questa posizione costituisce il presupposto di ogni operazione terapeutica in senso lato: cogliere questo punto cruciale di transito tra sintomo e vissuto per permettere la presa in carico (della persona) e la cura del sintomo, in quanto espressione di una sofferenza"(8).

Una domanda dobbiamo comunque averla sempre in mente: "*ma è sempre vera depressione?*" Ed allora diventa importante indagare su vari fattori, tra cui: a) incidenza/prevalenza, burden disease, "epidemia" su scala mondiale (?); b) spettro, sottosoglia, sindrome, malattia, episodio, "raptus",...

c) continuum personologico e psicopatologico: tristezza, sentimenti di vuoto e di noia, disforia, comportamenti, sintomi,...; d) depressione, lutto, tristezza; e) approccio

“ethnically sensitive”, dimensioni individuali e spirituali, idea di malattia; e) depressione e crisi (culturale, sociale, economica, identitaria, etica,...); f) limiti della cd “dissezione farmacologica” per le conoscenze eziopatogenetiche; g) prospettive della farmacogenomica, che possono aiutarci verso una “cura personalizzata”.

Naturalmente senza generalizzare, ma operando sempre con la clinica e la cultura di una “medicina personalizzata”, che è sempre “medicina della complessità” (9).

Ci pare questo, in conclusione, l’approccio fondamentale che connette le funzioni e le azioni del primo livello di accoglienza – il MMG – con quello dei servizi specialistici e, per quanto ci riguarda, esso è essenziale per i servizi psichiatrici, che possono – proprio attraverso questa collaborazione – orientare le risorse (sempre più insufficienti) sui casi più gravi, nell’area dei Disturbi psichiatrici maggiori (D. dello spettro psicotico, D. Bipolari, D. di personalità di vario tipo, comorbilità con patologie somatiche di alta complessità, come il M. di Parkinson, la Sclerosi Multipla, la SLA, le patologie cardiovascolari gravi ed altro ancora).

Ma anche è di grande importanza nel superamento dello stigma connesso ancora pesantemente alle malattie mentali ed alle persone che ne sono affette, per cui essere visitati in prima istanza dal MMG invece che dallo psichiatra consente livelli di fiducia, di speranza nelle cure e di adesione ai trattamenti, mentre un invio diretto ed in prima istanza introduce sentimenti di stigmatizzazione e di timore di non riuscire a superare i sintomi – ed i vissuti, per ricordare l’importanza dell’approccio psicopatologico – connessi al quadro clinico di cui si è affetti.

In definitiva, la psichiatria può uscire dal ghetto di un vecchio concetto di follia – che è stato alla base della istituzionalizzazione e della perdita dei diritti fondamentali, come ci ricorda la storia dei manicomi – e riprendere una visione integrata del rapporto mente-corpo, superando il dualismo cartesiano che tanti danni ha prodotto, e muovendo sulla linea tracciata dalle recenti acquisizioni delle neuroscienze, attraverso la centralità del modello biopsicosociale per la diagnosi e per il trattamento, a fronte della multicausalità e della complessità dei disturbi psichiatrici.

Bibliografia

1. DL 13 settembre 2012, n. 158 (cd Decreto Balduzzi). Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute, convertito con modificazioni dalla L. 8 novembre 2012, n. 189.
2. Legge 8 marzo 2017, n. 24 (cd Legge Gelli-Bianco). Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.
3. Bozzi M. Diagnosi del medico di famiglia. Un grande investimento o solo una grande spesa? *Quotidiano Sanità* on line 2019; 2 novembre.
4. Bellacicco R. Liste di attesa e Medicina Generale: la strumentazione diagnostica da sola non basta *Quotidiano Sanità* on line 2019; 2 novembre.

5. Atto d'Intesa Conferenza Unificata Stato-Regioni. I PDTA nella Depressione: un caso emblematico. Dicembre 2014.
6. National Institute for Health and Care Excellence. Depression evidence update. April 2012.
7. Curci P. e Secchi C. L'atteggiamento psicoterapico: un fondamento per la diagnosi nella pratica psichiatrica. *Nòs* 21 2000; 6 (3): 191-7.
8. Foresti G e Rossi Monti M. La diagnosi ed il progetto. Visioning clinico ed organizzatori psicopatologici, *Psicoterapia e Scienze Umane* 2002; XXXV (3).
9. Trabucchi M. e Ferrannini L. La personalizzazione della medicina: il fenotipo complesso e la cura, *Psicogeriatría* 2013; Anno VIII (1): 15-20.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

Scendere in strada per fare salute e affermare diritti. Esperienze di ricerca e azione comunitaria in Brasile *Taking to the streets to improve mental health and to assert rights. Experiences in fieldwork and community action in Brazil*

Massimiliano Minelli

Professore associato in discipline demoetnoantropologiche, Dipartimento di filosofia, scienze sociali, umane e della formazione, Università degli studi di Perugia

Parole chiave: incorporazione, agentività, salute mentale comunitaria, Brasile, antropologia medica e salute collettiva

RIASSUNTO

Obiettivi: esaminare i rapporti fra vita quotidiana, il prendersi cura di sé e degli altri, e attività svolte in strada e spazi esterni, permette di evidenziare una dimensione pubblica e collettiva della salute come bene comune quale presupposto per avanzate politiche di salute mentale comunitaria. A tal fine, attraverso esperienze di ricerca etnografica nel campo della salute mentale in Brasile, l'articolo cerca di definire problemi e possibili strategie di intervento, mettendo in rilievo movimenti e azioni nello spazio pubblico, contesti e soggettività, esperienze individuali e pratiche collettive.

Metodologia: ricerca etnografica in équipe. Permanenza sul campo di lungo periodo con un approccio di indagine intensivo e processuale. Osservazione partecipante e interviste in profondità.

Risultati: il lavoro di ricerca etnografica e di azione in aree urbane periferiche consente di descrivere in modo innovativo lo spazio pubblico e le politiche di salute, riconfigurando i problemi nel campo della salute mentale comunitaria. L'enfasi data al movimento degli attori sociali e alla dialettica fra casa e strada permette di descrivere in modo diverso e più accurato gli itinerari di ricerca di aiuto, fra Primary Health Care e servizi di salute mentale di secondo livello, promuovendo politiche partecipative e valorizzando le risorse comunitarie.

Keyword: embodiment, agency, community mental health, Brazil, medical anthropology and collective health

SUMMARY

Objectives: the analysis of the relationships between daily life, caring for oneself and others, and activities on the streets, allows us to highlight a public and collective dimension of health as a common good, which is a prerequisite for advanced community mental health policies. To this end, the article aims to define problems and possible intervention strategies through fieldwork experiences in community mental health in Brazil, highlighting movements and actions in the public space, contexts and subjectivities, individual experiences and collective practices.

Methodology: cooperative ethnographic research in teams. Long-term field research through intensive and processual investigation approaches. Participant observation and in-depth interviews.

Autore per corrispondenza: massimiliano.minelli@unipg.it

Results: ethnographic research and actions in peripheral urban areas make it possible to describe public space and health policies in innovative ways, reconfiguring problems in of community mental health. The emphasis given to the movement of social actors and to the dialectic between home and street opens up new possibilities in describing help-seeking pathways between Primary Health Care and the second level of mental health services, promoting participatory policies and enhancing community resources.

1. Cambiare prospettiva

«Fare salute sulla strada...» è una espressione che invita a mutare prospettiva. L'accostamento fra la salute e la vita in comune, fra il prendersi cura di sé e degli altri e le attività in strada, permette di evidenziare una dimensione pubblica e collettiva fondamentale al fine di comprendere le relazioni tra corpo, salute e mondi sociali. Tutto è come se, attraverso questa scelta prospettica, un ambito della realtà in cui viviamo l'intreccio di corporeità, malattia e relazione di cura - generalmente protetto nella sfera intima della vita individuale e nella dimensione stretta di uno spazio domestico e familiare - venisse proiettato nello spazio pubblico, investendo la totalità dei rapporti sociali.

In questo senso, i confini tra il corpo, le relazioni umane e le aggregazioni collettive vengono rimessi in discussione nel vivo dell'azione quotidiana. Sono così richiamati ambiti di indagine e di intervento sociale che richiedono specifiche capacità di analisi, incrociando contesti e soggettività, esperienze individuali e pratiche collettive. Potremmo allora chiederci: in che modo il prendersi cura, vale a dire l'aver cura di persone e luoghi di vita, assume forme concrete in reti relazionali ampie? Quali sono gli elementi costitutivi di un'etica e di una politica della salute pubblica capaci di sostenere collettivamente le forme di vita in modo giusto, equo e solidale?

Osservata attraverso il movimento e il posizionamento di chi è chiamato a riflettere sulla realtà circostante, infatti, la vita in strada e negli spazi pubblici mostra alcune peculiari caratteristiche dei cosiddetti determinanti sociali della malattia, così come inaspettate risorse locali per la produzione di salute: cosa accade alla vita e ai corpi, nel movimento e nella pratica di ogni giorno? Quali sono gli stili di vita e i valori con essi legati che agiscono nel vivo dello scambio sociale in situazioni di cambiamento? Come interagiscono le abitudini di consumo, le attività di lavoro, le forme dello svago nella mobilità e nella organizzazione urbana, nei termini di conoscenza e di promozione della salute?

La messa in discussione delle premesse investe la sfera del politico, come ambito della ridefinizione dei rapporti tra la casa e la strada, pubblico e privato, e di produzione collettiva della salute quale bene comune e diritto fondamentale. In definitiva, fare salute in strada è parte di una consapevole strategia per una micropolitica e una infrapolitica del rapporto fra salute e diritti.

2. Mettersi in viaggio

L'antropologia ha da tempo messo al centro della sua riflessione il viaggio, la connessione fra contesti e il reticolo di strade da percorrere come modo di leggere la società e la

cultura in mutamento. Il viaggio, inteso come spostamento, interazione e dislocazione, mette in discussione le rigide logiche del radicamento e dell'affermazione identitaria (1). Questo orientamento di fondo porta a cogliere le esperienze situate di salute e malattia e le singolarità come un intreccio complesso di coordinate: genere, differenze di classe, squilibrati rapporti di potere e ineguaglianze, forme contemporanee della cittadinanza nella migrazione e nella diaspora, razzismi dichiarati o latenti. D'altra parte, lo spostamento, tema fondamentale della modernità urbana, è per certi versi riconfigurato quando pensiamo alla strada come susseguirsi di incontri e dialoghi e come opportunità di relazione dinamica. Un modo, questo, per elaborare consapevolmente un sapere relazionale sulle questioni della salute: quando cioè le consuetudini e gli usi dei corpi portano a riflettere sulla grammatica dello scambio e della sociabilità nel quotidiano, attraverso traiettorie individuali e movimenti collettivi.

La dimensione relazionale cui si è fatto cenno implica la ridefinizione delle premesse culturali delle relazioni sociali, mettendo in primo piano l'intreccio fra pratica e pensiero, le azioni ordinarie e la vita di ogni giorno. Su tali questioni l'antropologia medica sperimenta un'opzione metodologica di prossimità e distanza, nella ricerca intensiva sulla dimensione incarnata e performativa delle scelte e delle azioni quotidiane. In gioco è la stessa idea di agentività, come capacità umana di agire mediata culturalmente sia nella sua dimensione performativa sia nelle molteplici possibili interpretazioni dell'azione. Quando le persone sono in movimento e si mettono in relazione con gli altri attraverso la propria attiva presenza corporea, appare con maggiore evidenza la dialettica fra salute e malattia nella sua qualità per così dire incarnata. Se è così, la ricerca sulla salute non può attingere a una visione astratta, né fabbricare un modello lontano dai contesti e dalle persone. Dovrebbe piuttosto accettare la sfida di elaborare un sapere situato (2) nel confronto fra differenze di posizione, saperi quotidiani e interpretazioni, misurandosi con i problemi che le persone affrontano, nei luoghi dove vivono, desiderano, sperimentano limiti e possibilità, e incontrano la malattia e la guarigione, talvolta la sofferenza e la morte. Questo complessivo ripensamento della questione implica evidentemente alcune scelte di valore. Necessario è interrogarsi su quale idea complessiva di sistema di salute sia l'orizzonte di riferimento dei rapporti sociali, se pubblico e universalista oppure privatizzato secondo un sistema di scambi e prestazioni di mercato, quali i diritti da affermare e difendere, quali percorsi di ricerca intraprendere, secondo precise opzioni teoriche e di metodo. Necessario è inoltre riconoscere come le principali sfide per promuovere la salute chiedano di riconnettere le mobilità umane a processi internazionali di larga scala per misurarsi con la "sofferenza sociale" e la "violenza strutturale" (3).

Il sapere situato infine consente di decentrare lo sguardo, considerando la presenza corporea e i processi di salute-malattia come problematica intersezione di dimensioni quali il genere, la classe, le appartenenze socioculturali e le provenienze nazionali, che sono al tempo stesso

esistenziali e politiche. Permette infine di valorizzare le traiettorie molteplici e frammentate di utenti e operatori, attingendo alle capacità di fare incursioni all'esterno e alla vocazione proattiva di scoprire risorse nello spazio circostante. La tendenza a burocratizzare le pratiche e a istituzionalizzare le risposte, secondo logiche aziendalistiche e approcci medicalizzanti, in questo modo trova davanti a sé una radicale alternativa.

3. Salute collettiva e reti di salute mentale

Cosa si guadagna a osservare, in movimento, i dettagli della vita quotidiana in realtà in mutamento? Vorrei fare un esempio di lavoro attingendo alla mia esperienza personale, tratteggiando alcune situazioni della ricerca sul campo, realizzata in équipe, sulla salute mentale comunitaria in Brasile negli anni 2011-2014¹. La ricerca cui faccio riferimento è poi andata a costituire una base di confronto per la rete di Cooperazione e comunità di pratica Italia - Brasile che ha realizzato progetti di formazione e scambio culturale nel biennio 2018-2019². Nel suo insieme, si tratta di un lavoro coordinato portato avanti da un gruppo interdisciplinare di ricercatori italiani e brasiliani per produrre conoscenza e alimentare il confronto politico-culturale fra operatori, amministratori, organizzazioni di utenti, ricercatori, nel campo della salute mentale dei due paesi coinvolti.

