

Capitolo

15. Salute mentale

Scritto da: Antonio Esposito



Rapporto sullo stato
dei diritti in Italia

www.rapportodiritti.it

2020

I DIRITTI AL TEMPO DELLA PANDEMIA

un progetto di



A BUON
DIRITTO
ONLUS

con il sostegno di



Partner



nData

Manicovid

«Andrea ci ha chiamato perché diceva di essere stato morso dal cane e stava vivendo il panico di essere stato contagiato dal Coronavirus. Abbiamo passato qualche ora con lui, tranquillizzandolo, spiegandogli che il Covid non viene trasmesso dagli animali domestici. Quindi abbiamo appurato, insieme, che non era stato morso, anche perché, in realtà, il cane non c'era. Ma era una sua paura, generata anche dall'improvviso isolamento, e le paure sono sempre reali, vanno affrontate con rispetto e si può provare a venirne fuori insieme. È estremamente complesso, per le persone con fragilità, interrompere improvvisamente percorsi di risocializzazione e sviluppo dell'autonomia, soprattutto quando questo determina nuove solitudini. Per quanto possiamo, allora, ogni giorno, proviamo a esserci l'uno per l'altro»¹. Il racconto (dell'aprile 2020) di Simmaco Perillo, operatore sociale che, in Campania, lavora in salute mentale con il sistema dei budget di salute², restituisce la condizione in cui si sono trovate molte persone, medici, operatori, servizi e compagini sociali che vivono l'universo della sofferenza psichica, a fronte delle misure messe in campo per fronteggiare il primo periodo di diffusione del Covid-19 in Italia. Divieti, prescrizioni, indicazioni, attraverso il profluvio di Dpcm e ordinanze regionali (ma anche a fronte dei ritardi, delle incongruenze, della parzialità delle disposizioni di merito), inevitabilmente, hanno impattato sul microcosmo della salute mentale: chiusura dei centri diurni e semiresidenziali, sospensione delle attività di gruppo, contingentamento delle attività dei Csm e delle visite domiciliari, ricorso agli interventi a distanza, utilizzo dei dispositivi di sicurezza e dei tamponi (coi ritardi che pure si sono registrati), *lockdown*, isolamento, quarantene, tutte le restrizioni applicate alle strutture residenziali, queste e altre misure hanno profondamente inciso sia sul vissuto dei sofferenti psichici e delle loro famiglie, sia sulle modalità organizzative e di intervento degli operatori sanitari e sociali. Con macroscopiche differenze territoriali, che hanno ricalcato la disomogeneità dei servizi psichiatrici nei diversi territori regionali (già evidenziata nel precedente Rapporto sui diritti e ancora denunciata dalla Società italiana di epidemiologia psichiatrica³). Così, servizi territoriali che già operano su buoni standard, sono riusciti a fronteggiare meglio di altri la nuova situazione.

Come a Gorizia, dove tra i punti di forza si è evidenziata la stretta collaborazione tra pubblico e privato sociale: «Gli operatori del pubblico e del privato cooperano per garantire il contatto telefonico diretto e quotidiano con tutti gli utenti del Csm verificando i loro bisogni e necessità, dando qualche piccolo consiglio per l'organizzazione della giornata, o anche per affrontare la solitudine o aiutarli nella gestione dell'ansia» spiegava Marco Visintin, psicologo del Centro di salute mentale goriziano, nella rubrica «Cronache di resistenza»⁴. Anche lì non sono certamente mancate le difficoltà, a cui però si è reagito anche responsabilizzando le persone assistite: «In questo periodo» spiegava Donatella Lah, coordinatrice per un consorzio di cooperative di alcuni gruppi appartamento «stiamo lavorando molto sulla fiducia e sulla responsabilizzazione, e stiamo imparando tanto anche noi operatori [...] Quello che invece si soffre molto a causa delle precauzioni anti-contagio è l'assenza di contatto fisico [...] Ulteriori difficoltà vengono dall'interruzione delle borse lavoro, dei laboratori, delle attività esterne. Bisogna ridefinire le giornate»⁵.

In altre zone, dove invece i servizi già soffrono endemiche carenze di risorse (soprattutto al Sud), o che seguono modelli organizzativi e operativi più concentrati sulla residenzialità che sul territorio (ad esempio

.....

1 Cfr. A. Esposito, *Lavorare con le persone fragili. Storie dalla frontiera della salute mentale*, in "Napoli Monitor", consultato un'ultima volta il giorno 02/03/2021 all'indirizzo <https://napolimonitor.it/lavorare-con-le-persone-fragili-storie-dalla-frontiera-della-salute-mentale/>

2 I Budget di salute sono uno strumento socio-sanitario rivolto alle persone fragili (in modo particolare salute mentale, autismo, disabilità) che, definendo progetti terapeutici individualizzati, integrano l'intervento di cura a quello di reinserimento socio-lavorativo, attraverso la co-progettazione e la co-gestione dell'azienda sanitaria, degli ambiti sociali di zona e delle cooperative sociali. Cfr. A. Righetti, *I Budget di salute e il welfare di comunità. Metodi e pratiche*, Laterza, Roma-Bari, 2013.

3 Cfr. F. Starace, F. Beccari (a cura di), *La Salute Mentale nelle Regioni. Disuguaglianze di sistema*, in "SIEP Quaderni di epidemiologia psichiatrica", n. 7/2020.

4 In A. Esposito, *Varcare i confini a Gorizia*, in "Cronache di resistenza", consultato un'ultima volta il giorno 02/03/2021 all'indirizzo <http://www.conferenzasalutementale.it/2020/02/06/varcare-i-confini-a-gorizia-covid-19-cronache-di-resistenza-2/>. La rubrica "Cronache di resistenza" che ha ospitato interventi e raccolto testimonianze tra i mesi di marzo e maggio 2020, è consultabile all'indirizzo <http://www.conferenzasalutementale.it/2020/04/20/cronache-di-resistenza-la-salute-mentale-ai-tempi-del-coronavirus/>

5 In A. Esposito, *Varcare i confini a Gorizia*, cit.

la Lombardia), si sono registrate maggiori criticità. Il 16 marzo 2020, Zico Perani, operatore di grande esperienza in una comunità di accoglienza del bergamasco, scriveva un post su Facebook significativamente intitolato “Figli di un virus minore”: «Qui si vede ancora il discrimine, quasi come fosse naturale, la persona con disturbo psichico al tempo di questo virus non conta»⁶. In alcune situazioni complesse di convivenza prolungata e forzata, in contesti familiari, sociali, abitativi che già soffrivano forme di deprivazione affettiva e/o materiale, o a cui i servizi non sono riusciti a garantire il necessario supporto, la condizione di sofferenza si è inevitabilmente acuita. Una madre, dalla Sardegna, così commentava, il 16 marzo, l'articolo *Il Coronavirus e l'abbandono dei sofferenti psichici*⁷: «Sto vivendo con mio figlio ed è devastante! Devastante per lui, per me. La casa non è neppure una prigione, ma un campo di battaglia e siamo allo stremo delle forze. Distrutta la quotidianità, ferma la riabilitazione, ferme le terapie, interrotta l'assistenza di base, l'assistenza alla persona e l'assistenza educativa. Abbandonati a noi stessi». Sicuramente, poi, hanno subito un forte stress tutti i disturbi legati a condizioni di depressione e ansia.

Tuttavia, nonostante l'inevitabile aggravio di difficoltà, un po' ovunque in Italia, fino ad oggi, si è pure registrata una buona risposta adattiva delle persone con sofferenza psichica, tanto alle restrizioni intervenute, quanto all'obbligo di utilizzo di dispositivi di sicurezza e comportamenti precauzionali, smentendo quanti temevano un aumento esponenziale dei casi di urgenza psichiatrica tra gli utenti dei servizi: «[...] va sottolineata soprattutto la capacità di tolleranza e resilienza che stanno dimostrando i nostri pazienti [...] l'importante risposta collaborativa delle persone ci sta insegnando qualcosa che sarà molto importante anche quando tutto questo sarà superato» affermava ad aprile, da Gorizia, lo psichiatra Stefano D'Offizi⁸, e, in molti altri territori, operatori e medici testimoniano una condizione simile. Certo, il prolungarsi delle politiche di contenimento del contagio comporta ulteriori complicazioni e questa stessa capacità adattiva potrebbe essere messa a dura prova. Inoltre, la condizione di isolamento, il distanziamento, le paure, la prossimità della morte e la perdita dei propri cari nell'impossibilità di fondamentali relazioni affettive e ritualità legate al lutto, così come le nuove condizioni di fragilità economica e sociale a cui migliaia di persone sono e saranno esposte, la chiusura di scuole e luoghi di socialità, tutti questi e altri fattori, pongono, anche i più giovani, in una potenziale condizione di sofferenza psichica, per la quale già molti esperti e organizzazioni nazionali ed internazionali hanno segnalato forti preoccupazioni. Sino a questo momento, comunque, il prezzo più alto lo hanno pagato quanti, persone con sofferenza e disabilità psichica, persone con disabilità fisica e soprattutto anziani, sono stati costretti a vivere questo periodo all'interno delle tante e varie strutture residenziali disseminate lungo il Paese.

