

La salute mentale in Cina guarda alla riforma italiana

monografia

Giovanna Del Giudice

Psichiatra, nel 1971 ha iniziato a lavorare presso l'ospedale psichiatrico di Trieste, sotto la direzione di Franco Basaglia, attraversando tutte le tappe della deistituzionalizzazione e costruzione dei servizi territoriali. È stata direttrice del Dipartimento di salute mentale dell'ASL Caserta 2 e del Distretto sociosanitario di Cagliari fino al 2009. È portavoce nazionale del Forum Salute Mentale dal 2003. Dal novembre 2013 è presidente della Conferenza permanente per la salute mentale nel mondo «Franco Basaglia»

Sommario

L'autrice, basandosi sulla sua esperienza diretta, racconta come anche in Cina comincino a esserci spazi per ripensare ai modelli manicomiali dell'assistenza psichiatrica e vi siano aperture verso la creazione di servizi territoriali e verso approcci rispettosi dei diritti dei pazienti. Sono solo primi passi di una riforma possibile, in un Paese importante in cui si stanno verificando cambiamenti tumultuosi e accelerati.

Introduzione

Nel 2011 l'Unione Europea dà avvio nella Repubblica Popolare Cinese al primo progetto sulla promozione di politiche e percorsi di salute mentale comunitaria, presentato da due organizzazioni non governative (ONG) italiane.¹ L'intervento, che nasce dall'esperienza di deistituzionalizzazione nel campo della salute mentale avvenuta in Italia negli ultimi quarant'anni, termina a marzo del 2014, ma l'UE approva subito dopo un nuovo progetto, presentato dalle stesse ONG, per l'implementazione e qualificazione del processo. Per lo sviluppo dell'intervento, fin dal 2011, le ONG stabiliscono un rapporto di collaborazione con operatori dell'équipe di salute mentale di Trieste, protagonisti fin dal 1971 con Franco

Basaglia² dei percorsi di messa in discussione teorica e pratica dell'ospedale psichiatrico come istituzione, dei meccanismi scientifici, giuridici e amministrativi che lo sostanzia-

¹ Si tratta dell'ONG «Solidarietà e Servizi» di Terni e di AIFO di Bologna.

² Franco Basaglia ad agosto del 1971 prese la direzione dell'ospedale psichiatrico provinciale di Trieste, che contava 1200 internati, dando avvio al processo di deistituzionalizzazione. Nel gennaio del 1977 Basaglia in una conferenza stampa annunciò la prossima chiusura dell'ospedale psichiatrico. In quel momento nell'istituto c'erano 132 ricoverati e 433 «ospiti», persone dimesse che non uscivano dall'ospedale per mancanza di una sistemazione abitativa, reddito e supporto sociale, ma il processo di decostruzione del manicomio era ormai consolidato e si voleva, in questo modo, sancire il suo essere irreversibile. Nella provincia di Trieste dal 1975 al 1977 sono stati aperti sette Centri di salute mentale che, in un territorio definito, si facevano carico delle persone dimesse dall'ospedale psichiatrico, anche attraverso il lavoro domiciliare e il supporto alla vita quotidiana, e della nuova domanda di salute mentale.

no e, insieme, di costruzione di un sistema di servizi di salute mentale comunitaria.

Le normative nella Repubblica Popolare Cinese in tema di salute mentale

L'attenzione del Governo cinese ai temi della salute mentale risale agli anni Novanta, quando, nel 1992, fu formulato il primo Piano decennale per la salute mentale. Nel 2002 viene emanato il secondo Piano 2002-2010 e nel 2004 il Programma 686, che prende nome dalla somma dei fondi stanziati, pari a 686.000 Renminbi (RMB).³ Il «686», avviato nel 2005 in 60 distretti di 30 province della Cina, si rivolge alle persone con malattia mentale «grave». Il programma ha come obiettivi, in un territorio definito, dove opera un sistema sanitario di base, la conoscenza e la registrazione delle persone con malattia mentale severa e con comportamenti aggressivi, per le quali si prevedono periodiche visite a domicilio da parte degli operatori sanitari. È assicurata inoltre per i malati non abbienti la gratuità dei farmaci, dell'eventuale ricovero e degli interventi di emergenza.⁴

Il progetto promuove la formazione dei familiari rispetto all'assistenza ai loro parenti con disturbi psichiatrici, anche in assenza di un sistema pubblico capillare ed efficace, e più in generale l'aumento di conoscenza nella popolazione sulla prevenzione e cura delle malattie mentali. Viene evidenziato il problema delle persone con disturbo psichiatrico che, in particolare nelle aree rurali, vivono in

condizione di abbandono, di violenza domestica e istituzionale, a partire da quelle che sono tenute legate. Nel 2012 il Programma 686 risulta sviluppato in 671 distretti di 160 province e copre una popolazione di 330 milioni,⁵ con un finanziamento di 71.580.000 RMB.

