

La residenzialità *ultra light* e la frammentaria politica regionale residenziale italiana

GIOVANNI CHIOLA

Università degli Studi di Napoli “Federico II”

Abstract

Italy pioneered deinstitutionalization 40 years ago, with the famous Law Number 180 in 1978. The mental health reform law abolished the psychiatric hospitals and gave back to people with mental issues the full right to citizenship. Mental health policies in Italy in the last four decades promoted the growth of community residential settings for people with mental disorders and aimed both at taking care of the suffering and promoting the recovery (balancing a better state of health and integration without discrimination). Several residential solutions characterize the mental health systems with different levels of support and a variety of functions. Among the numerous solutions, supported housing could be defined as ultra-light. Supported housing allows people with mental health problems to relate but at the same time to undergo a light, more economical and more effective therapeutic and rehabilitative control. The drawback of the supported housing system is the local disparities: while virtuous regions have fully implemented not only national but also supranational norms regarding included society, instead in the unvirtuous regions families still support the full weight of assistance.

Keywords: supported housing, home care, patient psychiatric, freedom, responsibility, democracy, autonomia abitativa (autonomy of housing).

1. Introduzione

In Italia, i pazienti con patologie psichiatriche a seguito della grande riforma di Basaglia realizzata con la legge n. 180 del 1978, collegata alla legge n. 833 dello stesso anno, che istituiva il Servizio Sanitario Nazionale, sono riusciti ad offrire un'immagine di sé che va oltre la malattia mentale, ri-

mandando al proprio essere persone. Il merito deve essere attribuito alla riforma psichiatrica che ha creato un nuovo clima sociale e culturale che ha facilitato l'apertura di ampi spazi per la tutela dei diritti delle persone più fragili.¹ Da poco tempo è terminata la ricorrenza del quarantesimo anno della riforma basagliana che ha permesso l'introduzione dei servizi psichiatrici all'interno dei servizi sanitari generali per il reinserimento dei malati mentali nel loro ambiente di vita. Questi soggetti non soltanto sono riusciti a recuperare faticosamente i propri diritti legati alla cittadinanza, ma addirittura a sperare di guarire dalla malattia mentale. Ancora oggi, fuori dalle commemorazioni parliamo di continuità tra l'operato di Franco Basaglia e il panorama attuale caratterizzato da nuove patologie, da esigenze diverse della società civile, ma soprattutto dall'aumento esponenziale di casi di depressione che coinvolgono gli adulti ma anche tanti giovani.² In Italia il nostro sistema sanitario è basato sulla medicina territoriale in cui nell'arco dell'intera giornata, coloro che soffrono di disturbi psichiatrici e che non hanno la necessità di ricoverarsi in ospedale, possono trovare piena assistenza presso i DSM (Dipartimenti di salute mentale). Il tema è stato affrontato anche a livello europeo dando piena attuazione all'art. 13 del Trattato CE che definisce la base giuridica degli interventi a livello comunitario per combattere la discriminazione incentrata, tra l'altro, sull'handicap. Inoltre, è necessario operare un cambiamento di atteggiamento da parte del pubblico, delle autorità pubbliche, delle parti sociali e dei governi volto a sensibilizzare l'opinione pubblica sulle malattie psichiche e

1. Rossi 2008: 152.

2. Trincas 2018.

sulla possibilità di curare e promuovere l'integrazione delle persone affette da disturbi psichici nella vita lavorativa.³

La recente modifica legislativa introdotta con la L. n. 81 del 2014, che ha portato alla chiusura definitiva degli OPG (Ospedali psichiatrici giudiziari) e al conseguenziale avvio del sistema di presa in carico territoriale degli internati ha determinato il definitivo abbandono del modello istituzionale legato ai ricoveri, a favore di forme alternative che possano realizzare la *care* (il prendersi cura) della sofferenza, ma anche il *recovery* (bilanciamento fra la migliore integrazione senza discriminazioni ed il migliore stato di salute),⁴ attraverso la cura delle persone con malattie mentali, con l'utilizzazione di risorse e potenzialità proprie ma anche dell'ambiente circostante. Il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari non è un risultato scontato, ma l'obiettivo di un processo quotidiano che coinvolge il vissuto di ogni paziente che deve essere continuamente aggiornato. Alla luce della Dichiarazione di Helsinki sulla Salute mentale in Europa del 2005 e della Convenzione ONU sui Diritti delle persone con disabilità del 2007, ma anche di uno studio della Commissione europea, dal titolo *Included Society*, è stato confermato che la cura delle persone con malattie mentali deve essere realizzata sostituendo gli istituti con una forma di residenzialità alternativa a livello locale e deve orientarsi verso la maggiore

3. Vedi il Libro Verde, 2005. *Migliorare la salute mentale della popolazione. Verso una strategia sulla salute mentale per l'Unione europea*. Bruxelles.

4. Leamy, Bird, Le Boutillier, Williams e Slade 2011: 445-452; Davidson e Strauss 1992: 131-145. Vedi Pocobello 2018 che distingue tre tipi diversi di *recovery*: individuale; di supporto tra pari (empatia); basata sulla leadership (organizzazione dei servizi, l'essere inclusi, la formazione e la valutazione).

autonomia possibile perché, diversamente, avrebbero perduto con l'isolamento il proprio ruolo di cittadino.⁵ Per fare in modo che questo obiettivo riabilitativo sia raggiunto saranno necessarie soluzioni concrete che mirino a promuovere gli interventi a domicilio anziché i ricoveri.⁶ Si è potuto constatare come gli interventi domiciliari eseguiti da personale specializzato dei CSM (Centri di salute mentale) non riducessero le ospedalizzazioni nei SPDC (Servizi psichiatrici di diagnosi e cura), ma che contribuissero ai fini della presa in carico dell'utente psichiatrico, al miglioramento della loro qualità di vita in ambito familiare, fisico, psichico e sociale. Alcune di queste soluzioni, quali le case famiglia⁷ oppure la residenzialità più leggera, come la convivenza in appartamenti autogestiti (*supported housing*) permettevano alle persone con disagi psichici di relazionarsi e far diminuire il rischio di effetti negativi per la salute.⁸

Si tratta, in generale, di una sorta di residenzialità *ultra light*, ovvero più economica, meno controllante ma anche dotata di maggiore efficacia sul piano terapeutico e riabilitativo. Anche se, occorre specificare che la struttura designata non sia

5. Vedi Project under the European Social Fund: Inclusion Europe, Included in Society (2003-2004), http://europa.eu.int/comm/employment_social/index/socinc_en.pdf

6. Vedi il programma di azione biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità, adottato con DPR 12 ottobre 2017 e pubblicato in G.U. n. 289 del 12.12.17.

7. Vedi ad esempio le case famiglia della Comunità di Sant'Egidio.

8. Vedi il rapporto sulla salute mondiale 2001 in cui Gro Harlem Brundtland, all'epoca direttore generale dell'OMS, ha scritto: «Ogni paziente ha il diritto di essere curato nell'ambiente meno limitante possibile, con un trattamento il meno restrittivo o intrusivo possibile».

scelta casualmente oppure legata alla disponibilità della residenza stessa, ma calibrata alla storia personale ed alle esperienze delle persone con disabilità. All'interno del modello di assistenza territoriale queste soluzioni, però, costituiscono un virtuosismo o un esperimento di poche ASL (Aziende sanitarie locali). Al riguardo è opportuno fare un bilancio complessivo della riforma basagliana, riportando gravi carenze e disegualianze nella sua concreta attuazione, senza, tuttavia, sottovalutare l'enorme responsabilità sociale volta a porre fine ai casi di stigma e di discriminazione

2. Prime esperienze residenziali a livello territoriale

A partire dall'anno 1978, un importante processo di sanitizzazione incomincerà a prendere piede a livello territoriale e sarà volto ad una lenta riorganizzazione dei servizi psichiatrici.⁹ La L. 833/78, è opportuno ricordare, ha imposto alle Regioni di smantellare entro un termine piuttosto breve (31 dicembre 1980) il sistema manicomiale, portando avanti il progetto delineato dalla legge precedente e risolvendo le convenzioni stipulate dagli enti pubblici con istituti di cura privati che svolgessero esclusivamente attività psichiatrica.¹⁰

9. Giannichedda (2018: 12) precisava che tra il 1974 e 1976 a Trieste il manicomio incominciava ad essere sostituito dal sistema dei servizi pubblici e a subire una profonda strutturazione amministrativa. Lo stesso manicomio di Trieste nel 1976 conteneva soltanto 253 ricoverati e 433 *ospiti*, ovvero persone che avevano problemi di natura prettamente sociale anziché sanitaria, che vivevano in appartamenti ricavati dai reparti ristrutturati.