Nelle esperienze che vorrei qui brevemente richiamare, hanno avuto rilevanza proprio lo spostamento e il fieldwork in strada. La prima fase di progetto su *Politiche, cittadinanza e reti di salute mentale comunitaria* si è basata su un'etnografia del quotidiano della

¹ La ricerca "Politiche, cittadinanza e reti di salute mentale comunitaria" – condotta da una équipe di antropologi del Dipartimento Uomo e Territorio (ora Dipartimento di Filosofia, Scienze Sociali, Umane e della Formazione) dell'Università degli studi di Perugia, in collaborazione con i dipartimenti di scienze sociali di due Università Brasiliane, rispettivamente la Unesp Università dello Stato di São Paulo e la UFSCar Università federale di São Carlos – è stata promossa e finanziata dall'Area salute e coesione sociale della Regione Umbria. Il programma di attività, di cui sono stato responsabile scientifico, si è sviluppato nel periodo 2011-2014 in due città (Araraquara e São Carlos) dello Stato di São Paulo. Dell'équipe di ricerca hanno fatto parte Michelangelo Giampaoli, Dalila Ingrande, Laura Cremonese e Paride Bollettin (per il primo anno). Il mio lavoro sul campo si è svolto per 13 mesi nei periodi di settembre 2011 - febbraio 2012; settembre 2012 - febbraio 2013; agosto 2013 - novembre 2013. Contatti costanti e visite reciproche di diversi membri dei gruppi di ricerca italiano e brasiliano sono proseguite negli anni 2014, 2017-2018.

² CoP BR-IT Comunità di Pratica Brasile-Italia è una rete di ricercatori e operatori della salute mentale comunitaria che da alcuni anni svolge ricerche e azioni tra l'Università Federale di São Carlos UFSCar (Stato di São Paulo, Br) e l'Università degli Studi di Perugia – Dipartimento di Filosofia, Scienze Sociali, Umane e della Formazione (FISSUF). CoP BRIT attua iniziative congiunte volte a individuare strategie di miglioramento della presa in carico in salute mentale, analizzando le pratiche dei lavoratori nella salute mentale, italiani e brasiliani, nonché i saperi quotidiani e le strategie di azione nelle comunità. Tali saperi e pratiche divengono la base del reciproco scambio di conoscenze ed esperienze, nella prospettiva dell'Educazione Permanente in Salute fra Brasile e Italia.

salute mentale, osservando direttamente e in modo partecipativo le interazioni sociali e i processi di cura in una regione dell'interno dello stato di São Paulo. La premessa della ricerca era che le politiche di salute mentale comunitaria, senza "istituzioni totali" e segreganti, richiedono un'attività collettiva permanente per deistituzionalizzare le pratiche dei servizi e mobilitare le risorse delle comunità locali. In tal senso, l'attenzione dovrebbe essere rivolta soprattutto verso quei saper fare formali e informali, che sfuggono a un'integrazione in una rigida struttura di tipo biomedico e possono favorire, nella loro pluralità, rapporti avanzati tra salute primaria (*primary health care* PHC) e salute mentale di comunità (*community mental health* CMH), con strategie di prevenzione e promozione della salute, in linea di continuità con la piattaforma di Alma Ata.

La ricerca sul campo si è sviluppata in modo partecipativo in diversi ambiti di vita urbana e nelle reti socio-sanitarie in due città di circa duecentomila abitanti dell'interno dello stato di São Paulo. Si è cercato nello specifico di «realizzare un'etnografia delle istituzioni, intese come pratiche politiche, che sviluppasse *sensibilità specifiche per le singolarità* e sperimentasse una *lettura qualitativa e intensiva dei movimenti e delle dislocazioni dei soggetti che attraversano i dispositivi di salute*. Una etnografia del quotidiano che, in modo partecipativo, descrivesse le interazioni e i processi di cura, proiettando la "luce obliqua" delle azioni minoritarie e molecolari sull'assetto stabilizzato dei regimi di pratiche amministrative» (4). In particolare è stata data importanza alla relazione tra la salute della famiglia, le cure primarie e gli itinerari terapeutici in salute mentale, ricostruendo le forme organizzative, le strategie di azione e la vita quotidiana di operatori, pazienti e familiari. Ciò spiega perché la ricerca non si sia svolta in un solo centro di salute, ma abbia invece puntato sullo spostamento costante dei ricercatori dentro la rete. La salute collettiva, infatti, è continuamente alimentata da relazioni, mutamenti di posizioni e spostamenti. Bisogna perciò evitare di identificare un "luogo" con un "gruppo" e con una "cultura". L'idea di "isola che vai cultura che trovi" non è mai effettivamente stata utile a capire come vivono e interpretano il mondo le "persone concrete che fanno cose concrete" per affrontare i problemi di salute, cercando di porvi rimedio.

Gli spostamenti nelle periferie hanno perciò scandito le nostre giornate a contatto con i pazienti, i servizi e i loro operatori. Per il nostro gruppo di ricerca la mobilità nello spazio urbano - camminando, in autobus, con auto-taxi e moto-taxi, talvolta approfittando di passaggi di fortuna in auto - ha permesso di entrare in relazione con le pratiche disseminate di prestazione di aiuto, così come con l'impatto nel quotidiano delle ineguaglianze sociali. Diverse/i pazienti incontrate/i nei gruppi di psicoterapia e nelle riunioni di counseling impiegavano molto tempo per giungere al servizio di salute mentale e tornare a casa in autobus. Alcune/i di loro non avevano abbastanza denaro per muoversi con i mezzi pubblici e fruivano di un sostegno economico con fondi sociali per accedere a questo livello minimo di diritto ad accedere alle cure.

Sul campo, la variabilità della nostra partecipazione a diverse interazioni ha permesso

di adattarci flessibilmente ai differenti contesti e di assumere in vario modo il ruolo di testimoni partecipi della difficile realtà condivisa dai nostri interlocutori. Per sviluppare un'analisi congiunta di casi e di dati, la ricerca ha ricostruito spostamenti, posizioni e prese di posizione, nel campo della salute comunitaria: le pratiche degli Agenti Comunitari di Salute, le assemblee dei servizi, le riunioni delle équipes dei centri psichiatrici territoriali, gli incontri dei gruppi terapeutico-riabilitativi dei pazienti e le psicoterapie di gruppo. Si sono infine studiati sia i percorsi biografici e le strategie di auto-attenzione dei pazienti, sia le esperienze informali delle équipes di salute, facendo emergere le contraddizioni legate alla presenza dell'ospedale psichiatrico in un territorio che nonostante viva un processo di trasformazione, in cui i movimenti di salute mentale operano per una salute di comunità senza istituzioni totali, il ricovero in ospedale rimane ancora come una delle risposte alle richieste di contenimento e rimozione della follia (4).

Quattro scelte metodologiche hanno caratterizzato la ricerca:

(1) dare attenzione alle pratiche quotidiane attraverso una sensibilità etnografica per il contesto e per le interpretazioni e le azioni volte alla ricerca di aiuto, sostegno e trattamento;

(2) seguire le storie di vita, le pratiche e gli spostamenti dei pazienti per far emergere - nel loro farsi - le reti, le trame narrative e le connessioni che attraversano contesti sociali e servizi di salute;

(3) individuare e descrivere le situazioni di incontro e di confronto delle idee, nella loro dimensione emergente e "generativa", per una partecipazione ampia nella definizione critica delle aree di discussione e delle piattaforme di valutazione;

(4) valorizzare le singolarità e le differenze nel "territorio vivo" delle pratiche di cura e di attenzione primaria come risorsa base per realizzare "analisi di processo" sulle politiche di salute mentale.

4. La vita in azione

Attraverso alcuni casi di studio, si è cercato di valorizzare nella ricerca sul campo la specifica vocazione etnografica a mobilitare i contesti di vita. A fronte delle vicende e degli imprevisti che si presentano nella esperienza della malattia mentale, le persone raccontano soprattutto gli spostamenti, restando per così dire quasi in bilico, sospese, tra il desiderio di andare lontano e quello di fermarsi, laddove può prospettarsi un luogo accogliente come auspicata conclusione di un lungo peregrinare³.

La nostra conversazione con Jair, un uomo mite e riservato di 63 anni, e sua moglie Amanda, si apre con considerazioni disincantate e critiche sul Sistema pubblico di salute SUS. Nel centro di salute comunitario del loro quartiere, Jair che ha subito una complessa

³ In accordo con coloro i quali hanno partecipato alla ricerca, in questo testo userò degli pseudonimi ed eviterò di fornire indicazioni che possano identificare le persone coinvolte.

operazione chirurgica all'addome, ha dovuto fare lunghe file di attesa per la mancanza di medici, rimasti ormai in troppo pochi - dicono - per seguire adeguatamente tutti i casi che si presentano al centro.

La malattia di Jair è parte di una storia di rifiuti e di marginalizzazione da parte della famiglia d'origine; una famiglia numerosa di coltivatori, arrivata dal Nord-Est, costituita da padre, madre e otto fratelli. La madre di Jair ha avuto alcuni ricoveri psichiatrici quando egli era ancora piccolo. La notte non dormiva, fumava la notte intera. Alla fine è morta di cancro ai polmoni.

Quella di Jair è anche una storia di migrazione verso città con un più alto tenore di vita, in cerca di condizioni economiche favorevoli. Viaggi ripetuti che Jair ha intrapreso in diverse regioni del Brasile attraversando città e fattorie in cui trovare rifugio e salario come bracciante, alle prese con «un lavoro duro che spacca la schiena, sotto il sole...» Jair ha sempre lavorato nei campi [*na roça*] e alla fine delle sue peregrinazioni si è stabilito nel 1988 nella città dove sposerà Amanda.

I suoi movimenti hanno portato Jair a conoscere diversi ospedali psichiatrici dello stato di São Paulo. All'inizio, ancora adolescente, ha cominciato ad avere paura, pensava che le persone parlassero male di lui. A sedici anni è stato ricoverato a Marília, nell'ospedale psichiatrico spiritista più grande dello Stato. Poi nella città di Presidente Prudente per sette mesi, per giungere infine, dopo un nuovo ricovero a Botucatu, nell'ospedale della città in cui si svolge la nostra ricerca. Oggi che è seguito dal Centro di attenzione psicosociale [Caps], Jair afferma di aver capito che se si fosse curato con continuità forse avrebbe avuto meno problemi. La sua è una storia di risposte parziali a crisi periodiche, senza una reale esperienza di presa in carico dei problemi che l'hanno afflitto in passato. Alla fine è arrivato alla conclusione che avrebbe avuto bisogno di un farmaco [*remedio*] per la depressione: unico riferimento certo di una possibile negoziazione della relazione di cura. Adesso sembra quasi volerli rassicurare, ripetendo che prende il farmaco con continuità: «è importante prendere le medicine nel modo giusto...» [*“tomar o remedio certinho”*].

Amanda definisce come “coraggiosa” la sua decisione di sposare Jair, dopo aver scoperto la precedente lunga storia di malattia. Si sono fidanzati, ma solo dopo sei mesi, sorpresa ha ascoltato dal compagno le vicende riguardanti la sua salute. La scelta di Amanda, avvenuta in età avanzata e già con un matrimonio alle spalle, è stata alla fine condivisa, non senza fatica, da Adilson il figlio avuto dalla precedente relazione coniugale. Adilson, che nel racconto della coppia appare come il principale alleato nel percorso terapeutico, ora vive nella stessa casa della madre e di Jair. Abitano in uno dei “quartieri satelliti” popolari costruiti nel perimetro delle nuove periferie urbane della città. Questo nuovo nucleo familiare si è costituito dopo che Adilson si è separato dalla moglie, allontanandosi anche dalla figlia. Amanda dice che ha avuto problemi di alcol, affrettandosi ad aggiungere che anche l'ex moglie ha dovuto fronteggiare la dipendenza dalla droga. Il figlio è di religione

spiritista e la sua lettura della vita conforta Amanda, che pure è cattolica praticante. La sostiene, dicendo che questo incontro risponde a eventi e predestinazioni con cause spirituali lontane nella loro genealogia. Hanno deciso insieme di accogliere Jair che non aveva un posto dove andare e dormiva in strada, quando «si buttava a terra dove riusciva a trovare riparo». La strada è stata la sua casa per un lungo periodo: gli amici di Jair erano là, in caso di difficoltà poteva contare sulla rete informale delle persone senza fissa dimora [*moradores de rua*]. Il punto di svolta della loro storia è stato quando Jair è finalmente riuscito a operarsi all'addome. Per seguire la sua convalescenza Amanda lo ha preso in casa e da quel momento Jair non ha più avuto bisogno di chiedere aiuto ai fratelli. Anche dopo il matrimonio con Amanda, peraltro i rapporti difficili con la famiglia di origine di Jair non sono migliorati. Una sorella dell'uomo vive in città ed è tecnica infermieristica, il marito di lei lavora nella sicurezza privata. «Non sono ostili, solo non vogliono che Jair metta piede nella loro casa...».

Quando sta male Jair non dorme e la notte intera cammina avanti e indietro nella stanza da letto. Vorrebbe uscire, rischiando di perdersi o di correre qualche pericolo in strada. Nell'ultimo periodo di crisi, Amanda ha dormito con la chiave sotto il cuscino: dice che suo marito è una persona mite, non farebbe male a nessuno, ma proprio per questo deve essere protetto. «Bisogna avere pazienza. Quando è "nervoso" devo stargli vicino, mantenendo la calma». Fosse stata un'altra, dice Amanda, forse l'avrebbe lasciato: «Ho lottato molto per averlo con me».

La vicinanza di Amanda si esprime attraverso piccoli gesti di attenzione verso il marito, ad esempio quando prepara e sistema con cura la scatola in cui sono riposte in ordine le compresse che Jair prende a diverse ore del giorno. È un "fare ordine", forse assimilabile ai piccoli doveri domestici di chi sistema gli abiti nell'armadio o spolvera un mobile. È su questi stessi parametri che la coppia misura le capacità di Jair, discusse periodicamente nel progetto di riabilitazione psicosociale concordato con gli operatori del Caps, quando Jair racconta del suo prendersi cura di una parte della casa, che pulisce facendo attenzione alle zone della cucina affidategli da Amanda.

Il sostegno alle periodiche difficoltà di Jair proviene da questo nuovo gruppo familiare e da una certa comprensione mostrata da alcuni vicini. Dall'altra parte, nella loro storia devono continuare a fronteggiare i parenti del marito, i quali sono evocati più volte come antagonisti, prima con cenni e allusioni, poi con giudizi severi di Amanda sui loro sguardi indagatori. Un'immagine efficace chiude la storia. Quella che ritrae Amanda vicina al marito alla festa del *bairro* organizzata dalla parrocchia. Lei cattolica praticante è rappresentante del comitato della festa, in cui anche il marito è coinvolto operativamente, lontano dai parenti che lo hanno emarginato. Adilson, il figlio spiritista sorride comprensivo alla madre che con Jair al suo fianco dice: «lui sta con me...».