A ottobre del 2012 la Repubblica Popolare Cinese emana la prima legge sulla salute mentale, forse, come alcuni dicono, su pressione della comunità internazionale che interviene a proposito degli internamenti non connessi a malattia mentale. La legge è diventata esecutiva il 1 maggio 2013: obiettivi dichiarati sono la promozione della salute mentale, la definizione degli standard dei servizi e la difesa dei diritti delle persone con problemi di salute mentale. Con la sua applicazione s'intende raggiungere un miglioramento dello stato di salute mentale dei cittadini e della riabilitazione e inclusione delle persone con disturbi psichiatrici. Viene posta attenzione alle famiglie con disagio anche economico, per garantire le cure e l'inserimento sociale dei familiari con problemi gravi di salute mentale. Grande enfasi è data alle protezioni legali a favore delle persone con disturbo mentale, rispetto alla sicurezza personale, alla dignità, alla proprietà e alla *privacy*, ma anche all'istruzione, alla formazione, al lavoro, alle cure mediche e al supporto sociale. Sono interdette le discriminazioni, anche a mezzo stampa, le offese e i maltrattamenti, da parte dei singoli e delle istituzioni nei confronti delle persone con malattia mentale, come, ad esempio, l'abbandono e la violenza domestica.

S'indicano i *tutori*⁶ dei malati come garanti dei loro diritti e interessi. Si dichiara che i diritti devono essere assicurati alla persona

³ Il RMB o yuan è la moneta cinese.

⁴ Nella Repubblica Popolare Cinese non esiste un sistema sanitario pubblico. Solo il 40% della popolazione ha una copertura assicurativa e la spesa sanitaria *out of pocket* trascina nella povertà migliaia di famiglie ogni anno. Si spende l'80% delle risorse nella sanità delle città, quando il 60% delle persone vivono in campagna.

⁵ La popolazione totale è di 1 miliardo e 400 milioni di persone.

⁶ La legge non definisce chi sono i tutori e se esiste un percorso giuridico di nomina. Indica invece le loro responsabilità, anche in relazione a danni provocati dal malato.

con disturbo mentale anche durante il ricovero e il trattamento e che è compito dei sanitari informare i pazienti e i tutori sui loro diritti.

Importanza centrale riveste l'art. 30 della legge sul ricovero psichiatrico. Il ricovero è di norma volontario e i pazienti volontari possono lasciare l'ospedale in qualsiasi momento vogliano. L'internamento psichiatrico contro la volontà della persona e dei familiari può essere fatto solo quando la persona è giudicata pericolosa per sé e/o per gli altri o quando si presume che possa diventarlo. Nella norma sul ricovero obbligatorio si afferma, in premessa, che il disturbo mentale deve essere diagnosticato solamente da psichiatri abilitati, a cui si devono rivolgere i familiari, i datori di lavoro o i servizi di pubblica sicurezza qualora ritengano che una persona sia pericolosa. Se il tutore si oppone al ricovero, può chiedere a un centro sanitario una seconda valutazione, che deve essere fatta da due psichiatri che visitano il paziente entro tre giorni dalla richiesta. Anche dopo la seconda valutazione e l'eventuale convalida della diagnosi e del ricovero, il tutore, se non è d'accordo, può rivolgersi a un'ulteriore commissione esterna abilitata. Se la diagnosi viene nuovamente confermata, il ricovero è coatto. Nell'articolo si sottolinea che i consulenti delle commissioni di valutazione devono operare in modo indipendente, nel rispetto della scienza e della deontologia professionale. Nei casi in cui i tutori, dopo la seconda e terza valutazione, si rifiutino di espletare le pratiche di ammissione in ospedale, le procedure devono essere assolte dai datori di lavoro, dai comitati di villaggio o dei residenti. I vagabondi e mendicanti, i cui tutori non sono rintracciabili, devono essere supportati dai servizi nelle procedure di ricovero.

Durante il ricovero, nei casi in cui la persona mostri comportamenti che possano mettere in pericolo se stessa e altri, o danneggiare la struttura, è possibile adottare misure quali il

contenimento fisico e l'isolamento, ma è vietato l'uso di queste, o di altre, misure coercitive a uso punitivo. È vietato pure l'utilizzo d'interventi chirurgici. In particolare le strutture sanitarie devono chiedere il consenso dei pazienti o dei loro tutori, o della Commissione etica, per il trattamento sperimentale di farmaci e per interventi chirurgici che possano comportare perdita di funzioni.

