

**SPECIALE**

# Sanità Lazio

## *Lo stato di cose presenti*

- **Presentazione dello Speciale di Edoardo Turi**
- **La sanità del Lazio e il compromesso “storico” tra pubblico e privato prima e dopo l’ emergenza Covid**
- **L’Autonomia differenziata nella Regione Lazio**
- **Il lavoro degli operatori sanitari nel Servizio Sanitario Regionale di Zingaretti e D’Amato**
- **La psichiatria nel Lazio oltre l’emergenza e gli abusi**
- **Luci e ombre sul funzionamento della tutela della salute mentale nella Regione Lazio. Criticità e realtà virtuose**
- **Il business del privato accreditato della Riabilitazione nel Lazio e nella Provincia di Viterbo**
- **Si può fare una “Casa di Comunità” escludendo la Comunità? La storia di Villa Tiburtina, periferia est**
- **Consultori nel Lazio: molte ombre e qualche luce (poca)**
- **Valle del Sacco: situazione sanitaria della ASL Roma 5 e crisi ambientale di Colferro**
- **La lotta dei cittadini per la riapertura del Forlanini**

a cura di: Edoardo Turi, Medicina Democratica di Roma e del Lazio, Forum per il Diritto alla salute del Lazio ● Psichiatria Democratica del Lazio ● Direttivo Nazionale di Psichiatria Democratica ● FP-CGIL medici regionale del Lazio ● Coordinamento delle assemblee delle donne e delle libere soggettività dei consultori del Lazio ● Emilia Galtieri e Salvatore Costa del Coordinamento dei Comitati, delle Associazioni e dei cittadini per il Forlanini bene comune ● Attivisti/e di Salviamo villa Tiburtina ● Ina Camilli, Medicina Democratica del Lazio ● Loretta Mussi, Comitato contro ogni Autonomia Differenziata ● Giorgio Demurtas PRC Viterbo

*Racconti e opinioni*

**lavoroesalute**

# Lo stato di cose presenti

## INTRODUZIONE

di Edoardo Turi

**M**entre prepariamo questo inserto di Lavoro e Salute mancano meno di due settimane alla chiusura della campagna elettorale nella Regione Lazio.

Le vicende politico-amministrative della sanità del Lazio sono ben descritte nei ultimi due numeri della rivista *Medicina Democratica*, ma in questo inserto di Lavoro e Salute approfondiamo alcuni aspetti specifici: una ASL della Provincia di Roma con la sua Azienda Sanitaria Locale (ASL), le tematiche ambientali di due poli industriali come Colferro con la Valle del fiume Sacco e Civitavecchia, con importanti problematiche di inquinamento ambientale e di rischi per la salute nella popolazione, i consultori, i Dipartimenti di salute mentale e l'emergenza in psichiatria con i TSO, il lavoro dei medici e degli operatori nelle Aziende sanitarie, la chiusura di un importante presidio ospedaliero storico come l'ospedale Forlanini, un aggiornamneto sull'autonomia regionale differenziata nel Lazio e del quadro politico amministrativo in Regione, non più commissariata, grazie ai buoni uffici del Governo Draghi, ma pur sempre in piano di rientro dal disavanzo di bilancio e in cui è stata ulteriormente aumentata l'IRPEF regionale già la più in Italia.

In questo contesto avviene la candidatura dell'Assessore alla salute della Regione Lazio nella Giunta Zingaretti, (il Presidente uscente è ormai eletto in Parlamento), Alessio D'Amato con la diretta promozione da parte di Calenda e la chiusura al Movimento 5 Stelle e a parte della sinistra radicale da Sinistra Italiana a Rifondazione Comunista.

Una scelta sicuramente fallimentare da parte del PD anche in base ai numeri nel Lazio per il peso elettorale dei 5Stelle, che comunque



avevano condiviso con il PD parte della consiliatura regionale uscente, anche a prescindere da una severa valutazione sulle politiche regionali in cinque anni di governo del centrosinistra e dall'eventuale apertura di un tavolo sul programma elettorale e il confronto su un possibile candidato unificante.

L'appello di Barca, Castellina, Raimo e Parisi arriva fuori tempo massimo, e comunque i gruppi dirigenti nazionali del PD, dei 5 Stelle, dei Verdi della sinistra radicale non hanno mai lavorato seriamente ad un accordo a partire dal programma e dal candidato Presidente. Ma in ogni caso rimane un giudizio negativo sull'attuale candidato a Presidente della Regione, l' assessore alla salute uscente A. D'Amato.

Sgombriamo subito il campo dagli sbandierati successi durante l'epidemia: anche altre Regioni, con diversi orientamenti politici sia a Nord che a Sud, hanno superato più o meno brillantemente la prova epidemia: chi per rendite di posizione finanziarie e organizzative o per pregresse buone politiche sanitarie. Tralasciamo anche il suo trasformismo senza soluzione di continuità dal PCI a Rifondazione Comunista, al PdCI fino al Libro scritto sullo scandalo di una ASL romana, l'acquisto della testata on line dello storico giornale di sinistra romano Paese Sera e l'approdo al PD, e la recente condanna della Corte dei Conti a risarcire 275.000 euro. Quest'ultima motivazione sufficiente per evitare una sua candidatura. Come d'altronde il suo concorrente Rocca è stato a sua volta in gioventù uno spacciatore

di droghe pesanti vicino ad ambiti neofascisti.

Nel Lazio, come altrove, è stato fatto uno sforzo straordinario sul piano economico con parziale incremento di personale, soprattutto a tempo determinato, con contratti atipici o un esteso ricorso al privato accreditato e convenzioni ad hoc per l'apertura di posti letto Covid o per garantire l'attività intramoenia, e degli HUB vaccinali con la Croce Rossa Italiana (CRI) che oggi vede candidato il suo presidente Francesco Rocca con il centrodestra. Ma cosa rimane di quelle assunzioni precarie? Nulla.

In questi giorni pre elettorali molti operatori sanitari e amministrativi e i loro servizi di afferenza, sono con il fiato sospeso perché nessuno in Regione e in alcune Aziende sanitarie ha adottato gli atti necessari per la loro stabilizzazione e nel provvedimento in discussione in Parlamento detto "Milleproroghe" si spera in un emendamento affinché i precari della sanità assunti a tempo determinato anche prescindere dall'epidemia da Covid, vengano prorogati per i mesi necessari al fine di raggiungere i requisiti dell'art. 20 del Legge n. 124/2015 (cosiddetta "Madia"). Intanto chi può approda in lidi più sicuri come il Direttore regionale dell'Assessorato alla salute e il Direttore Generale di un'importante Azienda sanitaria romana.

La situazione nelle aziende sanitarie del Lazio è tornata dunque quella di prima della pandemia: operatori insufficienti, pronto soccorso intasati, lunghe liste di attesa per interventi programmati e negli

CONTINUA A PAG. 3

## Lo stato di cose presenti

CONTINUA DA PAG. 2

ambulatori, ampio ricorso al privato accreditato per una spesa complessiva superiore al 50% del bilancio regionale per la sanità, che, ricordiamolo, è più del 70% del bilancio regionale, con punte superiori al 90% nei settori di riabilitazione, lungodegenza, RSA, assistenza domiciliare, hospice. Settori privati accreditati dove fioriscono contratti di comodo. P. IVA. medici a gettone, lavoro atipico e interinale, precariato, mentre i profitti si basano sui fondi pubblici.

In questo contesto nel territorio le poche Case della salute, ormai riciclate in Case delle comunità (vedi su *Lavoro e salute*, luglio 2022, articolo "Cosa sono queste case della comunità" di E. Turi), sono sempre più dei poliambulatori che spesso hanno sostituito e riconvertito ospedali chiusi ma non hanno riconvertito il lavoro dei Medici di famiglia (Medici di Medicina Generale/MMG), dei Pediatri di famiglia/ Libera Scelta (PLS) e degli specialisti ambulatoriali convenzionati che, anche in virtù delle loro convenzioni che li pongono come voce di spesa per "acquisizione di beni e servizi", appaiono sempre più refrattari a ogni impegno che non sia su base volontaria e retribuito a parte come durante la pandemia per tamponi e vaccinazioni.

Le stesse Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) Regionali. (USACR nel Lazio) anziché collocate nei Distretti, come prevede la Legge nazionale, per decisione regionale difforme al dettato nazionale, sono allocate presso l'Azienda ospedaliera Spallanzani e gestite, nei fatti, dal sindacato dei Medici di famiglia FIMMG.

Non si dimentichi poi il ruolo politico di lobby svolto dall'Ordine dei Medici di Roma con il suo Presidente ma anche il segretario



nazionale del sindacato SUMAI, degli specialisti ambulatoriali convenzionati.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e in particolare la missione 6 si propone fondamentalmente come un'iniezione ricostituente di finanziamenti pubblici per rilanciare l'economia nazionale dopo la pandemia, con fondi europei (in gran parte da restituire), limitati alla ristrutturazione edilizia di proprietà pubbliche (ospedali, Case della comunità, Centrali Operative Territoriali/COT, Ospedali di Comunità), all'acquisto di dotazioni informatiche ed elettromedicali, senza nulla prevedere per il personale.

Tuttavia la Regione Lazio, dopo il prolisso ma non vincolante D.M. n. 77/2022 ha emanato una prima Deliberazione di Giunta Regionale (DGR) n. 643 del 26/7/2022 e successivamente ancora più estesa nel DGR n. G18206 del 20/12/2022 che definiscono con grande precisione ciò che le Aziende sanitarie dovranno fare per attuare il D.M. n. 77/2022 ma senza prevedere nulla per il personale se non standard teorici e procedure funzionali impossibili da raggiungere isorisorse come d'altronde previsto dallo stesso D.M. n. 77/2022.

Ipocrisia? Cattiva fede?

Oppure in prospettiva si tratta di un grosso regalo al privato accreditato confessionale e non e

al Terzo settore come già avviene in Lombardia?

In questo quadro è completamente assente un ripensamento critico della sinistra tutta, moderata o radicale, che in tanti anni è stata a vario titolo coinvolta nelle esperienze di governo regionale dalla Giunta alle Direzioni Generali, Sanitarie e Amministrative delle Aziende Sanitarie.

Ed è quindi piuttosto bizzarro che in questo quadro due esponenti politici ex PCI ora PD: un ex Assessore regionale alle sanità, senatore del PDS-DS e PD e già responsabile della sanità regionale del Lazio, nonché membro della Commissione di inchiesta sul SSN proposta in Parlamento dal centrodestra, e un ex Deputato del PDS-DS-PD già consigliere comunale e vicesindaco di Roma trovino più utile parlare d'altro scrivendo, con un ex Direttore Generale di Azienda sanitaria romana, area PD, un libro sulle "disuguaglianze di salute" che nulla aggiunge sul piano scientifico e culturale a quanto già prodotto in Italia da Giuseppe Costa, unico epidemiologo da sempre studioso dell'argomento, ma neanche citato in bibliografia, mentre gli autori omettono le loro responsabilità politico amministrative e del PCI-PDS-DS-PD nell'esperienza di governo e individuale come amministratori pubblici, su cui non c'è alcuna riflessione autocritica.

