

La psichiatria sociale e di comunità nell'insegnamento di Franco Basaglia

Lorenzo Chieffi

La ricorrenza dei cento anni dalla nascita di Franco Basaglia (Venezia, 1924/2024) ha offerto l'occasione per una verifica, a quasi mezzo secolo dall'entrata in vigore della legge n. 180 del 13 maggio 1978, della persistente capacità del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) di assicurare un elevato grado di assistenza a favore di quanti soffrono di una disabilità mentale.

Coerentemente agli spazi interpretativi di derivazione costituzionale, proiettati a valorizzare sempre il *rispetto della persona umana* (art. 32, 2° comma Cost.), la sua autonomia e dignità, per troppo tempo rimasti in ombra, la legge in esame si è proposta di correggere l'impostazione repressiva cui aveva condotto la legislazione fino ad allora vigente, da cui erano derivati, secondo il neuropsichiatra veneto, veri e propri «crimini di pace»¹.

La prevalenza nelle strutture manicomiali di una finalità di custodia, piuttosto che di cura e riabilitazione, esprimeva infatti una «violenza (la violenza sulla quale una società repressiva e competitiva si fonda) con cui il disturbato mentale»

veniva «attaccato e velocemente scrollato di dosso»².

L'intento perseguito da questa fondamentale riforma fu di creare un argine de-istituzionalizzante ad un indirizzo prevalente nella scienza psichiatrica dell'epoca che pretendeva di allontanare dalla comunità di appartenenza quanti fossero ritenuti pericolosi per loro stessi e per gli altri riuscendo, per di più, di «pubblico scandalo»³. Sulla scia di diffuse teorie antipsichiatriche, di chiara derivazione foucaultiana, l'orientamento basagliano intendeva perciò rigettare la deriva riduzionista e determinista, di natura prettamente eziologica e organicista, cui conduceva una lettura della malattia basata su categorie di diagnosi standardizzate, come elaborate nel Manuale diagnostico statistico dei disturbi mentali (DSM), nella versione a quei tempi pubblicata. Ciò che veniva soprattutto contestato era lo stigma, causa di discriminazioni e forme di esclusione, che derivava da una diffusa convinzione della non guaribilità ed ereditarietà di numerose patologie di cui soffrivano i malati di mente, indipendentemente dalla loro severità, con l'effetto di pregiudicare l'avvio di un corretto e auspicabile percorso terapeutico e di reintegrazione del paziente nella comunità.

Di contro a questa impostazione fondata sul mero dato biologico⁴, che induceva ad una contenzione essenzialmente farmacologica e fisica, l'intento del Nostro fu quello di mettere in

¹ F. BASAGLIA-F. ONGARO BASAGLIA (a cura), *Crimini di pace. Ricerche sugli intellettuali e sui tecnici come addetti all'oppressione*, Milano, 2009.

² F. BASAGLIA, *L'utopia della realtà*, Torino, 2005, 120.

³ Art. 14, lett. d) e art. 34 del Regio decreto 16 agosto 1909, n. 615, che approva l'annesso regolamento sui manicomi e sugli alienati.

⁴ Le interpretazioni più spinte di tipo deterministico, altrettanto pericolose per la salvaguardia dei valori personalistici, sono pervenute più recentemente a prognosticare la presunta vulnerabilità mentale dell'individuo attraverso il ricorso ad uno *screening*

genetico (in considerazione della presenza nel suo DNA di un contenuto allelico considerato predittivo di comportamenti delittuosi, secondo la nota e discussa interpretazione offerta dalla Corte d'Assise di Appello di Trieste, 1 ottobre 2009, n. 5) ovvero l'impiego di algoritmi (cd. *psichiatria computazionale*) che, avvalendosi di una enorme massa di dati, farebbe emergere, «grazie alle tecniche di *machine learning* (ML) e *deep learning* (DL)» (M. BERTANI, *Appunti per una genealogia del digitale in psichiatria*, in *Aut Aut*, n. 398, 2023, 201), una predisposizione a questa tipologia di disabilità.

risalto, così da consentirne la rimozione, i fattori ambientali e sociali che avevano condotto, a seguito di un prolungato isolamento negli ospedali psichiatrici «oltre il limite dell'umano»⁵, all'aggravamento dell'equilibrio mentale di questi soggetti fragili, proprio in considerazione della stretta interdipendenza tra ambiente sociale e alterazioni della salute mentale dell'individuo.