Un posto letto è per sempre

Le Residenze socio assistenziali (Rsa), nelle loro diverse denominazioni e tipologie, sono state, soprattutto per la popolazione anziana e non solo in Italia, tra i luoghi di maggiore incidenza di morbilità e mortalità da Covid-19. Già a fine aprile il direttore regionale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per l'Europa, Hans Kluge, affermava: «Vorrei parlare del quadro profondamente preoccupante che sta emergendo nelle strutture di assistenza a lungo termine nella Regione europea e nel mondo nelle ultime settimane. Secondo le stime europee, fino alla metà dei decessi avvenuti per Covid-19 si è registrata in questi luoghi. Questa è una tragedia umana inimmaginabile»⁹.

.....

⁶ Il post, pubblicato sul profilo Facebook di Zico Perani, è stato consultato un'ultima volta il giorno 02/03/2021, all'indirizzo <https://www.facebook.com/zico.perani/posts/2797081527006217>

⁷ Cfr. A. Esposito, *Il Coronavirus e l'abbandono dei sofferenti psichici*, in “Napoli Monitor”, 16 marzo 2020, consultato un'ultima volta il giorno 02/03/2021 all'indirizzo <https://napolimonitor.it/il-coronavirus-e-labbandono-dei-sofferenti-psichici/>

⁸ In A. Esposito, *Varcare i confini a Gorizia*, cit.

⁹ Adnkronos, OMS: “In Europa metà dei morti in Rsa”, dispaccio di agenzia del 23 aprile 2020, ore 13,19, consultato un'ultima volta il giorno 02/03/2021 all'indirizzo https://www.adnkronos.com/oms-europa-in-rsa-la-meta-delle-morti-tragedia-inimmaginabile_7AyGvYGLuaKc21HBg9dLnE

C15. Tabella 1 • Strutture sanitarie residenziali¹ pubbliche e private accreditate per regione e tipo di paziente, anno 2018

Regione	Pazienti Psichiatrici	Disabili Fisici	Disabili Psichici	Anziani	Pazienti Terminali
PIEMONTE	310	157	265	623	16
VALLE D'AOSTA	7	1	2	-	1
LOMBARDIA	328	238	32	665	68
PROV. A. BOLZANO	9	1	4	75	2
PROV. A. TRENTO	16	-	15	59	3
VENETO	213	60	199	371	21
FRIULI V. GIULIA	61	29	1	87	7
LIGURIA	87	7	13	192	8
EMILIA ROMAGNA	195	248	34	354	22
TOSCANA	116	20	41	341	20
UMBRIA	69	11	11	59	3
MARCHE	55	14	8	172	7
LAZIO	132	19	19	105	26
ABRUZZO	37	6	4	37	6
MOLISE	14	-	-	2	1
CAMPANIA	51	19	27	47	13
PUGLIA	165	35	87	104	11
BASILICATA	30	2	5	8	4
CALABRIA	9	18	20	68	5
SICILIA	73	20	28	56	16
SARDEGNA	40	13	15	26	17
ITALIA	2.017	918	830	3.451	277

- Mostra meno elementi

[vai su rapportodiritti.it](https://www.rapportodiritti.it)

¹ Residenze Sanitarie Assistenziali, Case protette, Hospice (anche quando situati in strutture ospedaliere oppure ne costituiscono articolazioni organizzative) e in generale strutture che svolgono attività di tipo residenziale

Tabella: <https://www.rapportodiritti.it/> • Fonte: Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica • Scaricare i dati • Creato con Datawrapper

Ricerche e documenti dell'Istituto Superiore di Sanità confermano la «ampia circolazione del virus in queste strutture»¹⁰, con un'incidenza di morbilità e mortalità che, almeno fino a maggio, pur evitando semplicistiche equazioni, mostra come le prime quattro regioni allora più colpite dal virus (Lombardia, Piemonte, Emilia Romagna e Veneto) fossero anche quelle con il maggior numero di strutture residenziali (ca. il 60% del totale censito) e di posti letto complessivi (ca. il 65% del totale, come mostra la tabella riportata di seguito, rielaborazione dei dati forniti dal Ministero della Salute nell'ultimo Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale pubblicato, relativo al 2018¹¹).

Se, in relazione al Covid, sulla morbilità (e di conseguenza sulla mortalità) hanno inciso carenze di controlli epidemiologici, ritardi nelle forniture di dispositivi di sicurezza, sciagurate scelte di politica sanitaria, e sulla mortalità, oltre alle pregresse condizioni di salute e all'età avanzata, ha pesato la drammatica scelta di privilegiare, in condizioni di saturazione dei posti letto ospedalieri, le persone con maggiori possibilità di sopravvivenza¹², tuttavia, è il più complessivo modello di assistenza residenziale, in tutte le sue variabili e differenze, ad aver mostrato, in questo periodo, le sue deficienze strutturali. D'altro canto, è stata proprio questa drammatica evidenza a determinare l'istituzione, da parte del Ministro della Salute, di una Commissione per la riforma dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria della popolazione anziana, presieduta da Monsignor Vincenzo Paglia, che ha licenziato un documento nel quale si rilevano «le sostanziali fragilità di sistema che sono alla base della strage di anziani e dei più deboli»¹³.

Se così pesanti sono state le conseguenze in termini di vite umane, un ulteriore aggravio di dolore e sofferenza si è determinato a seguito delle misure di isolamento adottate per contenere il contagio. Solo a dicembre, riconoscendo le criticità scaturite dalla riduzione dell'interazione interpersonale e dall'impovertimento delle relazioni socio-affettive, si è giunti ad una parziale revisione, con nuove linee guida per le visite in sicurezza sia nelle strutture residenziali per anziani che in quelle per persone con sofferenza mentale e con disabilità¹⁴.

Seppure le diverse casistiche e tipologie di assistenza residenziale non siano perfettamente sovrapponibili, sussistendo sostanziali differenze tra le strutture destinate a persone con sofferenza psichica, le residenze per la popolazione anziana e gli istituti per persone con disabilità, qui, tuttavia, ci interessa soprattutto mettere in rilievo una comune *weltanschauung* teorica e operativa tesa a privilegiare la logica del posto letto (che troppo spesso diventa “per sempre”), con il supporto di regolamentazioni (nazionali e locali) e parametri di accreditamento (regionali) tanto dettagliati nel disciplinare l'infrastrutturazione delle residenze, quanto superficiali nell'individuare e verificare efficaci livelli di qualità degli interventi assistenziali. Interventi che sono scarsamente o per nulla orientati alla tutela e alla promozione del diritto alla vita indipendente e dell'autonomia personale. Si è determinata, nel tempo, una sanitarizzazione dell'intervento sociale che ha sostanzialmente snaturato le stesse previsioni normative di riferimento, inseguendo una logica che trasforma l'intervento di cura nella costruzione di scatole. Come scritto con Dario Stefano Dell'Aquila: «In questi anni,

.....

10 Istituto Superiore di Sanità, *Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-CoV-2 in strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali*, versione del 24 agosto 2020, Rapporto ISS COVID-19 n. 4/2020 Rev. 2. Il documento è pubblicato sul portale dell'ISS all'indirizzo https://www.iss.it/rapporti-covid-19/-/asset_publisher/btw1J82wtYzH/content/rapporto-iss-covid-19-n.-4-2020-indicazioni-ad-interim-per-la-prevenzione-e-il-controllo-dell-infezione-da-sars-cov-2-in-strutture-residenziali-sociosanitarie. Per i dati sul contagio da Covid-19 nelle Rsa cfr. Istituto Superiore di Sanità, *Survey nazionale sul contagio COVID-19 nelle strutture residenziali e sociosanitarie*, Report finale, aggiornamento 05 maggio. Il documento è consultabile all'indirizzo <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/pdf/sars-cov-2-survey-rsa-rapporto-finale.pdf>.