**Ringraziamo per gli articoli di questo inserto:** Medicina Democratica di Roma e del Lazio, il Forum per il Diritto alla salute del Lazio, Psichiatria Democratica del Lazio, la FP-CGIL medici regionale del Lazio, il Coordinamento delle assemblee delle donne e delle libere soggettività dei consultori del Lazio, gli/le attivisti/e di Salviamo villa Tiburtina, Emilia Galtieri e Salvatore Costa del Coordinamento dei Comitati, delle Associazioni e dei cittadini per il Forlanini bene comune, Ina Camilli di Medicina Democratica Lazio, Loretta Mussi del Comitato contro ogni Autonomia Differenziata, Giorgio Demurtas, federazione di Rifondazione Comunista Viterbo



# La sanità del Lazio e il compromesso "storico" tra pubblico e privato prima e dopo l'emergenza Covid

a cura di **Medicina Democratica Lazio**  
**Forum per il Diritto alla Salute Lazio**

Nel Lazio la sanità nel 2020 costituisce il 73,41 % del bilancio regionale, in gran parte spese per "beni e servizi" in cui rientrano la medicina convenzionata (di base, cioè i Medici di famiglia o di Medicina Generale/MMG, i Pediatri di famiglia o di Libera Scelta/PLS, la guardia medica/Medici di Continuità Assistenziale/MCA e i medici specialisti ambulatoriali convenzionati, cosiddetti SUMAI dal nome del loro sindacato, cui peraltro non tutti sono iscritti), le strutture convenzionate/accreditate e i servizi esternalizzati sanitari e non: un "falso in bilancio" legalizzato, visto che in buona parte si tratta di spese di personale, camuffate a favore dei privati (che così possono tagliare sul costo del lavoro applicando contratti pirata), e che vanificano e superano i risparmi derivanti dal taglio dei posti letto e dal blocco delle assunzioni nel servizio sanitario pubblico, con il mancato turn over di operatori cessati a qualunque titolo (per molti anni al 10%, oggi al 30%). Le uniche assunzioni avvenute in questi anni sono per lo più effetto di stabilizzazioni di personale precario.

La pandemia è stata affrontata utilizzando le risorse in modo differenziato tra pubblico e privato.

I fondi emergenziali (non strutturali) messi a disposizione a livello nazionale sono stati utilizzati per interventi estemporanei (assumere personale con contratti precari, realizzare i percorsi separati Covid). Le risorse regionali sono state utilizzate per realizzare convenzioni con i MMG, i laboratori privati e le farmacie (es. per le USCAR - nel Lazio non distrettuali come prevedeva la normativa nazionale, ma centralizzate presso l'ospedale Spallanzani specializzato in malattie infettive ma gestite dal sindacato dei MMG, FIMMG, per i tamponi rapidi e per i vaccini covid), con gli Enti e le cooperative (es.: Croce Rossa Italiana per gli HUB vaccinali, con costi di più di 6 milioni di Euro per 8 mesi per ogni HUB), o con le aziende e i gruppi privati anche per gli ospedali/hotel Covid in deroga ai requisiti dell'accreditamento (ad es. GVM con il centro di Casalpalocco, struttura non accreditata). L'attività di elezione degli ospedali pubblici trasformati in ospedali Covid è stata dirottata sul privato accreditato e non, sia aumentando i budget a questi soggetti, sia con l'invenzione dell'extramoenia (tu privato mi metti a disposizione una camera operatoria, io struttura pubblica ti invio il personale pubblico a eseguire l'intervento, tu privato intaschi l'80% del costo dell'intervento, il cosiddetto DRG).

L'emergenza pandemica ha solo accelerato quanto già pianificato nel piano di rientro che avrebbe dovuto



portare la Regione Lazio fuori dal commissariamento ma che già prevedeva un aumento di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie da privato di 250 milioni di euro nel triennio 2019-2021 (DGR n. 406/2020, cap. 20 Fig. 2). Aumento che invece con la scusa della pandemia si è realizzato in un solo anno.

Con la DGR n. 642/2022 la Regione Lazio ha stabilito un ulteriore incremento di 100 mln di euro per i livelli massimi di finanziamento (budget) dei soggetti accreditati per l'attività ospedaliera, ambulatoriale, territoriale e domiciliare (ADI) nel triennio 2022-2024, impegnando così in solido anche la prossima giunta, chiunque vinca le elezioni.

I dati più recenti pubblicati dalla Ragioneria Generale dello Stato (Rapporto 2022 sul Monitoraggio della spesa sanitaria, report pdf e tabelle Excel scaricabili qui, [https://www.rgs.mef.gov.it/VERSIONE-I/attivita\\_istituzionali/monitoraggio/spesa\\_sanitaria/](https://www.rgs.mef.gov.it/VERSIONE-I/attivita_istituzionali/monitoraggio/spesa_sanitaria/)) mostrano più chiaramente quanto avvenuto nel corso dei due mandati della giunta del Presidente Nicola Zingaretti (cfr. Tab 1.18).

Zingaretti si insedia nell'autunno del 2013 e il Lazio inizia una non troppo lunga rincorsa per raggiungere la Lombardia quanto a percentuale di spesa sanitaria corrente destinata all'acquisto di prestazioni e servizi sanitari da privato accreditato. Nel 2014 siamo al 26,8% (meno di due punti sotto la Lombardia). Nel 2017 Lazio e Lombardia si attestano entrambe al 29,1%. Nel 2018 il sorpasso (28,7% vs 28,6%) e il Lazio diventa 1° in assoluto.

Nel 2019 il trionfo! Il Lazio supera la soglia psicologica del 30% raggiungendo il 30,2% verso il 28,7 della Lombardia. Nel 2020, la spesa rallenta un po' per tutte le regioni ma il divario tra Lazio e Lombardia aumenta. Il Lazio è sopra di 4,4 punti percentuali e si attesta al 28,9%, mentre la Lombardia scende al 24,5%. Infine nel 2021 il Lazio sfiora nuovamente il 30% (29,7%) contro il 26% della Lombardia.

Sommando per il 2021 le voci dello stesso rapporto,

## La sanità del Lazio e il compromesso “storico” tra pubblico e privato prima e dopo l’emergenza Covid

CONTINUADA PAG. 4

(Tab. 1.12, 1.16 e 1.18) relative ai servizi esternalizzati (quelli che gli Enti SSN dovrebbero produrre direttamente ma per mancanza di personale appaltano alle cooperative o ai service), alla medicina in convenzione (MMG, PLS, MCA, SUMAI), e al privato accreditato, si vede come Lazio, Lombardia e Molise, al netto della spesa farmaceutica, sfiorino il 55% della spesa corrente. Nessuna regione tranne Sardegna, Liguria e Trentino-Alto Adige si colloca al di sotto del 40%.

Su questo punto dovrebbero riflettere tutti coloro che invocano un sacrosanto aumento delle risorse al SSN, ma poi si dimenticano di denunciare la preponderante presenza del privato a drenare tali risorse, di rivendicare una massiccia immissione di personale nelle file del servizio sanitario pubblico, e di chiedere uno stop agli accreditamenti e alle esternalizzazioni. Il problema è nazionale, ma la Regione Lazio, come abbiamo visto, si è ben distinta per il suo zelo.

Un altro tratto caratteristico della Regione Lazio nel corso del commissariamento, è l’abuso di Decreti Commissariali (DCA), anche sugli argomenti che avrebbero potuto essere oggetto di Leggi Regionali o Deliberazioni di Giunta e di discussioni democratiche (Consultori, Case della salute).

L’accorpamento delle ASL romane (non dichiarato nei programmi elettorali) che assumeranno dimensioni gigantesche (con oltre 1 milione di abitanti), come anche i Distretti (anche più di 200.000 abitanti), si è dimostrato lontano da ogni idea di prossimità e decentramento amministrativo. La figura monocratica del Direttore Generale nominato dal presidente della regione non ha pari e non ha precedenti nelle moderne democrazie per quantità di risorse finanziarie, numero di dipendenti e numero di assistiti sottoposti alle proprie decisioni senza alcun obbligo di confronto con l’opinione pubblica, con gli enti locali, con la società civile.

Le Aziende Sanitarie, o meglio i Direttori, hanno compiuto le loro scelte strategiche fuori da ogni confronto pubblico con utenti, familiari, associazioni, sindacati. I lavoratori sono stati ridotti al silenzio e perseguitati quando denunciavano abusi e sprechi, ricorrendo alle vie disciplinari o giudiziarie con denunce per “violazione di segreti aziendali”, “danni all’immagine” e relative richieste di risarcimento.

Grandi ospedali storici come il Forlanini sono chiusi e in progressivo degrado, o strutture di pregio come il S. Giacomo al centro di Roma, non vengono riconvertite e restano inutilizzate. Al contrario ingenti



somme sono previste per l’ex Ospedale psichiatrico S. Maria della Pietà in parte degradato, ma il cui recupero avviene senza alcun confronto con la popolazione.

Mentre i movimenti di lotta rivendicano il vincolo di legge che impone per gli ex manicomi la riconversione a usi sociali e culturali, la Regione impone “contra legem” dentro quel complesso l’apertura di servizi sanitari non necessari in una zona di Roma che ne è già strapiena, mentre altre zone con decine di migliaia di residenti ne restano completamente prive.

Altre scelte confermano la volontà di depotenziare i servizi sul territorio lasciando spazio all’iniziativa privata. Dal 2008 al 2022 il numero di consultori passa da 164 (fonte: Ministero della Salute) a 134 (fonte: [www.salutelazio.it](http://www.salutelazio.it)). In base alla Legge n. 405/1975 che prevede un consultorio ogni 20.000 abitanti dovrebbero essere 286. Le donne del Coordinamento delle assemblee delle donne e delle libere soggettività dei consultori del Lazio e Non una di meno-Roma denunciano la netta preponderanza di medici, anestesisti e operatori sanitari obiettori che rende difficile l’esercizio del diritto all’interruzione volontaria di gravidanza.

Poi c’è il PNRR con le sue Case della comunità, decise senza alcun confronto preventivo con le comunità locali. Per ora si tratta solo di finanziamenti per la ristrutturazione del patrimonio pubblico, in assenza di qualsiasi investimento sul personale SSR. Scatole vuote destinate probabilmente ad ospitare erogatori privati accreditati che non dovranno farsi carico nemmeno dei costi della sede e potranno aumentare i loro profitti.

Nessun dibattito e confronto sull’esperienza delle Case della Salute (previste 48, attive 22) e i problemi che ne hanno afflitto la realizzazione, analoghi a quelli che già affliggevano e affliggono tuttora i distretti sanitari (grandi dimensioni, poco personale, autoreferenzialità libero professionale dei MMG). Anche per le Case della comunità è possibile prevedere che dato il numero e le dimensioni dei territori e dei bacini di utenza la prossimità e la presa in carico restino un miraggio.

Inoltre la comparsa su carta intestata e sulle insegne

CONTINUA A PAG. 6



## La sanità del Lazio e il compromesso “storico” tra pubblico e privato prima e dopo l’emergenza Covid

CONTINUA DA PAG.

dei presidi sanitari pubblici e privati della dizione “Sistema” Sanitario Regionale al posto di “Servizio”, a partire dal 2014 si è rivelata una scelta ideologica e simbolica dal significato ben preciso.

Si abbraccia l’impostazione per la quale il SSN propriamente detto, non produce e non eroga più con risorse proprie i servizi rivolti ai cittadini per tutelare il loro diritto alla salute, e si passa al concetto di “sistema” per il quale il SSN fa da committente e compra dai privati delle “prestazioni”: Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e privato insieme fanno “sistema”. Il modello affonda le sue radici nella riforma Bindi (D.Lgs. n. 229/1999) e in quella del titolo V della costituzione, applicando il principio della sussidiarietà orizzontale. E’ così che il servizio pubblico stroncato dai tagli lineari, dalle spending review, dai tetti di spesa del personale è andato progressivamente arretrando lasciando gli ospedali e i distretti in sofferenza e il territorio in balia del privato.