Da qui l'esigenza di pervenire ad un «rovesciamento reale del sistema coercitivo»⁶, ancora prevalente nel trattamento dei disabili, che pretendeva, irragionevolmente, di soddisfare gli interessi del gruppo dominante e, al tempo stesso, di non «turbare il ritmo di una società che ha bisogno di aree di compenso su cui scaricare le forze aggressive che non può altrimenti incanalare»⁷.

Per contrastare questo indirizzo, di cui si negava la riconducibilità a solide evidenze scientifiche, l'intento perseguito dal legislatore del '78, attraverso la definitiva chiusura di questi luoghi di asilo, sarebbe stato quello di assicurare a quanti ne avessero avuto bisogno una assistenza che, attraverso terapie e percorsi appropriati, contribuisse al loro reinserimento nella comunità di appartenenza, anche in vista di un auspicabile recupero delle capacità affettive, relazionali e lavorative.

Il ricorso, di norma, ai presidi psichiatrici extraospedalieri, dotati di tutte le professionalità indispensabili, avrebbe certamente consentito, al contempo, un rafforzamento degli interventi di

prevenzione, cura e riabilitazione (art. 6, 1° comma, legge n. 180) dell'interessato.

Senza affatto trascurare l'apporto della medicina, indispensabile per porre rimedio ai fattori neurobiologici della malattia, la cd. *psichiatria sociale*, pure da alcuni con forza contestata⁸, poneva particolare attenzione al «prendersi cura» (*to care*)⁹ che avrebbe consentito un'assistenza personalizzata, più consapevole dei reali bisogni dell'infermo, negli stessi luoghi di svolgimento della sua vita, a cominciare da quello familiare. Lo sviluppo di questi obiettivi, chiaramente delineati nella legge n. 180 e in seguito richiamati, nel corso dello stesso 1978, nella legge istitutiva del S.S.N. n. 833, avrebbe assicurato una maggiore capacità della società di includere le diversità, così da permettere al disabile di svolgere, con maggiore autonomia, le proprie scelte esistenziali.

Ad un regime diretto ad assicurare il controllo della follia, a garanzia della sicurezza della collettività, subentrò, grazie alle innovazioni introdotte dal legislatore statale, una regolamentazione finalizzata alla prevenzione e cura delle patologie psichiatriche che avrebbe potuto condurre alla *liberazione* degli interessati, così da agevolarne l'auspicata integrazione sociale.

L'affermazione di questo «nuovo umanesimo psichiatrico», coerente ai valori personalistici di derivazione costituzionale, avrebbe finalmente condotto, per Basaglia¹⁰, ad una «istituzione psichiatrica in cui il malato mentale risultasse un uomo che ha il diritto di essere curato»¹¹.

⁵ F. BASAGLIA, *L'utopia della realtà*, cit., 50.

⁶ *Ivi*, 165.

⁷ *Ivi*, 53.

⁸ Per lo psichiatra G. JERVIS, in G. CORBELLINI-G. JERVIS, *La razionalità negata. Psichiatria e antipsichiatria in Italia*, Milano, 2008, 95, che giudicava la legge n. 180 velleitaria e, per certi versi, ingenua, la scissione di «ogni rapporto fra il lavoro terapeutico e la tradizione medico-biologica» avrebbe condotto ad un

«sostanziale disinteresse verso i sintomi clinici (per esempio le allucinazioni o i deliri), a favore, invece, di un'attenzione esclusiva per le problematiche sociali» dei pazienti.

⁹ COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *La cura delle persone con malattia mentale*, 21 settembre 2017, reperibile all'indirizzo <https://bioetica.governo.it>.

¹⁰ F. BASAGLIA, *L'utopia della realtà*, cit., 50.

¹¹ *Ivi*, 166.

Senza voler affatto mettere in discussione gli straordinari effetti innovativi introdotti da questo rivoluzionario testo normativo, di cui ancor oggi si apprezza la significativa forza propulsiva¹², l'intento dei contributi che seguono è stato principalmente quello di verificare la sua capacità di adattamento, o come altri sostengono di *ri-contestualizzazione*¹³, in grado di assecondare le nuove aspettative di cura che dovessero emergere dalla comunità entro cui dovrà continuare ad operare.