11 Cfr. Ministero della Salute, *Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SSN*. Anno 2018, pubblicato nel mese di giugno 2020, L'annuario è consultabile all'indirizzo: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2980_allegato.pdf

12 Su questo tema cfr. SIAARTI, SMILA, *Decisioni per le cure intensive in caso di sproporzione tra necessità assistenziali e risorse disponibili in corso di pandemia*, versione 01 pubblicata il 13/01/2021, consultabile all'indirizzo: https://snlg.iss.it/wp-content/uploads/2021/01/2021_01_13__LINEE-GUIDA_DECISIONI-CURE-INTENSIVE_Def.pdf. Si veda anche Comitato Nazionale per la Bioetica, *Covid-19: la decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del “triage in emergenza pandemica”*, 8 aprile 2020, pubblicato all'indirizzo: http://bioetica.governo.it/media/4052/p136_2020_covid-19-la-decisione-clinica-in-condizioni-di-carenza-di-risorse-e-il-criterio-del-triage-in-emergenza-pandemica.pdf

13 In Ministero della Salute, *Commissione per la riforma dell'assistenza agli anziani incontra associazioni: una nuova prossimità per aiutare i nostri anziani*, comunicato n. 24 del 3 febbraio 2021, consultato un'ultima volta il 23 febbraio all'indirizzo http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_4_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=salastampa&p=comunisticatampa&id=5752

14 Cfr. Ministero della salute, *Disposizioni per l'accesso dei visitatori a strutture residenziali socioassistenziali, sociosanitarie e hospice e indicazioni per i nuovi ingressi nell'evenienza di assistiti positivi nella struttura*, circolare del 30/11/2020; Id, *Disposizioni per l'accesso dei visitatori a strutture residenziali per persone con disturbi mentali e per persone con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali*, circolare del 4 dicembre 2020

l'equilibrio tra politiche sociali e politiche sanitarie è stato completamente assorbito da una logica sanitaria; una logica che non è però quella della cura, non passa dai servizi territoriali, ma si realizza attraverso la costruzione di contenitori a cui diamo nomi diversi [...] Negli ultimi quindici anni si è proceduto a realizzare scatole, perdendo quella dimensione dell'intervento sociale che agisce nella prospettiva del cambiamento e dell'autonomia delle persone. Standardizzare l'intervento ha portato a preferire modelli residenziali e semi-custodiali che cronicizzano gli utenti invece di potenziare servizi territoriali e rivolti alla inclusione delle persone. Il sociale si è smarrito nel linguaggio della sanità, senza acquisire la stessa autorevolezza e perdendo di vista il proprio principio guida, l'autonomia e l'indipendenza delle persone fragili»¹⁵.

Al di là dall'emergenza Covid, quindi, è il modello stesso delle Rsa che va messo in discussione. Lo sottolinea con chiarezza anche il Garante nazionale dei diritti delle persone detenute nella presentazione della sua relazione annuale al Parlamento: «Gli eventi recenti nelle Residenze sanitarie assistenziali proprio nel periodo della chiusura per il contagio le hanno configurate solo come potenziali cluster, quasi a dimenticare che erano luoghi dove si realizzava la forzata interruzione dei legami e ci si avviava a esiti nefasti in un contesto, spesso, di vuoto e di percezione di solitudine assoluta»¹⁶. È proprio su questa forzata interruzione di legami, sul vuoto e la solitudine che spesso connotano questi contesti, sui dispositivi che ad essi sono sottesi, che si prova, di seguito, uno specifico approfondimento.

Tra cura e custodia

Le mani legate da calzini di spugna, una volta bianchi, ora lerci, fissati alla cintura dei pantaloni, la testa chiusa in un casco stile *fighter*, di quelli usati per le arti marziali, che copre completamente il volto, lasciando lo sguardo e il respiro dietro una grata di ferro. Per tutto il giorno. Di notte, invece, la “maschera facciale protettiva” (così la definisce la direzione sanitaria) viene tolta, mentre le mani restano legate. Un uomo di circa 40 anni vive in queste condizioni da oltre 10 anni, all'interno di un istituto in Sardegna gestito dall'AIAS (Associazione Italiana Assistenza Spastici). Immagini e documenti sono stati pubblicati nel dicembre 2020 dal giornale *online* Cagliaripad¹⁷. Per il direttore sanitario: «[...] il ricorso a una così pesante misura di restrizione trova una giustificazione come scelta di tutela dell'incolumità per una persona che presenta un sintomo assai grave e costantemente pericoloso che ha determinato più volte conseguenze che hanno messo già a repentaglio la sua vita»¹⁸. Gisella Trincas, presidente dell'Unasam (Unione nazionale delle associazioni per la salute mentale) ha presentato un esposto alla Procura denunciando il trattamento inumano e degradante, in violazione della Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità. Al di là di eventuali risvolti giudiziari, azioni trattamentali e giustificazioni addotte richiamano l'universo operativo e morale del manicomio. Lo mette in luce Maria Grazia Giannichedda: «Naturalmente, la motivazione che dà la direzione di questa struttura è “Questa persona si potrebbe fare male”, esattamente la stessa motivazione che veniva data negli ospedali psichiatrici per i letti a rete e per tutte le pratiche più tremende [...] Si continua a dare questo tipo di motivazione [...] come se non fosse accaduto nulla, come se non si fossero attuate quelle pratiche che dimostrano che quella persona, trattata diversamente, può riavere una vita [...] Oggi, in Italia, non esistono più i manicomi che siamo riusciti a chiudere, ma esistono oltre 300 mila posti letto in istituzioni varie, che hanno i nomi più diversi [...] C'è stata una colossale re-istituzionalizzazione

15 D.S. Dell'Aquila, A. Esposito, *Per il tuo bene. Il ritorno strisciante delle pratiche manicomiali*, in “Napoli Monitor”, 15 dicembre 2020, consultato un'ultima volta il 26/02/2021 all'indirizzo <https://napolimonitor.it/per-il-tuo-bene-il-ritorno-strisciante-delle-pratiche-manicomiali/>

16 Garante nazionale dei diritti delle persone detenute o private della libertà personale, *Il diritto al nome. Presentazione della quarta Relazione al Parlamento*, Roma, 26 giugno 2020, p. 23.

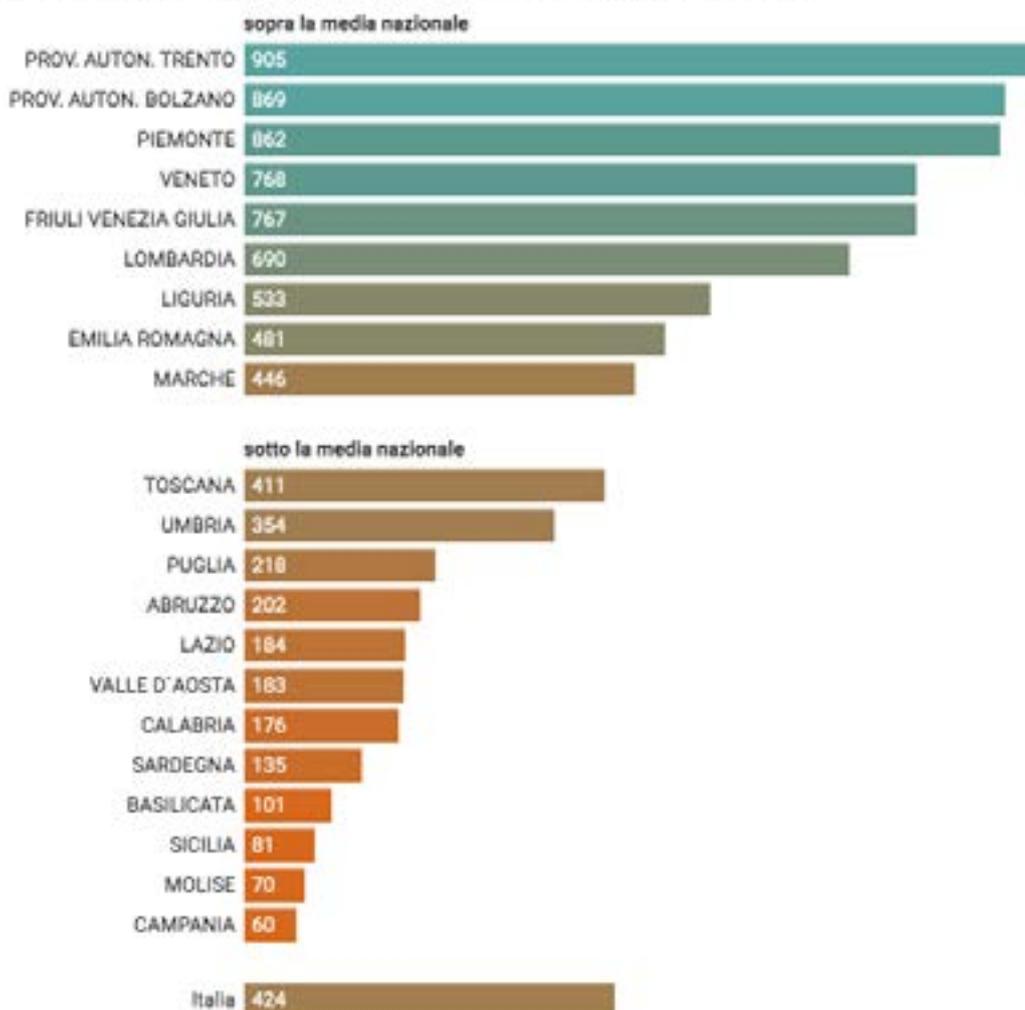
17 A. Ghiani, *Malasanità. L'orrore nel Sud Sardegna: paziente legato e contenuto con dei calzini da tennis*, in “CagliariPad”, 01/12/2020, consultato l'ultima volta il 15/02/2021 all'indirizzo <https://www.cagliariPad.it/507754/malasanita-lorrore-nel-sud-sardegna-paziente-legato-e-contenuto-con-dei-calzini-da-tennis/>