L’assistenza specialistica ambulatoriale territoriale è in mano al privato per oltre il 70% (Rapporto OASI 2021). E qui nasce il tema “liste di attesa” in quanto i CUP prenotano solo le prestazioni ambulatoriali pubbliche, mentre il privato che in teoria dovrebbe fare “sistema” si guarda bene dal condividere le sue agende col CUP. Nell’assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale i cittadini, privati di ogni libertà di scelta, si rivolgono ormai quasi esclusivamente al privato. Basta osservare alcuni dati: cominciamo dalle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA): 8.164 posti accreditati (per 120 strutture) residenziali e semiresidenziali per persone non autosufficienti o con disturbi cognitivi comportamentali gravi (demenze). Solo due strutture pubbliche. Il 99,27% dei posti appartiene ai privati accreditati. La situazione non migliora con la pandemia.

Nel 2020 Zingaretti e D’amato hanno comunicato l’apertura di 20 posti di RSA Covid pubblici a Genzano (ex Pronto Soccorso chiuso), contemporaneamente hanno ammesso di averne aperti 200 tutti presso strutture private di cui 72 posti attivati con apposito provvedimento (DCA n. 45/2020), mentre i rimanenti 130 non è chiaro come siano stati attivati visto che di essi non c’è traccia nei provvedimenti dell’amministrazione regionale. Nei mesi successivi CGIL-CISL E UIL hanno denunciato la mancata attuazione degli accordi sottoscritti con la Regione Lazio per aprire 20 RSA *pubbliche* con almeno 1.000 posti, attraverso la riapertura e la riqualificazione di strutture sanitarie chiuse negli anni passati, e garantendo gestione diretta e personale pubblico. Con due anni



di ritardo e dopo mille sollecitazioni e proteste, la Regione emana un provvedimento (DGR n. 532/2022) di “ricognizione” da parte delle ASL di possibili sedi per la realizzazione di RSA “pubbliche”. Un provvedimento completamente avulso dalla programmazione complessiva della rete territoriale per la non autosufficienza, che include anche strutture di diritto privato come le ex-IPAB, e che non prevede alcun finanziamento regionale o del PNRR. Il provvedimento inoltre non individua alcuna risorsa per l’assunzione di personale alle dipendenze del Servizio Sanitario Regionale (SSR), e soprattutto non blocca il rilascio di nuovi accreditamenti ai soggetti erogatori privati.

Per le organizzazioni sindacali e per i comitati di cittadini e associazioni da anni in lotta per riaprire le strutture sanitarie chiuse e abbandonate, la delibera “non rispetta gli impegni presi”, “non prevede lavoro pubblico”, “non riequilibra il rapporto pubblico-privato”.

“Alla regione Lazio chiediamo un diverso provvedimento che dia piena attuazione, seppure in ritardo, all’accordo” scrivono le OO.SS. nel comunicato congiunto successivo all’emanazione del provvedimento, convocando una manifestazione di protesta sotto la sede regionale.

Proseguiamo con le altre strutture territoriali:

- Hospice: 28 strutture accreditate, per complessivi 411 posti residenziali e solo due strutture per 20 posti residenziali pubblici. Il 95,35% ai privati.
- Riabilitazione estensiva e di mantenimento, residenziale e semiresidenziale, per persone con disabilità psichica, fisica o sensoriale (ex art. 26 L. n. 833/1978) 3.038 posti residenziali e semiresidenziali (in 113 strutture accreditate sul territorio) ovvero: 96,41 % ai privati. Il pubblico può contare solo su 113 posti residenziali e semiresidenziali (il 3,56%) ripartiti in 8 strutture.
- Per quanto riguarda la psichiatria si contano 88 strutture residenziali e semiresidenziali private accreditate (il 66%) contro 45 pubbliche (il 34%) ma se andiamo a vedere la capacità ricettiva di tali strutture il privato gestisce 3.828 posti residenziali e semiresidenziali (il 90%) contro i 426 del pubblico

CONTINUA A PAG. 7

## La sanità del Lazio e il compromesso “storico” tra pubblico e privato prima e dopo l’emergenza Covid

CONTINUA DA PAG. 8

(10%) e inoltre il pubblico quasi sempre per mancanza di personale esternalizza a cooperative o ad altri enti del terzo settore le proprie strutture e i relativi posti. Analoga situazione per le tossicodipendenze dove il privato accreditato gestisce 27 strutture (83%) accreditate contro 4 pubbliche, ma 668 posti residenziali e semiresidenziali (oltre il 95,43%) contro 32 (4,57%).

Un tale predominio del privato accreditato nei servizi territoriali è stato realizzato con una sapiente regia a partire dal 2008 proprio a partire dalla chiusura dei piccoli ospedali e dai tagli dei posti letto. Erano i primi mesi del commissariamento in cui si davano il cambio la giunta di centrosinistra Marrazzo e la giunta di centrodestra Polverini. Ma già dal 2001 (anno in cui si danno il cambio le Giunte di centrosinistra Badaloni e di centrodestra Storage) erano stati chiusi i Pronto Soccorso (PS) e si rilasciavano a pioggia gli accreditamenti “provvisori” (senza verifica dei requisiti che venivano sostanzialmente autodichiarati e che dureranno oltre una decina d’anni)

Il processo comincia tagliando i posti letto, dequalificando e declassando i Dipartimenti di Emergenza-Urgenza e Accettazione (DEA) a PS, i PS a Punti di Primo soccorso (non più aperti h/24), Aziende Ospedaliere vengono chiuse o declassate a presidi aziendali (San Giacomo, San Filippo Neri e Forlanini ne fanno le spese a favore del Gemelli), altri ospedali vengono accorpati e depotenziati (CTO e Sant’Eugenio) e altri infine vengono chiusi e non più riaperti e riqualificati. I piccoli ospedali vengono abbandonati dopo progetti di riconversione abortiti (PPT, Case della salute, RSA) come quello di Palombara Sabina, altre realtà importanti nelle periferie più esterne come Villa Tiburtina sono state tagliate.

Il privato riceve invece un trattamento molto diverso; gli vengono tagliati i posti letto per acuti, ma in misura limitata e sempre in cambio di una contropartita, ovvero la possibilità di mantenere (e in prospettiva aumentare) il proprio budget riconvertendosi a strutture di postacuzie e lungodegenza, o in strutture residenziali e semiresidenziali per i servizi territoriali mancanti (RSA, Centri di Riabilitazione ex art.26, Hospice, residenze e centri diurni psichiatrici o per le dipendenze patologiche). Le riconversioni si svolgono successive intese di riconversione: DCA 9, 11, 18, 41, 62, 80, 82, 85, 94 del 2011 e DCA 29 del 2012).

Ed è così che in nome dell’ideologia della concorrenza pubblico-privato e della libertà di scelta per il cittadino utente, si arriva alla situazione odierna in cui ogni in tempi rapidissimi, derogando dai tempi e dalle



Il Carlo Forlanini a Roma

procedure per le verifiche sui requisiti minimi autorizzativi e su quelli ulteriori di qualità per l’accreditamento (cfr. DCA 80 e 101 del 2010 e libertà di scelta è di fatto negata per quasi tutti i servizi e i territori (con pochissime eccezioni). Se in ambito ospedaliero e ambulatoriale il pubblico arranca con le liste di attesa, la carenza di personale e l’intramoenia, in questi nuovi ambiti assistenziali il privato esercita un sostanziale regime di monopolio e impone alla regione i suoi interessi quando si tratta di determinare e ridefinire i fabbisogni, gli standard organizzativi, i requisiti di personale, gli standard di qualità per l’accreditamento, nonché le modalità e le tempistiche di adeguamento e per le verifiche da parte delle ASL, sia quelle previste a monte per il rilascio dei titoli autorizzativi e di accreditamento, che quelle a valle (i controlli relativi alle prestazioni erogate e alla loro rendicontazione e remunerazione).

I dati sono quasi incredibili e sono esposti nelle tabelle successive. Mostrano come nell’ambito dell’assistenza ospedaliera circa la metà dei posti letto per acuti e quasi il 95% di quelli per postacuzie e lungodegenza appartengano al privato accreditato (tab. 1 e 2) e come negli anni la situazione sia andata a peggiorare (tab 3-6). L’ultima tabella (la n.7) invece mostra il quasi monopolio dei privati accreditati nei servizi territoriali (alla Università Bocconi e nelle scuole di management ed economia sanitaria lo chiamano invece “quasi-mercato”), e fa vedere come una distribuzione del numero di strutture già incredibilmente sbilanciata a favore del privato, diventa ancora più sbilanciata se invece andiamo a guardare il numero di posti.

Tabella 1 – Posti letto per acuti a carico Servizio Sanitario Regionale (fonte NSIS 2018)

ASL	Privato	Pubblico	Totale	% Privato	% Pubblico
<b>Roma 1</b>	3.288	2.984	6.238	52,7	47,3
<b>Roma 2</b>	1.217	1.609	2.826	43,1	56,9
<b>Roma 3</b>	581	1.254	1.835	31,7	68,3
<b>Roma 4</b>	16	191	207	7,79	2,3
<b>Roma 5</b>	0	529	529	0	100
<b>Roma 6</b>	593	679	1.272	46,6	54,4
<b>Viterbo</b>	44	552	596	7,4	92,6
<b>Rieti</b>	0	324	324	0	100
<b>Latina</b>	579	712	1.291	44,8	55,2
<b>Frosinone</b>	129	885	1.014	12,7	87,3
<b>Totale</b>	6.447	9.683	16.130	40,0	60,0

CONTINUA A PAG.8

## La sanità del Lazio e il compromesso “storico” tra pubblico e privato prima e dopo l’emergenza Covid

CONTINUA DA PAG. 7

**Tabella 2** – Posti letto per post-acuzie (riabilitazione e lungodegenza) – costo a carico del Servizio Sanitario Regionale (fonte NSIS 2018)

ASL	Privato	Pubblico	Totale	% Privato	% Pubblico
Roma 1	554	45	599	92,5	7,5
Roma 2	584	26	610	95,7	4,3
Roma 3	960	28	988	97,2	2,8
Roma 4	22	0	22	100	0
Roma 5	326	10	336	97,0	3,0
Roma 6	547	42	589	92,9	7,1
Viterbo	134	4	138	97,1	2,9
Rieti	0	1	1	0	100
Latina	228	11	239	95,4	4,6
Frosinone	292	36	328	89,0	11,0
Totale	3.647	203	3.850	94,7	5,3

**Tabella 3** – Posti letto - tutte le discipline (Acuzie, Post-acuzie, Lungodegenza), regione Lazio, 2010-2019 (Fonte: Opendata Min. Salute)

ASL	Privato	Pubblico	Totale	% Privato	% Pubblico
2010	12.797	12.361	25.158	50,87	49,13
2011	12.360	11.790	24.150	51,18	48,82
2012	11.804	11.030	22.834	51,69	48,31
2013	11.383	10.855	22.238	51,19	48,81
2014	11.147	10.763	21.910	50,88	49,12
2015	11.099	10.229	21.328	52,04	47,95
2016	10.891	10.228	21.119	51,57	48,43
2017	10.799	10.163	20.962	51,52	48,48
2018	10.823	9.900	20.723	52,23	47,77
2019	10.802	9.912	20.714	52,15	47,85