La profonda trasformazione della composizione anagrafica ed etnica della popolazione di cui siamo parte, accompagnata dalla evoluzione degli stili di vita, ha certamente contribuito alla emersione, agevolata dall'impiego di sofisticate metodologie diagnostiche, di nuove forme di disagio mentale, in una dimensione sconosciuta ai tempi dell'approvazione della legge n. 180.

Con riguardo alle fasce di età più legate al periodo adolescenziale e giovanile, appare, ad esempio, incontestabile l'incremento delle patologie psicologiche/psichiatriche provocate da un uso smodato di bevande alcoliche, di droghe e, in altra direzione, di innovativi strumenti informatici, a cominciare dagli *smartphone*, che determinano, nei casi più gravi, diminuzione della capacità di apprendimento, di memorizzazione, che si aggiungono ad ulteriori pregiudizi per la salute mentale (come aumento di ansia, depressione, difficoltà relazionali, disturbi alimentari, di acquisizione di giudizio critico)¹⁴, senza affatto

trascurare le conseguenze che potrebbero derivare dal fenomeno del cyberbullismo.

Lo sviluppo delle attività lavorative in *smartworking*, da cui deriva una forte riduzione dei rapporti sociali diretti e non mediati da strumenti informatici, associato a meccanismi di controllo a distanza dei compiti assegnati al dipendente, stanno sempre più spesso determinando, –come attentamente considerato nel saggio di Carmen Di Carluccio – uno stato di stress, causa dell'insorgenza di patologie psicosomatiche, in una dimensione e con caratteristiche sconosciute ai tempi dell'entrata in vigore della legge Basaglia. L'aumento graduale nel tempo dell'età media della popolazione, cui sono pervenuti soprattutto i Paesi più benestanti, ha, inoltre, inevitabilmente contribuito, accanto alla cronicizzazione di alcune patologie, al peggioramento di malattie mentali, come la demenza senile e l'Alzheimer.

A tali infermità, legate all'età degli interessati, occorre anche aggiungere il danno psicologico provocato, a seguito di travagliati e interminabili viaggi della speranza, alle persone provenienti, come migranti, da Paesi in guerra o economicamente più svantaggiati.

In aggiunta alle conseguenze prodotte sulla psiche umana da questi fenomeni sociali e di derivazione geopolitica, altrettanto gravi sono poi stati i pregiudizi, per l'equilibrio mentale delle persone, di cui ancora oggi si avvertono gli effetti, della lunga crisi pandemica da Covid-19 che ha costretto, a causa delle misure restrittive

¹² Sulla capacità della legge di adattarsi all'evoluzione dei contesti sociali si rinvia al lavoro che segue di Daniele Piccioni e, più diffusamente, a S. Rossi, *La salute mentale tra libertà e dignità. Un dialogo costituzionale*, Milano, 2015.

¹³ I. CAVICCHI, *Oltre la 180*, Roma, 2022, 7, a giudizio del quale (*ivi*, 43) il «ricorso a interventi correttivi» rappresenterebbe una «estensione» della riforma introdotta dalla 180 e «giammai una controriforma».

¹⁴ Per assicurare un supporto a tali criticità il d. l. n. 228 del 30 dicembre 2021, conv. con modificazioni dalla l. 25 febbraio 2022, n. 15, ha introdotto il cd. Bonus psicologico. L'art. 1, comma 538 della l. 29 dicembre 2022, n. 197, avente ad oggetto «Bilancio di previsione dello stato per l'esercizio finanziario 2023 e bilancio pluriennale per il triennio 2023-2025» (Legge di Bilancio 2023) ne ha poi disposto la proroga anche per l'anno 2023 e per gli anni 2024 e seguenti.

imposte dai Governi, a rigidi isolamenti e conseguente interruzione delle relazioni sociali, anche di tipo educativo e scolastico per i più giovani.

La complessità degli accadimenti in precedenza elencati, di varia origine e natura, non sempre prevedibili, avrebbe dovuto progressivamente indurre ad avviare, in ossequio agli indirizzi delineati nel 1978, la necessaria riorganizzazione della gestione della salute mentale di territorio in modo da assicurare una efficace presa in carico del malato, in una logica di assistenza di tipo reticolare tra presidi sanitari, famiglie e soggetti del Terzo settore.

Nonostante le numerose sollecitazioni provenienti dal diritto internazionale¹⁵ ed europeo¹⁶ continua invece a mancare un'adeguata rete di strutture intermedie ospedaliere¹⁷, sovente pure sfornite del necessario personale specializzato (psichiatri, psicologi, assistenti sociali, infermieri), in grado di accogliere temporaneamente individui privi di una famiglia che possa assisterli, così da renderne possibile la riabilitazione e il reinserimento nella vita sociale.