18 *Ibidem*.

delle persone anziane e delle persone considerate, a vario titolo, non capaci di occuparsi di sé stesse. [...] Pure senza i grandi contenitori manicomiali, si riproduce, anche in ambito psichiatrico, l'internamento come privazione della libertà in ragione "del tuo bene"¹⁹.

La tabella già riprodotta insieme ai grafici riportati di seguito restituiscono, almeno parzialmente, i numeri di questo fenomeno su scala regionale e per tipologia di assistenza residenziale²⁰.

C15. Grafico 1 • Strutture sanitarie residenziali¹ per regione. Numero di posti per 100.000 abitanti (dati 2018)



[vai su rapportodiritto.it](https://www.rapportodiritto.it)

1 STRUTTURE RESIDENZIALI: Residenze Sanitarie Assistenziali, Case protette, Hospice (anche quando situati in strutture ospedaliere oppure ne costituiscono articolazioni organizzative) e in generale strutture che svolgono attività di tipo residenziale

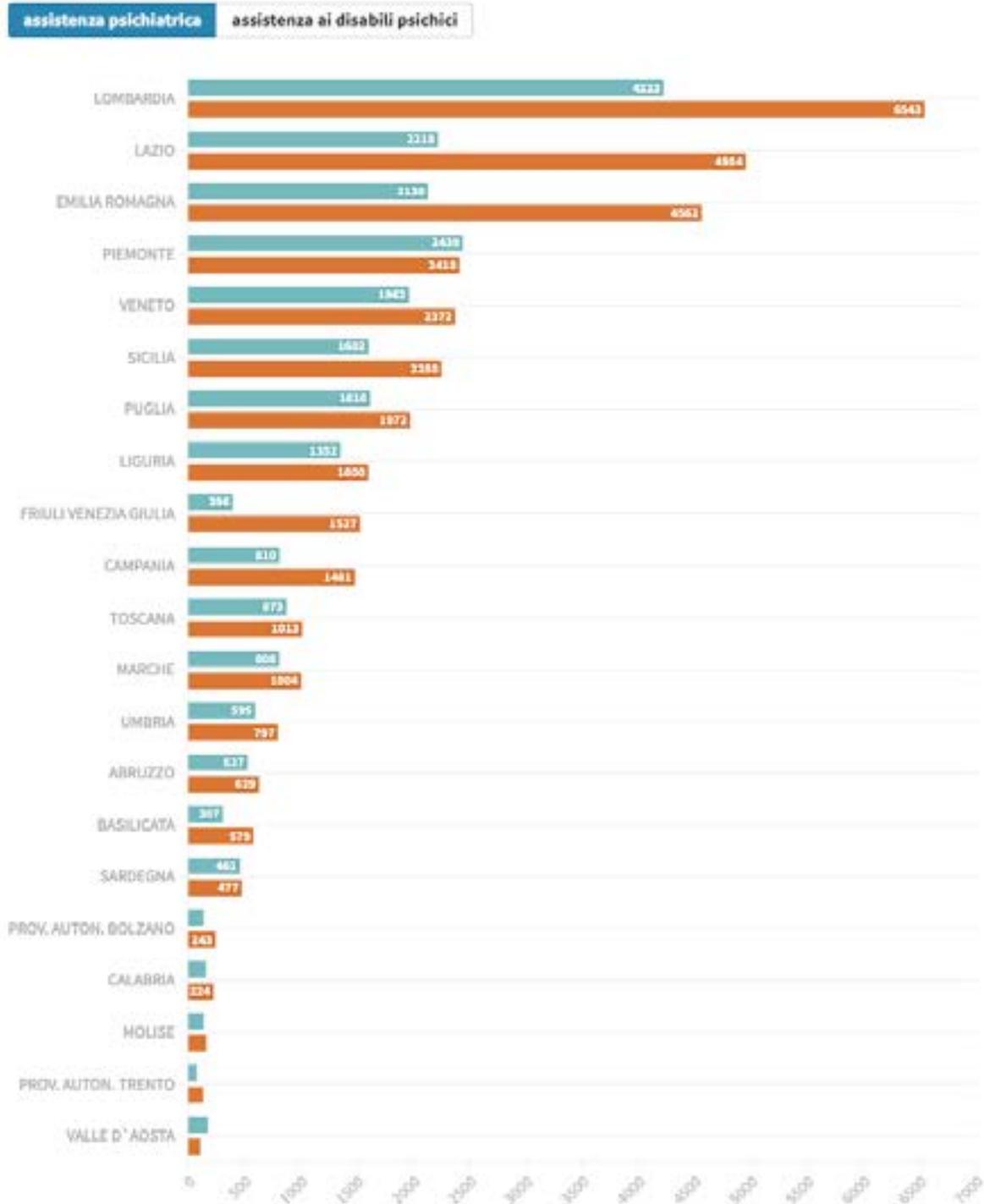
Grafico: <https://www.rapportodiritto.it/> - Fonte: Ministero della Salute, Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica - Ufficio di statistica - Scaricare i dati - Creato con Datawrapper

19 In D. S. Dell'Aquila, A. Esposito, *Per il tuo bene. Il ritorno strisciante delle pratiche manicomiali*, cit.

20 Dalle tabelle ministeriali risultano: 3.451 strutture residenziali per anziani (201.830 posti letto, 289.449 utenti), 2.017 per l'assistenza psichiatrica (23.004 posti letto, 35.038 utenti), 918 per i disabili fisici (15.077 posti letto, 14.408 utenti), 830 per disabili psichici (12.048 posti letto, 12.122 utenti), 277 per pazienti terminali (3.138 posti letto, 47.208 utenti). Sono 1314 le strutture residenziali censite nel comparto pubblico, 6.198 nel privato. In totale, nel 2018, sono state 410.718 (680,5/100mila abitanti) le persone ricoverate in strutture residenziali, con una media di oltre 200 giornate di ricovero per ciascun anziano, disabile psichico e persona in assistenza psichiatrica e 160 giornate per i disabili fisici.

C15. Grafico 2 • Dati di attività delle strutture sanitarie residenziali¹. Assistenza psichiatrica e ai disabili psichici: utenti e posti disponibili (dati 2018)

Il grafico mostra in valori assoluti il numero di posti e quello di utenti, per regione. Da tenere in considerazione la diversa popolosità di ogni regione.