10. Piro (2008: 202) è di contrario avviso perché sostiene che le Regioni non fossero in grado di garantire un'assistenza socio-sanitaria e psicologico-psichiatrica adeguata poiché mancava un intervento continuo nel territorio e un'incondizionata presa in carico di ogni paziente dell'ASL.

Per cui, dallo strumento istituzionale del ricovero si è passati al servizio pubblico mediante l'inserimento dei pazienti in strutture residenziali protette ovvero permettendo loro di muoversi all'interno di uno spazio sociale. A partire dall'anno successivo all'entrata in vigore della legge (01 gennaio 1979) verranno attribuite alle Regioni, nell'ambito del piano sanitario regionale, i servizi psichiatrici. Ciò accadrà, non soltanto, attraverso il trasferimento del personale dei servizi psichiatrici statali (ove necessario, con l'assunzione per concorso di altro personale), ma anche costituendo i presidi per la tutela della salute mentale nelle USL (oggi ASL). All'interno degli ospedali generali verranno istituiti specifici Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, come anche la Guardia psichiatrica, integrati nel Dipartimento di Salute Mentale e dotati di non più di 15 posti letto (per non ricreare dei piccoli manicomi) e con personale degli OP (Ospedali psichiatrici) e dei servizi pubblici extra ospedalieri (per evitare un'équipe ospedaliera autonoma, ma aperta a interventi extra ospedalieri) dove effettuare i ricoveri psichiatrici volontari oppure obbligatori. Infine, le terapie e la riabilitazione sociale potranno essere garantite in strutture integrate socio-sanitarie semiresidenziali, residenziali (Centri Diurni, Comunità alloggio - Residenze sanitarie assistite), oppure in una struttura assistenziale per soggetti anziani (Casa di riposo o simili). Al concetto di cura delle persone affette da patologie psichiatriche si è aggiunto quello del prendersi cura della soggettività e dei bisogni della persona. Questo nuovo modello è stato caratterizzato dal passaggio dal modello custodialistico a quello terapeutico. La cura però non deve essere solamente farmacologica - si pensi alla fiorente nascita, in alternativa agli SPDC, per venire

incontro alle crisi o acuzie dei pazienti, delle cliniche convenzionate oppure delle numerose comunità terapeutiche e cooperative sociali che hanno gestito la cronicità di migliaia di pazienti per un giro enorme di denaro¹¹ - ma orientata alla maggiore autonomia possibile. Al riguardo alcuni hanno sostenuto la necessità di chiudere questi luoghi che sono stati trasformati in contenitori *dell'impossibilità, della cronicità, della malattia riprodotta da quelle certezze scientifiche*.¹² Allo stesso tempo si è cercato di rilanciare all'interno delle strutture residenziali, il modello delle strutture residenziali protette, ovvero soluzioni abitative come il Gruppo-Appartamento volto a rispondere a specifiche esigenze di residenzialità assistita di tipo non asilare, rivolte a pazienti giunti ad un avanzato processo di reinserimento sociale.

3. Il *care pathway* ed i Gruppi Appartamento

L'assistenza psichiatrica annovera il gruppo appartamento fra le strutture intermedie alla stregua delle comunità, dei centri diurni, delle strutture semiresidenziali e di altre strutture residenziali.

Lo scopo principale è la riabilitazione psichiatrica che deve coinvolgere il corpo, il tempo e lo spazio. Il lavoro quotidiano concerne inevitabilmente il luogo in cui si trovano le

11. Ricerca Progress – progetto residenze (Iss 2001) secondo cui i posti – residenza nelle Regioni risultavano essere di circa 17.000. Il numero è in crescita e si dovrebbe aggirare intorno alle 20.000 se non addirittura 30.000 persone che a vario titolo sono ospitate in strutture residenziali. L'offerta di ricoveri in cliniche private convenzionate con il S.S.N., accessibili anche senza coordinamento con il CSM, completano il quadro della residenzialità.

12. Camarlingi 2008: 29.

strutture e si svolge la terapia riabilitativa. In Europa sono stati creati dei palazzi riservati alle persone che soffrono di disturbi psichici, in cui i pazienti schizofrenici hanno aumentato le competenze e l'autostima, come ad esempio, le *Home like setting* in Svezia, le *Congregate housing* in Finlandia, oppure le *Communal Houses* in Gran Bretagna. In queste case di transizione, a parere di Meissner,¹³ l'80% dei pazienti aveva un miglioramento nel mondo del lavoro e sociale. Anche Middelboe¹⁴ aveva studiato che all'interno delle *supported house* l'83% dei pazienti mostrava sensibili miglioramenti delle patologie e dell'integrazione sociale. A parere di Carling¹⁵ occorre individuare alcuni parametri oggettivi di valutazione dei servizi che si ispirano a questo nuovo approccio: definire gli scopi della valutazione; formulare domande rilevanti riguardo ai concetti chiave del modello; guardare oltre il risultato della salute mentale; osservare l'evoluzione e le caratteristiche del programma; il tipo di utenza; studiare i processi di sviluppo del modello. In America in alcuni Stati i servizi psichiatrici sono organizzati in un *care pathway*, in cui i pazienti si spostano dall'ospedale ad una residenza supportata che varia gradualmente in autonomia ogni paio di anni, a seconda dell'acquisizione di abilità e confidenza.¹⁶

4. Le macchie di leopardo della riforma Basaglia

Il processo di dotazione delle strutture residenziali psichiatriche si è rivelato, però, con il tempo disparitario sul territorio

13. Meissner 1998.

14. Middelboe 1997.

15. Carling 1990.

16. Killaspy 2016.

regionale dal momento che le leggi nn. 180 e 833 del 1978 erano «leggi-quadro» che fissavano soltanto la disciplina di principio a cui le Regioni dovevano dare applicazione. Ciò ha determinato delle ampie smagliature che non soltanto hanno reso difficile la cura delle persone con malattie mentali, ma anche difficile il raggiungimento di standard minimi di tutela dei diritti umani fondamentali. Lo scarso sostegno sociale e relazionale ha fatto sì che le famiglie supportassero in pieno il peso dell'assistenza. A parere di Dell'Acqua,¹⁷ non esiste una forte omogeneità fra le Regioni, molte delle quali si sono trovate impreparate a gestire le cure necessarie per le patologie mentali attraverso l'istituzione di presidi territoriali determinando seri problemi per la tutela del malato mentale. La mancata realizzazione dei modelli virtuosi di regionalismo cooperativo ha determinato delle aree in cui sono nate delle esperienze straordinarie grazie anche all'aiuto di associazioni e cooperative sociali, ma, nello stesso tempo, sono ancora troppo numerose le zone in cui la psichiatria non si è trasformata secondo le prescrizioni basagliane a causa delle diverse programmazioni e politiche locali.¹⁸ Per tentare di uniformare la disciplina in materia di sanità mentale è intervenuto il Governo, dapprima, con il D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, e successivamente, con due Progetti Obiettivo (Tutela della Salute Mentale 1994-1996 e 1998-2000). Ma si è trattato di atti di livello regolamentare statale che rientravano nell'esclusiva funzione d'indirizzo (Cass. Civ. S.U. del 20.02.99, n. 88), di dubbia sopravvivenza con l'avvento delle riforme del titolo V della Costituzione. In sintesi, il primo progetto ri-

17. Dell'Acqua 2014.

18. De Girolamo, Girolamo, Picardi, Morosini e gruppo Progress 2001.

partiva l'organizzazione delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale in maniera dipartimentale, inserendo il Centro di salute mentale al centro dell'operare psichiatrico (ovvero una struttura sanitaria territoriale e non ospedaliera). Il secondo progetto evidenziava, invece, le priorità da affrontare per favorire e tutelare la salute mentale dei cittadini. A tale riguardo aveva destinato circa il 5% del Fondo sanitario nazionale (Fsn) alle attività dei Dipartimenti di salute mentale, affinché si diffondessero largamente le comunità terapeutiche, i centri diurni, ma anche i Centri di salute mentale ed i Servizi psichiatrici di diagnosi e cura all'interno degli ospedali generali. Per il raggiungimento di tali risultati era indispensabile attuare una politica volta ad omogeneizzare la programmazione dell'utilizzo delle specifiche risorse gestite dal DSM e rendere unitario il controllo di gestione economica.