Ad aggravare ulteriormente le condizioni di assistenza fornite a questi soggetti più vulnerabili è pure la perdurante disomogeneità della distribuzione dei servizi assistenziali riscontrata nei

diversi territori regionali, a tutto danno di quelli ricadenti nel Mezzogiorno del Paese¹⁸, cui contribuisce una limitata capacità di spesa di alcune amministrazioni locali e un difettoso coordinamento tra i servizi sociali e sanitari.

L'ammontare delle risorse destinate alla prevenzione e cura del disagio mentale (3,4% della spesa sanitaria complessiva) continua, peraltro, ad essere assai distante da quello dedicato in altri Paesi europei, come Francia, Germania e Regno Unito, nei quali risulta superiore al 10%¹⁹. Il sottodimensionamento di questi investimenti ha rappresentato un insuperabile freno per la realizzazione, alla luce delle nuove opportunità terapeutiche consentite dalla scienza psichiatrica, delle finalità contenute nei due *Progetti obiettivo*²⁰ che interessano l'intero ciclo della vita, dall'età evolutiva alla vecchiaia.

In coerenza con gli indirizzi basagliani, a favore di una psichiatria sociale, che intende valorizzare la pluralità di esperienze e competenze espresse dalla comunità, una riduzione degli squilibri ancora persistenti avrebbe dovuto spingere ad interventi di maggiore sostegno dei servizi di medicina territoriale, collegati ai Dipartimenti di salute mentale, pure sulla base di accordi sottoscritti con soggetti privati, della cooperazione e

¹⁵ Tra i documenti elaborati dall'OMS per ridurre i divari esistenti nel mondo nella erogazione delle cure per la salute mentale cfr. il piano *Mental health gap action programme (Mhgap): scaling up care for mental, neurological and substance use disorders* (9 ottobre 2008), il *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013/2030* (settembre 2021) e il *World Mental Health Report: Transforming mental health for all* (giugno 2022).

¹⁶ Cfr. artt. 21 e 26 della Carta europea dei diritti fondamentali nonché *European Commission*, Brussels, 7 giugno 2023 COM(2023) 298 final, *Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions on a comprehensive approach to mental health*.

¹⁷ Quali i Centri di salute mentale (CSM), i Centri diurni (CD), le strutture residenziali (SR) e semiresidenziali terapeutiche co-riabilitative e socio/riabilitative, le comunità alloggio, i gruppi appartamento, le RSA geriatriche e per i disabili.

¹⁸ Cfr. *Urgenza Sanità, Rapporto civico sulla salute 2023*, p. 309, a cura di *CittadinanzAttiva*, reperibile all'indirizzo www.cittadinanzattiva.it.

¹⁹ Cfr. *Salute mentale, all'Italia servono almeno +1,9 miliardi e +47% di operatori. La scommessa del territorio e la chance telemedicina*, 4 ottobre 2023, reperibile all'indirizzo www.sanita24.ilsole24ore.

²⁰ Recanti la *Tutela della salute mentale 1994-1996*, approvato con D.P.R. 7 aprile 1994, in G.U. n. 93 del 22 marzo 1994, e *Tutela della salute mentale per gli anni 1998-2000*, approvato con D.P.R. 10 novembre 1999, in G.U. n. 274 del 22 novembre 1999.

del volontariato, in modo da consentire il miglioramento delle loro performance e degli stessi standard di efficienza.

Le evidenti difficoltà, incontrate dagli organi del potere statale e regionale, ad assecondare le dinamiche sociali, in precedenza tratteggiate, ha di fatto rappresentato un insuperabile ostacolo per la realizzazione degli obiettivi programmatici individuati dal legislatore del '78 con riguardo alla prevenzione, cura e riabilitazione dei soggetti vulnerabili, in quanto ovviamente compatibili con l'universalismo assistenziale delineato nella legge istitutiva del S.S.N.

Tra i settori più deficitari dell'assistenza di prossimità, quello che interessa la salute mentale figura infatti ai primi posti.