**Tabella 4** – Posti letto per acuti, regione Lazio, 2010-2019 (Fonte: Open data Min. Salute)

ASL	Privato	Pubblico	Totale	% Privato	% Pubblico
2010	7.514	11.857	19.471	39,10	60,90
2011	7.908	11.561	19.269	41,04	58,96
2012	7.935	10.752	18.687	42,46	57,54
2013	7.712	10.580	18.292	42,16	57,84
2014	7.516	10.495	18.011	41,73	58,27
2015	7.467	9.990	17.457	42,77	57,23
2016	7.280	9.977	17.257	42,19	57,81
2017	7.210	9.940	17.150	42,04	57,96
2018	7.196	9.695	16.891	42,60	57,40
2019	7.166	9.709	16.875	42,47	57,53

L'ultimo dato è quello relativo all'assistenza domiciliare integrata (ADI) totalmente affidata ai privati accreditati (100%). Nel giro di pochi anni le centrali operative dei soggetti accreditati per l'ADI sono passate da 0 nel 2017 a 24 nel 2018 a 56 nel 2022. Il budget per l'acquisto di prestazioni di assistenza domiciliare integrata ammonta a circa 130 milioni di euro, cifra

**Tabella 5** – Posti letto per riabilitazione (codici reparto 28, 56, 75), regione Lazio, 2010-2019 (Fonte: Open data Min. Salute)

ASL	Privato	Pubblico	Totale	% Privato	% Pubblico
2010	3.881	417	4.298	90,30	9,70
2011	3.408	336	3.744	91,03	8,97
2012	3.042	239	3.281	92,72	7,28
2013	2.934	239	3.173	92,47	7,53
2014	2.918	232	3.150	92,63	7,37
2015	2.925	203	3.128	93,51	6,49
2016	2.904	215	3.119	93,11	6,89
2017	2.882	177	3.059	94,21	5,79
2018	2.922	159	3.081	94,84	5,16
2019	2.930	157	3.087	94,91	5,09

**Tabella 6** – Posti letto per lungodegenza, regione Lazio, 2010-2019 (Fonte: Open data Min. Salute)

ASL	Privato	Pubblico	Totale	% Privato	% Pubblico
2010	1.302	87	1.389	93,47	6,26
2011	1.044	93	1.137	91,82	8,15
2012	827	39	866	95,50	4,50
2013	737	36	773	95,34	4,66
2014	713	36	749	95,19	4,81
2015	707	36	743	95,15	4,85
2016	707	36	743	95,15	4,85
2017	707	46	753	93,89	6,11
2018	705	46	751	93,87	6,13
2019	706	46	752	93,88	6,12

**Tabella 7** – Numero e percentuale di strutture e di posti residenziali e semiresidenziali per tipologia di assistenza (fonte: rielaborazione MD Lazio su Open data Min. Salute e Reg. Lazio, 2020)

Strutture	% Strutture		Posti		% Posti			
	Pubb.	Priv.	Pubb.	Priv.	Pubb.	Priv.		
RSA	3	123	2,39	97,61	60	8.164	0,72	99,27
Hospice	2	28	6,67	93,33	20	411	4,65	95,35
RSA	3	123	2,39	97,61	60	8.164	0,72	99,27
Hospice	2	28	6,67	93,33	20	411	4,65	95,35
Psichiat.	45	88	33,38	66,17	426	3.828	10,01	89,99
Riabilitaz.	8	113	6,61	93,39	113	3.038	3,59	96,41
(art. 26)								
Dipendenze	4	27	12,90	87,10	32	668	4,57	95,43

che il candidato del centrosinistra alle elezioni regionali del Lazio Alessio D'amato (PD, assessore alla sanità uscente) ha dichiarato di voler triplicare senza dire che quei soldi andranno tutti, senza eccezione alcuna, ai soggetti privati, (cooperative, multinazionali, ed enti confessionali), tra cui la Comunità di Sant'Egidio e il Gemelli, ben presenti con propri dirigenti ai vertici di una ASL e dell'Assessorato alla Sanità Regionale, nonché con l'Assessore alle Politiche sociali e alla salute del Comune di Roma.

Ma il “sistema” di cui hanno fatto le spese i pazienti e le famiglie che hanno visto peggiorare i servizi e che sono stati chiamati sempre di più a sborsare di tasca propria (aumento della spesa “out of pocket”, delle

CONTINUA A PAG. 9



## La sanità del Lazio e il compromesso “storico” tra pubblico e privato prima e dopo l’emergenza Covid

CONTINUA DA PAG. 8

quote di compartecipazione, delle addizionali IRPEF, dei ticket), per servizi sempre meno accessibili e di qualità, colpisce anche le lavoratrici (in maggioranza) e i lavoratori della cura e dell’assistenza sanitaria e sociosanitaria.

E’ un dato di fatto che solo laddove c’è un equilibrio tra posti pubblici e privati (oramai solo nelle strutture ospedaliere dove si fanno ricoveri per acuti), il pubblico fa da “benchmark” e i sindacati maggiormente rappresentativi ottengono condizioni di lavoro e di retribuzione in qualche modo accettabili e simili a quelle del Servizio Sanitario Nazionale, anche se il rinnovo e l’adeguamento contrattuale del CCNL dell’Ospedalità Privata (ARIS, AIOP) è arrivato dopo “soli” 12 anni di vertenza e solo dopo l’impegno delle regioni a farsi carico della metà del costo del nuovo contratto con risorse aggiuntive proprie (costi che quindi vengono sempre dalle tasche dei cittadini). In tutti gli altri settori in cui il privato detiene la quasi totalità dei posti (postacuzie e lungodegenza ospedaliera, RSA, Hospice, e tutte le altre strutture territoriali per la cronicità, la disabilità, i disturbi psichici e le tossicodipendenze) c’è semplicemente la “giungla” dei contratti “pirata”, con oltre 40 differenti CCNL firmati da organizzazioni sindacali di comodo (una volta dette “sindacati gialli”) o nel migliore dei casi il pessimo contratto del Terzo Settore che ancorché sottoscritto dai sindacati confederali, non riesce a garantire una paga oraria dignitosa al personale qualificatissimo che assiste i pazienti più gravi a casa o in queste strutture.

Le condizioni di lavoro in queste strutture sono insostenibili, i salari terrificanti, i diritti non esistono, il “burn out” e il mobbing sono all’ordine del giorno, e di conseguenza non esiste nessuna continuità assistenziale, nessuna qualità e nessuna vera presa in carico dei pazienti. I sindacati europei denunciano come in questi anni decine di migliaia di operatori sanitari e sociosanitari stiano abbandonando i lavori di cura perché le condizioni di lavoro sono insostenibili. Le lavoratrici ai sit-in di protesta scrivono nei loro cartelloni “le cooperative hanno fallito, adesso tocca allo Stato”, indicando la prospettiva della reinternalizzazione dei servizi, come unica soluzione possibile e denunciando le condizioni di lavoro nel Terzo Settore e nelle cooperative di servizi sia “bianche” che “rosse”, dove spesso la narrazione è “siamo tutti compagni” o “siamo una grande famiglia”, ma dove lo sfruttamento ha preso il sopravvento sugli aspetti solidaristici dei movimenti cooperativi e mutualistici.



Questo, per concludere, il “sistema” costruito negli anni di comune accordo tra centrodestra e centrosinistra in Regione Lazio, senza mai uno scontro e una opposizione vera, e di cui anche la sinistra cosiddetta “radicale” è stata responsabile. Sia negli anni in cui anche Rifondazione Comunista ha partecipato ai governi regionali e comunali e in cui non ha saputo fare altro che contrattare la propria quota di posti ai vertici delle aziende sanitarie lasciando che si consumassero sulla pelle degli utenti, dei contribuenti e dei lavoratori i peggiori accordi tra l’amministrazione regionale e i gruppi della sanità privata laica e religiosa. Analogo discorso vale a maggior ragione per le due giunte Zingaretti, in cui gruppetti, cespuglietti, spazi sociali e associazioni sedicenti “civiche”, “ecologiste” e “femministe” hanno portato a casa in cambio di voti: agibilità, visibilità e finanziamenti ai loro progetti e ai loro orticelli, senza mai “disturbare i manovratori”, senza mai battersi per difendere e rilanciare un vero servizio pubblico, per tutelare e promuovere il diritto alla salute di tutti e tutte, per difendere i diritti e la dignità delle lavoratrici e dei lavoratori della cura e dell’assistenza.

Arriviamo alla vigilia di queste elezioni regionali con l’unico dato positivo che finalmente diversi gruppi, partiti, associazioni e movimenti hanno rotto con il sistema di governo della sanità del centrosinistra, con il paradigma neo-liberale/liberista, valutando le opzioni politiche sulla base dei dati di realtà e non più sulla base di schieramenti e posizionamenti opportunistici, o su enunciazioni di principio cui non seguono comportamenti e risultati coerenti. Si iniziano a elaborare linee e strategie con una lettura e una capacità di proposta autonoma e questo va ad aggiungersi al patrimonio di lotte, di comitati e di movimenti che si sono mobilitati a Roma, nel Lazio e nel resto d’Italia negli ultimi due anni. Il lavoro più grosso da fare sarà quello di superare la frammentazione e aggregare e dirigere gli sforzi in una direzione comune. Contrastare i danni della privatizzazione e del regionalismo differenziato in sanità sarà la sfida e l’impegno per tutti coloro che insieme al diritto alla salute e al Servizio Sanitario Nazionale per tutte e tutti, vorranno difendere la nostra Costituzione, l’unità del Paese, la sua coesione sociale, e la dignità di tutte le lavoratrici e i lavoratori.

## L' AUTONOMIA DIFFERENZIATA NELLA REGIONE LAZIO

La proposta avanzata dalla Regione Lazio in un primo tempo comprendeva materie molto importanti come la salute e l'istruzione. Successivamente queste due materie sono state tolte. Sotto una sintesi dei diversi passaggi conclusa, per quanto noto, nel 2018. Non risulta che si siano stati ulteriori passi.

**Nella seduta del 6 giugno 2018, il Consiglio regionale** approvava un ordine del giorno riguardante l'applicazione dell'Art.116 3° comma, del nuovo titolo V°.

Con tale proposta si impegnava il Presidente della Giunta regionale ad avviare il negoziato con il Governo. Questa le richiama del consiglio:

Attribuzione alla regione delle competenze nelle seguenti materie: **lavoro; istruzione; salute; tutela dell'ambiente e dell'ecosistema; governo del territorio; rapporti internazionali** e con l'Unione europea, con particolare riferimento alle predette materie.

Istituzione di "un'apposita commissione paritetica Stato-Regione per determinare le risorse finanziarie, umane e strumentali necessarie all'esercizio di ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia, da trasferire o assegnare dallo Stato alla Regione";

Ottemperare alla finalità di assicurare "una programmazione certa dello sviluppo e degli investimenti, determinando congiuntamente modalità per assegnare risorse da fondi finalizzati allo sviluppo infrastrutturale del Paese".