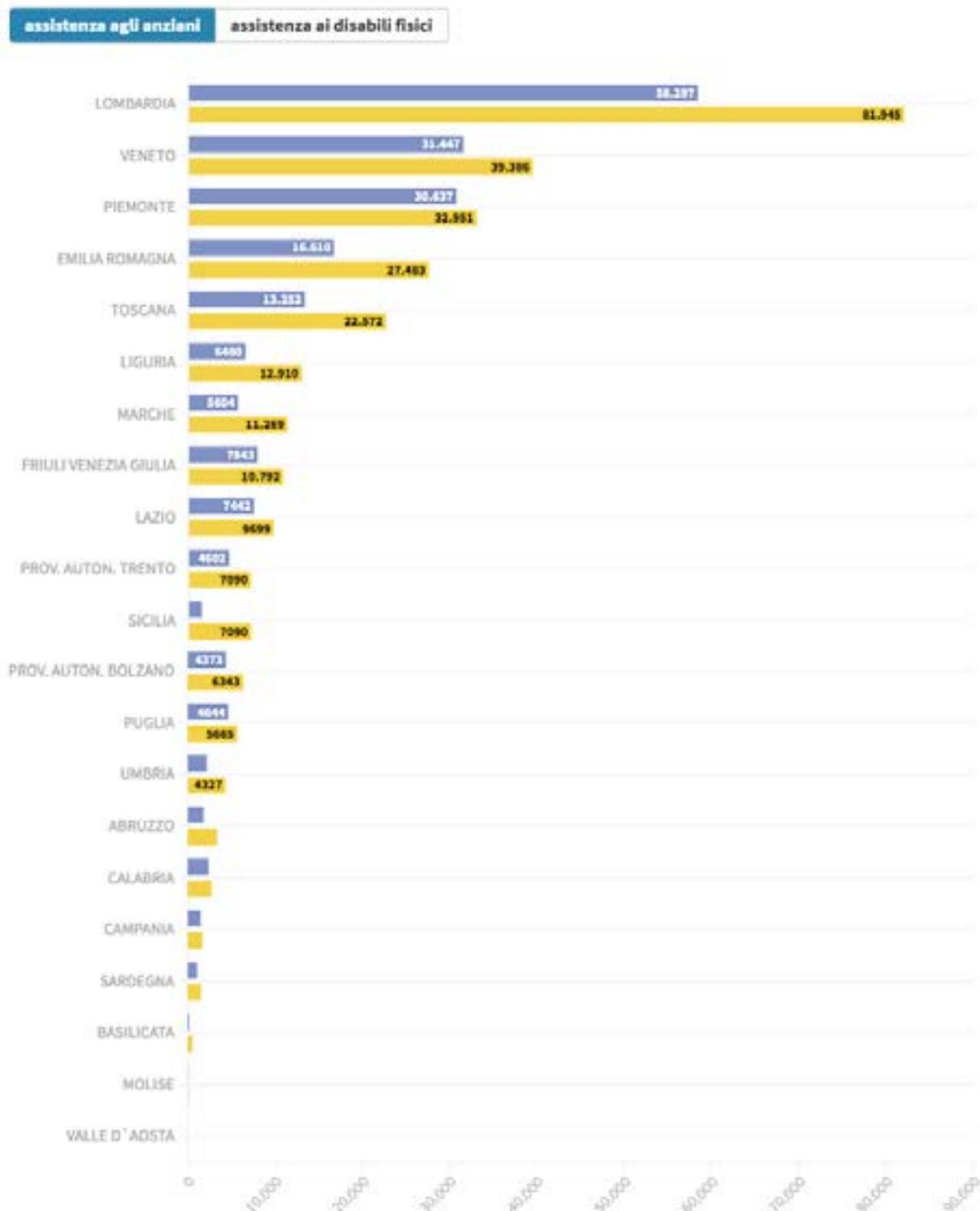


Fonte: Ministero della Salute, Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica - Ufficio di statistica. Grafico: www.rapportodiritto.it

¹ STRUTTURE RESIDENZIALI: Residenze Sanitarie Assistenziali, Case protette, Hospice (anche quando situati in strutture ospedaliere oppure ne costituiscono articolazioni organizzative) e in generale strutture che svolgono attività di tipo residenziale

C15. Grafico 3 • Dati di attività delle strutture sanitarie residenziali. Assistenza agli anziani e ai disabili fisici: utenti e posti disponibili (dati 2018)

Il grafico mostra in valori assoluti il numero di posti e quello di utenti, per regione. Da tenere in considerazione la diversa popolosità di ogni regione.



Fonte: Ministero della Salute, Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica - Ufficio di statistica.

Grafico: www.rapportodiritto.it

1 STRUTTURE RESIDENZIALI: Residenze Sanitarie Assistenziali, Case protette, Hospice (anche quando situati in strutture ospedaliere oppure ne costituiscono articolazioni organizzative) e in generale strutture che svolgono attività di tipo residenziale

È un fenomeno che continua a crescere, anche nel settore pubblico. In Campania, ad esempio, a giugno 2020, in piena campagna elettorale per le regionali, la Asl Na2 nord ha inaugurato una Residenza di riabilitazione psichiatrica da 40 posti, lontana dal contesto urbano, con gli ennesimi laboratori di ceramica e pittura presentati come attività di risocializzazione e un laboratorio sartoriale senza chiare garanzie contrattuali e reddituali individuato come percorso di reinserimento lavorativo. Una residenza nata, si legge nella nota di presentazione dell'Asl, con l'obiettivo di «isolare il paziente dal contesto di vita abituale».

Ancora, in Veneto, attraverso specifiche previsioni normative regionali e la riconversione di diverse strutture, si assiste a un poderoso processo di re-istituzionalizzazione delle persone con sofferenza psichica, come ben racconta Alberto Gaino nel suo ultimo, prezioso lavoro dedicato proprio alla residenzialità, *Le bocche inutili*²¹, in cui, restituendo implicazioni e portata del fenomeno che pure qui stiamo trattando, dedica anche uno specifico focus al “modello Veneto”.

Al di là dei numeri, dunque, è la strutturazione stessa di questa modalità di assistenza a dare luogo a una profonda distorsione dell'orizzonte terapeutico, come pure evidenziato in questi anni da studi, interventi e documenti, anche di carattere istituzionale. Nel 2013, la Commissione parlamentare di inchiesta sul Servizio sanitario nazionale denuncia una situazione indegna per un Paese civile: «In conseguenza dell'espansione residenziale sanitaria e di scarse possibilità di dimissione dei pazienti accolti, le Asl e le regioni finiscono per attuare deroghe di fatto alle normative nazionali, nonché regionali, sui tempi di ricovero, sulle dotazioni strutturali e di personale specialistico [...] anche i controlli su questo ambito sono, in alcuni casi, divenuti superficiali, quando non inesistenti.

Ad oggi, molte diventano contenitori di emarginazione sociale della disabilità psichica, contrariamente alle finalità dichiarate, con conseguenti fenomeni di “wandering” istituzionale tra luoghi di ricovero; alcune diventano perfino strutture indecenti “per un Paese appena civile”²². Il Comitato nazionale per la bioetica, nel 2017, evidenzia come le strutture residenziali per persone con sofferenza psichica si trasformino in veri e propri cronichi in cui si realizzano trattamenti inappropriati: «[...] le strutture residenziali spesso rappresentano “case per la vita”, piuttosto che tappe di un itinerario riabilitativo [...] Si registra scarsità di piani individualizzati di riabilitazione, basati su un'attenta valutazione delle disabilità, delle risorse, dei bisogni delle persone [...] I farmaci sono ampiamente somministrati (al 96% dei pazienti) e in media ogni paziente assume 2,7 psicofarmaci. [...] Emerge la necessità di verifica sull'appropriatezza dei trattamenti, poiché molte prescrizioni sono scarsamente legate a diagnosi specifiche»²³.

Si evidenzia una logica discorsiva (e quindi operativa) che ridefinisce alcune esistenze come soggettività patologiche, privandole della loro storicità e biografia, realizzando un processo di sostanziale incapacitazione. Come molte volte racconta la cronaca, poi, non sono rari episodi di aberrazione dell'umano, brutalizzazione, gratuita violenza, abbandono. Pur senza i grandi contenitori manicomiali, all'interno di strutture residenziali e istituti dalle nomenclature più disparate, ma anche in reparti psichiatrici ospedalieri, comunità terapeutiche, centri riabilitativi e rieducativi, centinaia di migliaia di persone, tra popolazione anziana, persone con sofferenza psichica, con disturbi definiti patologici, con disabilità psichica o fisica, con dipendenze, possono essere oggetto di uno specifico dispositivo di internamento.

.....
21 Il libro di Alberto Gaino sarà pubblicato successivamente alla chiusura di questo testo da Sensibili alle foglie. Chi scrive è particolarmente grato all'autore che gli ha consentito di leggerlo in bozze.

22 M. Saccomanno, D. Bosone (relatori), *Inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale*, in Commissione parlamentare d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale, *Relazione finale sull'attività della commissione*, approvata dalla Commissione nella Seduta del 30 gennaio 2013, Senato della Repubblica, XVI Legislatura, Doc. XXII-bis, n. 10, p. 21.