L'inadeguatezza o il cattivo funzionamento delle strutture territoriali alternative al ricovero ospedaliero, in grado di favorire le dimissioni protette o di fronteggiare i bisogni del malato lungodegente per gravità della patologia, ha costretto a scaricare sulla famiglia di appartenenza dello stesso i principali compiti assistenziali, con esiti non sempre ottimali per il recupero dell'interessato.

La gravosità dell'impegno dedicato, in totale solitudine, alla complessa gestione quotidiana delle persone affette da disturbo mentale, è tale da produrre conseguenze negative sull'equilibrio psichico, oltreché sulle disponibilità economiche e sulla stessa salute dei famigliari²¹.

Il periodico allarme suscitato da episodi di violenza, di cui si sono resi protagonisti alcuni disabili mentali, non adeguatamente assistiti dalle strutture abilitate ad assicurare la prevenzione e

cura della malattia, ha pure indotto in passato a tentativi di ripristino di inappropriate forme di istituzionalizzazione di lunga durata (da due mesi, prorogabili fino a dodici mesi), all'interno di strutture ospedaliere del S.S.N.²², che avrebbero riportato le lancette del tempo a un periodo che si riteneva ormai superato

Tale rimedio di tipo custodialistico, proiettato a dare risposta ad una comunità preoccupata di dover convivere quotidianamente con i *matti*, non potrebbe certamente sopperire alle persistenti omissioni e incoerenze del sistema socio/sanitario pure denunciate dal giudice costituzionale.

Per questo autorevole interprete della Costituzione, l'incapacità del S.S.N. di supportare la disabilità rappresenta infatti un *vulnus* per l'esercizio di un diritto fondamentale previsto in Costituzione, al punto da compromettere il «nucleo indefettibile di garanzie per gli interessati»²³, oltre a rappresentare un insopportabile ostacolo per il superamento del loro isolamento ed emarginazione.

Neppure la restrizione in luoghi di detenzione, comprensivi delle REMS, di soggetti affetti da malattia mentale, resisi colpevoli di reato, potrebbe condurre al totale sacrificio del diritto di ricevere adeguate cure sanitarie. Per il giudice delle leggi, invero, «un sistema che rispondesse ad una sola» delle due «finalità (..), di cura e tutela dell'infermo e di contenimento della sua pericolosità», che sono tra di loro «collegate e inscindibili», sarebbe costituzionalmente inammissibile²⁴.

Nonostante i buoni propositi contenuti nei due *Progetti obiettivo*, in linea con gli auspici

Gubetti ed altri, e Proposta di legge n. 174 presentata, sempre nella XIV legislatura, il 30 maggio 2001 alla Camera dei Deputati dall'on. Burani Procaccini.

²³ Corte Cost. sent. n. 80 del 2010.

²⁴ Corte Cost. sent. n. 253 del 2003. Cfr. anche sentt. n. 111 del 1996 e n. 22 del 2022.

²¹ COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Psichiatria e salute mentale*, 24 novembre 2000, reperibile all'indirizzo <https://bioetica.governo.it>.

²² Cfr. art. 3, n. 4. lett. d) del Disegno di legge n. 683 presentato, nel corso della XIV legislatura, il 26 settembre 2001 al Senato della Repubblica, dai Sen.ri

manifestati dalla Consulta a favore del rafforzamento dei «servizi territoriali idonei a far fronte alle esigenze dei malati di mente al di fuori della logica della segregazione»²⁵, la perdurante inadeguatezza, in molte parti del Paese, delle strutture destinate a garantire un'appropriatezza presa in carico ha provocato una anomala diffusione di case di cura private, sia pure convenzionate con il S.S.N., da cui deriva in numerosi casi un gravoso sacrificio economico per il singolo e per la sua famiglia.

La lungodegenza cui sono talvolta costretti i pazienti, per una presunta irrecuperabilità, determina la trasformazione di questi luoghi in residenze di tipo segregante e contenitivo di evidente impostazione manicomiale, in chiara antinomia con le finalità individuate dalla legge n. 180 e dai successivi *Progetti obiettivo*. Come pure riferito dalle cronache giornalistiche, anche per le indagini giudiziarie che ne sono derivate, frequenti sono stati gli abusi cui sono stati sottoposti i ricoverati in luoghi rivelatesi come dei veri e propri *lager* che, anziché dedicarsi alla cura e al loro recupero, hanno invece privilegiato, in alcuni casi, una inidonea funzione asilante.