La legge esplicita le differenti responsabilità istituzionali per la promozione della salute mentale, a partire dal Governo centrale fino ai livelli amministrativi più decentrati. Il Governo, con il Dipartimento di Sanità, ha i compiti di programmazione e finanziamento. Le province si occupano della costruzione del sistema dei servizi della salute mentale, della nomina dei responsabili e del monitoraggio e valutazione del lavoro. Ai governi locali e subdistrettuali è demandata l'organizzazione delle attività di prevenzione, riabilitazione e reinserimento sociale, anche con il supporto dei comitati dei villaggi e dei residenti. Anche i Dipartimenti della Giustizia, della Sicurezza e dell'Educazione intervengono nella salute mentale, nell'ambito delle loro competenze.

I tutori sono coinvolti in tutto il processo di assistenza della persona e nella fase di riabilitazione e inserimento sociale.

È incoraggiata la ricerca, promossa la formazione e sono incentivati gli scambi internazionali. Le azioni d'informazione e di formazione sulla salute mentale devono essere organizzate in tutte le province, distretti e dipartimenti, nelle scuole, nelle prigioni, nei centri di disintossicazione, nei Dipartimenti di Salute, di Affari sociali, Giustizia, Sicurezza sociale, presso i comitati di villaggio e dei residenti, con gli utenti e i familiari.

La legge non indica in maniera chiara i luoghi della cura né l'organizzazione dei servizi, ma è esplicitato chiaramente che le strutture devono avere psichiatri e infermieri abilitati, attrezzature idonee per la diagnosi e

il trattamento, politiche di gestione sviluppate per la diagnosi del disturbo mentale e per il monitoraggio della qualità. In maniera indiretta si fa riferimento all'ospedale psichiatrico, luogo del ricovero, che mantiene la sua centralità. Sono nominati i centri di riabilitazione decentrati nella comunità, dove i pazienti gravi sono monitorati periodicamente dagli psichiatri dell'ospedale. La legge conferisce potere centrale ai medici psichiatri, gli unici abilitati a fare la diagnosi e il trattamento. Gli psicologi non possono fare diagnosi né psicoterapia, ma solo fornire un supporto psicologico nelle strutture mediche.

Strutture e personale sanitario per l'assistenza psichiatrica

Riportiamo i dati forniti nel 2012 dalla *Standing Committee of China* sulle strutture e gli operatori psichiatrici in Cina. Gli ospedali psichiatrici sono 780, gli ospedali generali con un reparto psichiatrico 541, i centri residenziali di riabilitazione 57. I posti letto psichiatrici 210.552. I centri territoriali di salute mentale, per pazienti dimessi, sono 90. In Cina nel 2012 sono stati censiti 20.000 psichiatri, 2.000 psicologi e 35.000 infermieri che lavorano nel settore della salute mentale.

Il progetto pilota

Il primo progetto pilota dell'Unione Europea prevedeva in tre distretti della Cina — distretto di Haidian, città di Pechino; distretto di Nanguan, città di Changchun; distretto di Tongling, città di Tonling — l'apertura di *Community Mental Health Units* (CMHU) nelle unità sanitarie di base e di *Residential Open Units* (ROU) per persone con disturbo mentale dimesse dagli ospedali psichiatrici, insieme a un programma d'informazione e

sensibilizzazione dei dirigenti politici e della popolazione sui temi della salute mentale e contro lo stigma legato ai disturbi psichiatrici, di formazione dei familiari e di promozione di percorsi di auto-mutuo aiuto.

Il progetto ha realizzato nel 2012 un corso di formazione in Italia, e in particolare a Trieste e Brindisi, rivolto ai responsabili politici e tecnici dei 3 distretti e ad alcuni dirigenti dell'Istituto di salute mentale dell'Università di Pechino (PUIMH), partner locale del progetto e responsabile della formazione e valutazione, finalizzato alla conoscenza dell'organizzazione dei servizi di salute mentale alternativi al manicomio. Lo sviluppo del progetto è stato complesso e presenta criticità. In particolare i CMHU, anche per il personale insufficiente, non specializzato e non a tempo pieno, si presentano per lo più come dispensari di psicofarmaci e di «controllo» dei pazienti gravi e non come luoghi di presa in carico della salute mentale di una comunità. Alcuni CMHU sono organizzati più propriamente come centri riabilitativi, nei quali un certo numero di pazienti, in alcune giornate della settimana o del mese, si reca per attività abilitative e di socializzazione, che risultano però poco connotate come percorsi di emancipazione e di accesso ai diritti. Tuttavia l'apertura dei CMHU ha favorito la conoscenza e la presa in carico di persone con problemi severi di salute mentale e costituisce un punto di riferimento per le famiglie aiutandole ad assumere meglio il loro ruolo. Non è stato invece assolutamente intaccato il circuito dell'ospedale psichiatrico né il paradigma dell'internamento.