23 Comitato nazionale per la bioetica, *La cura delle persone con malattie mentali: alcuni problemi bioetici*, 21 settembre 2017, p. 26.

L'internamento *prêt-à-porter*

L'internamento, almeno in Italia, non trova più una validazione normativa (che persiste solo nei dispositivi destinati ai migranti), eppure si reitera in tutti quei luoghi in cui si realizzano forme di riduzione della libertà in nome della cura o della sicurezza. Luoghi che riproducono elementi propri del mondo asilare (innanzitutto forme di istituzionalizzazione e infantilizzazione), riproponendo, metamorfizzato, quello che era il dispositivo fondamentale del manicomio. Come scrive Maria Grazia Giannichedda: «Oggi, l'internamento non avviene più in grandi luoghi che concentrano le diverse condizioni delle persone che vanno escluse. Oggi, l'internamento permane come dispositivo che riduce la libertà in nome della protezione, ma questa funzione è svolta in un modo che direi più “veloce”, che dura tempi relativamente brevi (se lo confrontiamo con gli internamenti pluriennali, decennali del passato). Oggi, l'internamento è diventato, per così dire, *prêt-à-porter*, un dispositivo che si impiega alla bisogna e che si può reiterare quasi all'infinito»²⁴. L'internamento, privo della visibilità degli edifici asilari, diventa più difficile da individuare e decodificare, replicandosi in diversi servizi e istituzioni: «[...] di fronte a una comunità terapeutica si deve prestare attenzione, perché lì si potrebbe determinare una forma di internamento. Così pure in un Spdc (Servizio psichiatrico di diagnosi e cura) è doveroso chiedersi se potrà verificarsi o meno una forma di internamento, per quanto di breve periodo. Credo, invece, che all'interno di un Centro di salute mentale non si possa parlare di internamento. Tuttavia, bisogna essere coscienti che il Centro di salute mentale fa parte di un circuito di istituzioni e dispositivi che includono l'internamento, dei quali, quindi, il Centro di salute mentale (e lo stesso vale per l'intero sistema assistenziale) può farsi complice [...] C'è tutta una gradazione di strutture, tra il protettivo e il sanzionatorio, in cui possiamo individuare degli indicatori per valutare la sussistenza o meno dell'internamento»²⁵. Se, come detto, non esiste più una sanzione normativa, si realizzano comunque “internamenti di fatto”: «[...] la legge psichiatrica italiana non consente alcuna forma di internamento, nella maniera più netta. Il Tso (Trattamento sanitario obbligatorio) non è una forma larvata di internamento, non rappresenta una modalità per dire, con altre parole, “ricovero coatto”».

Tuttavia, molto spesso, e ancora di più negli ultimi anni, viene interpretato e realizzato come modalità di internamento. Sono molti gli indicatori che lo testimoniano, innanzitutto le porte chiuse, impedire ogni forma di comunicazione autonoma alle persone ricoverate, il ricorso agli strumenti di contenzione fisica, chimica e ambientale. Tutti questi sono segni chiari di internamento, ma non hanno una base giuridica che li legittimi: sono forme di internamento di fatto. Così, per esempio, negli istituti per anziani, in cui si trovano cittadini che, come le persone con disturbo mentale, sono nel pieno possesso dei loro diritti, nessuno potrebbe impedire loro di uscire, eppure, di fatto, a queste persone è preclusa l'uscita, è impedita la comunicazione, viene loro organizzata la giornata senza tener conto dei loro reali bisogni e desideri»²⁶.

Sul tema della contenzione, la fotografia restituita dall'Istituto Superiore di Sanità sul contagio COVID-19 nelle strutture residenziali e sociosanitarie evidenzia, tra il 1° febbraio e il 5 maggio 2020, il dato di 16.802 contenzioni, segnalate dalle 1244 strutture che hanno risposto a una specifica domanda del questionario inviato dall'ISS²⁷. Un dato parziale, chiarisce lo stesso rapporto dell'Istituto superiore di sanità. Un dato sottostimato, aggiungiamo, che ci rimanda a un tema centrale nell'universo della salute mentale.

.....
24 M. G. Giannichedda, A. Esposito, *L'internamento prêt-à-porter e altri dispositivi del post-manicomio*, in E. Cennini, A. Esposito (a cura di), *Cosa resta del manicomio? Riflessioni sul fascino indiscreto dell'internamento*, in “Cartografie sociali”, n.9, maggio 2020, Milano-Udine, Mimesis, p. 27.

25 Ivi, pp. 29,30.

26 Ivi p. 30.

27 Istituto Superiore di Sanità, *Survey nazionale sul contagio COVID-19 nelle strutture residenziali e sociosanitarie*, cit., p. 23.

...E ancora si continua a legare

Anche il Rapporto del 2020 aveva una sezione dedicata al tema della contenzione, aperta dalla tragica vicenda di Elena Casetto, la giovane donna di 19 anni morta il 13 agosto 2019 tra le fiamme divampate nel reparto di psichiatria dell'Ospedale "Papa Giovanni XXIII" di Bergamo, dove era ricoverata legata al letto. Il Pubblico Ministero incaricato ha concluso le indagini preliminari con la sola iscrizione nel registro degli indagati di due addetti della squadra antincendio. Nessun accenno alla contenzione e alla responsabilità dell'Ospedale. Come hanno scritto i responsabili della Campagna "E tu slegalo subito"²⁸: «Stupisce che non venga nominata la contenzione, a cui Elena era sottoposta essendo stata legata mani e piedi e fissata al letto con una fascia toracica. Il Pubblico Ministero non sembra nemmeno volgere lo sguardo su quanto accaduto ad Elena prima dell'incendio. Non pare interrogarsi sulle modalità con cui la contenzione è stata attuata, né sul fatto che la ragazza è stata legata e poi lasciata sola e la stanza chiusa a chiave in un momento in cui avrebbe invece avuto bisogno di cura e di ascolto»²⁹. Nel corso dell'incontro "Città libere da contenzione. Per non dimenticare", organizzato il 13 febbraio 2021 a un anno e mezzo dalla morte di Elena³⁰, è intervenuta Indya, la mamma di origini brasiliane: «Ho visto mia figlia vomitare, stare male su un letto, non camminava più, non mangiava più [...] mia figlia stava male per tutti i farmaci che le davano, trattavano male lei e anche i familiari [...] quando sono andata a trovarla non c'era dialogo con i medici, con gli infermieri [...] Volevo sapere come stava mia figlia, cosa aveva preso, quali medicinali, non mi dicevano nulla [...] Perché l'ospedale la passa liscia? [...] La colpa è esclusivamente dell'ospedale [...] delle persone che erano lì e che hanno chiuso una ragazzina in una camera e l'hanno legata. Non immaginavo che in Italia legavano ancora le persone in una stanza [...] Mia figlia non torna più, io non avrò più una figlia [...] Chiedo giustizia, non solo per mia figlia ma per tutte le altre persone che sono legate e sedate». Come denunciano le parole della mamma di Elena, alla violenza della contenzione fisica si aggiunge quella della contenzione chimica e ambientale.

Ha fatto scalpore, nel maggio 2020, la vicenda della persona sottoposta a trattamento sanitario obbligatorio a Ravanusa, in Sicilia, per aver contestato pubblicamente l'esistenza della pandemia. Molto si è discusso sulle modalità con cui si è realizzato il Tso e se lo stesso non sia stato utilizzato come strumento di mero ordine pubblico. Tema già affrontato nel precedente rapporto, in cui si è sottolineato come lo scadimento burocratico delle garanzie (pure previste dalla normativa) determini il rischio di abusi e mancata tutela dei diritti. Qui evidenziamo quanto accaduto durante il ricovero in Spdc, con un intervento sostanziososi nella contenzione fisica e farmacologica, come racconta lo stesso primario del reparto, interpellato telefonicamente dal fratello della persona ricoverata: «Con suo fratello per ora non può parlarci perché dorme. Ci parlavo io una mezzoretta fa [...] siamo rimasti che se lui oggi è collaborante, tranquillo, da domani già rimuoviamo la contenzione»³¹. Il fratello chiede: «La contenzione vuol dire che è legato?». Lo psichiatra risponde: «Sì, perché si strappava il catetere, si strappava la flebo, praticamente si faceva male. Quindi lo stiamo tutelando da sé stesso [...] per ora non può parlare con lui perché tanto sta dormendo [...] Però domani già si potrà.... Per ora dorme». Allora il fratello insiste: «Ma dorme 24 ore su 24? Perché anche ieri ho chiamato...», il medico replica: «No assolutamente, anzi, magari [...] No, in realtà lui dorme poco, cioè, se io, se lei avessimo la terapia che ha lui dormiremmo 48 ore di seguito». Quando, dopo altri tentativi e dinieghi, riuscirà finalmente a parlare col fratello (5 giorni dopo il ricovero), questi, con la bocca impastata dai farmaci, riuscirà a dire: «Sono chiuso nelle mani e nelle braccia e non mi posso muovere... qui la situazione è incredibile».