A ciò si aggiunga, come ulteriore aggravante, la tendenza a far prevalere nei protocolli terapeutici una contenzione di tipo farmacologico, anche in assenza di consolidate evidenze scientifiche che ne avrebbero consentita la prescrizione²⁶. Nel produrre inaccettabili forme di emarginazione e cronicizzazione, una deriva di questo tipo induce a prestare scarsa attenzione agli obiettivi sociali e relazionali che dovrebbero, con maggiore impegno, accompagnare la presa in carico.

²⁵ Corte Cost. sent. n. 507 del 2000.

²⁶ Per il COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *La contenzione*, 23 aprile 2015, reperibile all'indirizzo <https://bioetica.governo.it>, il ricorso a qualunque metodologia di contenzione sarà giustificata solo come «*extrema ratio* [...] in situazioni di reale urgenza e necessità, in modo proporzionato alle esigenze

Alle numerose inapproprietezze, soprattutto di tipo organizzativo, in precedenza riscontrate nella erogazione dei servizi assistenziali destinati a questi soggetti di particolare vulnerabilità, non ha ancora fatto séguito l'auspicato intervento organico di adattamento della legislazione statale in vigore ai nuovi bisogni emergenti dal corpo sociale.

La persistente inerzia mostrata dall'organo della rappresentanza popolare in questo settore dell'assistenza sanitaria non ha, tuttavia, impedito l'adozione da parte del Governo di misure provvisorie con cui porre rimedio agli effetti provocati dalla grave crisi pandemica sulla integrità mentale dei consociati.

In ossequio al principio della piena integrazione socio/sanitaria, l'intento perseguito dall'insieme di questi provvedimenti emergenziali è stato quello di elevare il livello di protezione dei pazienti, accanto alla auspicata uniformizzazione del servizio erogato in ogni parte del territorio nazionale.

Nel cercare di ottimizzare la gestione delle prese in carico, il ricorso a innovativi rimedi procedurali potrà certamente accrescere la consapevolezza dei reali bisogni degli individui, coerentemente ad una impostazione solidale dell'assistenza.

In linea con gli obiettivi auspicati da Franco Basaglia, a favore di una psichiatria comunitaria, con il comma 4 bis dell'art. 1 del d.l. 19 maggio 2020, n. 34²⁷, convertito con modificazioni dalla l. 17 luglio 2020, n. 77, è stata infatti avviata, in via sperimentale, l'attivazione di strutture di prossimità per la promozione e prevenzione della

concrete, utilizzando le modalità meno invasive e solamente per il tempo necessario al superamento delle condizioni che abbiano indotto a ricorrervi».

²⁷ Recante misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19.

salute, nonché la presa in carico e la riabilitazione delle categorie di persone più deboli.

Siffatti interventi, che dovranno essere ispirati al principio della piena integrazione socio/sanitaria, prevedono il coinvolgimento, in consonanza con una forte istanza di solidarietà, di tutte le istituzioni presenti nel territorio, del volontariato locale, degli enti del Terzo settore senza scopo di lucro.

Il proficuo ricorso ad una pluralità di competenze, di natura pubblica e privata, e di una varietà di professionalità, potrà certamente favorire l'erogazione di una assistenza finalizzata a sviluppare una maggiore autonomia del paziente in vista del suo recupero e reinserimento (affettivo, abitativo, lavorativo) nella comunità di provenienza.

Più recentemente, in attuazione degli obiettivi individuati nel PNRR (Missione 6, Salute), e grazie ad una intesa intervenuta in data 21 dicembre 2022, in sede di Conferenza permanente Stato/Regioni²⁸, sono state introdotte, nello specifico comparto della medicina psichiatrica, ulteriori innovazioni organizzative attraverso la previsione di più livelli assistenziali che vanno da quelli di carattere primario, in cui si declina il rapporto tra Dipartimento di salute mentale e Case di comunità, al livello delle reti specialistiche di area vasta, regionali o inter-regionali.

Pur non assicurando un significativo incremento degli investimenti destinati alla salute mentale, tale documento ha dedicato attenzione alla definizione degli standard minimi di personale in grado di assicurare il funzionamento a regime del sistema di salute mentale di comunità.

Non meno rilevante, in questa chiave di lettura più consapevole della storia clinica del paziente

psichiatrico, è stata poi l'introduzione di una strumentazione giuridica che ha cercato di adattare il servizio alle peculiarità fisiologiche e psichiche dell'interessato, al fine di delineare un percorso terapeutico individualizzato.