In seguito all'entrata in vigore dei Progetti Obiettivo, tutte le attività territoriali ed ospedaliere faranno capo al DSM, intendendo, con questo, l'insieme delle strutture psichiatriche di una ASL. La medicina territoriale diventerà il pilastro all'interno del sistema medico nazionale in grado di garantire un'assistenza totale (per 24h), per tutti i cittadini (anche per chi soffre di disturbi psichici) che non hanno la necessità di ricoverarsi in ospedale. Occorre ricordare, però, che il secondo PON si diffuse a macchia di leopardo per una serie d'inconvenienti legati alla scarsità delle risorse economiche e ai frequenti casi di abbandono alle famiglie, lasciate sole a gestire i propri familiari affetti da patologie mentali. I servizi territoriali versavano in gravi difficoltà non per colpa degli operatori, ma a causa dell'assenza istituzionale e della programmazione sanitaria e sociale sulla salute mentale. Indub-

biamente, alcuni territori sono più difficili di altri e la crisi economica ha indebolito molti servizi privandoli delle risorse necessarie a realizzare un intervento personalizzato sulle persone che risentono della condizione di malattia mentale. Tale caratterizzazione territoriale ha permesso addirittura di conservare antiche pratiche barbariche realizzate con lo strumento della contenzione meccanica, che sembrava appartenere ad una remota logica manicomiale, ma risulta, invece, tutt'oggi presente in molte strutture territoriali regionali quali: i servizi psichiatrici ospedalieri di diagnosi e cura, i servizi di neuropsichiatria infantile, le residenze sanitarie assistenziali (Rsa), i reparti di medicina e quelli geriatrici, i Pronto soccorsi, le residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (Rems), le case di cura private e le comunità terapeutiche. Per non parlare dello scarso turn-over del personale di servizio che va in pensione, che impone un eccessivo sovraccarico di lavoro agli operatori. Da ciò possiamo facilmente desumere che la L. 180 del 1978 ha permesso di lavorare a *canne d'organo*, ovvero in modo isolato sul territorio nazionale a causa di una *deregulation* totale fra Regioni del Nord e del Sud, ma anche del livello assistenziale, che non operando per la durata della giornata ma per poche ore, ha lasciato scoperta da qualsiasi copertura giuridica la dignità delle persone. L'eticità degli atti medici è stata sopraffatta dalle culture e pratiche generate dalle psichiatrie, ma anche dal silenzio degli amministratori che hanno alimentato lo stigma e la discriminazione sociale. Gli accorpamenti di più aree territoriali a seguito di programmi di razionalizzazione sono stati, infine, il frutto della fantasia dei politici (Riforma Balduzzi, L. 6 agosto 2015, n.125 di conversione con modificazioni del D.L. 19 giugno 2015, n.

78), ma anche della crisi economica che hanno permesso di concentrare il personale in grandi ASL e in un unico Dipartimento di salute mentale territoriale che impedisce il contatto coi pazienti. Al riguardo si poteva affermare che sono stati offerti ai cittadini più deboli delle opportunità importanti che le istituzioni non hanno però potuto soddisfare appieno visto che prevedevano un'organizzazione capillare che necessitava di grandi investimenti. Per superare l'*empasse* seguita alla riforma basagliana è indispensabile personalizzare i servizi necessari da calibrare nei confronti dei soggetti coinvolti, ma anche impedire la mortificazione degli operatori che hanno lavorato in luoghi estremamente degradati per permettere lo svolgimento della loro formazione. Al riguardo occorre riallocare - e nel contempo disinvestire in progetti legati alla residenzialità -¹⁹ le preziose misure economiche per costruire più domiciliarità, riqualificare i luoghi e per tenere aperti 24 ore al giorno i servizi psichiatrici che coinvolgono un personale più nutrito che impedisca la marginalizzazione, l'abbandono e la sofferenza di molte persone.²⁰ Queste buone pratiche che sono state raccomandate anche dal Consiglio nazionale di bioetica,²¹ però, saranno pienamente efficaci nel momento in cui verrà assunto un nuovo pensiero, che ad oggi manca. Quel pensiero, quel modello teorico non è altro che l'ingresso nel diritto di tutti i cittadini italiani!

19. Starace 2019. L'A. sostiene la necessità di rimodulare il Piano Salute Mentale dal momento che allo stato attuale la Sanità investe circa 3 miliardi e mezzo, di cui metà, sui servizi residenziali e semiresidenziali.

20. Starace, Buccari e Mungai (2017) prendono in esame il *RSM (Rapporto sulla salute mentale in Italia)*.

21. V. Parere CNB 2017.

5. Il ddl n. 2850 del 2017

Per far uscire dalla dimensione locale le politiche di applicazione sostanziale della L. 180 è stato presentato al Senato, sul finire della scorsa Legislatura, il ddl. 2850. Finalmente è stata avanzata una proposta di legge nazionale nata da un progetto di molti operatori, cittadini e numerose associazioni che hanno tentato di superare gli estremismi regionali, le disomogeneità che si sono instaurate nel corso di questi quarant'anni, ma anche uno strumento per alleggerire le famiglie dal grande carico di responsabilità e solitudine che hanno dovuto sostenere per troppo tempo. A lungo, infatti, i servizi territoriali sono stati carenti, gli operatori mortificati ed i luoghi fisici hanno subito un rapido degrado. Da qui la necessità di ricostruire un percorso di speranza per gli operatori del settore, recuperando proprio la L. 180, tentando di far diventare la salute mentale non solamente tecnicità ma anche uno strumento di convivenza, attraverso gli appartamenti e le cohousing, ma anche la capacità di relazionarsi. Si è potuto comprendere come fosse realizzabile tale progetto attraverso la costruzione da parte delle Regioni, di una rete di servizi fra l'ospedale ed il territorio. Da alcuni anni i Governi europei, la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disturbo mentale (UNCRPDW), ma anche l'associazione mondiale di psichiatria (WPA), hanno lanciato campagne di comunicazione sociale che sono molto efficaci e garantiscono a tutela dei diritti delle persone con disturbo mentale il diritto all'abitazione e alla riabilitazione, in particolare nei settori della sanità, dell'occupazione, dell'istruzione e dei servizi sociali. Fra le disposizioni normative contenute nel progetto di legge in esame è da notare quella consistente

nell'apertura dei CSM h. 24 per fornire risposte immediate al disagio mentale; i DSM a cui gli stessi CSM fanno riferimento si devono occupare della cura di un bacino di 60.000, massimo 70.000 unità e non di 500.000 pazienti, come fanno attualmente; l'eliminazione della contenzione materiale; i TSO devono essere più rispettosi del cittadino con la nomina di un Garante da parte del giudice tutelare; non più stanziamento di somme generiche per prestazioni, ma più progetti individuali integrati per la singola persona. Infine, il ddl 2850 prevede anche la necessità di un'adeguata copertura finanziaria dal momento che il tetto fissato prevede un 5% del fondo sanitario regionale destinato alle spese mediche. Si è riscontrato che la spesa oggi sia notevolmente al di sotto di suddetto limite e che siano necessarie non solamente le risorse economiche, ma anche quelle di natura culturale, come ad esempio, la formazione del personale.²² Sostanzialmente il disegno di legge dovrebbe provvedere a tradurre in buone pratiche sul territorio nazionale la L. 180, proprio come sta avvenendo da tempo, in alcune Regioni. La salute mentale deve essere articolata sul territorio, dal momento che è stato dimostrato che l'ambiente di vita e l'area di residenza possono incidere sulla salute delle persone.²³ Aggiungerei anche,