28 "...e tu Slegalo subito" è una campagna nazionale per l'abolizione della contenzione meccanica in psichiatria. Cfr. <http://www.slegalosubito.com/>

29 Così nel post pubblicato l'8 gennaio 2021 sulla pagina Facebook della campana, consultato un'ultima volta il 02/03/2021 all'indirizzo <https://www.facebook.com/etuslegalosubito>

30 L'evento *on line* è stato organizzato dal Comitato Città libere da contenzione di Bergamo, dalla campagna E tu slegalo subito, dall'U.R.A.Sa.M. Lombardia, dal Forum delle Associazioni per la salute mentale di Bergamo, dal Club Spdc no restraint, con l'adesione di numerose associazioni che operano nell'area della salute mentale e dei diritti umani.

31 Questo e gli altri passaggi sono tratti dalle registrazioni delle telefonate tra responsabili del reparto e il fratello della persona ricoverata, che le ha poi diffuse sui social network. Consultate un'ultima volta il 02/03/2021 all'indirizzo <https://www.facebook.com/LMaxM/videos/2919953628052128/>

Lasciamo le conclusioni di questo paragrafo a un giovane uomo, Michele Baù, che il 17 ottobre 2020 pubblica un post sul suo profilo Facebook. Sono le sue ultime parole, scritte prima di suicidarsi: «Lo faccio perché ho il terrore di finire ancora legato ad un letto, lo faccio perché non mi va più di chiedere per qualunque cosa, lo faccio perché ho una dignità, lo faccio perché mi hanno detto che per la mia malattia, la schizofrenia, non c'è cura e non mi va di prendere psicofarmaci a vita perché hanno un sacco di effetti collaterali, lo faccio perché non mi danno un futuro se non trovarmi un lavoro che mi pagano massimo 1,50 l'ora, lo faccio perché gli italiani miei fratelli al posto di odiare le multinazionali che sfruttano l'Africa, odiano gli immigrati che sono costretti a scappare dal loro paese per colpa delle grandi ditte occidentali europee e americane, che tolgono tutte le terre agli africani, lo faccio perché la schiavitù non è mai stata abolita del tutto, mi dispiace dargliela vinta a tutti quei nazi fasci razzisti xenofobi che son rimasti, ma vorrei ricordargli che l'hanno persa la guerra, lo faccio perché mia madre odia gli immigrati, dice che portano malattie, che non scappano veramente da guerre e fame e che è un'invasione, per me è un gran disonore!»³².

Risalire sui tetti per pronunciare parole di vita

Esistono alternative possibili a tutto quanto abbiamo descritto.

A fronte di luoghi dove si continua a legare, di nuove linee guida regionali che ancora legittimano il ricorso alla contenzione³³ e di paternalistici libri di psichiatri che vorrebbero presentare questa pratica di sopraffazione addirittura come un'arte³⁴, esiste la rete degli *Spdc no restraint*, le campagne "E tu slegalo subito!" e "Città libere da contenzione", lavori importanti come quello di Giovanna Del Giudice³⁵. Si stanno sviluppando ragionate e controllate esperienze di de-prescrizione degli psicofarmaci per sciogliere i legacci della camisolle chimique e nuovi approcci come l'open dialogue si sono sviluppati anche in Italia. Sul più complessivo tema del diritto alla vita indipendente, il 6 marzo 2021 la Conferenza nazionale salute mentale ha promosso il seminario *Sostegno all'abitare: dalla struttura residenziale a casa propria. Esperienze, ostacoli, soluzioni per il diritto alla vita indipendente*. Da Gorizia a Lamezia Terme, dalla Lombardia alla Sicilia, passando per l'Umbria, il Lazio, la Sardegna, il Piemonte, e un po' ovunque disseminate in Italia, resistono - alle ideologie liberiste, ai tagli del welfare, alla sanitarizzazione dell'intervento sociale, alla burocrazia, all'affarismo, ai modelli operazionali istituzionalizzanti e di contenimento e a quelli teorici dell'organicismo psichiatricizzante -, esperienze e progetti che provano a realizzare l'autonomia e il diritto alla vita indipendente, a mettere in campo occasioni di reinserimento sociale e, dove possibile, lavorativo, a restituire centralità alla persona, nella sua unicità biografica, con le sue relazioni.

Certo, continua a manifestarsi una realtà che si oppone brutalmente a questi scenari. In Campania, ad esempio, nella provincia di Caserta, dove pure i budget di salute rappresentano la linea rossa di alcune tra le migliori esperienze di riutilizzo dei patrimoni sottratti ai clan³⁶, mentre scriviamo, il Dipartimento di salute

.....
³² Il post, pubblicato il 17 ottobre 2020 sul profilo Facebook di Michele Baù è stato consultato un'ultima volta il 02/03/2021 all'indirizzo <https://www.facebook.com/Mike-Barow91>. Dopo la morte di Michele si è costituito un gruppo di lavoro finalizzato alla costituzione della "Associazione Michele Baù - Angeli con le ali". Questo gruppo ha una pagina Facebook all'indirizzo <https://www.facebook.com/groups/276365600454207>

³³ Si veda ad esempio Regione del Veneto, *Linee di indirizzo regionali per la contenzione fisica del paziente nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura: Prevenzione, monitoraggio e modello di procedura operativa*, Dgr n. 1106 del 06 agosto 2020.

³⁴ P. Milone, *L'arte di legare le persone*, Einaudi, Torino, 2021.

³⁵ Cfr. G. Del Giudice, *... e tu slegalo subito. Sulla contenzione in psichiatria*, Alpha Beta Verlag, Merano, 2015.

³⁶ La stessa legge regionale sui beni confiscati riconosce i Bds come *best practice di alcune tra le migliori esperienze di riutilizzo sociale dei beni confiscati alla criminalità organizzata*. Cfr. comma 7 Art. 2 della Lr n. 7/2012 "Nuovi interventi per la valorizzazione dei beni sequestrati e confiscati alla criminalità organizzata" e ss.ii...mm.

mentale è oggetto di un vero e proprio terremoto giudiziario³⁷. Non è questa la sede per realizzare specifici approfondimenti, né si possono trarre conclusioni da un'indagine in corso. Tuttavia, dalle oltre mille pagine degli atti dell'inchiesta, emerge un inquietante e torbido quadro affaristico, di tangenti, regalie, corrottele, violenze, in cui l'intervento psichiatrico pubblico diventa un "affare sporco" che coinvolge dirigenti, medici, personale amministrativo, imprenditori della residenzialità, politici. Un sistema nel quale i sofferenti psichici diventano pacchi da destinare alle strutture "amiche" mentre sono ancora ricoverati in Spdc, i progetti terapeutici restano solo sulla carta, i fondi vengono sottratti, devono essere occupati centinaia di posti letto concentrati in ristrette aree geografiche.

I grandi imprenditori della residenzialità privata, a causa di corrottele e assenza di controlli, sono riusciti a mettere le mani anche sui budget di salute, un rischio denunciato più volte negli anni da molte cooperative, associazioni, sindacati che, nel corso del 2020, hanno pure promosso una vertenza con la Regione per innovare la regolamentazione del settore, rendere più efficace la governance pubblica, rafforzare controlli e trasparenza, determinare parametri più stringenti per impedire approcci affaristici. Si sono però dovuti scontrare contro un muro di gomma: il confronto su questi temi, sia con la parte politica, sia, soprattutto, con quella amministrativa degli enti, resta uno dei maggiori ostacoli al cambiamento di paradigma socio-sanitario; da un lato persiste un blocco di interessi che diventa decisore politico occulto, dall'altro si sconta l'incapacità burocratico-amministrativa di definire parametri che vadano al di là delle cubature, del numero di posti letto, e delle definizioni patologiche.

