

## **Teoria e pratica del Budget di Salute: “Oltre le REMS attraverso i Progetti Personalizzati”<sup>1</sup>**

di Pietro Pellegrini<sup>2</sup>

Ringrazio per l’invito Donatella Marrama e Fabrizio Starace e per la collaborazione nei progetti comuni Maria Luisa Scattoni.

Mi fa piacere intervenire dopo Claudio Ravani che ha parlato di cultura e, prima di entrare nel merito del Budget di Salute nei percorsi giudiziari, ricordo che il Budget di Salute è prima di tutto un approccio e poi anche uno strumento di integrazione sociosanitaria, senza trattini, come per altro viene scritto nei LEA, per un lavoro nella comunità. E’ questa la nostra sfida attuale, la persona nella comunità, e pare stia diventando possibile affrontarla in modo sistematico, secondo processi che maturano in base alla “regola dei 20 anni”.

Ci sono voluti circa 20 anni per arrivare alla legge 180 (passando per la 431/1968 legge Mariotti), altri 20 anni per chiudere effettivamente gli Ospedali Psichiatrici (grazie ai Progetti Obiettivo e alla determinazione di Rosy Bindi); dalla metà degli anni 90 ci sono voluti altri 20 anni per chiudere gli OPG passando per il DPCM 1° aprile 2008 che ha attribuito la sanità negli Istituti di Pena al servizio sanitario nazionale.

Dalle prime esperienze del Friuli, di Pordenone di Angelo Righetti, passando per tanti altre norme, progetti, movimenti, stiamo arrivando ad un progetto nazionale, il Budget di Salute è diventato legge. Ora va attuato ed è di conforto, come diceva Maria Luisa Scattoni, il diffuso interesse delle regioni.

Lo chiamiamo, e continueremo a chiamarlo, visto che è entrato nell’uso e persino nella legge, Budget di Salute ma forse sarebbe utile chiamarlo “Consorzio di salute”. Un consorzio, cioè un insieme di imprenditori, primo fra tutti la persona, per la costruzione della salute della persona e il benessere della comunità. Un welfare che diviene generativo, capace di innovare, di creare valore e beni comuni (compresi quelli economici), di superare la logica prestazionale per una creativa e visionaria in grado di pensare il cambiamento, di sperimentare, di affrontare i rischi, sapendo che l’immobilismo è il più grande dei rischi.

Servono studi, ricerche e conoscenze, ma anche una mentalità che sappia costruire evidenze dalle pratiche reali, dalle esperienze e dalla vita delle persone, considerando come componenti del lavoro l’umanità e quindi anche l’incertezza, la fragilità, la provvisorietà, ma anche la creatività e il coraggio, l’intuizione e la narrazione. Un approccio che va oltre i pur necessari riferimenti alle evidenze scientifiche.

Non solo “Temerari sulle macchine volanti” (Cancrini, 1982) ma “accantologi” in grado di costruire insieme, in quel consorzio fatto di relazioni attraverso le quali si realizza la costruzione sociale della mente, come emerge con forza da diversi apporti disciplinari.

Una matrice relazionale nella quale siamo immersi e della quale oggi dobbiamo prenderci cura con un riferimento universale e inclusivo, tipico del nostro sistema di welfare, dei suoi valori di riferimento costituzionale e del patto sociale che dovrebbe sostenerlo.

In questo quadro si inserisce anche il tema degli autori di reato e della salute mentale.

Con due leggi, la 9/2012 e la 81/2014, si sono chiusi gli OPG. Due leggi, in particolare la 81/2014 che, analogamente alla 180, rappresenta una cornice, un insieme di principi (residualità della misura di sicurezza detentiva, durata massima della misura, regionalizzazione ecc.) lasciando alle prassi reali la realizzazione,

---

<sup>1</sup> Relazione presentata nel corso di Mèt – Settimana della Salute Mentale di Modena, l’11 novembre 2020

<sup>2</sup> Direttore Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche Ausl di Parma.

con tutte le incertezze ma anche le ricchezze, che fanno diventare reale e partecipata la legislazione, la rendono “incarnata”.

Una rivoluzione gentile come dice Franco Corleone, già commissario per la chiusura degli OPG che per ora ha inutilmente atteso una riforma organica. Infatti sono rimasti invariati il c.p. relativamente ad imputabilità, pericolosità sociale, misure di sicurezza. Occorre ribadire che l’OPG non è sostituito dalle REMS ma da sistema di welfare di comunità, dai DSM all’interno dei quali operano le REMS.

Non è questa la sede per una valutazione approfondita e ancor meno un bilancio. Il funzionamento delle REMS, le differenti tipologie, i livelli di sicurezza, di garanzia dei diritti, il problema della lista di attesa sono tutti temi che richiedono tempo ma pongo alla vostra attenzione due dati: abbiamo circa 640 posti REMS e circa 6.000 utenti con misure giudiziarie seguiti sul territorio. Si tratta di una stima, in quanto cessate le funzioni del Commissario Corleone manca un Osservatorio e una regia nazionale, e tuttavia la legge nel complesso sembra stia raggiungendo l’obiettivo, forse non del tutto chiaro allo stesso legislatore, di realizzare misure giudiziarie e di cura di comunità.

Certamente resta aperta la questione della salute mentale negli Istituti di Pena, della disponibilità di posti e della qualità delle Articolazioni Tutela Salute Mentale negli stessi istituti, delle possibili alternative al carcere, ambiti sui quali operare per rendere effettivo il diritto alla salute a prescindere dallo stato giuridico della persona. Infatti, come ogni riforma in ambito psichiatrico, anche la legge 81 è una grande occasione per riflettere su questioni che riguardano tutti, a partire dalle funzioni della pena (art. 27 della Cost.), quella retributiva ma anche di rieducazione e inclusione sociale, dei presupposti del tutto diversi (art. 32 cost.) della cura sanitaria, che non è inclusa nel dispositivo giudiziario, ma fa riferimento a consenso, volontarietà, autodeterminazione, anche alla luce della legge 219/2017 (sul consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento).