L'apertura delle ROU per i dimessi dagli ospedali psichiatrici ha creato difficoltà, sia perché tali strutture sono più difficilmente inquadrabili dal punto di vista giuridico, sia per la fatica di trovare «case» nel tessuto urbano per la convivenza di persone con disturbo mentale, pertanto alcune ROU sono state aperte nell'area dell'ospedale psichiatrico. Inoltre

agli stessi operatori, a volte, non appaiono chiare la qualità e la rilevanza dell'azione riabilitativa in tali strutture. Il progetto è stato un'occasione importante di sensibilizzazione dei dirigenti politici e istituzionali, dei mass media e delle rappresentanze della popolazione sulle questioni dell'assistenza alla persona con malattia mentale, sui suoi bisogni e diritti. Ha dato consapevolezza a un certo numero di familiari e di persone con disturbo mentale, come hanno mostrato in maniera significativa alcuni interventi durante gli incontri pubblici.

Nel secondo progetto, obiettivo centrale è lo spostamento dell'asse di lavoro dall'ospedale al territorio, il passaggio dei CMHU da un ruolo di «controllo sociale» verso una presa in carico globale della persona con problemi di salute mentale, in modo da diminuire il ricorso al ricovero ospedaliero, e il miglioramento concreto delle condizioni di vita della persona e dei suoi familiari, supportati dagli operatori nella comunità e a domicilio. S'intende lavorare con le persone con sofferenza mentale e con i familiari in modo da promuovere conoscenza e consapevolezza dei diritti, primo fra tutti quello alla cura, sviluppando protagonismo, *empowerment* e forme di associazionismo. S'intende qualificare e differenziare le azioni abilitative nei CMHU, ma anche nelle strutture residenziali, perché da «intrattenimento» diventino attività capaci di determinare emancipazione e sviluppare abilità spendibili nella costruzione e/o ricerca di un lavoro retribuito.

Nello specifico del lavoro con i familiari e della costruzione di percorsi d'inclusione lavorativa, il progetto prevede un intervento di esperti italiani che lavorano con i familiari

e di operatori di cooperative sociali d'inserimento lavorativo.⁷ Da ultimo, sarà necessario lavorare per realizzare strutture residenziali per dimessi dall'ospedale psichiatrico o per persone con disturbo mentale che hanno bisogno di un percorso di abilitazione prolungato e supportato, o «case» come alternative all'ospedalizzazione e all'abbandono di persone con problemi di salute mentale che hanno una rete sociale e familiare assente, debole, o fortemente conflittuale e non ce la fanno a vivere da soli. Si lavorerà con l'Istituto di salute mentale dell'Università di Pechino che, nel secondo progetto, assume un ruolo centrale per la formazione in materia di salute mentale comunitaria come alternativa al paradigma dell'internamento e mezzo capace di rispondere meglio al bisogno di salute di un territorio, di raggiungere popolazioni e soggetti anche nelle aree rurali, promuovere inclusione sociale e contrastare l'invalidazione dei soggetti e gli sprechi delle risorse. Si sa, infatti, che l'approccio comunitario e territoriale porta a una diminuzione della spesa rispetto a quella che mantiene e riproduce le istituzioni totali.

Se, come dice la legge, si vogliono salvaguardare e garantire i diritti delle persone con problemi di salute mentale e dei loro familiari e si vuole promuovere la loro inclusione, devono essere sviluppati servizi, cambiati gli atteggiamenti culturali e messe in atto strategie e azioni per promuovere, nei percorsi concreti di cura, l'accesso ai diritti e per contrastare nei fatti l'abbandono, l'esclusione e la violenza delle grandi istituzioni.

⁷ Si tratta delle cooperative di tipo B, di inserimento lavorativo di soggetti svantaggiati, normate dalla legge 381/99.

Abstract

The author, based on her direct experience, explains how in China too headway is being made in redesigning the mental asylum models of psychiatric help and how the country is opening up towards the creation of local services and towards respectful approaches to patient rights. They are only the first steps of a possible reform, but nevertheless in an important country where fierce, accelerated change is underway.