**Successivamente, Il 3 ottobre 2018, il Consiglio, approvava l'ordine del giorno n.75, che impegnava la Giunta regionale a chiedere al governo la sospensione di trasferimenti di poteri e risorse alle regioni finché non siano definiti i livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale (LEP). In ogni caso il trasferimento di risorse sulle materie assegnate alle regioni dovrà essere "ancorato esclusivamente a oggettivi fabbisogni dei territori, escludendo ogni riferimento a indicatori di ricchezza" e sospendere anche qualsiasi iniziativa di negoziazione col Governo senza la preventiva discussione in Consiglio e finché non ci fossero i LEP.**

Di conseguenza la **Giunta regionale, il 18 ottobre 2018** deliberava di presentare al Consiglio un **Documento di indirizzo** al fine dell'attivazione del percorso per il riconoscimento di ulteriori forme di autonomia e sospendere ogni attività propria e di singoli di confronto con il Governo sul tema.

In esso erano individuati 5 ambiti di intervento per i quali avviare il negoziato con il Governo:

La prospettiva era di promuovere un percorso di regionalismo differenziato "non orientato alla ricerca di forme di autonomia competitive e tese all'accrescimento dei divari fiscali regionali".

Nel documento di indirizzo erano individuati 5 ambiti di intervento per i quali avviare il negoziato con il Governo:

- **sostenibilità della finanza pubblica territoriale e rilancio degli investimenti;** [non si rapporterebbe più agli Enti locali in maniera complementare allo Stato, ma fungerebbe da snodo]

- **qualificazione dei percorsi di accesso al mercato del lavoro, tutela e sicurezza del lavoro e sostegno previdenziale dei lavoratori svantaggiati;** [? privatizzazione istruzione professionale]

- **cinema e audiovisivo;**

- **ambiente;** [appropriazione delle valutazioni di impatto ambientale]

- **rapporti internazionali e con l'Unione europea delle regioni.** [maggiori competenze...]

Non risulta che il percorso sia andato avanti e che ci siano stati successivi contatti con il Governo, sebbene questi ultimi siano stati autorizzati.

Come si vede dal Documento di indirizzo vi è stato un ripensamento sulle materie da richiedere, in particolare scompaiono dalla richiesta Sanità ed Istruzione. Si ritiene tuttavia che esse debbano essere tutte ritirate, in particolare le richieste di devoluzione della tutela ambientale, compresa la VIA (valutazione d'impatto ambientale strategica), i rapporti internazionali e con l'Unione europea, la tutela e la sicurezza del lavoro. Ciò perché si tratta di materie a valenza e con impatto nazionali, con effetti che vanno oltre l'ambito regionale.

Ma anche per un altro motivo. L'approvazione del DDL Calderoli (il 4° nell'ordine), avvenuta il 3/2/2023 ha segnato una soglia di rottura tra Governo, opposizioni e realtà che da cinque anni si battono contro l'autonomia differenziata. Ora tutte le nostre energie vanno poste nelle mobilitazioni affinché il DDL sia ritirato. Il DDL ha davanti a sé un percorso ancora lungo, ma va fermato il prima possibile per evitare che arrivi alla tappa finale dove si tratterà per la concessione dell'autonomia attraverso la firma delle pre-intese e poi delle intese Stato-Regioni.

Nello stesso tempo si deve evitare che altre richieste vengano presentate al Governo.

**Loretta Mussi**

attivista del Comitato contro ogni autonomia differenziata e Forum per il Diritto alla salute





# Il lavoro degli operatori sanitari nel Servizio Sanitario Regionale di Zingaretti e D'Amato

**Francesco Palmeggiani**

Segretario regionale FP CGIL Medici e Dirigenti SSN

**E'** difficile oggi dire qualcosa di nuovo relativamente al disagio, allo scoramento, alla stanchezza, ed in alcuni casi anche alla disaffezione, che stanno attraversando i corpi e le menti degli operatori sanitari del Lazio e non solo.

Dalle controriforme dei ministri De Lorenzo-Garavaglia in poi il SSN sta subendo un attacco ininterrotto, divenuto più subdolamente feroce negli ultimi 15 anni con il blocco dei tetti di spesa per il personale ed il salario accessorio, blocco dei concorsi e del turn-over, carenza di personale, definanziamento del FSN, mancanza di programmazione, dicotomia Ospedale/Territorio, frammentazione organizzativa dipendenti/convenzionati, contrazione delle prerogative sindacali, chiusura di ospedali e posti letto, ricorso sempre più massivo al privato accreditato e a esternalizzazioni, mancanza di democrazia nelle Aziende Sanitarie ormai non più "Locali" per loro grandi dimensioni come deciso da Zingaretti pur non essendo nel suo programma elettorale, delegittimazione dei lavoratori pubblici ed aumento dei contenziosi.

Alcuni dati per dare l'idea della consistenza del fenomeno nel Lazio:

- negli ultimi 20 anni abbiamo persi 7000 dipendenti a tempo indeterminato, di cui oltre 5.500 unità sono riferite al personale del comparto;

- i medici e la dirigenza sono diminuiti del 12%, ma senza la pandemia la percentuale sarebbe stata assai maggiore (12.444 nel 2002 – 9457 nel 2018 – 10850 nel 2022);



- il precariato è aumentato dell'87% (1955 nel 2002 – 1741 nel 2015 – 3660 nel 2022);

- dal 2010 cresce costantemente la spesa per il privato accreditato e diminuisce quella per il personale;

- nel 2020, in conseguenza della pandemia, sono state fatte circa 7500 nuove assunzioni, di queste 4000 a tempo indeterminato e 3500 a tempo determinato;

- nel biennio 2020/2021 abbiamo avuto circa 6.000 cessazioni, soprattutto per pensionamento;

- l'età media del personale della Dirigenza è superiore ai 55 anni e fino al 2020 abbiamo avuto una pressoché totale assenza dei lavoratori al di sotto dei 40 anni;

- assistiamo ad una minore erogazione dei servizi a fronte di una maggiore richiesta di prestazione sanitarie, con un personale ridotto e stremato;

- mancate erogazioni di visite diagnostiche nei tempi previsti dalla legge, senza tener conto dei tanti che hanno rinunciato alle cure; di montaggio il cui fine principale sembra essere diventato il numero di prestazioni e non la salute della collettività.

Se nel SSN i dipendenti non hanno diritto di critica, la burocrazia toglie tempo ed energia all'assistenza e alla formazione, si fa sempre maggior ricorso a procedimenti disciplinari, le ore lavorate in eccesso non vengono retribuite e in molti casi vengono cancellate, le Direzioni non applicano compiutamente il CCNL, le istanze delle OO.SS. rimangono spesso senza risposta. Immaginiamo cosa possa essere la sanità privata, quali le condizioni dei lavoratori, a quali ricatti e vessazioni possano essere soggetti, in un contesto che conta più di 40 contratti diversi firmati solo dai sindacati gialli.

L'aziendalizzazione nel nome della riduzione delle spese, ha portato soltanto ad una riduzione delle prestazioni erogate dalle aziende pubbliche.

Prima che sia troppo tardi proviamo a spiegare e far comprendere ai cittadini che per le politiche neoliberiste le spese per gli armamenti valgono più del loro diritto alla salute, che prevenzione, cura (intesa



# Il lavoro degli operatori sanitari nel Servizio Sanitario Regionale di Zingaretti e D'Amato

CONTINUA DA PAG. 11

come curare e prendersi cura) e riabilitazione sono un lusso che nella società dove tutto è mercato non possiamo più permetterci, che con le loro tasse provvedono non al rafforzamento e alla riforma del SSN ma al guadagno di imprenditori privati che hanno investito in sanità, poco importa che quel guadagno si realizzi sovente sullo sfruttamento di lavoratori sottopagati e ricattati.

Sarebbe bello, oltre che necessario, vederci uniti, cittadini, associazioni, lavoratori, sindacato in una forte non più rinviabile mobilitazione in difesa del Diritto alla Salute.

- depotenziamento dei Distretti che inoltre risultano estremamente disomogenei sul territorio regionale, con singoli Distretti, all'interno del perimetro di Roma Capitale, che pesano, in termini di popolazione residente, come intere province.

La diminuzione del personale si è riverberata soprattutto sull'emergenza-urgenza e sulla sanità territoriale.

Il PS è divenuto l'unica porta di accesso al SSN, ammesso che si riesca a fare uno slalom tra le barelle assemblate nei corridoi, in numero sempre maggiore rispetto a quanto previsto dalla determina "Piano regionale per la gestione del flusso di ricovero e del sovraffollamento in Pronto Soccorso" (G15959 del 18-11-2022), ma con una dotazione di personale idonea a gestire un numero di pazienti ben inferiore a quelli realmente presenti e conseguente inevitabile minore qualità dell'assistenza, aumento del rischio clinico e dello stress lavoro-correlato.

Per ciò che riguarda la sanità territoriale in settori come l'assistenza domiciliare, la riabilitazione, le RSA ed in generale il socio sanitario, l'offerta del SSR è diventata a totale appannaggio di società esterne o di soggetti privati accreditati con un forte restringimento del perimetro pubblico.

Proviamo per un momento a calarci nello stato d'animo degli operatori sanitari, che hanno pagato e stanno pagando, chi addirittura con la vita e chi con un elevato stress psicofisico, la loro dedizione al lavoro ed il moltiplicarsi dei loro sforzi per mantenere aperti servizi essenziali, completamente estromessi dall'organizzazione del lavoro, marginalizzati, destinatari di ordini di servizio calati dall'alto, esposti alla rabbia degli utenti che ormai trovano risposte ai loro bisogni di salute più gravi quasi esclusivamente nei Pronto Soccorsi (dove non a caso si registrano i maggiori contenziosi e una crescente fuga di medici),



demotivati, disillusi, arrabbiati, non adeguatamente retribuiti, con una perdita della supremazia culturale della medicina a favore di quella economico-aziendalista che li ha ridotti ad ingranaggi di una catena di montaggio il cui fine principale sembra essere diventato il numero di prestazioni e non la salute della collettività.

Se nel SSN i dipendenti non hanno diritto di critica, la burocrazia toglie tempo ed energia all'assistenza e alla formazione, si fa sempre maggior ricorso a procedimenti disciplinari, le ore lavorate in eccesso non vengono retribuite e in molti casi vengono cancellate, le Direzioni non applicano compiutamente il CCNL, le istanze delle OO.SS. rimangono spesso senza risposta. Immaginiamo cosa possa essere la sanità privata, quali le condizioni dei lavoratori, a quali ricatti e vessazioni possano essere soggetti, in un contesto che conta più di 40 contratti diversi firmati solo dai sindacati gialli.

L'aziendalizzazione nel nome della riduzione delle spese, ha portato soltanto ad una riduzione delle prestazioni erogate dalle aziende pubbliche.

Prima che sia troppo tardi proviamo a spiegare e far comprendere ai cittadini che per le politiche neoliberiste le spese per gli armamenti valgono più del loro diritto alla salute, che prevenzione, cura (intesa come curare e prendersi cura) e riabilitazione sono un lusso che nella società dove tutto è mercato non possiamo più permetterci, che con le loro tasse provvedono non al rafforzamento e alla riforma del SSN ma al guadagno di imprenditori privati che hanno investito in sanità, poco importa che quel guadagno si realizzi sovente sullo sfruttamento di lavoratori sottopagati e ricattati.

Sarebbe bello, oltre che necessario, vederci uniti, cittadini, associazioni, lavoratori, sindacato in una forte non più rinviabile mobilitazione in difesa del Diritto alla Salute.