Nella storia in movimento di Jair e Amanda si coglie la difficile responsabilità delle scelte

e la consapevolezza dei possibili delicati equilibri da raggiungere in certe condizioni. D'altra parte, i confini tra la casa e la strada sono porosi e situazionali, definiti volta a volta dalle interazioni dei protagonisti. Le insidie e le possibilità di vita possono presentarsi nel gioco complesso di sguardi fra dentro e fuori. Per comprendere queste dinamiche è importante considerare la relazione complementare fra la casa e la strada, «*a casa e a rua*», poiché «queste parole non designano semplicemente spazi geografici o cose fisiche commensurabili, ma soprattutto entità morali, sfere di azione sociale, province etiche dotate di positività, domini culturali istituzionalizzati e, come tali, in grado di suscitare emozioni, reazioni, leggi, preghiere, musiche e immagini esteticamente incorniciate e ispirate»(5). In questa direzione, l'antropologo brasiliano Roberto Da Matta ha tematizzato il rapporto fra «*a casa*» e «*a rua*», invitando a sperimentare dei rovesciamenti di prospettiva, al fine di interrogare i prevalenti criteri di classificazione e a chiedersi come può cambiare il punto di vista sui problemi quando ad esempio «l'asse della vita pubblica (dell'universo di strada) è inglobato dall'asse della casa». La strada appare allora come il luogo in cui una particolare forma di vita si configura ed anche come lo spazio dialogico dove sorgono gli interrogativi da rivolgere ai contesti relazionali sui quali i servizi possono agire da facilitatori. I concatenamenti di azioni possono infatti essere seguiti con attenzione partecipe o imbrigliati in circuiti di riproduzione della violenza istituzionale.

5. Vite non dispensabili: attivismo e azioni di salute comunitaria

Per capire come è fatta la vita di un quartiere bisogna camminarci e, attraversandolo, parlare con gli abitanti. Da un lato si scorgono i modi collettivi di appropriarsi dell'esterno, degli spazi circostanti la dimora e il lavoro, i quali appartengono strutturalmente alla logica esplorativa e poetica delle pratiche quotidiane dell'abitare. Dall'altro, si percepisce come sul confine tra pubblico e privato si inscrivano anche quelle azioni di sottrazione e sfruttamento di risorse pubbliche e di beni comuni che, intraprese da agenti economicamente e politicamente egemonici, hanno spesso un impatto destrutturante sulla salute collettiva.

Le nostre interviste sono costituite da lunghi colloqui sulla vita quotidiana e sulle pratiche dell'abitare e della trasformazione creativa dello spazio pubblico. Diversi materiali prodotti nel corso della ricerca sono inoltre costituiti da note e osservazioni fatte in strada, nei luoghi pubblici, nei negozi, ecc. Le strade del quartiere, come spazi definiti dalle politiche amministrative urbane con una stratificazione storica, hanno una funzione strategica nelle modalità di esclusione e inclusione di parti di popolazione urbana, di soggetti desiderabili/indesiderabili, di controllo e gestione di spazi pubblici urbani. La segregazione urbana è attivamente prodotta con un processo costante di discriminazione e classificazione dei problemi e delle persone (6). Al fine di mostrare

alcuni aspetti di questo modo di definire il terreno, mi concentro ora su un nodo che ha valenza strategica: l'intreccio fra salute mentale e dipendenze [*dependencia quimica*]. Si tratta di un ambito cruciale perché rispetto alla "dipendenza chimica" più evidente è il rapporto fra dispositivi disciplinari e soggettivazione, oltre che l'interazione tra nuove forme di internamento e violenza classificatoria applicata agli esseri umani.

Della nostra ricerca fanno anche parte situazioni in cui la strada è luogo di conflitto violento. In strada si muore.

Un giorno di gennaio 2013 nel CRAS (Centro di assistenza sociale) di un *bairro* periferico e povero della città, incontriamo un gruppo di donne impegnate in azioni comunitarie e in progetti del movimento di economia solidale. Alcune loro iniziative riguardano il campo delle dipendenze chimiche. Si sono riunite perché vorrebbero mettere in piedi un "*consultório de rua*", un ambulatorio di strada che possa intervenire proattivamente sulla riduzione del danno e il contrasto alla dipendenza da crack, un problema molto sentito che riguarda i ragazzi più giovani del quartiere. Questa strategia è in antitesi con le più recenti politiche dello stato di São Paulo, delle quali molto si è discusso, prevalentemente centrate sulla "*internação compulsória*", il ricovero sanitario obbligatorio per i consumatori [*usuários*] di crack. Le partecipanti all'incontro sono contrarie a questa politica securitaria e lamentano una crescente stigmatizzazione dei consumatori. Ciò porta, inevitabilmente, a una repressione di altre attività di strada considerate come illegali. A soffrirne sono soprattutto i cosiddetti *moradores de rua*, i senza fissa dimora, sui quali l'impatto degli interventi della polizia nelle periferie urbane è drammatico e devastante.

Ana, la più giovane delle donne, sostiene che il problema della violenza si è amplificato con l'avvicinarsi degli imminenti grandi eventi sportivi, in particolare i mondiali di calcio del 2014. Un processo di "igienizzazione" delle periferie urbane più povere e marginali, rispondente ai grandi interessi delle *lobbies* edilizie e immobiliari determinate a dare un "volto rispettabile" alle città, è condotto con un impressionante dispiego di mezzi e di forze militari. Inoltre, una guerra non dichiarata è in atto tra pezzi dello stato e organizzazioni illegali per il controllo del territorio. Sono profondamente colpito nell'ascoltare i racconti della violenza ordinaria per le strade e nel sentir parlare di "esecuzioni", con riferimento alle vittime di agguati di *commando* di motociclisti con il volto coperto da caschi integrali, che usano armi militari.

A fine dicembre, il gruppo di lavoro delle donne ha discusso l'ultima versione di un dossier preparato dal Comitato di studio [*comité*] formato da gruppi della società civile attivi in città come contributo al "Movimento contro lo sterminio dei giovani di colore che vivono nelle periferie urbane". I movimenti sociali e la costruzione di legalità attorno a grandi questioni di trasformazione sociale mostrano l'importanza di "lavorare in strada" per risalire all'origine sociale del diritto. Il diritto in strada è un modo di affrontare «il fenomeno legale dalla sua costruzione da parte dei movimenti come legittima

organizzazione sociale della libertà» (7). In effetti, l'analisi dei dati statistici relativi ai molti civili morti in scontri con la polizia mostra alcuni elementi incontrovertibili, che studi antropologici recenti hanno più volte evidenziato: «un alto numero di civili muore in scontri con la polizia ogni anno; il numero di civili che muore è molto più alto dei poliziotti che perdono la vita negli scontri; è molto alto il numero di civili morti che riporta una grande quantità di ferite d'arma da fuoco» (8). A tutto ciò va aggiunto che a morire sono ragazzi e adolescenti colpiti da colpi di arma da fuoco in conflitti in cui è coinvolta la polizia militare.

Secondo Ana il *Comité* ha già ottenuto alcuni importanti risultati. Il segretario per la sicurezza dello stato si è dimesso. La polizia ora è diffidata dalla possibilità di trasportare in auto il corpo di una vittima in uno scontro a fuoco. Esperti di diritto dovranno analizzare con attenzione i casi di morte violenta, indicati nei documenti ufficiali e negli articoli dei giornali locali con l'espressione "causati da tiro incrociato" [*troca de tiro*]. Il movimento cerca inoltre di sensibilizzare i professionisti della salute chiamati a stilare un apposito rapporto [*boletim de ocorrência*] quando si recano sul luogo di una sparatoria. Nel corso del loro lavoro, rivolto a ridefinire lo spazio pubblico del quartiere, le donne riunite al CRAS sanno di muoversi pericolosamente nel mezzo di un conflitto fra la polizia militare e le organizzazioni criminali per l'effettivo controllo del territorio. Pochi giorni prima della riunione, alcuni poliziotti sono entrati in questo stesso luogo, il CRAS, interrompendo un laboratorio di attività ludiche per interrogare un adolescente. Anche la madre del ragazzo è rimasta dolorosamente coinvolta dopo che il ragazzo ha avuto una crisi convulsiva e gli operatori sociali hanno richiesto l'intervento di un'ambulanza. Quella notte - con un atto di rappresaglia del quale, come sempre, gli autori rimarranno ignoti - sono stati lanciati ordigni da auto in corsa, allo scopo esplicito di terrorizzare la popolazione. E ci sono riusciti. Secondo la nostra collega brasiliana, l'équipe della Unità di Salute della Famiglia, è dovuta intervenire su frequenti richieste di aiuto da parte di persone anziane con forte disagio, ansia e picchi di ipertensione.

Le partecipanti convergono sul fatto che gli effetti sulla salute delle popolazioni dei *bairros* coinvolti sono drammatici. Una delegata del municipio chiede se ci si è seriamente interrogati sul fatto che un'opposizione all'intervento della polizia contro traffico di stupefacenti possa essere considerata come un tacito appoggio esterno alle attività del PCC - Primeiro Comando da Capital, vale a dire in favore della più potente e capillare forma di controllo extra-legale del territorio dello stato di São Paulo (9-10). Chiede la delegata del municipio: «Come si pone la politica del movimento e del *Comité* con la politica del PCC? Se l'idea è non vendere crack nel *Bairro* chi andrà a parlare con loro?» Ana e le sue compagne provano a sviluppare un ragionamento che già è stato fatto dai partecipanti ai lavori di preparazione del documento del *Comité*: bisogna incidere sulla coscienza delle persone senza mescolare i piani. Toccare problemi di questa gravità

significa agire come collettivo e non come individui. Non bisogna collocare nessuno in situazione di rischio - dice Ana - sia con la polizia, sia con i trafficanti. Ci si muove con difficoltà, in equilibrio instabile: «è come pattinare sul ghiaccio».

La situazione di ricerca che ho presentato ci mette di fronte a cosa davvero significhi apparire nello spazio pubblico, in condizioni limite, quando la violenza quotidiana attraversa i luoghi di vita, nell'ambito delle contraddittorie forme contemporanee della politica (11). L'azione civile in difesa dei diritti e nella promozione della salute è estremamente difficile quando in gioco è una forma di vita caratterizzata dalla intermittente esplosione di violenza, su un basso continuo di tensioni e incertezze vissute dalle persone. In un *bairro* periferico e povero, la violenza descritta come "straordinaria" e "occasionale", eppure pervasiva e costante, incide profondamente sulla perdita di spazi comunitari di riconoscimento. Il lavoro di Ana e delle altre partecipanti ai lavori del *Comité* mostra come la presenza corporea in uno spazio pubblico sia necessaria a testimoniare la drammatica condizione di chi lotta per il riconoscimento dei diritti. Eppure quando si sperimenta ogni giorno sulla propria pelle l'esposizione differenziale alla morte e alla mortalità, le soglie di apparizione sono contigue a zone occulte, dove le vite delle persone subordinate e precarie si riproducono e sono soggette a sfruttamento secondo la linea della classe, del genere e del colore (11). In questi casi, come ha mostrato Judith Butler (11), le azioni collettive transitorie e critiche svolgono una funzione cruciale nella ridefinizione del rapporto fra corpi, relazioni e luoghi di riconoscimento attraverso la presenza nello spazio pubblico: «Essere visibili, stare in piedi, respirare, muoversi, rimanere fermi, parlare, stare in silenzio [...] i corpi che si assestano "dicono": "Noi non siamo dispensabili", anche se restano in silenzio» (11).

6. Conclusioni

L'«etnografia in movimento» vede lo spostamento dei ricercatori e le dinamiche di gruppo come risorse per cogliere la complessità della salute mentale, facendo saltare le partizioni e i confini di demarcazione fra vita quotidiana e lavoro istituzionale, fra casa e strada, favorendo al contempo il confronto politico tra diversi soggetti impegnati nelle comunità. In tal senso, la trasformazione dei luoghi attraverso la ricerca sulla salute collettiva può essere l'esito problematico e temporaneo di conflitti e negoziazioni fra bisogni, aspettative e forme di vita degli abitanti.

Camminando insieme agli abitanti nei quartieri periferici di una città, il dialogo interdisciplinare sulla salute permette di riconsiderare le definizioni preliminari, a ragionare sui processi di mutamento, a riconoscere zone di transizione e dimensioni sociali che a uno sguardo superficiale potrebbero altrimenti sembrare separate in distinti domini di privato e pubblico.

Sulla strada si apprende inoltre a stare vicini e a condividere spazi e tempi nella relazione

di cura e, come in altre condizioni limite, a saggiare le qualità emergenti delle forme di vita, anche quando le possibilità terapeutiche sembrano poggiare su un ridotto potenziale di efficacia (12). Qui il lavoro congiunto di operatori e ricercatori di varia formazione trova come punto di equilibrio l'impegno alla trasformazione riconoscendo che il processo di conoscenza e azione non è il risultato della somma aritmetica di singoli contributi e/o di saperi disciplinari già formati, ma l'esito di un cammino accidentato e creativo di scoperta. Di fatto, quando il focus dell'attenzione è la triade "salute-malattia-relazione di cura" «uno di quegli oggetti indisciplinati, non lineari, multipli, plurali, emergenti, poliedrici che richiedono un trattamento sintetico e totalizzante da parte dei ricercatori» (13), la sperimentazione è irrinunciabile. Possono essere così avviati processi di consapevolezza e di impegno etico-politico capaci di trasformare la realtà. Rendere visibili e riconoscibili tali processi è il compito che è chiamato ad assumere chi partecipa alla produzione di conoscenza e ad un reale e aperto confronto politico.

Bibliografia

1. Clifford J. Strade. Viaggio e traduzione alla fine del XX secolo. Torino: Bollati Boringhieri; 1999, (ediz. orig.: Routes. Travel and translation in the late twentieth century. Cambridge (Mass.) - London : Harvard University Press, 1997).
2. Haraway D. Simians, cyborg and women. The reinvention of nature. London & New York: Routledge; 1991
3. Farmer P. Pathologies of power. Health, human rights, and the new war on the poor, Berkeley - Los Angeles - London: University of California Press; 2003.
4. Minelli M. «Divorare per non essere divorati». Etnografia dei processi di deistituzionalizzazione nel campo della salute mentale in Brasile, "Lares", 2, 80, 2014: 387-412.
5. Da Matta R. A casa e a rua: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil. São Paulo: Brasiliense; 1985.
6. Bourgois P, Schonberg J. Reietti e fuorilegge. Antropologia della violenza nella metropoli americana. DeriveApprodi: Rom; 2011, (ediz. orig.: Righteous Dopefiend. Berkeley: University of California Press, 2009).
7. Costa AB, Sousa Junior JG, Delduque MC, Oliveira MSC, Dallari S.G. (a cura di) O Direito achado na rua. Introdução crítica ao direito à saúde. CEAD / Universidade de Brasília: Brasília; 2009.
8. Caldeira T. City of walls: crime, segregation, and citizenship in São Paulo, Berkeley: University of California Press.
9. Biondi K. "Junto e Misturado": uma etnografia do PCC. São Paulo: Editora Terceiro Nome; 2010.
10. Biondi K. Proibido roubar na quebrada. Território, hierarquia e lei no PCC. São Paulo: Editora Terceiro Nome; 2018
11. Butler J. L'alleanza dei corpi. Nottetempo: Roma; 2017.
12. Quaranta I, Minelli M, - Fortin S. (a cura di) Assemblages, Transformations, and the Politics of Care. Bologna: Bononia University Press; 2018.
13. Almeida Filho N. Transdisciplinaridade e o paradigma pós-disciplinar na saúde. In Almeida Filho N. La ciencia tímida: ensayos de deconstrucción de la epidemiologia. Buenos Aires: Lugar Ed; 2000.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

Dibattito *Il Servizio Sanitario Nazionale*

Chi si iscrive alla Sanità “Integrativa” (con le norme italiane attuali) danneggia anche gli altri

Anyone subscribing to “Integrative/Supplementary” Healthcare (with the present Italian regulations) is harming also the others

Alberto Donzelli

Medico specialista in Igiene e Medicina Preventiva e in Scienza dell’Alimentazione, Consiglio direttivo e Comitato scientifico Fondazione Allineare Sanità e Salute

Parole chiave: sanità integrativa, assicurazioni sanitarie commerciali, spesa privata di tasca propria, spesa privata intermediata, pacchetti preventivi, consumismo sanitario, sovratrattamenti, iatrogenesi, sostenibilità economica

RIASSUNTO

Introduzione: in Italia si è aperto un acceso dibattito sulla Sanità *integrativa*.