22. Starace 2018.

23. Costa, Bassi e Marra (2014) illustrano come nelle aree più deprivate accrescono i tassi di mortalità della popolazione sotto i 75 anni mentre le persone vengono esposte ad un rischio da 3 a 10 volte maggiore rispetto alla media di presentare condizioni di cattiva salute o disagio sociale, come l'autolesionismo, la violenza e le problematiche legate all'alcol. Altre condizioni come l'asma, il cancro al polmone, il diabete, le patologie cardiache e quelle mentali, l'epilessia e in generale la percezione soggettiva di cattiva salute, mostrano una frequenza di 2 o 3 volte superiore.

la questione pratica dell'aumento esponenziale dei casi di disturbo mentale nei Paesi industrializzati, che a causa della crisi economica costringono i Servizi Sanitari Nazionali a realizzare alcune drastiche misure di contenimento che si sono riverberate sugli individui, famiglie e sulla stessa comunità di appartenenza. Ecco allora come sia opportuno prendere in considerazione, quale punto di partenza, il diritto all'abitazione che non è fine a sé stesso, ma un mezzo per la completa realizzazione dello sviluppo individuale e personale, nel più ampio quadro della libertà della persona umana e della tutela della dignità, ma anche un rimedio per deflazionare i ricoveri nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura e per conseguire notevoli risparmi a vantaggio del SSN.

6. La casa, elemento coesistente al recupero

La casa è il luogo della propria identità in cui si esercita l'azione terapeutico-riabilitativa e nello stesso tempo un diritto fondamentale della persona riconosciuto anche a livello internazionale²⁴ per soddisfare i bisogni costituzionali della persona. Alla luce dell'art. 32 Cost., nella misura in cui qualifica il diritto alla salute come *fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività*, non soltanto l'insalubrità, ma soprattutto l'assenza della casa può minacciare fortemente la

24. Vedi l'art. 25 della Dichiarazione dei Diritti dell'Uomo di Parigi del 1948; l'art. 5 della Convenzione internazionale per l'eliminazione di ogni forma di discriminazione razziale; l'art. 14, 2 della Convenzione delle Nazioni Unite sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne; l'art. 27 della Convenzione sui diritti del fanciullo; l'art. 21 della Convenzione relativa allo status dei rifugiati e la Convenzione internazionale sui diritti dei lavoratori migranti e dei membri delle loro famiglie.

salute dell'individuo.²⁵ Se da un lato, rappresenta un obiettivo di politica sociale assolutamente imprescindibile per uno Stato democratico, dall'altro lato, è strumentale al godimento del diritto alla salute.²⁶ Quindi, alla luce della normativa internazionale e dell'ampliamento dei diritti sociali, è possibile allargare il *favor* costituzionale non solamente ad un generico diritto di abitazione del proprietario, ma anche al portatore di un disturbo mentale, che a causa della sua indigenza oppure per incompatibilità familiare deve vedersi garantita l'effettività del diritto alla salute mediante l'attivazione e valorizzazione dei programmi di reinserimento abitativo, lavorativo e sociale. La riabilitazione psichiatrica, per essere efficace, necessita pertanto che sia contemplato anche il godimento di una casa perché ciò implicherebbe l'acquisizione di una contrattualità o per essere più precisi, l'esercizio di un potere di natura materiale o simbolico che conferirebbe agli infermi psichiatrici la possibilità di diventare protagonisti e partecipi di quanto stanno vivendo. A seguito della riforma del SSN del 1978, i dipartimenti di salute mentale non solamente hanno costituito l'articolazione organizzativa, ma anche lo strumento che ha consentito i processi di deistituzionalizzazione e lo sviluppo della rete territoriale. I DSM, fra i loro compiti, promuovono percorsi di residenzialità che privilegiano soluzioni abitative atte a far maturare nelle persone, autonomia e responsabilità, a prescindere dal grado di

25. Scotti 2015.

26. Vedi l'art. 26 UNCRPD, che stabilisce che le persone con disturbo mentale hanno diritto all'abitazione e alla riabilitazione, in particolare nei settori della sanità, dell'occupazione, dell'istruzione e dei servizi sociali.

disabilità.²⁷ Questo viene reso possibile attraverso accordi inter-istituzionali con gli enti locali, la promozione dell'accesso al libero mercato immobiliare, una sensibilizzazione verso i privati che mettono a disposizione appartamenti per soluzioni di coabitazione solidale. Da qui, il profondo significato terapeutico dell'*abitare* quale dimensione fondamentale della costruzione di sé e di un elevato grado di autonomia attraverso lo sviluppo di una capillare rete dei servizi su base regionale e di un adeguato piano nazionale della salute mentale, che permetta di comprendere cosa effettivamente funzioni e cosa no. Il paziente, allora, deve diventare il destinatario esclusivo di un progetto di riabilitazione individuale all'interno non propriamente di una casa, ma di un *habitat* che descrive il luogo in cui realizzare la pratica riabilitativa.²⁸ Il supporto opererà allora su un piano individuale, familiare, ma anche sociale, consentendo al malato mentale di trasformarsi da degente istituzionalizzato in paziente curato, per poi giungere al cittadino tutelato.

7. La supported housing

I recenti dati evidenziano un avanzamento graduale di un processo di neo-istituzionalizzazione mascherata.²⁹ La crisi economica, come anche i CSM che assumono un atteggiamento di attesa, fornendo risposte troppo spesso di natura

27. Vedi l'art. 19 UNCRPD, secondo cui le persone con disturbo mentale nell'ambito del diritto alla vita indipendente e all'inclusione nella società hanno diritto all'abitare assistito fuori da istituzioni; secondo l'art. 28 dell'UNCRPD possono vivere secondo adeguati livelli di vita in forma individuale o in piccoli nuclei di convivenza con adeguato supporto.

28. Rotelli 1992.

29. Cozza 2018.

specialistica, fanno sì che il diritto all'accesso alle cure non sia sempre garantito. Da qui il bisogno di una *joint venture* con i pazienti e le loro famiglie, la riabilitazione psicosociale, la farmacoterapia e psicoterapia, la riabilitazione professionale e il lavoro; infine, un diverso ruolo dei mass media per intervenire sulle diverse determinanti sociali, psicologiche e biologiche all'interno dei luoghi in cui vivono gli utenti. Il disturbo psichiatrico, in parecchi pazienti, potrebbe seguire un percorso di stabilizzazione che permette un buon livello adattativo, in modo da comprimere il bisogno di assistenza sul piano, non solamente della specificità sanitaria e psichiatrica, ma anche dell'intensità. Pertanto, diventa necessario l'inserimento temporaneo del paziente in una struttura residenziale che, a seconda della tipologia dell'intervento, soddisfi il necessario bisogno prevalente nella specifica fase del percorso di cura. Lo stesso paziente potrebbe gradualmente passare da una struttura residenziale più specializzata in ambito psichiatrico a quella dotata di una maggiore valenza di integrazione socio-sanitaria, per poi passare, infine, a quella esclusivamente di tipo sociale o addirittura in un appartamento il cui unico obiettivo sia la restituzione sociale. Le strutture residenziali possono, quindi, variare a seconda: dell'elevata assistenza e competenza socio-sanitaria (h.24) prestata dalle Comunità Terapeutico Riabilitative disciplinate dal DPR 14.01.1998; dell'elevata integrazione sanitaria, ex art. 3-septies del D.Lgs n. 229 del 1999, dotate di assistenza sanitaria più o meno intensiva (12-24h) e dall'apporto di interventi sociali e socio-assistenziali, quali i Gruppi Appartamento e le Comunità Alloggio; dell'elevata integrazione sociale ex art. 3-septies del D.Lgs n.