**Francesco Palmeggiani**

# La psichiatria nel Lazio oltre l'emergenza e gli abusi

A cura di  
**Medicina Democratica del Lazio**



(Ugo Guarino – disegno sulla funzione sociale della psichiatria)

**A**fferma Eugenio Borgna che “sono le parole dei pazienti ad aiutarci nel diagnosticare l’origine e la natura dei loro disturbi, e delle ferite dell’anima. Il senso delle parole di un paziente riemerge solo se egli si sente accolto nella sua fragilità, e non giudicato, riconosciuto nella sua interiorità, e nella sua soggettività, nella sua libertà assediata, e non considerato come un semplice corpo malato: come una cosa malata”. (1)

Ma quale valore hanno le parole dei pazienti nel momento dell’intervento psichiatrico in emergenza-urgenza oggi e nel Lazio?

Dipende dagli operatori che si recano sul posto, dalla loro formazione e dalle competenze acquisite, dalla loro sensibilità e capacità di relazionarsi, e soprattutto dal tempo a disposizione per cogliere il disagio, capire le situazioni le cause che hanno scatenato la crisi.

Il tempo della cura, dell’attenzione decreterà l’esito dell’intervento, la ricerca del consenso dell’interessato il ricovero o il non ricovero e la presa in carico da parte di servizi territoriali sociosanitari.

È noto che ogni crisi è preceduta da un periodo più o meno lungo di difficoltà. La richiesta di un aiuto urgente non è necessariamente dovuta ad un aggravarsi della situazione: l’evento scatenante può essere un fatto nuovo e grave, ma anche una “provocazione” che si aggiunge ad una serie di eventi precedenti non colti dalle persone più vicine (famiglia, amici, vicini, colleghi...).

Il contesto in cui l’operatore sanitario interviene è per lo più carico di ansia, le persone sono stanche e chi effettua la chiamata spesso spera che esiti in un ricovero, perché le persone che la effettuano sono arrivate al limite della loro capacità di tollerare una situazione di difficoltà (mancano servizi di sostegno alle famiglie).

Anche se in alcuni casi il personale sanitario è disposto

ad ascoltare le storie riferite alle persone in difficoltà, cercare soluzioni concrete ai problemi più immediati anche al fine di evitare il Trattamento sanitario obbligatorio (TSO) diventa impossibile a causa del limitato tempo a disposizione.

Il TSO è sempre la risposta più rapida, consente anche di “svincolare” tutti gli altri soggetti istituzionali che accorrono o sono chiamati sul luogo dell’intervento anche prima dell’arrivo del personale medico (polizia locale, vigili del fuoco, forze dell’ordine).

Spesso una delle cause del ricovero è anche l’impossibilità di una diversa presa in carico territoriale (assenza di strutture pubbliche socio sanitarie di pronta accoglienza, anche a bassa intensità come i gruppi appartamento o le comunità alloggio, ad es. nel caso in cui il personale medico del Centro di salute mentale (CSM) ritenga appropriato l’allontanamento della persona dalla casa familiare); il ricovero nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) rischia di compensare la carenza di una vera integrazione socio sanitaria.

Le persone per le quali è stato chiesto l’intervento possono essere già note ai servizi o non essere mai state prese in carico dagli stessi, diventa allora ancora più importante la presenza del personale del CSM competente per territorio sul luogo dell’evento al fine di evitare il TSO.

Nel Lazio, in questi ultimi anni si è assistito ad un cambiamento radicale dell’organizzazione relativa agli interventi in emergenza urgenza.

Il vecchio protocollo regionale (tabella 1) sottoscritto nel 1999 con ASL, DSM e ARES 118 contenente la “Definizione di procedure relative al trasporto e agli interventi di soccorso primario sanitario urgente in pazienti con patologia psichiatrica (legge 833/78 e circolare n.1269 del 7 giugno 1999)”

**TABELLA 1**

CONTINUA A PAG. 14

# La psichiatria nel Lazio oltre l'emergenza e gli abusi

 CONTINUA DA PAG. 13

Tabella 1 – Regione Lazio vecchio Protocollo “Definizione di procedure relative al trasporto e agli interventi di soccorso primario sanitario urgente in pazienti con patologia psichiatrica (legge 833/78 e circolare n.1269 del 7 giugno 1999) nella Regione Lazio (notificato alle AASSLL, ai DDSSMM ai SSPPDDCC all’ARES 118 con nota prot. n.194959 del 22/10/2012) [http://www.smi-lazio.org/downloads/TSO\\_regolamento\\_Reg.2012.pdf](http://www.smi-lazio.org/downloads/TSO_regolamento_Reg.2012.pdf)

Ambito - Comune e Provincia di Roma.

## Premessa

Ares 118 è l’Azienda Regionale che gestisce il soccorso primario sanitario urgente nel territorio della Regione Lazio ai sensi della L.R. 03 Agosto 2004, n.9. In tale ambito è chiamata a intervenire per assicurare sul territorio gli interventi per pazienti con patologia psichiatrica.

Tali interventi sono particolarmente complessi in quanto richiedono non solo l’assistenza sanitaria, ma l’intervento sul posto di un consulente psichiatra del DSM (in orario di servizio), o un medico della continuità assistenziale negli altri orari e, talvolta, l’intervento di altri enti (Polizia Roma capitale, 113, 112, 115).

L’eventuale ricovero del paziente, in regime di ricovero volontario o di TSO, deve avvenire presso il SPDC di competenza territoriale. Tale attività richiede spesso tempi lunghi, con sottrazione di risorse al servizio di emergenza – Urgenza 118.

## Scopi e obiettivi

Definire una modalità di intervento relativa al trasporto di pazienti con patologia psichiatrica nella regione Lazio

## Strategia

- Definire le modalità di attivazione e accesso all’intervento
- Definire risorse di prima attivazione per l’intervento psichiatrico sul posto
- Definire le risorse per il trasporto presso l’SPDC di competenza territoriale
- Stabilire le modalità operative di intervento relative al trasporto

## Modalità operative

### 1. Richiesta di soccorso

- La richiesta di soccorso deve essere inoltrata sul numero unico 118;
- All’atto della richiesta l’operatore raccoglierà oltre ai dati standard del soccorso:

A) gli aspetti del quadro clinico del paziente, atti a definire il codice di triage dello stesso e la presenza di un disturbo psichiatrico per cui si renda necessario un intervento urgente;

B) i motivi della richiesta e la necessità di intervento di altri enti (113, 112, 115, polizia Roma Capitale);

C) i dati del CSM competente per sede di intervento

### 2. Valutazioni dell’intervento

- L’operatore della centrale 118 che riceve la richiesta raccoglie i dati sulla Scheda di Soccorso di centrale, assumendo anche i dati di cui sopra;
- Si ricorda ove occorra con il medico di sala;
- In orario di apertura dei DDSSMM attiva il CSM territoriale di competenza relativo alla sede di intervento;
- Nelle ore notturne e nei festivi attiva la continuità assistenziale per gli interventi di competenza;
- Invia sul posto i mezzi di soccorso di pronto intervento per l’attuazione delle necessarie cure e dei provvedimenti per procedere, ove necessario, al ricovero

### 3. Sul posto dell’intervento

- Il medico del CSM o della continuità assistenziale valuta la necessità del ricovero e accerta la residenza del paziente
- Secondo quanto specificato nella tabella allegata, il relativo trasporto deve essere effettuato tassativamente presso il SPDC di competenza territoriale. Solo nel caso di pazienti senza fissa dimora, con residenza fuori regione o con residenza non accertabile il trasporto sarà effettuato presso il SPDC di competenza territoriale relativa al luogo di intervento.
- Il paziente verrà trasportato verso il SPDC di competenza direttamente dal mezzo giunto sul posto
- In caso di necessità la C.O. 118 – sentito il medico che si trova sul posto – attiva gli altri enti.

### 4. Durata e continuità del soccorso

- Durata dell’intervento: a fronte di altre emergenze sanitarie che dovessero presentarsi sul territorio, la C.O. del 118 attiverà un secondo mezzo in sostituzione di quello impegnato nel trasporto laddove l’intervento o il trasporto verso il SPDC indicato richieda tempi prolungati.
- Continuità di soccorso: qualora per errore un paziente venga trasportato in un SPDC diverso da quello

È prevista una revisione periodica della tabella che definisce le competenze territoriali dei SPDC in relazione alle possibili variazioni dei bacini di utenza indicato nella tabella, il medico del P.S., avvertito dal Triage, informata la C.O. del 118 e una volta valutata la stabilità clinica del paziente, disporrà in tutti i casi la prosecuzione verso il SPDC di competenza con lo stesso mezzo.



## La psichiatria nel Lazio oltre l'emergenza e gli abusi

CONTINUA DA PAG. 14

è stato sostituito con il protocollo allegato alla Determinazione n. G06331 18/05/2018 "Protocollo regionale "Definizione di procedure relative al trasporto e agli interventi di soccorso primario sanitario urgente in pazienti con patologia psichiatrica (L. n. 833/1978 e circolare n.1269 del 7 giugno 1999) nella Regione Lazio". Modifica ed integrazione" che "abolisce le disposizioni regionali del 1999 e successive".

L'Obiettivo generale del nuovo protocollo (2) è la "corretta distinzione tra emergenze ed urgenze, nell'analisi delle reciproche responsabilità di intervento di ARES 118 e Dipartimenti. La storia recente, e i dati presentati da Ares sulle chiamate al 118 riferibili a disturbi del comportamento lo dimostrano, è caratterizzata da uno squilibrio tra queste due dimensioni: il comportamento dei pazienti e delle famiglie, pur già in carico e conosciuti dai servizi, si è orientato spesso sulla chiamata d'emergenza anziché su quella al Centro di riferimento, in questo favoriti anche dallo stesso intervento del DSM nel luogo di chiamata. Con una rinnovata attribuzione delle responsabilità specifiche, l'intento della Regione è quello di diminuire le chiamate di emergenza, soprattutto quelle ripetute più volte nell'anno dai medesimi pazienti già conosciuti, aumentando l'efficacia della prevenzione in fase di urgenza".

Il documento definisce emergenza e urgenza (in nota a piè di pagina) e attribuisce la prima all'ARES 118 e la seconda al DSM:

- **Emergenza sanitaria nei disturbi del comportamento** è definita: condizione di grave e acuta sofferenza somato-psichica che comporta la necessità di un'immediata valutazione clinica non differibile con lo scopo di adottare un intervento terapeutico tempestivo. Concerne situazioni di alterazione comportamentale acuta di pertinenza medica e di eziologia differente (disturbi psichici, intossicazioni da sostanze stupefacenti, stati confusionali di natura neurologica, internistica, infettiva, ecc.). Le condizioni riscontrate necessitano di un intervento immediato in quanto sussiste un pericolo grave e attuale per la salute delle persone. L'obiettivo di tale intervento è di risolvere nei tempi più veloci possibili la situazione di pericolo e fornirne un'adeguata valutazione e trattamento. È sempre di competenza del personale sanitario dell'ARES e dei DEA/PS, e si realizza anche attraverso gli articoli 51, 54 e 593 del CP. Qualora siano presenti manifestazioni cliniche o comportamenti che evidenziano un pericolo attuale o immediato per l'incolumità del soggetto o di terzi si può ricorrere all'uso dello stato di necessità ed è possibile anche l'intervento ispettivo/coattivo delle Forze dell'ordine, in base agli stessi articoli del CP e dell'articolo 1 del



Testo Unico delle leggi di Pubblica Sicurezza, capo 1. La procedura del TSO non è applicabile all'emergenza.