Obiettivi: fornire informazioni basate su dati, che consentano di valutare se il 2° Pilastro sia una soluzione per un diritto alla salute sostenibile nel tempo, o se invece oggi produca effetti netti che minacciano sostenibilità del SSN e salute della comunità.

Metodi: esaminare, con informazioni basate su dati o riferite a fonti accreditate, vantaggi e svantaggi per i diversi attori in gioco: intermediari finanziari-assicurativi, produttori di tecnologie sanitarie, datori di lavoro, iscritti ai Fondi, lavoratori, erogatori, SSN, contribuenti e assistiti.

Risultati: i vantaggi sono oggi preminenti per intermediari assicurativi, produttori di tecnologie sanitarie e datori di lavoro. Invece, equità e solidarietà del SSN sono messe a rischio. Inoltre tutti i macroaggregati di spesa sanitaria: totale, pubblica, privata complessiva (out-of-pocket + intermediata) aumentano con l’espansione della Sanità *Integrativa*. L’orientamento dell’assicurato che anticipa una tariffa annua è in genere più inflattivo di chi acquista solo out-of-pocket, più propenso a riflettere su necessità e priorità di spesa. Per paradosso, le prove mostrano che l’assicurato tende a spendere di più persino out-of-pocket, per incentivi al consumismo e franchigie/compartecipazioni. Anche il rimborso dei ticket toglie responsabilizzazione ai prescrittori e consapevolezza ai consumatori. Contribuenti e assistiti non iscritti a Fondi/Assicurazioni sanitarie hanno ovvi svantaggi, ma persino i lavoratori che accedono alla Sanità *integrativa* hanno vantaggi dubbi, ricevendo meno retribuzione in busta paga e meno Tfr e pensione.

I costi d’iscrizione, poi, si aggiungono a quelli della Sanità pubblica, cui tutti comunque concorrono con le tasse. Anche i sanitari, a fronte di effimeri vantaggi, rischiano di perdere etica e qualità del lavoro e qua

Autore per corrispondenza: adonzelli1@libero.it

lità di vita, e nel medio-lungo periodo vedranno crescer meno le retribuzioni, perché risorse che avrebbero potuto arrivare a loro sono dirottate verso intermediari e azionisti. L'aspetto, sottovalutato ma più esplosivo, è l'induzione di consumismo sanitario e iatrogenesi. I "pacchetti preventivi" di Fondi e Assicurazioni sanitarie ne sono esempi clamorosi, che moltiplicano anche decine di volte l'offerta ritenuta appropriata dal SSN, su cui poi scaricano cascate di accertamenti diagnostici, interventi di *low value* e iatrogenesi indotta. *Conclusioni:* la sintesi presentata dimostra che la Sanità *integrativa* come oggi configurata non risolve i problemi di salute in modo sicuro e sostenibile, anzi aggrava consumismo sanitario e sovratratamenti. L'aumento dei beneficiari renderà ancor meno sostenibili i costi sanitari e umani della Sanità. Comprimerlo è la premessa per valutare proposte di soluzioni nel breve e medio-lungo periodo.

Key words: supplementary health care, commercial health insurances, out-of-pocket health expenditure, health care voluntary schemes, preventive packages, healthcare consumerism, overtreatment, iatrogenesis, economic sustainability

SUMMARY

Introduction: in Italy a heated debate about the *integrative /supplementary* health care is in progress.

Objectives: to provide data based information, in order to assess whether the so called "2nd Pillar" can represent a solution for the right to sustainable health over time, or if today this Pillar produces net effects that threaten the sustainability of the NHS and the community health.

Methods: to examine, with information based on data or referring to authoritative sources, advantages and disadvantages for the various stakeholders involved: financial-insurance intermediaries, health technology producers, employers, citizens registered with the Health Funds, workers, providers, NHS, tax payers, and patients.

Results: the advantages are now real for insurance intermediaries, manufacturers of health technologies and employers. Instead, fairness and solidarity of the NHS are at risk. In addition, all macro-aggregates of health expenditure: total, public, overall private (out-of-pocket plus voluntary financing schemes) increase with the expansion of the Integrative Healthcare. The attitude of the insured, pre-paying an annual fee for their coverage, is generally more inflationary than the behavior of people who only buy out-of-pocket care, more inclined to question the need and priority of spending. Paradoxically, the evidence show that the insured people tend to spend more even out-of-pocket, because of incentives to consumerism, and insurance deductibles / ticket disposers. Also the reimbursement of the tickets dampens the prescribers' responsibility and the consumers' awareness. Taxpayers and citizens/patients not enrolled in health funds / insurances have obvious disadvantages, but even workers who access supplementary healthcare have doubtful advantages, receiving less salary and less severance pay and pension. The registration costs, then, are added to those of public health, paid with universal taxation, shared by everyone. Even healthcare providers, in exchange for temporary advantages, risk to lose ethics, quality of work and quality of life. In the medium-long term they will see their salaries grow less, because resources that could have reached them are diverted to intermediaries and shareholders. An underestimated, but more explosive, aspect is the induction of healthcare consumerism and iatrogenesis. The "preventive healthcare packages" of Funds and Health Insurances are noteworthy examples, which also multiply many fold the offer deemed appropriate by the NHS, to which they add large amount of diagnostic tests, low-value health interventions and induced iatrogenesis.

Conclusions: this article demonstrates that *integrative /supplementary* health, as structured today, does not solve healthcare issues in a safe and sustainable way, indeed it exacerbates health care consumerism and overtreatments. The increase in beneficiaries will make healthcare and clinical costs less and less sustainable. Understanding this threats is the necessary premise for evaluating proposals for solutions both in the short and medium-long term.

Introduzione

Alcune Organizzazioni, tra cui la Fondazione *Allineare Sanità e Salute*, hanno sottoscritto una lettera a Quotidiano Sanità relativa al Patto per la Salute, con proposte di modifica all'Art. 11 sulla Sanità *integrativa* (1) “per non buttar via il SSN”.

Altri intervenuti sullo stesso Quotidiano (2) hanno chiesto alle Organizzazioni firmatarie «di portare proposte concrete e alternative all'istituzione del Secondo Pilastro Sanitario» ... in un confronto aperto, costruttivo, con l'obiettivo di garantire a tutti gli italiani il diritto alla salute.

Condividendo l'obiettivo di garantire agli italiani un diritto alla salute sostenibile e sostenuto nel tempo, la Fondazione *Allineare Sanità e Salute* accoglie con favore la richiesta di un ampio confronto. Abbiamo infatti proposto su:

1. che cosa fare nel breve termine
2. possibili percorsi strategici a medio-lungo termine verso l'obiettivo (implementazione della Vision della nostra Fondazione)
3. e persino su un possibile ruolo coerente per la Sanità *integrativa*, nello scenario che andremo a delineare.

Tuttavia, prima di entrare nel merito delle proposte di soluzione in un prossimo articolo, è indispensabile un passaggio preliminare, scopo di questo articolo.

Obiettivi

Fornire a chi intende discutere con consapevolezza di Sanità *integrativa* informazioni basate su dati, che consentano di valutare se il Secondo Pilastro costituisca per gli italiani una possibile “soluzione” per un diritto alla salute sostenibile nel tempo, o se al contrario oggi produca effetti netti di crescente minaccia alla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e alla salute stessa della comunità.

Metodi

Questo articolo utilizzerà per quanto possibile informazioni basate su dati ufficiali, o comunque con riferimento a fonti accreditate. Riproporrà anzitutto in sintesi alcuni argomenti validi già sollevati da vari commentatori, ma presenterà anche dati e argomenti pertinenti finora poco utilizzati nel dibattito.

In particolare, dato che molti hanno presentato la Sanità *integrativa* come soluzione in cui vincerebbero tutti, si esamineranno i principali vantaggi e svantaggi per i diversi attori in gioco: intermediari finanziari-assicurativi, produttori di tecnologie sanitarie (comprese tecnologie abusate, non costo-efficaci o futili), datori di lavoro, iscritti ai Fondi, lavoratori, erogatori, SSN, contribuenti e cittadini-assistiti.

Risultati e loro discussione

Intermediari finanziari-assicurativi. Produttori di tecnologie sanitarie

Per queste due categorie i vantaggi del Secondo Pilastro sono preponderanti e chiari, quanto meno finché la "barca Italia" resta a galla.

Per i produttori di tecnologie sanitarie di low-value, in particolare, la Sanità *integrativa* potrebbe essere l'unico sbocco possibile, perché tali prodotti avrebbero meno probabilità di essere ricompresi nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e/o di essere considerati appropriati nel contesto del SSN.

Datori di lavoro

Anche per questi stakeholder possono prevalere i vantaggi, poiché effettuano versamenti ai Fondi senza prelievi contributivi e non accantonano risorse per il trattamento di fine rapporto (Tfr). Inoltre, finché ci sarà scarsa consapevolezza delle implicazioni complessive, la Sanità *integrativa* può concorrere a migliorare il clima aziendale.

Solidarietà

In un SSN chi è in buona salute concorre a finanziare la spesa dei malati, chi è in migliori condizioni economiche concorre a finanziare chi è meno abbiente, chi è giovane a finanziare le spese dei vecchi: questa solidarietà incrociata è molto efficiente, perché "mette in comune" i rischi di salute (cui per altro gran parte delle persone va incontro in diverse fasi della vita, compresi i più abbienti e fortunati) e fa sì che 60,5 milioni di Italiani "si assicurino" gli uni con gli altri. Ognuno è coperto dal rischio di perdere la salute da quando nasce, qualunque sia il suo patrimonio genetico, il suo contesto socioeconomico, il suo reddito o come invecchierà (3).

Invece, nessuno dei frammentati 322 Fondi iscritti all'anagrafe ministeriale e di quelli non iscritti potrebbe fare lo stesso, anche se lo volesse. Men che meno ciò accade con le assicurazioni private volontarie, in cui il contratto si rinnova ogni anno e, se il rischio individuale peggiora, ad es. per malattie croniche insorte, si pagano quote assicurative via via più alte (3).

Un sistema pubblico solidale non reggerebbe senza l'obbligo di tutti a finanziare il SSN, se cioè a chi vuole uscire dal SSN si desse facoltà di farlo. Nelle loro dichiarazioni, anche importanti fautori del 2°-3° Pilastro escludono l'*opting out* (2), ma è difficile evitare che chi paga per un'assistenza duplicativa abbia alla lunga la tentazione di chiedere di non pagare più anche il SSN (con le gravi conseguenze testimoniate dalla sanità USA).

Equità

I sussidi fiscali comportano benefici per i 13-14 (?) milioni di italiani che li ricevono e perdite per tutti i contribuenti, in particolare per gli altri 46 (?) milioni di italiani che

oggi ne sono esclusi (senza avere consapevolezza di ciò). Le attuali detrazioni favoriscono i più ricchi, istruiti e sani, ampliando le iniquità. Le regioni del Sud, con livelli di reddito e di istruzione inferiori, sussidiano la spesa privata delle regioni del Nord (4). Chi ha reddito fino a 15.000 € riceve benefici fiscali marginali, attingendo a una quota del 4%- dei benefici complessivi; chi ha reddito >100.000 € attinge al 15%- del totale. I benefici fiscali crescono con il reddito, dal 14% fino al 48%- per i fondi più diffusi: dunque sono strumenti a favore dei più ricchi (5). L'immagine di Robin Hood alla rovescia esprime bene il concetto.

Spesa sanitaria

I dati dimostrano che tutti i macroaggregati di spesa sanitaria, sia totale, sia pubblica, sia privata complessiva (out-of-pocket + intermediata) aumentano con l'espansione della Sanità Integrativa (6-8).

Il maggior paradosso, non intuitivo e finora scotomizzato dal dibattito pubblico, è che in media aumenta persino la spesa out-of-pocket (9), come mostra l'indagine Share (10) su 11 paesi, Italia compresa (3): salvo che in Olanda, dove però la copertura integrativa può essere davvero e solo in-te-gra-ti-va, l'intermediazione negli altri paesi aumenta in tendenza anche le spese out-of-pocket! Ciò accade verosimilmente sia perché i rimborsi delle spese anticipate dagli iscritti sono solo parziali, lasciando franchigie e compartecipazioni a loro carico, sia per i continui incentivi e facilitazioni al consumismo e all'acquisto di prestazioni di low-value (o persino futili e dannose). Ciò accade specie in caso di coperture cosiddette *sostitutive*, ma di fatto *duplicative/addizionali*, nonché per l'offerta irresponsabile di rimborsare e persino di pagare direttamente i ticket (cosa diversa dal levare il superticket, che chiediamo anche noi).

Riteniamo che alla Sanità integrativa non andrebbe consentito il rimborso dei ticket. Ciò infatti vanificherebbe almeno due delle funzioni dello strumento: dare al cittadino un po' di consapevolezza di quanto sta consumando, a prevalente carico della comunità; e indurre il medico prescrittore, per non scontentare il proprio assistito-cliente, a meglio selezionare e prescrivere alternative che non dilatino senza buoni motivi clinici i costi che l'assistito dovrà sopportare direttamente. Il rimborso dei ticket da parte della Sanità integrativa toglierebbe consapevolezza e responsabilizzazione a entrambe le figure, favorendo un maggior consumismo sanitario, i cui molteplici incentivi sarebbero gli unici a continuare a operare.

Con la logica di concedere benefici fiscali a Terzi paganti che rimborsano i ticket, perché, stressando l'esempio a scopo didascalico, negarli ad assicurazioni che pagassero in anticipo tutte le multe per eccesso di velocità/sosta vietata? O a chi acquistasse "pacchetti di sigarette con fodero", adatto a nascondere le scritte allarmanti sui drammatici danni da fumo?!