Ne deriva la necessità di un’accoglienza non giudicante, di un ascolto volto a comprendere (non giustificare), per costruire con fiducia un “doppio patto” con la persona, uno per la cura e l’altro per la prevenzione di nuovi reati e l’inclusione nella comunità. Ne consegue quindi un “intervento bifocale”, con la persona e con la sua famiglia, contesto di vita e comunità. Questo è particolarmente attuale se si pensa ai reati intrafamiliari, alla violenza ai minori e alle donne (i femmicidi sono il 40% degli omicidi) alla luce del Codice Rosso (legge 69/2019) connessi spesso a disturbi delle relazioni piuttosto che a psicopatologie dei singoli.

Questo nuovo approccio richiede il pieno riconoscimento di diritti e doveri, quindi la imputabilità della persona, il diritto al processo, ad essere giudicati per quel che si è commesso e non per i disturbi dei quali si è portatori. Non c’è proscioglimento che elimini il vissuto del reato, che permane nel mondo interno della persona ed affrontarlo è essenziale sia per la cura sia per i programmi di rieducazione, ma anche di mediazione, riparazione possibile. Un percorso complesso, doloroso, ma inevitabile se si vuole affrontare il tema del male. Questo può avvenire solo nel riconoscimento di diritti nel rispetto dei doveri, nella terapia della responsabilità e della libertà, e nel momento in cui se ne è in parte privati, diviene il paradigma/paradosso delle libertà.

Si tratta quindi di pensare a percorsi interiori e reali, piuttosto che di posti dove collocare e chiudere le persone. Posti che andranno costruiti o trovati sulla base dei bisogni, creando le migliori condizioni per la terapia e l’inclusione sociale.

Per questo è fondamentale avere uno strumento nuovo che consenta di strutturare con la persona, percorsi personalizzati, fatti su misura. Uno strumento che sia realmente a disposizione dei cittadini e dei professionisti (i quali per altro sono abilitati dal sistema pubblico, sanitario e giudiziario, a produrre spese rilevanti con una impegnativa, si pensi ai ricoveri, ai costi delle detenzioni ecc.).

Avere quindi uno strumento innovativo, abilitativo e capacitante (“Chi non ha, non è” secondo il proverbio calabrese citato da Basaglia) è essenziale per ridare speranza e valore alla persona. L’identità spesso negativa, ruoli bloccati trovano nell’identità riflessa, la possibilità di trovare elementi diversi, aprire al futuro per sviluppare percorsi nell’ambito della formazione-lavoro, dell’abitare e della socialità. Questo può essere utile per prevenire, si pensi alla crescita dei minori autori di reato, evitare l’ingresso in REMS, affiancarsi al lavoro in REMS o preparare il dopo. Un percorso abilitativo in ambiti specifici che non sostituisce i diritti (all’istruzione, al lavoro, all’abitare) ma concorre a realizzarli.

Quindi il budget di salute non configura un mondo a parte, ma è uno strumento abilitativo, emancipativo, transitorio nell’ottica di una piena fruizione dei diritti ed una inderogabilità dei doveri. La progressiva sanitarizzazione della devianza e della pena va fortemente contrastata proprio nella logica dei diritti.

In questo cambio di rappresentazione della persona con disturbi mentali consiste il core della riforma: la persona come prima ed essenziale risorsa, capace di un suo punto di vista, di scelte (“nulla su di me senza di me” anche se questo non è sempre semplice da accettare, specie quando le scelte sono contrarie alla salute) mediante una dinamica relazionale, in grado di tollerare il conflitto, le discontinuità e le rotture, di leggere la violazione e l’errore facendoli diventare occasioni di crescita, evoluzione e cambiamento.

Persone con disturbi mentali non più irresponsabili, improduttive, inguaribili, pericolose a sé e agli altri a prescindere da ogni altro aspetto ma una persona in grado di assumersi la responsabilità, di dare senso alla propria vita e alle relazioni con gli altri. Dove il reato diviene fatto, evento critico, traumatico e doloroso gravido di conseguenze, dolore e morte, nella oscura costellazione del male di fronte al quale la pluralità e il groviglio dei vissuti, e al suo senso/non senso, tra silenzi, parole non dette, agiti, apre lentamente alla pietas.

Il budget di salute, oltre che per la persona, ha anche una forte valenza per la comunità, non solo perché favorisce lo sviluppo del welfare generativo ma per il suo valore antistituzionale nel momento in cui prevede che la persona sia sempre parte della comunità. In questo quindi ha un impianto rivoluzionario, che vede quindi la necessità evidenziata anche dalla pandemia Covid 19, di superare le Strutture per gli Anziani ma anche di rivedere e ridurre la popolazione nelle Carceri e, per restare nel nostro ambito, le Residenze.

Quindi il Budget di salute individuale e di comunità è un approccio e uno strumento che consente di realizzare un Consorzio per la salute, dove non vi è solo un contratto, e tutti i passaggi ricordati da Donatella Marrama, ma si costruisce un Consorzio “compatto” che sa essere solido, sicuro, autorevole. Un consorzio che sa essere speranza, alimentare la fiducia e la responsabilità reciproca. Non ci può essere cura e riabilitazione in qualsiasi ambito della medicina senza la persona, la sua partecipazione attiva e il suo protagonismo. Una persona non tanto idealmente al centro ma che sia sempre parte dell’equipe di cura e titolare del proprio progetto di vita e membro a pieno titolo della sua comunità.