- **Urgenza psichiatrica** concerne invece situazioni di disagio/disturbo psichico che necessitano di un intervento realizzabile nell'arco di alcuni giorni. Può definirsi una situazione di disequilibrio, sia per condizioni cliniche dell'individuo che contestuali, quali quelle psicosociali, che presuppone una risposta volta a prevenire ed evitare la crisi. L'intervento in urgenza è di competenza di norma del personale sanitario del DSM e si esplica attraverso le modalità operative programmate dai Centri di Salute Mentale. Non tutte le urgenze esitano in ricoveri ed esse dovrebbero prevedere in minima parte in TSO. Un'efficace attività territoriale con buona programmazione delle attività di prevenzione e gestione individualizzata produce una sostanziale riduzione delle urgenze e delle ospedalizzazioni, con riduzione dei costi e maggiore soddisfazione dell'utenza.

Solo per i DSM è prevista la possibilità di attivare l'ARES 118, qualora identifichino una condizione di emergenza non risolvibile autonomamente. Di norma questa evenienza non deve sussistere per pazienti già in carico allo stesso DSM. Non è previsto al contrario che ARES 118 possa chiamare sul luogo dell'intervento in emergenza il personale del DSM.

Il nuovo protocollo regionale non parla chiaramente di **stato di necessità (art.54 c.p.)** (3), che viene citato in modo non chiaro, ma di fatto decreta l'applicazione dello stato di necessità a tutte le richieste di soccorso che pervengono ad ARES.

Alcuni Ordini dei medici riportano sul loro sito istituzionale documenti per spiegare la nuova organizzazione (<https://www.ordinemedicifrosinone.it/fr/attachments/article/1063/Gestione%20del%20paziente%20psichiatrico.pdf>).

Quali sono le conseguenze? A differenza di quanto stabilito nella normativa nazionale e regionale

CONTINUA A PAG. 16

## La psichiatria nel Lazio oltre l'emergenza e gli abusi

CONTINUA DA PAG. 15

precedente vigente peraltro non abrogata dalla Determinazione regionale del 2018, il personale del CSM non è più tenuto a raccordarsi telefonicamente con ARES né a recarsi sul luogo dell'intervento e quindi non sarà il medico del CSM (o della continuità assistenziale) a valutare la necessità del ricovero o a cercare di evitarlo ("deescalation").

Il rischio è che molti possibili casi che non necessitano il ricovero finiscano invece, a causa del mancato coinvolgimento del personale del CSM, per trasformarsi in ricovero "volontario" nella migliore delle ipotesi, e in ricovero coatto nella peggiore in stato di necessità appunto, con l'ausilio delle sole forze dell'ordine.

Di fronte alla persona fragile, aggressiva e violenta e in assenza di personale esperto dotato di strumenti di contenimento emotivo e relazionale, maggiore è il rischio di un contenimento fisico e farmacologico, per la fretta, per il disorientamento, per la paura dell'operatore non in grado di gestire la situazione.

Il nuovo protocollo non affronta in alcun modo le conseguenze della delega alla sola ARES dell'intervento in emergenza, non detta modalità sul trasporto in assenza del consenso della persona, mancando il quale, salvo le ipotesi previste dall'art.54 c.p., dovrebbe iniziare sul luogo dell'intervento, ove se ne ravvisino le condizioni previste dalla L. n. 180/1978, la procedura di TSO a garanzia dei diritti della persona.

Da parte dei DSM il protocollo prevede solo una formazione del personale dell'ARES e dei medici della Continuità Assistenziale finalizzata all'apprendimento delle nuove modalità di gestione dei pazienti con patologia psichiatrica, il cui espletamento è condizione indispensabile e propedeutica all'avvio del suddetto percorso.

Tuttavia è legittimo chiedersi in assenza del personale del CSM, come possa l'ARES 118, fare diagnosi psichiatrica e decidere di un ricovero coatto, specialmente se interviene con ambulanza senza medico a bordo, e inoltre non è dato sapere se ad oggi tali percorsi di formazione siano stati avviati.

Non mancano inoltre le previsioni di protocolli d'intesa e accordi di collaborazione con la Polizia Locale di Roma Capitale, e con le Prefetture del Lazio per definire modalità concertate di intervento a supporto delle chiamate di emergenza, dei TSO programmati e no, e di monitoraggio comune dell'attività svolta.

Il nuovo protocollo prevede infine una sperimentazione e **monitoraggio quadrimestrale** per i primi 12 mesi al fine di decidere se adottare definitivamente il protocollo o provvedere a correttivi allo stesso, in base a precisi indicatori:

*"...Sperimentazione e monitoraggio  
Gli esiti del presente protocollo sono oggetto di monitoraggio congiunto quadrimestrale per i primi 12 mesi, considerati di sperimentazione del modello, al termine dei quali si deciderà se adottarlo definitivamente e/o quali correttivi eventualmente apportare alla procedura.*

*Il monitoraggio avrà per oggetto la qualità generale del nuovo modello di intervento, attraverso la lettura ragionata di diversi **indicatori**, quali:*

- numero di interventi e tempi medi di arrivo sul target per patologia psichiatrica
- codici di priorità di invio del mezzo
- codici di priorità effettuati sul posto
- definizione del luogo di intervento
- esito dell'intervento, con indicazione per i pazienti ospedalizzati dell'ospedale di destinazione
- durata dell'intervento
- numero dei TSO effettuati ed ospedale di destinazione
- numero di attivazioni di ARES 118 direttamente da parte dei CSM
- numero di interventi ripetuti sullo stesso paziente
- numero attivazione CSM dell'ARES 118 per la gestione delle urgenze psichiatriche preventivamente definite in apposito protocollo."

CONTINUA A PAG. 17



# La psichiatria nel Lazio oltre l'emergenza e gli abusi

CONTINUA DA PAG 16

La divisione delle competenze è manichea

## COMPETENZA ARES 118 - INTERVENTI EMERGENZA

### Richiesta di Soccorso

La richiesta di soccorso deve essere inoltrata al numero unico ARES 118 o 112. All'atto della richiesta l'operatore raccoglierà oltre ai dati standard del soccorso:

Gli aspetti salienti del quadro clinico del paziente, atti a definire il codice di triage dello stesso e la presenza di un disturbo psichiatrico per cui si renda necessario un intervento di emergenza;

I motivi della richiesta e la necessità di intervento di altri Enti per la valutazione di situazioni di pericolo attuale (Polizia di Stato, polizia municipale, carabinieri, vigili del fuoco etc.).

### Valutazione dell'intervento

L'operatore della Centrale ARES che riceve la richiesta raccoglie i dati sulla Scheda di Soccorso di Centrale, assumendo anche i dati di cui sopra;

Si raccorda ove occorre con il Medico di Sala;

Invia sul posto i mezzi di soccorso di pronto intervento per l'attuazione delle necessarie cure e dei provvedimenti per procedere, ove necessario, al ricovero.

### Sul posto dell'intervento

Il personale ARES effettua le valutazioni riguardo la necessità del ricovero;

In caso di necessità la Centrale Operativa ARES, sentito il personale sul posto, attiva le forze dell'ordine o la polizia locale;

Il trasporto avviene tassativamente presso il Pronto Soccorso dell'ospedale dotato di SPDC più vicino, al fine di potere effettuare diagnosi differenziale e, se necessario, consulenza psichiatrica;

Il mezzo ARES una volta trasportato il paziente al Pronto Soccorso esaurisce il suo compito.

### Proseguimento degli Interventi

La persona giunta al Pronto Soccorso effettua gli accertamenti per la diagnosi differenziale (esami tossicologici, strumentali etc.); Qualora necessario, è attivata la consulenza del medico psichiatra dell'SPDC.

Se necessario il ricovero psichiatrico, lo stesso si effettua presso l'SPDC con le modalità previste dalla legge 833/78;

Entro 48h, se l'Utente è appartenente ad altra area territoriale, è trasferito presso l'SPDC di competenza.

## COMPETENZA DSM - INTERVENTI URGENZA

Interventi di urgenza del DSM

Il DSM gestisce le condizioni di urgenza attraverso attività di valutazione e filtro;

Valuta la necessità di un intervento domiciliare;

Dove è realmente necessario, può attivare l'ARES per le emergenze.

Il DSM, laddove preveda di attivare le procedure di TSO, le programma ed espleta completamente (proposta, convalida ed ordinanza) ed attiva l'ARES solamente per il trasporto all'SPDC di competenza.

Non sono noti gli esiti e i dati emersi dal monitoraggio.

La Deliberazione 29 settembre 2022, n.762 (4) di Adozione del Piano regionale di azioni per la salute mentale 2022-2024 "Salute e inclusione" cita il nuovo protocollo e addirittura gli attribuisce implicitamente il merito di una significativa riduzione del numero di TSO, ma nessun dato di quelli previsti dal monitoraggio è portato a sostegno di questa ipotesi.

**Dati TSO precedenti alla determina n. G06331 18/05/2018 "Protocollo regionale "Definizione di procedure relative al trasporto e agli interventi di soccorso primario sanitario urgente in pazienti con patologia psichiatrica (legge 833/78 e circolare n.1269 del 7 giugno 1999) nella Regione Lazio". Modifica ed integrazione" (Fonte MIn. Salute NSIS-Rapporti SISM 2011-2015)**

SPDC Lazio	Dimissioni da SPDC					TSO				
	2011	2012	2013	2014	2015	2011	2012	2013	2014	2015
Totale	8.383	8.793	8.665	8.262	7.995	847	1.081	958	880	715

SPDC Lazio	Dimissioni da SPDC					TSO				
	2011	2012	2013	2014	2015	2011	2012	2013	2014	2015
Totale	8.383	8.793	8.665	8.262	7.995	847	1.081	958	880	715

Dati TSO successivi alla determina n. G06331 18/05/2018 riportati nel piano regionale salute mentale (DGR n. 762 del 29/09/2022)

"(...) Il sistema SIO ha fatto registrare, inoltre, 359 TSO nel 2020 (erano 417 nel 2019 e 547 nel 2018).

Il numero di TSO per 10.000 abitanti (età >18 anni) è stato pari a 0,74. Rispetto all'anno precedente, il numero di ricoveri in SPDC nel 2020 è diminuito del 15,3% (-9,1% rispetto al 2018), il numero di soggetti trattati del 13,7% (-11,6% rispetto al 2018).(...)"

CONTINUA A PAG 18



## La psichiatria nel Lazio oltre l'emergenza e gli abusi

CONTINUA DA PAG. 17

E' possibile ipotizzare invece che molti casi non vengano registrati come TSO, ma, secondo quanto prescrive il nuovo protocollo come trasporti urgenti delegati in via esclusiva all'ARES118, che si verificano in "stato di necessità", in totale assenza di personale medico qualificato, e senza la necessaria ricerca del consenso.

Si tratterebbe allora non del felice esito della applicazione di un nuovo protocollo quanto del tipico esempio di quelle che psicologi e sociologi definiscono "previsioni che si autoverificano".

Solo i dati del monitoraggio previsto (di cui non sappiamo se sia mai avvenuto o reso in qualsiasi modo disponibile agli operatori, ai cittadini e a chiunque interessato) e la verifica della serie storica non solo dei TSO, ma degli interventi del 118 "in stato di necessità" potrebbero confermare o smentire le diverse ipotesi.