Sostenibilità

Per quanto già espresso in tema di Solidarietà e di Spesa sanitaria, è chiaro che la Sanità *Integrativa* comporta minacce per la sostenibilità del SSN. A maggior ragione se le scelte politiche fossero di continuare a destinare, o persino ampliare, gli attuali benefici fiscali per spese sanitarie, con corrispondente minor gettito fiscale e minori risorse per il SSN. Le spese fiscali destinate alla salute (11) sono state stimate nel 2017 in € 4,1 miliardi. Il fatto che queste si riferiscano soprattutto (per ora) alle detrazioni per spese sanitarie mediche, assistenziali e specialistiche relative a 17-18 milioni di persone, e in parte minoritaria (per ora) anche a deduzioni dei contributi versati ai Fondi sanitari (837 milioni di € nel 2016 (5)) è in realtà poco rilevante ai fini dell'equità, violata in entrambi i casi. Ma, soprattutto, l'entità di queste agevolazioni fiscali è ancora poca cosa rispetto agli effetti dirompenti della Sanità *integrativa* sull'induzione di prestazioni e servizi non necessari, in grado di pregiudicare la sostenibilità di qualsiasi Sistema Sanitario. Si tratta di un problema enorme, di cui c'è però scarsa consapevolezza: lo analizzeremo tra breve.

In ogni caso, il potenziale di induzione di consumismo sanitario della spesa intermediata è ben maggiore rispetto a quello della spesa out-of-pocket, sia pure alleggerita di un 19% di possibili detrazioni. Infatti l'atteggiamento inflattivo dell'assicurato-tipo, che ha pagato in via preventiva una tariffa annua alla Sanità *Integrativa*, sarà spesso di rivendicare "tutto ciò cui quel pagamento dà diritto", a prescindere. Invece chi acquista out-of-pocket è spesso più propenso a riflettere sull'effettiva priorità e necessità della prestazione/servizio che dovrà pagare.

In tal senso, l'Organizzazione per la Sicurezza e la Cooperazione in Europa (OCSE) e l'Organizzazione Mondiale della Salute (OMS) dovrebbero rivedere la storica posizione di considerare l'out-of-pocket la più iniqua delle forme di spesa sanitaria. Ciò infatti avrebbe senso solo se l'intermediazione fosse solo un "gruppo d'acquisto" che punta a ottenere dai fornitori economie di scala nei pagamenti da parte degli associati di una quantità comunque fissa di prestazioni/servizi. Invece l'intermediazione va ormai ben oltre, e ha assunto le caratteristiche di un business che esercita forti pressioni consumistiche, da un lato per competere nell'attrazione degli iscritti grazie a offerte sempre più "ricche", di cui enfatizza il *value* anche quando questo non c'è; dall'altro verosimilmente anche mediante accordi con produttori ed erogatori, cui garantisce un alto gettito in prodotti e prestazioni, a fronte di tariffe scontate per unità di output.

Ciò considerato, il suggerimento dell'OMS (12) di contenere l'out-of-pocket entro il 15% della spesa sanitaria ha costituito di fatto un assist all'espansione della spesa intermediata, dato che il Governo italiano non potrebbe certo in alternativa elevare rapidamente all'85% la componente pubblica della spesa sanitaria totale.

Vantaggi per i lavoratori?

A chi riceve Sanità *Integrativa* come parte del Welfare aziendale spesso si presentano solo i benefici, o supposti tali, di questa operazione, senza che vi sia trasparenza sullo scambio che essa comporta, non solo in termini di minor remunerazione in busta paga, ma anche come scambio differito, perché ciascuno pagherà il Welfare sanitario anche con minor trattamento di fine rapporto/Tfr al collocamento a riposo e con minore pensione per il resto dei suoi giorni (13).

L'argomento, poi, che le coperture proposte costino poco, e meno della Sanità pubblica, è del tutto illusorio. Infatti, anche se gli iscritti credono di pagare poco, in parte grazie a sussidi ricevuti dai due terzi/tre quarti degli italiani inconsapevoli di esser tassati anche a beneficio degli iscritti ai Fondi (e alle Assicurazioni sanitarie), in realtà quei lavoratori pagano comunque in più rispetto al contributo obbligatorio per il SSN, cui comunque sono tenuti, come tutti. Inoltre si indebolisce la cultura del ricorrere a cure (solo se) necessarie e appropriate, aumenta l'orientamento al consumismo, si affievolisce il riferimento ai valori di universalismo, uguaglianza e sostenibilità cui si richiama anche il linguaggio di importanti Assicurazioni commerciali (2). E aumentano sia la spesa sanitaria pubblica (e dunque le tasse, anche per gli iscritti a Fondi/Assicurazioni), sia i rischi iatrogeni, come si vedrà.

Vantaggi per i contribuenti e cittadini-assistiti non iscritti a Fondi e Assicurazioni sanitarie?

La domanda è retorica, e la risposta può essere solo: No.

Gli svantaggi non riguardano solo i contributi fiscali cui tutti i contribuenti sono assoggettati in modo inconsapevole a beneficio degli iscritti alla Sanità *integrativa*, e l'aumento di tassazione generale per i maggiori costi della Sanità pubblica che la Sanità *integrativa* concorre a generare nei fatti (benché proclami il contrario!), ma riguardano anche aspetti cui gli assistiti sembrano più sensibili, come l'allungamento delle liste d'attesa.

Perché ciò dovrebbe verificarsi, se le prestazioni di iscritti a Fondi e Assicurazioni non gravano sulle liste d'attesa istituzionali, ma si orientano verso le liste parallele dei solventi? Per almeno tre motivi:

- 1) l'esistenza di un florido mercato di libera professione del personale dipendente dal SSN incoraggia comportamenti opportunistici di alcuni nell'assolvimento degli obblighi istituzionali. Sono illuminanti le intercettazioni (Corriere della Sera, 25-3-17) di un noto primario a colloquio con un collega operoso: "Rallenta... la produzione tienila bassa... intanto cresce la lista d'attesa... se no non farai mai i privati". L'approccio diretto e sfrontato fa pensare che i comportamenti opportunistici rivendicati non costituiscano fenomeni percepiti come marginali, da esternare con imbarazzo o vergogna, ma al contrario siano considerati condizioni piuttosto comuni
- 2) la doppia afferenza e doppio canale retributivo di tanti professionisti (da un lato SSN, dall'altro libera professione / accordi con la Sanità *integrativa*) alimenta la tendenza

all'induzione di prestazioni di *low value* cui la Sanità *integrativa* nel complesso concorre, che influenza anche l'erogazione nel contesto pubblico e la spesa relativa. Un esempio tra mille possibili: un ginecologo cui conviene, per libera professione o contratto con Fondi Sanitari, fare alle donne Pap-test pagato a tariffa, non triennale ma annuale, avrà più probabilità di «farsi piacere» linee guida che giustificano ripetizioni annuali, sponsorizzate da produttori che ne hanno interesse, in contrasto con Linee guida basate sulle prove. Inoltre, per evitare una "frattura interiore", cercherà di tenere/trascinare tale prassi anche nell'Azienda sanitaria da cui dipende. Oltre agli oneri diretti del triplicare i test, tale prassi genera sovradiagnosi di lesioni senza importanza clinica, destinate in gran parte a non progredire/regredire spontaneamente, ma che inducono cascate di accertamenti e interventi anche nell'attività istituzionale del SSN (come successivi esempi chiariranno meglio), oltre ad ampliare profittevoli opportunità per quel professionista.

3) Anche nella migliore delle ipotesi, la settimana lavorativa di un dirigente medico è per contratto di 38 ore, oltre le quali è legittimata (e finanziariamente vantaggiosa) la libera professione. Benché in teoria a nessuno sia impedito di restare più a lungo sul posto di lavoro SSN per far fronte alle liste d'attesa istituzionali, in pratica molti effettueranno ore lavorative settimanali eccedenti dove è più conveniente, come hanno diritto di fare.

Per questi motivi si può dire che la Sanità *integrativa* allunga le liste di attesa in generale (per quanto al punto 2), e agli iscritti consente di tagliarle... a spese di tutti gli altri. Oltretutto gli altri, per quanto espresso ai punti 1 e 3, vengono spinti più indietro (7).

Vantaggi per i medici e gli altri sanitari?

Molti medici, di fronte all'erosione del proprio reddito, hanno salutato con favore le opportunità di recuperarlo offerte dalla Sanità *integrativa*. Tuttavia una più attenta riflessione può indurre ripensamenti, evidenziando cosa hanno in concreto da perdere anche loro, con la proliferazione di questi Fondi e Assicurazioni. La riflessione può riguardare tre domini:

- A) *Etica*, per la cessione di quote di integrità professionale, dato il parziale conflitto con la missione di fare sia l'interesse di salute degli assistiti loro affidati, sia quello generale del SSN che dicono di voler difendere e della comunità, in cambio di benefici effimeri (in effetti, vi sono diversi passaggi del Codice di Deontologia medica (14) riferiti a principi che la Sanità *integrativa* non rispetta: solidarietà, equità sociale, eliminazione di disuguaglianze nella tutela della salute [Art. 5]; contrasto a ogni forma di discriminazione nell'accesso alle cure [Art. 6])
- B) *Qualità di vita e di lavoro*: i professionisti sono stressati da ulteriori adempimenti senza valore aggiunto e sommersi da contratti, fatture, rendicontazioni, burocrazia. Infatti la frammentazione dei Fondi sanitari comporta transazioni ulteriori rispetto a

quelle con il SSN, con i connessi costi amministrativi, che di per sé non producono salute, anzi sottraggono tempo e costo/opportunità ai sanitari.

- C) *Retribuzioni, nel medio-lungo periodo.* Alla fine dei giochi, infatti, i sanitari perderanno anche entrate e guadagno, perché anche le risorse aggiuntive che l'abbaglio della Sanità *integrativa* riuscirà ad attingere dalla Società avranno un limite, e i soli a trarre profitto saranno i «nuovi commensali» dell'intermediazione amministrativa, per mantenere se stessi o dirottare dividendi agli azionisti, a spese di risorse che avrebbero potuto arrivare ai sanitari, usate per cure efficaci.

Sanità integrativa, consumismo sanitario e iatrogenesi

I rischi maggiori per la sostenibilità del SSN e la salute della comunità e degli stessi iscritti a forme di Sanità *integrativa* derivano in realtà dalla spinta al consumismo sanitario e dall'esplosione di sovradiagnosi e sovratrattamenti. Su questo punto il deficit di consapevolezza è enorme.

Analizzando un pacchetto di prevenzione oncologica-tipo (15) avevamo già dimostrato che nessun sistema sanitario al mondo potrebbe reggere se quel tipo di pressione si estendesse a gran parte della popolazione di un paese.

Tra i tanti esempi evidenziati nel pacchetto, si ricorda l'offerta ai maschi assicurati dai 46 agli 80 anni di 34 ricerche di Alfa Feto Proteina e alle donne, dai 31 anni, di 50 ripetizioni di CA 125 e CA 15.3 (quando la frequenza di screening per questi marker ritenuta valida dal SSN e dalle prove disponibili è zero!), con costi esorbitanti, cascate di accertamenti successivi non necessari e drammatico carico iatrogeno (16).

Oppure l'offerta ai maschi da 46 a 80 anni di PSA annuali di screening (34!). In proposito il follow-up a 16 anni del grande trial Europeo ERSPC (17) ha appena confermato una minima riduzione di mortalità da ca. prostatico (del 20% come rischio relativo, ma solo dello 0,18% in rischio assoluto), e che neppure questo screening riduce la mortalità totale (17-18): 0,99, IC 95% 0,98-1,01, ma +0,52% nell'insieme dei gruppi 50-54 e ≥ 70 anni (19). I ≥ 70 enni hanno anche avuto in tendenza aumenti di mortalità da ca. prostatico (+6%). Un forte messaggio dovrebbe essere interrompere il PSA nei ≥ 70 enni, non di farne di più! Men che meno offrendo benefici fiscali per lo screening.

Il caso dell'Italia, infine, è desolante: a 15 anni di follow-up, per evitare una morte da ca. prostatico il n. di maschi da invitare al PSA è stato di 44.232, e di tumori da diagnosticare 673 (senza cambiare prognosi a 672 uomini, ma rovinando la vita a tanti, oltre a far esplodere i costi sanitari). Questi risultati andrebbero resi noti ai maschi italiani, altrimenti di che consenso informato si parla?! (19).

I pacchetti di prevenzione cardiovascolare non sono da meno. Alcune Assicurazioni sostengono che i propri protocolli di diagnosi precoce rispondano ai principali standard internazionali (20), ma l'affermazione non risulta fondata. Basta esaminare alcune offerte

per averne conferma.

Ad esempio (20): "La diagnosi precoce del rischio cardiovascolare(CV) è sviluppata secondo le linee guida del Progetto Cuore approvate dallo stesso Ministero della Salute."

Ciò purtroppo non è vero.

Il Progetto Cuore consente di stimare la probabilità (21) di andare incontro a un primo evento CV maggiore (infarto miocardico o ictus) nei 10 anni successivi, ma premette che il calcolo del punteggio individuale dev'essere effettuato dal medico. Per il calcolo servono i valori di otto fattori di rischio: sesso, età, abitudine al fumo, trattamento antipertensivo in atto, pressione arteriosa sistolica (PAS), diabete, colesterolemia totale, cHDL nella popolazione sana di 35-69 anni. È evidente che i primi fattori sono comunque noti alla persona interessata, e solo per gli ultimi servono misurazioni, in particolare di PAS (in genere nota, perché misurata di routine dal curante e suscettibile di automonitoraggio affidabile con dispositivi automatici domiciliari) e tre esami di laboratorio: glicemia, colesterolemia totale, cHDL.

Però non occorre misurarli tutti gli anni a tutti: il Progetto Cuore istituzionale raccomanda di farlo ogni 5 anni se il rischio calcolato è <3%, com'è in gran parte della popolazione italiana di quella fascia di età. Ad es. un uomo di 50 anni, non fumatore, né diabetico, con PAS 135 senza antipertensivi, colesterolo totale 200 mg/dl e HDL 50 ha ancora un punteggio di rischio a 10 anni <3%, come pure una donna di 63 anni con gli stessi valori. Invece una tipica opzione STANDARD "Prevenzione", Pacchetto Prevenzione CV (22) propone tali esami tutti gli anni, a uomini e donne, e vi aggiunge tutti gli anni (!) emocromo completo, creatininemia, ALT/GPT, AST/GOT, esame urine, trigliceridi, ECG di base e misurazione PA. È chiaro che si tratta di una gran dispersione di risorse, con ricadute ulteriori, perché la continua ripetizione a tappeto di un gran numero di esami, senza preve valutazioni del curante sulla loro necessità, genera alcuni valori anormali anche per solo effetto del caso, che però richiedono ulteriori accertamenti, talora più costosi (a quel punto posti di solito a carico del SSN). Anche quando non diano luogo a inutili terapie, questi producono quanto meno ansia e sprechi di tempo di vita degli assicurati e di tempo di lavoro di chi li assiste a carico del SSN, con allungamento ingiustificato delle liste d'attesa, a scapito di interventi necessari per chi ne ha bisogno.