229 del 1999, come i Gruppi Appartamento e le Comunità Alloggio, caratterizzate da un impegno socio-assistenziale più o meno intensivo e dall'ausilio dei sanitari, infermieri, medici di base e specialisti più o meno strutturati a seconda dei bisogni degli ospiti (con personale 12-24h); infine, dell'esclusiva natura socio-assistenziale e sociale come gli Appartamenti Personalizzati (con personale a fasce orarie). Il caso delle supported housing è la dimostrazione di come il paziente non necessiti sempre ed esclusivamente di cure da parte delle strutture sanitarie, ma di un vivere civile in abitazioni che siano misuratamente supportate in relazione ai bisogni dell'utente in quella specifica fase del suo percorso terapeutico-riabilitativo. Il primo autore che ha tentato di sistematizzare l'abitare supportato è stato P.J. Carling,³⁰ che lo ha posto in alternativa con il *continuum* residenziale, essendo caratterizzato da una graduale evoluzione del paziente. Il progetto di integrazione socio-sanitaria di casa a *minor livello assistenziale*, per lo più, viene rivolto a persone con disagio mentale che sono in carico al Dipartimento di Salute Mentale. Questo deve garantire la continuità terapeutica e l'integrazione delle prestazioni, in una logica di integrazione con i Servizi Sanitari e in collaborazione con altri enti istituzionali, soggetti pubblici e/o privati (privato sociale e imprenditoriale), rappresentanti dei familiari e del volontariato. La residenzialità leggera si realizza all'interno di una rete di abitazioni presenti nel tessuto sociale urbano. Quando parliamo di destinatari di tali strutture, occorre fare riferimento ai pazienti con disturbi psichici stabilizzati, che hanno un buon grado di autonomia personale e com-

30. Carling 1994.

petenza relazionale ma, che sono sprovvisti del supporto familiare, qualora la convivenza familiare diventi difficile. Anche se, occorre precisare che molto spesso non soltanto la discriminazione, ma anche la povertà e la mancanza di risorse abitative renderebbero impossibile le sistemazioni di vita al di fuori del nucleo originario e anche delle stesse strutture residenziali.³¹ Questo tipo di residenzialità la definirei *ultra light* anziché leggera, perché non si tratterebbe di una vera e propria struttura residenziale, ma di un percorso terapeutico in cui la casa mantiene la natura di ambiente naturale. Tra l'altro è molto più economica perché prevede un'assistenza socio-sanitaria limitata ad alcuni momenti della giornata che nella maggioranza dei casi viene effettuata *a distanza* e consente di sviluppare *un'autonomia sostenuta*, che evita o almeno rallenta i fenomeni di deriva o l'isolamento sociale. Una criticità che può essere messa in rilievo potrebbe consistere, al momento della dimissione dei pazienti con patologie psichiatriche, nella carenza delle strutture abitative a minor livello di assistenza che non riescono a soddisfare le innumerevoli richieste di sostegno. È un peccato se si pensa alla maggiore efficacia che comportano tali strutture sul piano terapeutico ma anche riabilitativo. La normativa italiana³² è stata integrata da preziose indicazioni internazionali³³ a cui hanno fatto seguito, dopo che

31. Starace 2015.

32. Vedi le Linee di Indirizzo per la Salute Mentale del 20.03.2008; DPCM 1 aprile 2008 sul trasferimento della sanità penitenziaria dell'Amministrazione della Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale; Piano Nazionale Prevenzione 2010-2012; Patto per la Salute 2010-2012.

33. Vedi la Declaration and Action Plan di Helsinki dell'OMS Europa (2005) e MH Gap dell'OMS Ginevra (2008); Green Paper (2006) ed

la Regione europea dell'Oms ha constatato che ogni anno i disturbi mentali affliggono circa il 25% della popolazione, il Piano d'azione europeo 2013-2020 sulla salute mentale. Questo si focalizza in particolare sulle azioni preventive per contrastare l'insorgenza dei disturbi mentali e per migliorare la qualità di vita dei cittadini. Da questo miglioramento dipenderà il recupero della salute fisica e mentale dei cittadini grazie ad attente politiche volte al lavoro, al reddito, alle condizioni di sicurezza, alla possibilità di svago e di incontro ma anche all'accettazione sociale. In Italia, quasi contemporaneamente, le Regioni in Conferenza unificata hanno elaborato assieme al Ministero della salute e al Gruppo tecnico interregionale Salute Mentale (GISM), il Piano di azione nazionale per la salute mentale.³⁴ Ciò ha permesso di abbandonare una modalità di lavoro segmentale, consistente nella produzione di singole prestazioni, per lavorare sulla base dei bisogni delle persone e dell'implementazione dei percorsi di presa in carico e di cura.

European Pact for Mental Health and Well-being (2008) dell'Unione europea; Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia, recepita nel nostro ordinamento con legge 176/1991 e Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, recepita con legge 18/2009.

34. Vedi il PANSM (Piano di azioni nazionale per la salute mentale) che è stato approvato in Conferenza Unificata con l'accordo n. 4 del 24 gennaio 2013. Il documento definisce gli obiettivi di salute per la popolazione, le azioni e gli attori necessari per conseguirli, i criteri e gli indicatori di verifica e valutazione. Lo scopo è di rilanciare le azioni prioritarie necessarie nel settore, sia per ovviare alle criticità che per implementare le buone pratiche. Da questa strategia generale discendono altri documenti operativi volti a promuovere una maggiore efficacia degli interventi messi in atto dalle Regioni, quali titolari dell'organizzazione e assistenza.

L'abitare supportato nasce da un accordo tra utente ed équipe del Centro di salute mentale con cui vengono specificate le responsabilità che l'utente assume quale titolare del contratto di locazione e delle utenze, si realizza in civili abitazioni dove l'utente vive da solo o in coabitazione.

Il CSM sostiene il progetto dell'abitare supportato attraverso l'attivazione di un apposito budget di cura e di ore di assistenza personalizzata; attraverso l'attivazione diretta o indiretta di una concreta mediazione abitativa, per esempio tramite Associazioni di Utenti, anche con il supporto del facilitatore sociale. Se esaminiamo il caso del Piemonte che è stata la Regione pioniera, con l'adozione della prima legge regionale in materia psichiatrica (L.R. 61/89) che ha portato alla chiusura definitiva dei manicomi e la nascita di un processo antimanicomiale (DGR n. 118-7609-1996) notiamo che è poi sfociato nella realizzazione di un'offerta elevata di soluzioni residenziali leggere. Queste costituiscono, non soltanto, un'alternativa alle strutture manicomiali in cui erano presenti solamente dei posti letto, ma a dispetto delle semplici strutture residenziali, offrono la possibilità agli utenti di vivere la propria vita nella società, avendo consapevolezza della malattia e imparando a convivere se non, addirittura, a gestire i sintomi di questa. Con la DGR 3 giugno 2015, n. 30-1517 sono stati fatti grandi investimenti nella direzione della residenzialità leggera (355 Gruppi Appartamento dotati di 1365 posti letto; 21 Comunità Alloggio accreditate, dotate di 208 posti letto, infine 64 Comunità protette, accreditate di cui 54 di tipologia B e 10 di tipologia A per un totale di 1263 posti letto). Rispetto ad altre Regioni come la Lombardia, i cui progetti di residenzialità leggera hanno

costituito una realtà marginale (DGR del 2008), il Piemonte ha preferito investire non in soluzioni abitative meramente assistenziali, ma in abitazioni a vocazione terapeutica, rivolte a soddisfare diversi livelli di assistenza.