Si inoltrano in questa direzione alcuni modelli di gestione consensuale, introdotti sulla scia di precedenti esperienze regionali²⁹, come il *Budget di Salute* (BdS)³⁰, cui partecipano soggetti erogatori del servizio e i suoi fruitori, che dovrà condurre alla elaborazione di un Progetto terapeutico riabilitativo individuale (PTRI).

Nel rendere possibile una collaborazione pubblico/privato della presa in carico, il BdS dovrà prevedere un investimento economico commisurato (*ad personam*) alle esigenze del disabile che possa stimolare, anche attraverso opportuni percorsi formativi, un processo di *auto mutuo aiuto*. L'attivazione di una proficua condivisione di esperienze tra persone che vivono il disagio mentale potrà, per questa via, consentire al destinatario degli interventi di maturare una maggiore autostima, oltre a fargli acquisire una progressiva autonomia in vista del suo reinserimento.

In una prospettiva di rafforzamento del *welfare* di comunità, che consenta il coinvolgimento in rete di più soggetti, si inoltra anche il cd. *Progetto di vita* – su cui si sofferma più avanti Giuseppe Recinto – recentemente introdotto dal d. lgs. n. 62 del 2024 il cui compito sarà quello di supportare le condizioni di disabilità, anche mentale, intellettiva del neurosviluppo o sensoriale, in modo da consentire all'interessato di «migliorare la qualità della propria vita, di sviluppare tutte le sue potenzialità, di poter scegliere i

²⁸ Recante una «Nuova metodologia per il calcolo dei fabbisogni del personale del S.S.N.».

²⁹ Cfr. Il.rr. Friuli-Venezia Giulia n. 6 del 2006, n. 22 del 2019 (artt. 4-10) e n. 16 del 2022; l.r. Lazio n.11 del

2016; l.r. Campania n. 1 del 2012 e l.r. Lombardia n. 15 del 2016 (art. 53-bis, lett. e).

³⁰ Introdotto dal già citato comma 4 bis dell'art. 1 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34.

contesti di vita e partecipare in condizioni di pari opportunità rispetto agli altri» (art. 2, n. 1, lett. n).

Il *Budget di progetto*, previsto da questo testo normativo (art. 28), che accompagna ogni intervento di sostegno, sarà rappresentato, in modo integrato, dall'insieme delle risorse umane, professionali, tecnologiche, strumentali ed economiche, pubbliche e private, attivabili in seno alla comunità territoriale e al sistema dei supporti informali.

La redazione di questo piano, cui potrà partecipare la persona con disabilità, che ne assumerà la titolarità, dovrà essere effettuata nel rispetto dei principi di coprogettazione con gli enti del Terzo settore, dell'integrazione e dell'interoperabilità nell'impiego delle risorse e degli interventi pubblici e, se disponibili, di quelli realizzati dai privati.

Ancora una volta, sull'esempio di quanto avvenuto per altre esperienze similari, il principale obiettivo perseguito dal *Progetto di vita* sarà quello (art. 18) di assicurare il miglioramento delle condizioni personali e di salute del disabile negli sviluppi della sua esistenza, in modo da facilitarne l'inclusione e la partecipazione ai diversi contesti sociali.

L'inserimento di questo *Budget* tra i LEA, come in precedenza declinati dal D.P.C.M. del 12 gennaio 2017, «senza le limitazioni imposte dall'offerta dei singoli servizi» (art. 28, co. 9), potrà rappresentare garanzia di uniformità di trattamento indipendentemente dal luogo della sua erogazione, a condizione di essere supportato, per non rimanere sulla carta, da adeguato sostegno

finanziario di cui tuttavia non pare esserci traccia nel decreto legislativo in questione³¹.

³¹ Considerato che, a norma del 5° co. dell'art. 28, tale impegno economico dovrà essere contenuto entro il margine «delle risorse complessivamente attivabili nei limiti delle destinazioni delle risorse umane, materiali, strumentali e finanziarie dell'ambito sanitario»; cui si aggiunge poi l'esigenza di individuare (art.

37, co. 3) con D.P.C.M., «in via graduale e progressiva» ed entro i «limiti delle risorse disponibili a legislazione vigente», i «livelli essenziali delle prestazioni e le modalità di integrazione degli stessi con i livelli essenziali di assistenza», in conformità a quanto previsto dall'art. 13 del d. lgs. n. 68 del 2011.