Il pacchetto Prevenzione CV aggiunge (22): "L'esecuzione di tutte (!) le prestazioni di questa garanzia consente all'Assicurato di poter fruire, nell'ambito del "Progetto Cuore" (secondo i parametri ministeriali previsti per la sua esecuzione [Ndr: ma si è visto che ciò non è esatto]), del servizio di valutazione del proprio rischio CV..."

Perché non si pensi a uno specifico pregiudizio verso una particolare Assicurazione, si segnala che non si tratta di un'eccezione, perché tante altre Assicurazioni e Fondi sanitari offrono pacchetti molto simili, in grave contrasto con prove disponibili e indicazioni ufficiali. A titolo di esempio, ecco il pacchetto di un importante Gruppo Bancario (23) (tabella 1).

Esame	a chi è rivolto (per Intesa-San Paolo)	frequenza con Intesa-S. Paolo e n. ripetizioni	Raccomandazioni del SSN	frequenza con SSN e n. ripetizioni
Ecografia addominale	donne-uomini >18	annuale, 51	valuta il curante	da 0 a ...
Profilo lipidico	donne-uomini >18	annuale, 51	ogni 5 anni se RCCV <3%, o valuta curante	se tra 18 a 69 aa 5 (o più se...)
Glicemia a digiuno	donne-uomini >18	annuale, 51	se BMI ≥ 25 + ≥ 1 altro f.d.r., o tutti dai 45 aa; se nella norma ripetere ogni 3 anni	se tra 18 a 69 aa 8 (o più se...)
Sangue occulto feci	donne-uomini >18	annuale, 51	gratuito uomini e donne 50-74 anni	biennale, 13
Mammografia / ecografia mammaria	donne >18	annuale, 51	gratis mammografia donne 50-74 anni	biennale, 13
Pap test	donne >18	annuale, 51	gratis ogni 3aa da 25 a 30-35 (poi test HPV ogni 5 aa. fino a ~64)	~3 Pap-test e ~7 test HPV
Elettrocardiogramma	donne-uomini >18	annuale, 51	valuta il curante	da 0 a ...
TSH	donne-uomini >18	annuale, 51	valuta il curante	da 0 a ...

Tabella 1 - Prestazioni previste da Intesa San Paolo Assicura (pacchetto adulti 18-69 anni), a confronto con raccomandazioni SSN

Abbreviazioni e acronimi:

TSH: Ormone tireostimolante; BMI: Indice di massa corporea; RCCV: Rischio Cardio Cerebro Vascolare; f.d.r.: Fattore di Rischio; HPV: Virus del papilloma umano; SSN: Sistema Sanitario Nazionale
N.: numero

A parte ogni considerazione sugli sprechi e la iatrogenesi (basti pensare a mammografie annuali dai 19 anni!), l'analisi della tabella permette di capire quanto sia inappropriato per un'offerta come questa non solo il termine *integrativa*, ma anche quello *sostitutiva*. Questo in effetti fa pensare a una prestazione che ne sostituisca una corrispondente del SSN, che dunque sarebbe evitata. Questa era l'(ingenua) idea-base sottesa ai benefici fiscali accordati alla Sanità integrativa. Il termine OCSE (24) *duplicativo* è già meno improprio, perché fa pensare a un'addizione di prestazioni, rispetto a quanto continua comunque a esser reso/costare al SSN. In realtà spesso il carattere di queste prestazioni è *moltiplicativo*, nel senso ad es. che per una prestazione-tipo di screening raccomandata/rimborsata dal SSN a un assistito la Sanità *integrativa* ne può proporre cinque-dieci. Per non parlare di screening *non* raccomandati dal SSN, in cui la Sanità *integrativa* ne può proporre anche 50 nella vita di un singolo assicurato! (v. tabella 1).

È fondamentale superare il paradigma che pensa alle prestazioni sanitarie come a insiemi "a numero e perimetro fisso", come accadrebbe in un "gioco chiuso e a vasi comunicanti"

tra SSN e Sanità *integrativa*. Invece in entrambi i comparti gli erogatori, se pensano di averne un vantaggio, sono in grado di aumentare in modo discrezionale la propria offerta/prescrizione/erogazione (7).

Non si pensi, poi, che la situazione descritta riguardi solo le Assicurazioni sanitarie. Precedenti pubblicazioni (6, 25) avevano analizzato a titolo d'esempio l'offerta di un Fondo sanitario. Si propone nel box che segue quello del Fondo per i lavoratori di un altro settore (26) (ma si potrebbe proseguire con molti altri):

PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE NELLE STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE (26)

Cosa puoi fare?

- *Esami del sangue: emocromocitometrico, Ves, Glicemia, Azotemia, Creatininemia, Colesterolo totale e HDL, Trigliceridi, Omocisteina*
- *Visita specialistica cardiologica*
- *ECG basale*
- *Spirometria*

Le prestazioni devono essere effettuate una volta l'anno in un'unica soluzione. Nessun limite di età! Presso le strutture sanitarie convenzionate con una nota Compagnia Assicurativa, da lunedì al sabato.

Commento: per glicemia, colesterolo e trigliceridi vale quanto già osservato: per soggetti con valori nella norma il Fondo moltiplica per 5 le ripetizioni ufficiali raccomandate (che si potrebbero già considerare generose, in base alle prove. Si consideri ad es. che per le Linee Guida sulla prevenzione CV della Società Europea di Cardiologia e di altre 9 Società (27) la valutazione sistematica del rischio CV si può considerare in uomini >40 anni e donne >50, ripetendola ogni 5 anni se non sono ad aumentato rischio CV. Invece non è raccomandata in uomini <40 anni e donne <50 senza fattori di rischio CV noti). Per emocromo, Ves, Azotemia, Creatininemia il fattore di moltiplicazione può essere anche maggiore, e in ogni caso l'esecuzione non dovrebbe scavalcare il filtro e la previa valutazione clinica del curante. Per l'Omocisteina ciò vale a maggior ragione. Come pure per la visita specialistica cardiologica (una volta l'anno!) e l'ECG basale. Quanto alla spirometria di screening, si ricorda che l'United States Preventive Services Task Force (USPSTF), Agenzia leader mondiale in tema di prevenzione e cure primarie, ne ha motivato una raccomandazione di grado D (28), cioè *contraria*, anche nei fumatori, a fronte di decine di ripetizioni per gli aderenti a questo Fondo.

Non basta: il Fondo offre la SPECIALE CAMPAGNA di PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE NEI CAMPER DELLA SALUTE, cioè "poliambulatori mobili con medici specialisti per effettuare la prevenzione cardiovascolare vicino a te".

ANCHE PER TITOLARI, SOCI E COLLABORATORI ISCRITTI E NON ISCRITTI

- *Ecg di base con referto*
- *Valutazione del microcircolo arterioso per prevenzione malattie vascolari (MESI)*

- *Esami sangue: colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi, glicemia*
- *Rilevazione del peso corporeo con BMI massa magra e massa grassa*
- *Misurazione pressione arteriosa e circonferenza addominale*
- *Spirometria*
- *Raccolta e valutazione referti da parte del medico sul camper con indicazioni su eventuale necessità di ulteriori approfondimenti.*

Commento: molte di queste offerte si qualificano come *disease mongering*, e comunque indeboliscono il rapporto e minano il ruolo del medico di famiglia, che dovrebbe coordinare e condividere la scelta di esami. Inoltre, è dimostrato che i benefici complessivi dei check-up sono nulli (29), anche quando abbinati a counselling antifumo e su dieta e attività fisica (30). Nel caso di Inter99 (30) dati e indizi suggeriscono l'ipotesi paradossale che sovradiagnosi e sovratrattamento con connessa iatrogenesi abbiano controbilanciato i benefici su fumo e attività fisica (31).

Nella valutazione di questi “pacchetti” dovrebbe essere fondamentale e dirimente un esplicito riferimento normativo alle prove scientifiche (derivanti da revisioni sistematiche di ricerche valide). Infatti la diatriba con tanti interlocutori e portatori di interessi riguarda il fatto che “l’appropriatezza” ci sarebbe “se c’è la prescrizione del curante”, a maggior ragione se la prestazione “è prevista da (qualche) Linea Guida”. Invece anche nel caso delle “Linee Guida” (di Società professionali, spesso sponsorizzate dai produttori di tecnologie, come dimostra l’indagine sui conflitti d’interesse delle Società italiane (32)), la legittimità di una raccomandazione deriva solo se la stessa è sostenuta da prove valide, ed è a queste ultime che chiunque dovrebbe poter fare riferimento per metterla in discussione (in questo senso, “l’EBM è democratica”, e si distingue dai riferimenti al “principio di autorità”).

Naturalmente ciò richiederebbe anche l’esistenza ai vari livelli di governo del Servizio Sanitario (Centrale, Regionale e di ASL/AUSL/ATS/ULSS) di una rete di qualificati nuclei di valutatori, indipendenti da interessi commerciali, in grado di entrar nel merito di simili valutazioni di efficacia, sicurezza e costo-efficacia, con esplicito riferimento agli interessi del SSN e della salute della comunità dei cittadini. Tali competenze sono oggi molto carenti (data la progressiva abdicazione del SSN a questo ruolo, sempre più delegato a Società professionali e – spesso, di fatto – a produttori che le sponsorizzano). Ricostituire queste competenze a supporto dei livelli di governo del SSN dovrebbe essere considerata una priorità.

Limiti

Non sempre è stato possibile reperire fonti ufficiali a supporto delle informazioni riportate o prove empiriche a sostegno di ragionamenti formulati. Questa condizione per altro

è spesso inevitabile in un dibattito come quello sul Secondo Pilastro, che si può giovare anche di un nuovo modello epistemologico di scienza da affiancare alla scienza normale (33), quando «i fatti sono incerti, i valori in discussione, gli interessi elevati e le decisioni urgenti» (34).

Conclusioni

Questa sintesi ha cercato di dimostrare, sistematizzando argomenti già discussi e altri meno presenti nel dibattito in corso, che la cosiddetta Sanità *integrativa* non può costituire una soluzione ai problemi del SSN e del diritto alla salute della popolazione da sostenere in sicurezza e nel tempo. Al contrario li aggrava e può compromettere le fondamenta stesse del SSN.

In particolare i problemi emergenti del consumismo sanitario, dell'*epidemia* di diagnosi e medicalizzazione della vita e dei conseguenti sovratrattamenti, estesi a una platea via via più vasta di utilizzatori, renderanno presto insostenibili ed esplosivi i costi sanitari e umani della Sanità, se la tendenza in atto non sarà affrontata e invertita con decisione.

La comprensione di quanto sopra costituisce la necessaria premessa per valutare le soluzioni che si proporranno nel breve e nel medio-lungo periodo.

BIBLIOGRAFIA

1. Fondazione Allineare Sanità e Salute, Slow Medicine, ISDE – Medici per l'Ambiente, Gruppo No Grazie, Medicina Democratica Onlus: «Sanità "integrativa" nel Patto per la Salute. Proposte di modifica all'Art. 11, per non buttar via il SSN». Quotidiano Sanità, 26 giugno 2019. Disponibile a: https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=75252. Ultimo accesso: 8 luglio 2019.
2. Vecchiotti M: «La sanità integrativa non vuole in alcun modo distruggere il Ssn, anzi punta a rilanciarlo». Quotidiano Sanità, 28 giugno 2019. Disponibile a: http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=75354. Ultimo accesso: 8 luglio 2019.
3. Barigozzi F, Rebba V. Sostenibilità del servizio sanitario nazionale e fondi sanitari integrativi: un contributo al dibattito. Politiche sanitarie 2019;20(1):2-13. Disponibile a: http://www.politichesanitarie.it/articoli.php?archivio=yes&vol_id=3167&id=31484.
4. Brenna, Elenka. Rich and well educated: are these requirements necessary to claim healthcare tax credits in italy?. Appl Health Econ Health Policy 2017;16. Disponibile a: https://www.researchgate.net/publication/321657421_Rich_and_Well_Educated_Are_These_Requirements_Necessary_to_Claim_Healthcare_Tax_Credits_in_Italy.
5. Marenzi A, Rizzi D, Zanette M. Dimensione ed effetti redistributivi dei benefici fiscali dei fondi sanitari integrativi. Politiche sanitarie 2019;20(1):40-54. Disponibile a: http://www.politichesanitarie.it/articoli.php?archivio=yes&vol_id=3167&id=31487
6. Rete Sostenibilità e Salute: «Fondi sanitari integrativi? "Una minaccia per la salute del Ssn (e dei cittadini)". Appello e analisi della Rete Sostenibilità e Salute». Quotidiano Sanità, 28 novembre 2017. Disponibile a: http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=56403. Ultimo accesso: 8 luglio 2019.
7. Donzelli A: «Audizione in Parlamento sulla Sanità Integrativa del SSN». Fondazione Allineare San-