8. La residenzialità leggera in Italia e le principali risoluzioni

Già il termine di residenzialità leggera evoca una nuova forma di residenzialità psichiatrica, lontana dalle prese in carico oppure dalla lentezza della psichiatria post-manicomiale. Queste strutture consistono in piccole unità abitative che non sono costruite secondo i criteri standardizzati dell'edilizia pubblica, ma consistono in appartamenti di piccole dimensioni che fanno parte dei normali condomini. Un aspetto particolare delle residenze leggere è che non soltanto la fornitura degli alloggi, ma anche la gestione dei progetti riabilitativi è quasi completamente affidata dal servizio sanitario nazionale alle imprese del privato sociale. Si deve incominciare non solamente a praticare la solidarietà umana, ma anche a costruire una cultura diversa da quella che frapponne delle barriere. Si deve partire proprio dalla psichiatria che ha costruito i manicomi e che continua ancora oggi a creare distanze. Abitare il territorio significa far funzionare i servizi territoriali che rispetto al modello clinico-ospedaliero, dovrebbe andare incontro alle persone e sappia valorizzare il capitale umano. Nella comunità si deve effettuare la presa in carico del lavoro terapeutico. Affiancato ad esso si deve collocare l'inserimento lavorativo e i percorsi di formazione, la cooperazione sociale, i programmi di educazione supportata, le risoluzioni per migliorare la gestione del tempo libero, la possibilità d'intrattenere relazioni affettive con l'altro sesso.

In sintesi, il sostegno all'abitare equivarrebbe a realizzare un progetto di vita autonomo e adulto come anche a sconfiggere la marginalizzazione. L'abitare supportato è necessario per attivare i processi di reale inclusione sociale nel territorio. Si tratta di un lavoro che permette ad una persona di passare da una residenzialità ad alto livello assistenziale (gruppi appartamento) all'abitare in autonomia. In questo programma entrano in gioco i facilitatori sociali (persone con esperienza di disagio mentale, capaci di ridefinire la loro sofferenza psichica come plusvalore per utilizzarla professionalmente al servizio di persone con problematiche affini), un adeguato collegamento con la vita associativa, ma anche i Servizi socio-sanitari che presidiano, coordinano e s'inseriscono nei percorsi terapeutici individualizzati. In un momento economico difficile di tagli alla salute mentale imposti dal Governo è necessario preservare le risorse riservate a questa area.

9. Il diritto di abitare la casa da parte dei pazienti psichiatrici è anche una pratica terapeutica volta a soddisfare bisogni abitativi

La casa è un diritto, ma non rappresenta solo un luogo fisico in cui dimorare, ma la conquista da parte del paziente della propria soggettività. Da troppo tempo gli è stato negato dalla mutualità manicomiale che ha soffocato la sua identità di paziente, costretto a vivere emarginato dalla società in luoghi anonimi. Rotelli parla³⁵ di ricerca di un habitat ovvero del risultato a cui deve mirare la pratica riabilitativa. Il suo ottenimento permette di realizzare un processo di formazione della cittadinanza del paziente che deve essere costantemente

35. Rotelli 1992.

difeso. La realizzazione del diritto alla salute mentale consiste anche nella sfida economica rivolta alla sperimentazione di nuove forme di protezione sociale, come anche all'interno del Servizio sanitario nazionale per garantire l'esercizio dei diritti. Da ciò il progetto del distacco dalla dimensione istituzionalizzante verso forme sempre più leggere ed economiche di residenzialità. È necessario intraprendere azioni positive come ad esempio, il documento Stato-Regioni del 2013 sull'adozione del criterio di accesso dei pazienti sulla base di indicatori, che ha costituito uno dei primi passi che sono stati intrapresi. L'autonomia dei pazienti beneficia di un maggior sviluppo oltre alla sperimentazione di nuove forme di gestione del tempo e dei percorsi individuali. Due elementi non devono essere tralasciati ovvero, il rapporto con il territorio e la cura e personalizzazione degli spazi. Il processo di emancipazione dei pazienti è garantito anche dall'assistenza a distanza degli operatori che allo stesso tempo comporta un minor costo di gestione. L'assistenza, infatti, prestata da questi ultimi non deve essere intesa come continuativa, ma occasionale che faciliterebbe tra l'altro un processo di emancipazione. L'analisi statistica di dati su scala nazionale contenuta nel RSM (Rapporto sulla salute mentale) presentato il 16 dicembre 2016,³⁶ se da un lato, permette di comprendere le differenze degli assetti organizzativi locali, dall'altro semplifica la loro complessità in tema di salute mentale. In materia di residenzialità psichiatrica non sempre, però, è

36. La Società italiana di Epidemiologia psichiatrica (Siep) ha condotto un'analisi dei dati del Rapporto Salute mentale (Rsm; *Ministero della Salute, 2016*) relativi al personale dei Dipartimenti di Salute mentale nelle singole Regioni, anche in termini di "carico assistenziale" individuale.

agevole ricavare dati certi, in quanto numerosi criteri e definizioni permangono estremamente variabili. L'obiettivo primario dell'abitare supportato non è la guarigione clinica, ma «la guarigione sociale», ovvero il raggiungimento di un equilibrio e di un adattamento necessario che permettano di integrarsi nella maniera più completa possibile all'interno del proprio ambito sociale. Gli operatori sociali dovranno limitare il loro intervento in modo che il soggetto stesso acquisisca autonomamente le competenze necessarie per una giusta riabilitazione.

10. La politica regionale in materia di residenzialità ed il sostegno all'abitare nella Regione Lazio

La normativa nazionale prevede alcune disposizioni importanti sulla residenzialità e sul sostegno all'abitare³⁷ che, nonostante il caos normativo regionale, le Regioni sono incoraggiate alla loro adozione perché in tempi di grave crisi economica, costituiscono una valida alternativa alle soluzioni più costose. Nel Dipartimento di salute mentale del Lazio sono state monitorate numerose attività in strutture socio-assistenziali a bassa intensità assistenziale ed in case

37. Vedi la normativa di riferimento: il DPCM del 29.11.2001, sulla Definizione dei livelli essenziali di assistenza (LEA); il Decreto del Ministero della Salute del 12 dicembre 2001, *Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria*, per fissare un numero minimo di parametri di riferimento finalizzato al monitoraggio del rispetto, in ciascuna Regione, dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza; le Linee guida nazionali per la Salute mentale – Conferenza Unificata del 20.03.2008; il Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale (PANSM), Conferenza Unificata del 24.01.2013; Le strutture residenziali psichiatriche, Conferenza Unificata del 17.10.2013.

autonome assistite:³⁸ 19 case famiglia e 24 comunità alloggio e numerose civili abitazioni presso le quali assistere gli utenti che vi risiedono.³⁹ L'intento della Regione è quello di passare da un welfare basato sull'assistenzialismo e sull'istituzionalizzazione a un modello di intervento volto a rendere le persone disabili in condizione di godere della massima autonomia possibile per quanto concerne tutti gli aspetti della propria vita; dalla salute alla casa, dalla mobilità al lavoro. Ciò racchiuderebbe il vero significato di dignità e diritti per tutti. A Roma almeno nel 2012 circa l'80% delle persone continuano a utilizzare strutture residenziali con assistenza 24 ore su 24 anche se non ne avrebbero di fatto bisogno. Ciò è dovuto al fatto che non esistono concrete alternative come gli appartamenti supportati. A livello organizzativo, poi, il ricovero necessiterebbe esclusivamente di una ricetta del medico mentre per attivare una cohousing occorrerebbero dei permessi e l'attivazione di un progetto. Per non parlare dell'aspetto economico poiché i gruppi-appartamento della Regione Lazio vengono finanziati grazie ai sussidi terapeutici per disagiati psichici ex L.R. 49/83 istitutiva dei CSM, con cui vengono finanziate anche tutte le altre attività di supporto all'autonomia delle persone con disturbo mentale, mentre diverso regime economico riguarderebbe le cliniche e le comunità psichiatriche che usufruirebbero di convenzioni con la Regione. Ma prevale una cultura della recovery e della riabilitazione integrata e