Nonostante tutto, a rappresentare un argine alla deriva emersa dalla cronaca giudiziaria, in quello stesso territorio, restano proprio le esperienze di quelle compagini sociali che, gestendo terreni, case, ville sottratte ai clan, utilizzano il sistema dei Progetti terapeutici individualizzati sostenuti da Budget di salute (Ptri/Bds). Lì dove si determinavano traffici e azioni criminali, si sono organizzati gruppi di convivenza, sono cresciute nuove cooperative agricole, sono nati ristoranti sociali e impianti di trasformazione biologica e di produzione vinicola e tessile; in questi luoghi oggi sono restituiti i diritti di cittadinanza, all'abitare, al lavoro, a persone precedentemente destinate all'anonimia delle strutture residenziali neo-manicomiali e all'abbandono. Si sono costruite reti di economia sociale alternative all'economia criminale e all'affarismo più spietato, e lo si è fatto a partire da quanti, ancora troppo spesso, sono considerati "gli ultimi". Si è concretizzato l'insegnamento di Don Pepe Diana, risalendo sui tetti per pronunciare parole di vita³⁸.

Conclusioni: ri-portare il sociale nella medicina

A partire dallo studio dei ricercatori del King's College di Londra pubblicato a marzo 2020 su Lancet³⁹, si sono susseguiti documenti e interventi di istituzioni, organizzazioni ed esperti volti a segnalare l'impatto del virus e delle politiche di contenimento del contagio sulla salute mentale. Anche l'Onu ha evidenziato ripercussioni del Covid-19 sulla condizione psichica destinate ad aggravarsi nel tempo: «È probabile, nel lungo periodo, un'impennata, nel numero e nella gravità, dei problemi di salute mentale»⁴⁰.

37 Cfr. Ansa, *Un'intera Asl nella bufera per abusi, corruzione e assenteismo*, dispaccio di agenzia del 22 febbraio 2021, consultato un'ultima volta il 02/03/2021 all'indirizzo https://www.ansa.it/campania/notizie/2021/02/22/unintera-asl-nella-bufera-per-abusi-corruzione-e-assenteismo_199f179b-6199-4f66-95bc-fa3d52cda218.html

38 Cfr. G. Diana, *La forza della parola*, articolo del settembre 1991 scritto per il mensile "Lo spettro di Aversa", oggi in G. Fofi (a cura di), *Per amore del mio popolo. Don Peppino Diana, vittima della camorra*, Edizioni dell'Asino, Roma, 2010, p. 13.

39 Cfr. Department of Psychological Medicine, King's College London, *The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence*, in "The Lancet" 2020, n. 395, pp. 912-920. I ricercatori, hanno realizzato una review della letteratura scientifica in materia di quarantena, analizzando gli studi, condotti in diversi Paesi, dedicati alle misure messe in campo per contrastare la diffusione di malattie come Sars, Ebola, l'influenza H1n1.

40 Cfr. Onu, *COVID-19 and the Need for Action on Mental Health*, United Nations Policy Brief, 13 maggio 2020, p. 2, traduzione dello scrivente.

Col passare dei mesi, alcuni interventi hanno assunto toni allarmistici, soprattutto per quanto concerne la condizione dei più giovani, restituendo una “statica” relazione causa-effetto tra Covid-19 e salute mentale.

Pur nella consapevolezza delle sofferenze che si sono e si stanno determinando, si segnala però il rischio di un'eccessiva psichiatrizzazione, tanto delle conseguenze quanto delle risposte da mettere in campo. La sofferenza psichica è sempre strettamente correlata alle condizioni di vita della persona, ancor di più in questo periodo, a fronte di deprivazioni, povertà, isolamento. Sarebbe grave delegare ai “saperi psi” l'individuazione e la denominazione di nuove (ma sempre identiche nella loro definizione organicistica) forme di sofferenza, rischiando ulteriori etichettamenti, da inserire tra i disturbi dei manuali diagnostici e dei prontuari psichiatrici da prescrizione.

Può essere utile, allora, ricorrere al concetto di sindemia, introdotto negli anni Novanta, dal medico e antropologo Merrill Singer. Una sindemia è caratterizzata dall'interazione tra due o più patologie o altre condizioni di salute della popolazione e le diverse condizioni socio-economiche e ambientali in cui le stesse si sviluppano. A settembre 2020, il direttore della rivista “The Lancet” ha ripreso questi concetti aggiornandoli: «Covid-19 non è una pandemia. È una sindemia [...] La conseguenza più importante del considerare COVID-19 come una sindemia è di sottolineare le sue origini sociali»⁴¹.

Assumere una prospettiva sindemica vuol dire, quindi, rapportare quanto sta accadendo e accadrà alle condizioni e alle relazioni personali, economiche, culturali, ambientali, delle diverse soggettività.

Si avverte la necessità, per dirla con Basaglia, di ri-portare il sociale nella medicina. «[...] se vogliamo cambiare veramente le cose dobbiamo incominciare a imparare all'università cosa vuol dire il sociale nella medicina» afferma Basaglia durante l'incontro del 21 novembre 1979 a Belo Horizonte, nel corso delle Conferenze brasiliane «[...] l'uomo non è fatto di corpo - è fatto anche di corpo - ma è fatto di sociale, e nel momento in cui il sociale entra nella medicina il medico non capisce più niente, perché è abituato a pensare che il suo malato sia un corpo malato, un tumore, un fegato malato, una testa malata. Non gli viene mai in mente che questa persona, che questa malattia, che questa situazione possano essere conseguenza della vita. Allora, evidentemente, prevenzione della malattia o mantenimento della salute non vuol dire fare diagnosi precoci ma vedere nei posti di lavoro, nei luoghi della vita, quali sono le situazioni che determinano la malattia»⁴².

A fronte degli investimenti del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, sarà importante scegliere quale strada percorrere. Nelle sue Comunicazioni programmatiche presentate il 17 febbraio 2021 al Senato, il Presidente del Consiglio Mario Draghi ha affermato: «Sulla base dell'esperienza dei mesi scorsi dobbiamo aprire un confronto a tutto campo sulla riforma della nostra sanità. Il punto centrale è rafforzare e ridisegnare la sanità territoriale, realizzando una forte rete di servizi di base (case della comunità, ospedali di comunità, consultori, centri di salute mentale, centri di prossimità contro la povertà sanitaria)»⁴³.

Dare seguito a questi intenti, nel campo della salute mentale, vorrà dire rafforzare e costruire servizi di comunità pubblici integrati in un sistema di rete territoriale, investire sulla deistituzionalizzazione, promuovere l'autonomia, i diritti all'abitare, al lavoro, alla socialità, contrastare le forme di nuova segregazione e violenza istituzionale, ripartire dalla valenza sociale che è già nei principi della Legge 180.

Non può esserci cura laddove si nega il vissuto biografico di una persona, si recidono legami, si costruiscono scatole di esclusione. Ce lo insegna Assunta Signorelli e lasciamo le sue parole a congedo di queste riflessioni:

.....

41 R. Horton, *COVID-19 is not a pandemic*, in “The Lancet”, vol. 296, 26 settembre 2020, p. 874, consultato un'ultima volta il 03/03/2021 all'indirizzo [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)32000-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)32000-6/fulltext). La traduzione è dello scrivente.

42 F. Basaglia, *Conferenze brasiliane*, nuova edizione, Cortina, Milano, 2018, p. 204.

43 Il testo integrale delle comunicazioni programmatiche del Presidente Draghi al Senato, è stato consultato un'ultima volta il giorno 02/03/2021 all'indirizzo <https://www.governo.it/it/articolo/le-comunicazioni-del-presidente-draghi-al-senato/16225>.

«Se, invece di progettare e costruire cronicari sempre più grandi, eufemisticamente chiamati residenze con aggettivi i più diversi e fantasiosi, ci si soffermasse sulla necessità per la persona malata di mantenere un legame con il proprio passato, la propria esperienza sociale e relazionale, di vivere la malattia come un passaggio, certamente doloroso, della propria storia di vita, [...] non solo le forme e i luoghi del trattamento sarebbero a dimensione umana, ma la cronicità stessa scomparirebbe, trasformandosi l'esperienza di malattia e la sua evoluzione in una forma dell'esistere, visto che la normalità, intesa nel senso nobile del termine, altro non è se non un continuo oscillare fra salute e malattia, entrambe strettamente collegate all'ambiente socio culturale nel quale la persona vive»⁴⁴.

.....
44 A. Signorelli, Come una prefazione. *A margine di un saluto*, in A. Esposito, *Le scarpe dei matti. Pratiche discorsive, normative e dispositivi psichiatrici in Italia (1904-2019)*, a est dell'equatore, Napoli, 2019, pp. 22,23.