- ità e Salute, 27 febbraio 2019. Disponibile a: <https://fondazioneallinearesanitaesalute.org/2019/07/audizione-in-parlamento-sulla-sanita-integrativa-del-ssn/>. Ultimo accesso: 8 luglio 2019.
8. 4° Rapporto sulla sostenibilità del servizio sanitario nazionale. Fondazione GIMBE: Bologna, 11 giugno 2019. Disponibile a: http://www.rapportogimbe.it/4_Rapporto_GIMBE.pdf. Ultimo accesso: 8 luglio 2019.
 9. Piperno A: «La previdenza sanitaria integrativa. Configurazione, dimensione, effetti e implicazioni di policy». *Sanità* 24, 7 ottobre 2017. Disponibile a: http://www.sanita24.ilssole24ore.com/pdf2010/Editrice/ILSOLE24ORE/QUOTIDIANO_SANITA/Online/_Oggetti_Correlati/Documenti/2017/10/07/piperno.pdf?uuid=AE3xgVgC. Ultimo accesso: 8 luglio 2019.
 10. Share Project. The survey of health, ageing and retirement in Europe. Disponibile a: <http://www.share-project.org/home0.html>. Ultimo accesso: 8 luglio 2019.
 11. Le spese fiscali in Italia, il rapporto annuale 2017. Senato della Repubblica: Roma, agosto 2018. Disponibile a: <http://www.senato.it/service/PDF/PDFServer/BGT/01074678.pdf>. Ultimo accesso: 8 luglio 2019.
 12. European health report 2018. WHO Regional office for Europe: Copenhagen, 2018. Disponibile a: <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/european-health-report/european-health-report-2018/european-health-report-2018.-more-than-numbers-evidence-for-all-2018>. Ultimo accesso: 8 luglio 2019.
 13. Dirindin N. Fondi sanitari e nuovi livelli essenziali di assistenza: un intreccio potenzialmente pericoloso. *Politiche sanitarie* 2019;20(1):33-39. Disponibile a: http://www.politichesanitarie.it/articoli.php?archivio=yes&vol_id=3167&id=31486. Ultimo accesso: 8 luglio 2019.
 14. Codice di deontologia medica. FNOMCEO: Roma, 2014. Disponibile a: <https://portale.fnomceo.it/wp-content/uploads/2018/03/CODICE-DEONTOLOGIA-MEDICA-2014.pdf>. Ultimo accesso: 8 luglio 2019.
 15. Donzelli A, Castelluzzo G: «In-appropriatezza» di tanta Sanità integrativa». *Quotidiano Sanità*, 12 febbraio 2019. Disponibile a: http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=70848. Ultimo accesso: 8 luglio 2019.
 16. Battaglia A, Scalisi A: «Prevenzione in sanità. Sì, ma solo quella appropriata». *Quotidiano Sanità*, 13 marzo 2019. Disponibile a: http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=71884. Ultimo accesso: 8 luglio 2019.
 17. Hugosson J, Roobol MJ, Månsson M, Tammela TLJ, Zappa M, Nelen V et al. A 16-yr follow-up of the European randomized study of screening for prostate cancer. *Eur Urol* 2019;76(1):43-51. Disponibile a: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0302283819301502>.
 18. Saquib N, Saquib J, Ioannidis JPA. Does screening for disease save lives in asymptomatic adults? Systematic review of meta-analyses and randomized trials. *Int J Epidemiol* 2015;44(1): 264-77. Disponibile a <http://perirx.com/wp-content/uploads/Int.-J.-Epidemiol.-2015-Saquib-264-77.pdf>. Ultimo accesso: 8 luglio 2019.
 19. Donzelli A, Castelluzzo G, Giudicatti G. Re: Jonas Hugosson, Monique J. Roobol, Marianne Månsson, et al. A 16-yr Follow-up of the European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer. *Eur Urol* 2019;76:43-51: Mortality in the Age Group ≥ 70 yr and the Case of Italy. *Eur Urol Epub* 2019 Aug 20.
 20. Vecchiotti M: «L'equità della sanità integrativa». *Quotidiano Sanità*, 7 febbraio 2019. Disponibile a: http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=70721. Ultimo accesso: 8 luglio 2019.
 21. Il progetto cuore. Istituto Superiore di Sanità, Roma. Disponibile a: <http://www.cuore.iss.it/sopra/>

- calc-rischio.asp. Ultimo accesso: 8 luglio 2019.
22. TuttoSalute! 2.0.: condizioni di assicurazione. RBM Assicurazione Salute S.p.A.: Borgo Verde (TV), 12 giugno 2019. Disponibile a: https://www.rbmsalute.it/salute_fai_da_te.html. Ultimo accesso: 8 luglio 2019.
 23. XME Protezione della salute: DIP aggiuntivo. Intesa San Paolo Assicura: Torino, 15 dicembre 2018. Disponibile a: https://www.intesasanpaoloassicura.com/c/document_library/get_file?uuid=9adcad51-d755-43dc-a3f0-c51b0c11f2bd&groupId=96204. Ultimo accesso: 8 luglio 2019.
 24. OECD. Private Health Insurance in OECD Countries. The OECD Health Project, Paris, 2004.
 25. Donzelli A. La sanità cosiddetta integrativa: una minaccia per il SSN. *Sistema Salute* 2018;62:476-94. Disponibile a: http://cespes.unipg.it/articolo_mono_3%20vol%2062%20n_4.htm
 26. Campagna di prevenzione e cura per i lavoratori dell'artigianato. San.Arti: Roma, 2019. Disponibile a: <https://www.sanarti.it/Content/Index/San-Arti-%20sa%20ascoltarti>. Ultimo accesso: 8 luglio 2019.
 27. Sesta Task Force congiunta ESC (e altre Società). Linee guida europee 2016 sulla prevenzione delle malattie cardiovascolari nella pratica clinica. *G Ital Cardiol* 2017;18(7-8):547-612.
 28. Final Recommendation Statement. USPSTF: Rockville MD, 30 dicembre 2013. Disponibile a: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/chronic-obstructive-pulmonary-disease-copd-screening>. Ultimo accesso: 8 luglio 2019.
 29. Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Gøtzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane database of Systematic Reviews 2019, Issue 1. art. no: CD009009.
 30. Jørgensen T, Jacobsen RK, Toft U, Aadahl M, Glümer C, Pisinger C. Effect of screening and lifestyle counselling on incidence of ischaemic heart disease in general population: inter99 randomised trial. *BMJ* 2014;348:g3617. Disponibile a: <https://www.bmj.com/content/bmj/348/bmj.g3617.full.pdf>
 31. Donzelli A. Pillole di buona pratica clinica 115/2014. Fondazione Allineare Sanità e Salute: Milano, 2014
 32. Lisi C, Fabbri A, Rinaldi A: «Società medico-scientifiche e conflitto di interessi. Uno studio italiano». *Salute Internazionale*, 20 giugno 2016. Disponibile a: <http://www.saluteinternazionale.info/2016/06/societa-medico-scientifiche-e-conflitto-di-interessi-uno-studio-italiano/>. Ultimo accesso: 8 luglio 2019.
 33. Kuhn T. Kuhn TS. *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*. Einaudi, Torino, 1969.
 34. Futowicz S, Ravetz JR. Environmental problems, post-normal science, and extended peer communities. *Etud Rech Syst Agraires Dév* 1997; 30: 169-75.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

Recensione

Carreri V. La Grande Riforma (1978-2018) vista da un testimone. Sometti, Mantova 2018, pagg. 166, € 15,00

Un volume agile e di facile lettura, opera di un fedelissimo della SItI, di cui è stato Presidente nazionale, che si pone sul versante di coloro che non demordono mai nel perseguire le grandi e giuste cause, come quella di cercare di difendere il Servizio sanitario nazionale nella forma voluta dalla sua legge istitutiva. E lo fa, come recita il titolo, da testimone reale, non in forma di saggio bensì mescolando nel racconto le sue vicende personali di professionista della sanità, a tutto campo, come operatore impegnato prima nei Laboratorio di Igiene Profilassi della provincia di Mantova e poi come funzionario della ragione Lombardia, come uomo di cultura impegnato nella politica attiva.

La narrazione si snoda lungo tutto il cammino che la riforma della sanità ha compiuto percorrendolo passo passo nei fatti generali che tutti conosciamo ed inverandolo attraverso la sua diretta esperienza, con particolare interesse alla sua regione e alla sua personale presenza. Di notevole interesse nella prima parte è il ricordo del ruolo fondamentale avuto nei primordi da parte del Comitato di Liberazione nazionale nel tracciare le prime vie verso il servizio sanitario nazionale. Utilissimo ai più giovani che certo quelle vicende non conoscono.

Debbo dire che da questo punto di vista pecca di campanilismo in quanto non vengono messi nella giusta evidenza e considerazione altri soggetti che nel Paese contribuirono alla vicenda, anche in modo altrettanto sostanziale di quelli lombardi. Per un momento avrebbe potuto dismettere il ruolo di testimone, che racconta solo ciò che ha visto!

Ciò non inficia affatto la validità dell'opera, di cui consigliamo la lettura in quanto, dopo aver ripercorso la storia, l'autore affronta con decisione e grande chiarezza i gravi problemi che affliggono oggi il servizio sanitario nazionale indicando chiaramente le colpe ed i colpevoli del rischio di arretramento rispetto ai principi fondanti della 833.

Nel capitolo dedicato al Testo Unico delle Leggi Sanitarie viene squadrato il ruolo negativo dei Governi centrali e le colpe delle Regioni, chiamando per nome tutte quelle che hanno legiferato in peggio.

Concetti rafforzati nel capitolo successivo in cui vengono prese in considerazione le iniziative di controriforma, a partire dal 1995 sino ad oggi, con particolare riferimento all'azione di Ministri chiaramente contro-riformatori, dedicando molto spazio alla regione Lombardia.

È importante riprendere, come fa Vittorio, mio compagno d'arme e continuo combattente, con forza temi e argomenti che sembrano un pò desueti, caduti in una sorta di assuefazione, di sopportazione stanca o di poca considerazione del degrado continuo del Paese, della progressiva erosione di valori fondanti scritti nella Costituzione, del peggioramento delle condizioni di vita e di salute di molta parte della nostra popolazione. Ricominciando a parlare, scrivere, testimoniare.

Lamberto Briziarelli

Documenti

Dichiarazione di Rotorua. WAIORA: Promuovere la salute del pianeta e lo sviluppo sostenibile per tutti

Rotorua Statement. WAIORA: Promoting Planetary Health and Sustainable Development for All

Conferenza mondiale IUPHE aprile 2019

Questa dichiarazione rappresenta la voce collettiva dei componenti i movimenti sociali, dei ricercatori, dei medici e dei politici che hanno partecipato alla 23a Conferenza mondiale IUPHE sulla promozione della salute, che si è svolta a Rotorua (Nuova Zelanda) nell'aprile 2019. Deve essere letta assieme alla Dichiarazione dei popoli indigeni per la salute del pianeta e lo sviluppo sostenibile di questa Conferenza. I partecipanti alla conferenza chiedono alla comunità mondiale di agire con urgenza per promuovere la salute del pianeta e lo sviluppo sostenibile per tutti, adesso, e per il bene delle future generazioni.

La salute del pianeta è la salute dell'umanità e dei sistemi naturali di cui facciamo parte (1). Si basa sui principi dei popoli indigeni dell'olismo e dell'interconnessione, potenziando le azioni di salute pubblica e di promozione della salute sui determinanti ecologici e sociali della salute.

Pone il benessere delle persone e del pianeta al centro del processo decisionale, riconoscendo che nel XXI secolo l'economia, in quanto costruzione sociale, deve costituire uno strumento valido per questo scopo. Waiora è un concetto indigeno del paese che ci ospita che esprime sia le interconnessioni tra la salute dei popoli e l'ambiente naturale che l'imperativo dello sviluppo sostenibile (2, 3). Waiora rappresenta un invito a lavorare con le popolazioni indigene per attingere alle loro conoscenze e a condividere le conoscenze di sistemi culturali eterogenei per il benessere del pianeta e dell'umanità. Lo sviluppo sostenibile per tutti è un modo chiaro per garantire giustizia ambientale, sociale e sanitaria per i popoli di oggi e per le generazioni future.

È necessario agire con urgenza perché sempre più evidenze ci dicono che l'attuale paradigma di sviluppo economico e sociale basato sulla crescita infinita e sullo sfruttamento infinito di risorse naturali limitate è ingiusto e insostenibile, perché porta a disuguaglianze all'interno dei singoli paesi, tra i paesi e tra le generazioni.

Nel 2015, l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite ha adottato la nuova agenda per lo sviluppo "Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development"(4). I 17 obiettivi di sviluppo sostenibile (SDG) integrano sviluppo economico, sociale e ambientale con i temi delle persone, del pianeta, della prosperità, della pace e del partenariato. In tal modo forniscono un piano d'azione per la comunità globale. Danno priorità alla lotta contro la povertà e la fame, concentrandosi sui diritti umani per tutti e sull'empowerment di donne e ragazze, in quanto parte della spinta per raggiungere la parità di genere. Gli SDG riconoscono che l'eradicazione della povertà e della disuguaglianza, la realizzazione di una crescita

economica inclusiva e la salvaguardia del pianeta sono indissolubilmente legati l'un l'altro e alla salute della popolazione (5).

I partecipanti alla conferenza chiedono un'azione immediata da parte della comunità globale in quattro aree chiave.

1. Garantire equità in salute lungo tutto il corso della vita, all'interno dei paesi e tra i paesi, all'interno delle generazioni e tra le generazioni. Questo comporta:
 - Lo sviluppo di tutti i popoli in quanto soggetti che apprendono per tutta la vita e che contribuiscono alla salute individuale e alla salute delle famiglie, delle comunità e del pianeta.
 - l'azione e la responsabilità per affrontare le ampie e persistenti disuguaglianze vissute dai popoli indigeni, salvaguardando al tempo stesso la dell'identità culturale e degli stili di vita tradizionali.
 - affrontare i fattori strutturali che determinano l'iniqua distribuzione di potere, denaro e risorse; migliorare le condizioni di vita quotidiana, specialmente di coloro che ne hanno più bisogno; stimare e comprendere i problemi e valutare l'impatto delle azioni, come indicato dalla Commission on Social Determinants of Health (6).
 - dare priorità nei metodi, nei framework e nei processi decisionali all'equità in salute intergenerazionale, come principio centrale dell'approccio alla salute del pianeta.
2. Rendere tutti gli habitat - urbani e non - inclusivi, sicuri, resilienti, sostenibili e favorevoli alla salute e al benessere delle persone e del pianeta. Questo comporta:
 - rinnovare e rafforzare il nostro rapporto con gli ecosistemi del pianeta.
 - difendere il pianeta dal degrado, anche attraverso produzione, gestione e consumo sostenibili delle risorse naturali in modo che il pianeta possa rispondere ai bisogni delle generazioni presenti e future. Questo comporta l'adozione, l'attivazione e la promozione di azioni immediate contro il cambiamento climatico e la perdita di biodiversità.
 - azioni volte a ridurre le disuguaglianze nella qualità e nella quantità delle risorse disponibili per le comunità, alla base delle disuguaglianze in salute. Le attuali minacce accentueranno queste disuguaglianze: minacce all'approvvigionamento alimentare e idrico legate al cambiamento climatico, esaurimento delle risorse rinnovabili e non rinnovabili, degrado ambientale come contaminazione di catene alimentari ed ecosistemi, scarsa qualità dell'aria e migrazioni forzate di massa.
 - una più decisa azione intersettoriale per proteggere e migliorare la salute delle popolazioni che subiscono disuguaglianze, tra cui quelle delle aree urbane in rapida crescita nel mondo.
 - promozione di società pacifiche, giuste e inclusive, libere dalla paura, dal razzismo e da tutte le forme di violenza.
 - consapevolezza che uno stile di vita sostenibile per "tutto il pianeta" apporti assieme benefici per la salute.
 - fare in modo che i decisori delle città applichino una "ottica di equità in salute" per valutare i rischi e le opportunità relativi a politiche e programmi e misurare i risultati (7).
3. Progettare e attuare strategie efficaci ed eque di adattamento ai cambiamenti climatici. Questo comprende:
 - lo sviluppo di nuovi approcci di governance e di gestione globale, regionale, nazionale e locale che promuovano equamente salute e benessere, prevengano e attenuino i disastri climatici e ambientali, in particolare nei paesi a basso e medio reddito.
 - il riposizionamento dei sistemi di conoscenza indigeni e tradizionali su un piano di parità con la scienza e gli altri sistemi di conoscenza, per promuovere la salute e il benessere e prevenire e mitigare

i cambiamenti climatici disastrosi e il degrado ambientale.