38. Vedi dati.lazio.it/catalog/it/dataset/strutture-residenziali-psichiatriche-presenti-nel-territorio-della-regione-lazio

39. Vedi il progetto HERO dell'ASL Roma 2 sul *sistema abitare* in www.housing-project.eu

diffusa sul territorio, come anche l'adozione di strumenti informatici ed un rapporto osmotico con il distretto. Integrazione sta a significare che i servizi di salute mentale non bastano, in quanto devono esistere anche i servizi sociali, l'associazionismo tra familiari, esperti e utenti familiari che costituiscono un supporto tra pari ed infine, il volontariato. Secondo alcune ricerche, il tasso di disoccupazione degli adulti che soffrono dei disagi psichici è da tre a cinque volte superiore a quello degli adulti senza malattia mentale, limitando pesantemente le possibilità di vivere una vita autonoma e indipendente.⁴⁰ Ciò costituisce la ragione principale per cui il Lazio investe tanto nei progetti individualizzati di inclusione sociale, lavorativa e abitativa, soprattutto a favore dei giovani con disabilità. Le persone con disagio mentale prese in carico dal Dipartimento di Salute Mentale dell'Asl Roma 2 e residenti nel Municipio VIII che beneficiano del progetto di integrazione socio-sanitaria di *casa a minor livello assistenziale* sono circa una cinquantina. Questi utenti vivono negli appartamenti supportati e costituiscono dei progetti di residenzialità che vengono gestiti dai CSM e dalle cooperative che forniscono ai pazienti il supporto pratico e psicologico, accompagnandoli a gestire il ménage casalingo, ma anche assicurando loro un sostegno psico-educativo.

11. Conclusioni

I problemi che abbiamo ravvisato sul territorio locale possono essere superati con un maggiore coinvolgimento delle Regioni. La legge Basaglia in questi lunghi quarant'anni

40. Piro 2018.

non solamente non è stata attuata in molte delle sue parti, ma è mancato qualcosa come lo slancio e la speranza.⁴¹ La chiusura dei luoghi manicomiali non è sufficiente se non si costruisce una valida alternativa costituita dai servizi utili alle persone che soffrono dei disagi psichici. All'uopo occorre rafforzare la relazione che lega la terapia alla psicoterapia cercando di formare i medici, ma anche di reintrodurre la psicoterapia all'interno dei servizi pubblici. Questa, ormai, è in via di estinzione a causa della riduzione del numero degli psicologi, ma anche a causa della trasformazione degli psichiatri in distributori di farmaci. La chiave di volta è la risocializzazione⁴² che deve necessariamente collegarsi all'art. 1 della Costituzione, ovvero al diritto al lavoro anche per quelle persone che presentino problemi di salute mentale. Ma anche il volontariato da cui proviene lo stimolo verso la recovery,⁴³ potrebbe essere una valida soluzione. In questo modo si verrebbe a superare la medicalizzazione non solamente con attività esterne che creino partecipazione, ma anche attraverso forme di cohousing che vanno oltre il rapporto normale con l'operatore. Se non ci fossero

41. Borgna 2018.

42. Vedi l'istituzione nel 2018 in Gran Bretagna, da parte della premier T. May del Ministero della solitudine per «... fare qualcosa rispetto alla solitudine sofferta dagli anziani, da quelli che hanno perso persone care o da quelli che non hanno nessuno con cui parlare e con cui condividere pensieri o esperienze».

43. Negrogno 2018. L'A. sostiene che il volontariato non sia solamente utile per supplire alle lacune che il servizio pubblico presenta, ma soprattutto una possibilità di coinvolgere le famiglie per il superamento dello stigma; la possibilità di creare un ambito di impegno che sia da aggiungersi alla medicalizzazione.

differenziazioni regionali, i nostri familiari potrebbero intraprendere un percorso di ripresa.

Il sistema sanitario territoriale vedeva come protagonisti non solamente gli operatori che hanno dovuto applicare la legge di Basaglia ma anche i familiari e gli utenti esperti. Ancora oggi a quarant'anni dalla legge Basaglia molti pazienti psichiatrici non godono di una piena assistenza psichiatrica sul territorio. Se appartengono al Dipartimento di salute mentale sbagliato, ovvero che non sia ancora in grado di gestire e garantire appieno i loro diritti, rimangono in una zona liminale in attesa di un concreto progetto d'integrazione socio-sanitaria, che ahimè è rimasto sulla carta per la maggior parte delle Regioni italiane. L'organizzazione dei servizi psichiatrici è stata definita negli anni dai vari Piani regionali per la Salute mentale, partendo dal piano 2002-2004 in cui erano state definite non soltanto la residenzialità ma anche la riabilitazione. Il documento riprendeva il PON tutela della Salute mentale 1998-2000 integrando e allo stesso tempo definendo i requisiti per l'accreditamento delle strutture residenziali (Comunità Riabilitative ad Alta o Media assistenza, Comunità protette ad alta o media assistenza, le case alloggio, case famiglia e la residenzialità leggera) e soprattutto dando dei limiti temporali per la durata dei programmi stessi. Questi strumenti regionali sono ormai entrati nell'uso quotidiano dei servizi, sino a venire acquisiti a livello nazionale nel 2013 (Piano Nazionale di azioni per la Salute Mentale del 24.01.2013 e successivo documento della conferenza unificata Stato Regioni del 17.10.2013). La Regione Lazio è stata l'unica regione ad adottare il modello organizzativo proposto nel-

la Conferenza Stato Regioni del 17 ottobre 2013 ovvero di trasformazione di tutta la rete dei servizi psichiatrici in strutture residenziali. La Regione Toscana, invece, ha recepito gli atti della C.U. (Conferenza unificata) con la delibera (*Le strutture residenziali psichiatriche e l'Abitare supportato-Linee di indirizzo*), uniformando il sistema dell'offerta di residenzialità per utenti adulti dei DSM ai LEA (Livelli essenziali di assistenza) e promuovendo percorsi in ambito residenziale strutturati sia per intensità di trattamento che per tipologie di intervento. Occorrono però altri provvedimenti legislativi ed atti amministrativi in capo al Governo, alle Regioni e alle Aziende sanitarie per coprire la disomogenea distribuzione dei servizi sul territorio e l'esiguità delle strutture residenziali psichiatriche *ultra light*.⁴⁴ Come, anche, avanzare risorse da destinare non solamente ai servizi sanitari, ma anche alla salute mentale (assunzione di nuovi professionisti che operano nei servizi), magari riallocando il budget della salute per i percorsi personalizzati anziché per intensificare le strutture residenziali *pesanti*. A tale proposito, in seguito alla recente apertura del Ministero della sanità ad un tavolo di concertazione per la risoluzione dei problemi sulla salute mentale,⁴⁵ si è ripartiti da una Con-

44. Vedi l'elaborazione SIEP su dati del Ministero della Salute relativi all'anno 2015 che monitorano che in Italia ci sono 183 Dipartimenti di Salute Mentale; CSM, centri diurni e strutture residenziali sono 3791 Strutture: 1114 servizi territoriali, 1839 servizi residenziali e 838 servizi semiresidenziali. Complessivamente sono disponibili 5330 posti letto di degenza ordinaria, di cui 76,1% pubblici e 23,9% privati. Più della metà delle Regioni (12 su 21) hanno esclusivamente posti letto pubblici.