- lo sviluppo di politiche orientate all'azione e di *partnership* tra il settore sanitario e altri settori per le politiche inerenti la salute e il clima.

4. Costruire governance, sistemi e processi collaborativi, efficaci, responsabili e inclusivi a tutti i livelli per promuovere partecipazione, pace, giustizia, rispetto dei diritti umani ed equità intergenerazionale in salute. Questo comporta:
 - il rispetto e l'adesione ai diritti intrinseci dei popoli indigeni come previsto nella Dichiarazione delle Nazioni Unite sui diritti dei popoli indigeni.
 - una governance globale efficace, libera dal dominio degli aspetti economici e degli interessi commerciali.
 - la promozione di democrazia partecipativa, di politiche e normative coerenti nell'interesse pubblico e per limitare i conflitti di interesse.

I partecipanti alla 23a Conferenza mondiale IUHPE a Rotorua confermano il ruolo fondamentale e le competenze rilevanti della comunità della promozione della salute al fine della promozione della salute umana, della salute del pianeta e dello sviluppo sostenibile, tra cui l'implementazione degli SDG. I partecipanti sollecitano la comunità della promozione della salute ad assumere la leadership in tutto il pianeta.

Bibliografia

1. Whitmee S, Haines A, Beyrer C, et al. Safeguarding human health in the Anthropocene epoch: report of The Rockefeller Foundation–Lancet Commission on planetary health. *The Lancet* 2015;386(10007):1973-2028.
2. Durie M. An Indigenous Model of Health Promotion. 18th World Conference on Health Promotion and Health Education. Melbourne, 2004.
3. Durie M. An Indigenous model of health promotion. *Health Promotion Journal of Australia* 2004;15:181-85.
4. UN General Assembly. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. New York: United Nations 2015.
5. World Health Organization. Health in 2015: from MDGs, millennium development goals to SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization, 2015.
6. Marmot M, Friel S, Bell R, et al. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet* 2008;372(9650):1661-69.
7. World Health Organization. Health as the pulse of the new urban agenda: United Nations conference on housing and sustainable urban development, Quito, October 2016. Geneva: World Health Organization, 2016.

Traduzione dall'inglese di Giovanni Bauleo

WAIORA - Dichiarazione dei popoli indigeni per la salute del pianeta e lo sviluppo sostenibile

WAIORA - Indigenous Peoples' Statement for Planetary Health and Sustainable Development

Conferenza mondiale IUPHE aprile 2019

Questa dichiarazione dei partecipanti indigeni alla 23a Conferenza mondiale IUPHE sulla promozione della salute (Rotorua, Aotearoa New Zealand) è un appello alla comunità di promozione della salute e alla più ampia comunità globale a dare spazio e privilegiare le voci dei popoli indigeni e le loro conoscenze per la promozione della salute del pianeta e per lo sviluppo sostenibile a beneficio di tutti. Dovrebbe essere letta insieme alla Dichiarazione di Rotorua di tutti i partecipanti alla Conferenza.

I popoli indigeni sono diversi tra loro e le nostre visioni del mondo, che si sono sviluppate nel corso di millenni di esperienza umana, sono specifiche per popoli e per luoghi. Tuttavia, ci sono aspetti fondamentali comuni in queste visioni del mondo, che hanno fornito la base per i movimenti dei popoli indigeni che ci uniscono attorno ai nostri interessi condivisi. Le caratteristiche principali delle visioni indigene del mondo sono la relazione interattiva tra il regno spirituale e quello materiale, gli orientamenti intergenerazionale e alla collettività, il fatto che Madre Terra è un essere vivente - una "persona" - con la quale abbiamo relazioni speciali che sono alla base della nostra identità, l'interconnessione e l'interdipendenza tra tutto ciò che esiste, il che posiziona l'umanità come componente degli ecosistemi di Madre Terra insieme alle nostre relazioni nel mondo naturale.

Comprendere il nostro posto nel mondo naturale in modo relazionale ci porta a considerare come il contatto con l'ambiente naturale modelli la salute e il benessere dell'uomo, l'impatto delle nostre attività sull'ambiente e le nostre inalienabili responsabilità collettive di gestione che andranno a beneficio delle generazioni future. All'interno delle visioni indigene del mondo, il nostro rapporto con il mondo naturale è caratterizzato dal rispetto e da valori che includono la sostenibilità, la tutela e l'amore. La salute del pianeta è intesa come la salute e il benessere di Madre Terra e dell'umanità come parte inestricabile degli ecosistemi naturali. Va anche notato che i linguaggi indigeni sono fondamentali per strutturare le visioni del mondo indigeno, in quanto consentono la più completa e accurata espressione delle concettualizzazioni indigene, e dovrebbero essere protetti.

Le forze della colonizzazione, del capitalismo e della globalizzazione hanno causato il pesante degrado ambientale, il cambiamento climatico, la perdita di biodiversità e la devastazione delle comunità indigene. Hanno quindi portato a un imperialismo intellettuale, a una diffusa sudditanza e al rigetto delle visioni del mondo, dei corpus di conoscenza e delle voci indigene. Le visioni del mondo prevalenti, quella occi-

dentale e altre, supportano l'individualismo e le concezioni antropocentriche, che separano l'umanità dal mondo naturale, mettendo in pericolo l'uomo. Questo ha incoraggiato una attività umana che accelera l'esaurimento delle risorse del pianeta, la distruzione degli ecosistemi, inquinamento, cambiamento climatico e aumentato rischio di disastro ecologico. Il degrado ambientale ha un impatto sproporzionato sulle popolazioni indigene, a causa degli stretti rapporti con il mondo naturale e delle nostre condizioni ormai marginalizzate negli stati-nazione. È stato dannoso per tutti far tacere le voci indigene e asservire i loro corpus di conoscenza, e questo è stato evidente nella crisi ambientale globale.

In contrapposizione all'impianto generale della promozione della salute, che in gran parte ha origine occidentale, è emersa la promozione della salute indigena che si è affermata come risposta alle esigenze dei popoli indigeni di dare spazio al nostro modo di vedere il mondo e come mezzo per realizzare le nostre aspirazioni a sostenere generazioni future sane, orgogliose e sicure di sé come popoli indigeni. Si tratta di un tentativo a guida indigena, le cui origini riconducono indietro nel tempo fino a quei modelli tradizionali di sostenere salute e benessere che enfatizzavano le relazioni sociali ed ecologiche. Allo stesso tempo, la promozione della salute indigena è aperta alla conoscenza generata da altre visioni del mondo, se allineate con la nostra. La promozione della salute indigena può essere intesa come il processo che aumenta nei popoli indigeni il controllo sui determinanti di salute e rafforza la nostra identità di popoli indigeni.

Il disastro ecologico è la più grande minaccia alla salute umana e alla sopravvivenza a livello globale. La promozione della salute (politica, ricerca, educazione e pratica) deve necessariamente cambiare, per rispondere efficacemente alle sfide dell'antropocene e per portare nei suoi modelli e framework l'equità intergenerazionale nella salute. Essere coinvolti nelle visioni del mondo e nei corpus di conoscenza indigeni offre l'opportunità di individuare soluzioni a questa minaccia incombente e modalità per promuovere la salute di Madre Terra e lo sviluppo sostenibile.

Facciamo appello alla comunità di promozione della salute e alla più ampia comunità globale per dare spazio e privilegiare le voci dei popoli indigeni e le loro conoscenze, attivando assieme azioni per promuovere la salute di Madre Terra e lo sviluppo sostenibile a beneficio di tutti.

Traduzione dall'inglese di Giovanni Bauleo



La disponibilità di un testo sulla salutogenesi in lingua italiana rappresenta una risorsa per facilitare il dialogo tra contesto italiano e studi ed esperienze promossi dalla International Union for Health Promotion and Education.

La guida costituisce un contributo significativo per una riflessione “su cosa genera salute” e su come individuo e società possano svilupparla. A partire dalla declinazione di concetti chiave il testo illustra prospettive e strategie che favoriscono lo sviluppo di capacità e risorse che ogni soggetto e ogni comunità possiede e può mobilitare al fine di condurre una vita attiva, produttiva e dotata di significato. Una netta differenziazione dalla modalità, ancora dominante, di considerare i problemi di salute a partire da malattie e malessere. Sottolineiamo la rilevanza dell’elaborazione culturale di coniugare il pensiero e il framework salutogenico di Antonovsky a valori, principi e dimensioni essenziali della promozione di salute quale l’empowerment, la costante ricerca di benessere e qualità della vita, nonché il riconoscimento della centralità dei determinanti di salute per costruire un progetto positivo di società.

La Guida è un utile strumento per arricchire la comprensione concettuale, teorica e pratica della promozione della salute e a rafforzare la strada per la ricerca futura e l’operatività. La lettura è consigliata non solo ai professionisti della ricerca in sanità pubblica e promozione della salute e dei servizi-socio-sanitari ma anche a quanti agiscono per l’empowerment e la partecipazione dei cittadini in favore di politiche pubbliche di salute.

Il volume è arricchito da un’Appendice che riporta il questionario SOC 13 validato in lingua italiana, curato dal gruppo di lavoro del professor Paolo Contu.



Nel 1978, esattamente quattro decenni fa, 134 Stati membri dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, 67 agenzie internazionali e organizzazioni non governative, riuniti nella conferenza di Alma Ata, convennero su un elemento fondante: la primary health care costituiva l'unica strategia per raggiungere "la salute per tutti". La politica sanitaria di Alma Ata coniugava salute, diritti umani, giustizia sociale per rendere universalmente accessibili i servizi sanitari essenziali. La primary health care garantiva il contesto concettuale e organizzativo per strutturare i servizi sanitari, dalle famiglie agli ospedali, dalla prevenzione alla cura. Oggi, essa torna al centro dell'attenzione della sanità pubblica come sottolineato già nel 2008 nel World Health Report dell'OMS Primary health care, now more than ever. Centro delle cure primarie, Il Distretto, il territorio, nella visione di chi scrisse la nostra Riforma sanitaria, anch'essa 40 anni fa, deve costituire il luogo dove il cittadino trova le risposte ai propri bisogni di salute.

Il volume presenta una selezione di articoli pubblicati sulla rivista "Sistema Salute. La rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute" nel periodo 2011 – 2017: da professionisti e studiosi di Emilia Romagna, Friuli, Lazio, Marche, Piemonte, Toscana e Umbria esperienze e riflessioni per sostenere e migliorare il Servizio Sanitario Nazionale.

Esperienze significative: sanità d'iniziativa, gestione integrata della cronicità, mappatura della fragilità, azioni di comunità nel progetto Microaree, Information Communication Technology e servizi integrati domiciliari, infermiere delle cure primarie, educazione terapeutica del caregiver, ospedale di comunità. Per una nuova sanità pubblica centrata su: distretto, casa della salute, partecipazione della comunità, promozione della salute e continuità delle cure.

Una lettura raccomandata a tutti gli attori della sanità e, in particolare, ai professionisti dei servizi territoriali, sollecitati a elaborare e adottare buone pratiche per l'integrazione, la partecipazione e l'equità e a produrre report delle tante significative esperienze nelle nostre regioni.



A quaranta anni dalla Legge 833, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, nel riaffermare i principi che ne sono alla base - solidarietà, universalità e equità - purtroppo oggi “conceppi a rischio” per il difficile momento di vita del Paese, si impone una profonda analisi e riflessione, per individuare criticità e proporre nuovi paradigmi per l’azione. Il testo presenta contributi scientifici di Geddes da Filicaia e Maciocco estratti da Sistema Salute. La rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute e interventi al Convegno sul tema organizzato da SItI Umbria, tenutosi a Perugia il 13 dicembre 2018, che ricorda, tra l’altro, il ruolo della Scuola di Igiene di Perugia guidata da Alessandro Seppilli, uno dei padri della Riforma Sanitaria. Un vivace apporto al dibattito sulla attuale delicata fase della nostra Sanità - e non solo - è garantito dalla collaborazione con salute internazionale.info: contributi che ampliano l’orizzonte del dibattito a problemi etici, alla questione impellente delle disuguaglianze sociali in salute, ad esperienze di nuove strategie organizzative ed operative nell’odierno contesto di salute-malattia.

LA SALUTE UMANA pubblicata a cura del
CENTRO SPERIMENTALE PER LA PROMOZIONE
DELLA SALUTE E L'EDUCAZIONE SANITARIA
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PERUGIA

Finito di stampare nel mese di dicembre 2019

Per gli autori

La rivista pubblica

Editoriali, contributi di impostazione concettuale, rassegne, rapporti di ricerche, esperienze, atti di congressi, dibattiti, notiziario.

Gli Editoriali sono pubblicati solo su invito da parte del Comitato di Redazione.

L'accettazione degli Articoli per la pubblicazione è soggetto alla valutazione dei referee.

Gli Autori sono invitati a modificare i documenti in relazione alle eventuali osservazioni dei referee, altrimenti l'articolo non verrà pubblicato. I nomi dei referee non sono comunicati agli Autori. Gli Autori sono pienamente responsabili dei loro scritti.

Il testo degli articoli, in formato word, non deve superare i 40.000 caratteri (spazi inclusi), oltre a riassunti e bibliografia.

La prima pagina deve contenere:

- il titolo (inglese e italiano)
- 3/5 parole chiave (inglese e italiano)
- riassunto (inglese e italiano)

I riassunti devono essere organizzati come segue: obiettivi, metodi, risultati, conclusioni.

Nome del/degli Autore/i (nome per esteso e cognome) e affiliazione. La Bibliografia deve essere redatta secondo il Vancouver Style. Per la corrispondenza, deve essere indicato indirizzo completo, numero di telefono, numero di fax ed e-mail dell'autore di riferimento.

Tabelle e figure (al massimo sei) devono essere inviati come file individuali in formato Pdf, numerati progressivamente nell'ordine in cui sono citati, completati dalla didascalia. Devono essere prodotti esclusivamente in scala di grigio. Tabelle e dati provenienti da documenti che sono stati già pubblicati devono essere accompagnati dall'autorizzazione scritta dell'autore.

Diritti d'autore

La proprietà letteraria e artistica di quanto pubblicato è riservata alla Rivista. È autorizzata la riproduzione, anche parziale di quanto pubblicato purché ne sia citata la fonte.

Conflitto d'interesse

Alla fine del testo, nella voce "Conflitti d'interesse dichiarati" gli autori devono indicare eventuali rapporti finanziari e personali con altre persone o organizzazioni che potrebbero influenzare impropriamente il loro lavoro. Esempi di potenziali conflitti d'interesse: lavoro, consulenze, partecipazione azionaria, onorari, testimonianze di esperti pagati, domande di brevetto/registrazione, sovvenzioni o altri finanziamenti.

Tutti i contributi devono essere inviati via e-mail a: paola.beatini@unipg.it