45. Decreto Ministeriale del 24.01.2019 con cui il Ministro della sanità istituisce un organismo tecnico sulla Salute mentale presso la Direzione

ferenza nazionale sulla salute mentale per rimettere ordine alla questione e per definire i servizi, venendo così incontro alle Regioni.⁴⁶ Il trinomio: Prevenire-Curare-Riabilitare dovrà inevitabilmente sostituirsi con: Risocializzare-Abitare-Lavorare. Adesso restiamo in attesa di vedere la luce del nuovo Patto di Salute fra lo Stato e le Regioni che realizzi alcuni dei compiti affidati al Tavolo Tecnico tra cui quello di approfondire le criticità riscontrate nei servizi territoriali.⁴⁷ Si tratta, infatti, della prima azione concreta che colma un silenzio di quindici anni, assolutamente necessaria a garantire che persone con una casa, che abitano un territorio e costruiscono relazioni esterne a quelle familiari - confrontandosi con il mondo e con gli altri - imparino a riconoscere sé stessi.⁴⁸ Gli utenti che abitano in apparta-

Generale della Prevenzione Sanitaria.

46. Conferenza nazionale per la salute mentale. «Diritti Libertà Servizi» Roma, 14-15 giugno, Facoltà di Economia, Sapienza Università di Roma.

47. Tra queste criticità ricordiamo: la residenzialità fuori Regione (ovvero la deportazione dei pazienti a 400-500 km lontano dal territorio di appartenenza) a scapito del principio della continuità; il massiccio aumento delle strutture residenziali a detrimento dell'abitare supportato; eccessivi costi delle strutture residenziali e minore vocazione alle finalità terapeutiche riabilitative.

48. D'Anza 2019. In qualità di Rapporteur ha stilato alcune proposte utili in materia di Residenzialità pesante e neo istituzionalizzata: il monitoraggio delle strutture comunitarie residenziali, soprattutto private, per vedere cosa avviene all'interno di esse; stipulare al momento in cui si accede ad una struttura residenziale, un contratto tra i familiari degli utenti e gli operatori, sulla durata del percorso, sull'andamento e sulla sede dell'invio; con lo strumento della Conferenza Stato-Regioni trovare come alternativa alla residenzialità l'abitare supportato; la carenza delle risorse destinate alla salute mentale deve spingere alla loro riconversione.

menti supportati, ma anche i progetti di residenzialità che vengono gestiti dai centri di salute mentale e coordinati con l'aiuto di cooperative, che si occupano di fornire alle persone supporto pratico e psicologico, devono essere guidati in un percorso di costruzione di autonomia e consapevolezza.

Riferimenti bibliografici

- Borgna, E. 2018. *Alcune riflessioni*. Convegno «Diritti Libertà Servizi» Roma, 11-12 maggio, sala della Protomoteca – Campidoglio.
- Camarlingi, R. 2008. “Intervista a Peppe Dell’Acqua: la legge Basaglia 30 anni dopo.” *Fogli d’informazione* 5/6: 29.
- Carling, P.J. 1990. “Supported housing: An evaluation agenda. Special issue: New approaches to residential services.” *Psychosocial Rehabilitation Journal* 13/4: 95.
- Carling, P.J. 1994. “Supports and rehabilitation for housing and community living.” In Publication Committee of IAPSRS. eds. *An introduction to psychiatric rehabilitation*. Columbia MD: International Association of Psychosocial Rehabilitation Services.
- Costa, G., Bassi, M. e Marra, M. 2014. *L’equità di salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*. Milano: Franco Angeli.
- Cozza, M. 2018. *Cosa è oggi la psichiatria, a quali domande deve rispondere? Lo stato dei servizi, le criticità del sistema e le culture dominanti, risorse finanziarie*. Convegno «Diritti Libertà Servizi» Roma, 11-12 maggio, sala della Protomoteca – Campidoglio.
- Davidson, L. e Strauss, J.S. 1992. “Sense of self in recovery from severe mental illness.” *The British Journal of Medical Psychology* 65: 131.
- De Girolamo, G., Girolamo, E., Picardi, A., Morosini, P., e gruppo Progress. 2001. “Le strutture residenziali psichiatriche in Italia. Risultati del progetto PROGRESS.” *Notiziario Istituto Superiore Sanità* 14/4.
- Dell’Acqua, P. 2014. *I matti e l’eredità di Franco Basaglia*. www.wired.it

- Dell'Acqua, P. 2018. *Intervista* in www.altreconomia.it
- D'Anza, V. 2019. *Residenzialità pesante e neo istituzionalizzazione. Costruire le alternative - Rapporteur* al Convegno «Diritti Libertà Servizi» Roma, 14-15 giugno, Facoltà di Economia, Sapienza Università di Roma.
- Esposito, G. 2000. "Progetto obiettivo per la tutela della salute mentale 1998-2000: tabelle e commenti." *Sole 24 ore*, Sanità – inserto speciale – 25-31 gennaio.
- Giannichedda, M.G. 2008. "Quando il futuro incominciò." *Fogli d'informazione* 5/6: 12.
- Killaspy, H. 2016. "Supported accomodation for people with mental health problems." *World Psychiatry* 74.
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J. e Slade, M. 2011. "Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis." *The British Journal of Psychiatry* 199: 445.
- Meissner, C. 1998. "Rehabilitation of psychiatric patients by half-way house admission: A catamnestic study." *Rehab (Stuttgart)* 37/4: 199-204.
- Middelboe, T. 1997. "Prospective study of clinical and social outcome of stay in small group homes for people with mental illness." *BRJ Psychiatry* 171: 251-255.
- Negrognò, L. 2018. *Per un Dipartimento di salute mentale orientato alla recovery: organico e figure professionali mancanti; formazione degli operatori; le residenze e il problema dell'abitare*. Convegno «Diritti Libertà Servizi» Roma, 11-12 maggio, sala della Protomoteca – Campidoglio.
- Parere CNB, 2017. *La cura delle persone con malattie mentali: alcuni problemi bioetici*. www.bioetica.governo.it
- Piro, P. 2018. *Il supporto all'impiego nelle persone con disturbi mentali. Un cambio di paradigma?* www.vita.it

- Piro, S. 2008. “La sofferenza impropriamente detta psichica e la legge impropriamente detta Basaglia.” *Fogli d'informazione* 5/6: 202.
- Pocobello, R. 2018. *Cosa è oggi la psichiatria, a quali domande deve rispondere? Lo stato dei servizi, le criticità del sistema e le culture dominanti, risorse finanziarie*. Convegno «Diritti Libertà Servizi». Roma, 11-12 maggio sala della Protomoteca – Campidoglio.
- Rotelli, F. 1992. *Dietro le mura nascono i mostri*. Convegno di «psichiatria e architettura». Mantova: Microtesti.
- Scotti, G. 2015. *Il diritto alla casa tra la Costituzione e le Corti*. www.forumcostituzionale.it
- Starace, F. 2015. “L’esperienza del DSM-DP di Modena nel campo della residenzialità leggera.” *Nuova Rassegna studi psichiatrici*.
- Starace, F. 2018. *Cosa è oggi la psichiatria, a quali domande deve rispondere? Lo stato dei servizi, le criticità del sistema e le culture dominanti, risorse finanziarie*. Convegno «Diritti Libertà Servizi» Roma, 11-12 maggio, sala della Protomoteca – Campidoglio.
- Starace, F. 2019. *Dopo gli Ospedali psichiatrici giudiziari: salute mentale e Giustizia. Oltre le Rems e il carcere...*, al Convegno «Diritti Libertà Servizi» Roma, 14-15 giugno, Facoltà di Economia, Sapienza Università di Roma.
- Starace, F., Buccari, F. e Mungai, F. 2017. “Analisi delle strutture e delle attività dei Dipartimenti di Salute Mentale.” *Quaderni di Epidemiologia psichiatrica* 1/1: 121.
- Trincas, G. 2018. *L’impegno delle associazioni dei familiari per il pieno riconoscimento del diritto alla salute mentale e dei diritti di cittadinanza. L’urgenza di una Conferenza Nazionale per la Salute Mentale*. Convegno «Diritti Libertà Servizi» Roma, 11-12 maggio, sala della Protomoteca – Campidoglio.