Sembrano piuttosto altre le cause che hanno portato ad adottare il nuovo protocollo. Un cambiamento non in linea se non del tutto contrario allo spirito della L. n.180/1978 e che sembra voler fare fronte alle crescenti difficoltà provocate da tagli alla spesa, esternalizzazioni, dal mancato investimento nel servizio sanitario pubblico e in modo specifico nel settore della salute mentale, dalla mancanza di politiche volte a rafforzare e qualificare il personale della salute mentale in ospedale e nel territorio. A questo si aggiungono il numero esiguo di ambulanze con medico a bordo, i tempi di attesa dell'arrivo delle ambulanze, del trasporto, le sempre maggiori difficoltà dei pronto soccorsi che bloccano le barelle e di conseguenza le ambulanze, la sempre maggiore difficoltà di applicare le procedure previste dalla L. n. 833/1978 e di procedere in tempi utili alla ricerca del consenso e ad acquisire le certificazioni mediche necessarie e le relative ordinanze sindacali, la scarsa sinergia tra i diversi attori (Comuni, Regione, DSM, 118, polizia locale, giudice tutelare).

La nuova soluzione sembra semplificare la vita ad alcuni di questi attori, ma alcune cronache recenti gettano una luce inquietante su di essa, e colpisce la mancanza di volontà di aprire una discussione da parte della regione e il silenzio degli operatori. (%)

Citiamo solo due degli avvenimenti con esito infausto rispetto ai desiderata della L. n. 180/1978 e delle raccomandazioni della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome. (6)

La prima è relativa all'intervento in viale Anicio Gallo, all'Appio Claudio del 6/8/2022 richiesto al 112, dal padre di un ragazzo italo-nigeriano di 31 anni, con gravi problemi psichici, che alla vista del personale medico e poi degli agenti di una volante della polizia ha aggredito con un coltello questi ultimi. La garante dei detenuti, Gabriella Stramaccioni, ha raccontato cosa



è accaduto nei giorni successivi: «Questa mattina al reparto protetto del Pertini ho visitato J. un ragazzo con problemi psichiatrici, in cura da molto tempo, incapace di intendere e volere e con un tutore (il papà). È proprio il padre alcuni giorni fa a chiamare un medico perché il figlio si trova di nuovo in stato di forte agitazione e non riesce a contenerlo. Il medico non riesce a fare la solita puntura e chiama a sua volta la polizia. I famigliari vengono fatti allontanare dalla casa ed il ragazzo rimane solo con infermiera dell'autoambulanza e la polizia. Ad un certo punto si sentono spari. Il ragazzo esce da casa in barella ferito da proiettili (uno all'addome). Il Tso non è riuscito, il taser viene utilizzato (ma pare senza esito). Rimangono i colpi di arma da fuoco. Inespugnabili. Inauditi. Ad un ragazzo malato e già segnalato ai servizi». Riporta la stampa che secondo la ricostruzione della Questura, il 31enne, Jemilu R., si è avventato contro un poliziotto cercando di accoltellarlo strappandogli il giubbotto antiproiettile. A quel punto gli agenti hanno utilizzato il taser per fermare il giovane che nonostante la pistola elettrica ha continuato ad aggredire gli agenti, uno dei quali, alla fine, ha sparato alle gambe del ragazzo con l'arma di ordinanza. Da quanto emerso quella sera però, sebbene ferito, il 31enne ha continuato a scagliarsi sugli agenti al punto che un altro poliziotto ha nuovamente aperto il fuoco, colpendo il ragazzo alla spalla.

In attesa del Commissario Montalbano, umilmente ci chiediamo perché il ragazzo è stato lasciato solo con il personale citato e i familiari sono stati allontanati? Cosa sarebbe successo se il ragazzo si fosse trovato davanti il personale del CSM anziché il personale dell'Ares 118 e la polizia con il taser? Forse l'esito sarebbe stato diverso grazie alle competenze del personale dei servizi di salute mentale, come la letteratura in materia dimostra riportando peraltro numerosi casi specifici.

L'altro caso ancora più grave è la morte del ragazzo 26enne tunisino, Wissem Ben Abdel Latif nel SPDC del San Camillo.

Il 30 dicembre 2021, il Garante nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale ha effettuato una visita al Servizio psichiatrico di diagnosi

CONTINUA A PAG. 19

## La psichiatria nel Lazio oltre l'emergenza e gli abusi

CONTINUA DA PAG. 18

e cura (SPDC) dell'Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini. (7) La visita si è svolta in adempimento del mandato istituzionale del Garante nazionale di cui all'articolo 7 del decreto-legge 23 dicembre 2013 n. 146, convertito in Legge 21 febbraio 2014 n. 10 e successive modificazioni, e in ottemperanza altresì alle previsioni di cui agli articoli 3 e 4 e da 17 a 23 del Protocollo opzionale Onu e Convenzione contro la tortura, ratificato dall'Italia il 3 aprile 2013 ai sensi della Legge 9 novembre 2012 n. 195.

Non possiamo entrare nel merito dell'accaduto, sono in corso le indagini dell'autorità giudiziaria, ma non possiamo non riflettere su quanto emerso dalla relazione del Garante nazionale delle persone private della libertà personale Palma: l'uso dei corridoi per i pazienti in soprannumero non è episodico; la violazione della riservatezza personale, soprattutto nei casi di contenzione; lo stato dei locali (finestre chiuse, la luce artificiale resta sempre accesa); mancanza del registro dei TSO e delle schede di contenzione, che sono richieste dai protocolli sanitari adottati dalla stessa struttura; assenza di alcune figure professionali, come assistenti sociali e terapeuti, ecc.).

E nel leggere la relazione non possiamo non riportare le disposizioni del nuovo protocollo regionale, che a differenza del precedente obbliga al ricovero anche in soprannumero. (*"Nel caso in cui sia necessario il ricovero per i pazienti psichiatrici, questo è effettuato presso il SPDC dove è stata svolta la consulenza. Questo SPDC, se le condizioni cliniche lo consentono, effettua obbligatoriamente entro 48h il trasferimento presso il SPDC di competenza territoriale, che è tenuto sempre a ricoverare i propri pazienti, anche in soprannumero."*).

L'ASL ha risposto al Garante con due note:

- con la nota n. 9626 del 13/03/2022 (8) inviata alla Regione Lazio e al Garante, la Direzione Generale dell'A.O San Camillo Forlanini in merito al soprannumero ha affermato che *"il ricovero di pazienti in soprannumero in deroga alle indicazioni da norma non è stato oggetto di autorizzazione da parte della Direzione Aziendale, essendo l'organizzazione delle attività di competenza del Direttore della UOC. L'indicazione di ricovero in soprannumero è stata peraltro ribadita anche recentemente con mail del 30/12/2021 dallo stesso Direttore della UOC, che ne fa oggetto di disposizione ai suoi collaboratori;"*.

- Con nota in pari data (n.16894 del 11/03/2022) (9) anche il Direttore generale dell'ASL Roma 3 rappresenta, al Garante che le criticità descritte nella sua relazione sono state oggetto di "accurata riflessione in sede di DSM" (10) e sul problema del soprannumero comunica di aver predisposto un sopralluogo presso il SPDC da parte del Servizio di Prevenzione e



*Protezione aziendale per valutare la condizione dei locali e la congruità degli stessi rispetto al numero dei posti letto previsti. " Nella relazione tecnica evidenzia come il SPDC debba rispettare quanto indicato nella Determinazione della Regione Lazio n.G06331 del 18/03.2018 "Definizione di procedure al trasporto e agli interventi del soccorso primario sanitario urgente in patologia psichiatrica nella regione lazio". La conseguenza dell'applicazione di tale Determinazione impone alla struttura di accogliere persone anche in soprannumero.*

Queste evidenti criticità organizzative sono state poste dalle associazioni familiari e in sede di presentazione del piano regionale per la salute mentale (20 dicembre 2022) dalla dr.ssa Elena Canali rappresentante Lazio dell'UNASAM.

Il nuovo protocollo sarà emendato? Non è certo, ma fa male pensare che le criticità emerse solo dalle cronache sono state previste, evidenziate e analizzate dal 1977 al 1979 a Roma da un gruppo di ricercatori coordinato dal Prof. Luigi Cancrini che ha sperimentato a cavallo dell'entrata in vigore della legge 180/78, in collegamento con gli allora servizi centralizzati (113 e guardia medica) e con i servizi decentrati (Centri di igiene mentale CIM), una modalità (11) di pronto intervento psichiatrico sul luogo della crisi.

Vale la pena illustrare i punti salienti di questa ricerca anche per comprendere la preoccupazione per questo passo indietro.

Prima della Legge Basaglia, la richiesta di intervento psichiatrico urgente veniva considerata solo sotto il profilo della pericolosità sociale, un intervento ai sensi della Legge del 1904 di ordine pubblico eseguito secondo le seguenti fasi:

La chiamata al servizio del 113 se giudicata di interesse psichiatrico dai telefonisti, veniva smistata agli agenti della Pubblica Sicurezza, che si recavano sul posto, dove prendevano la consegna del "matto".

Iniziava quindi la ricerca di un medico (di famiglia, condotto o della Croce rossa) per ottenere la richiesta di ricovero coatto. Il certificato di ricovero veniva

CONTINUA A PAG. 20

## La psichiatria nel Lazio oltre l'emergenza e gli abusi

CONTINUA DA PAG. 19

portato dagli agenti al più vicino commissariato per essere depositata e vidimata; subito dopo la persona veniva portata all'ospedale psichiatrico.

L'attività di ricerca era stata divisa in due periodi, prima e dopo l'entrata in vigore della L. n. 180/1978.

Nel primo periodo i ricercatori decidono di inserirsi prima della ricerca del medico e quindi del certificato di ricovero coatto, intervengono senza avere un ruolo istituzionale e quindi una responsabilità giuridica. Collaborano con gli agenti e vengono percepiti come un servizio sociale. Gli interventi eseguiti sono stati 18; di questi 9 casi sono stati presi in carico dai ricercatori e seguito fino alla risoluzione positiva attraverso incontri periodici familiari; 2 sono stati passati a servizi territoriali di competenza; 5 si sono ricoverati volontariamente; 2 obbligatoriamente.

Dal maggio 1978, dopo l'entrata in vigore della Legge Basaglia, l'organizzazione dei servizi per i casi di emergenza psichiatrica a Roma muta; la Guardia medica del comune diviene il servizio deputato a intervenire. Le richieste di intervento arrivano direttamente o filtrate dalla centrale operativa dei vigili del fuoco o da un commissariato di pubblica sicurezza o dal servizio 113 che di fatto continua ad essere un punto di riferimento nel caso degli interventi urgenti.

Ogni telefonata che giunge alla guardia medica viene raccolta dai telefonisti che sono infermieri e costituiscono il primo filtro; tuttavia, una volta appurato che la chiamata è di interesse psichiatrico, la raccolta di informazioni particolareggiate è molto infrequente.

Sul luogo di intervento spesso giunge per prima una volante dei Vigili Urbani che, avvisati dalla centrale operativa, attendono la guardia medica. Hanno il compito di badare all'incolumità dei soggetti in difficoltà e dei presenti; inoltre, se il medico fa una proposta di TSO (trattamento sanitario obbligatorio) spetta loro attendere l'ambulanza e scortare la persona fino al servizio di diagnosi e cura dell'ospedale di zona. I Vigili Urbani in attesa dell'arrivo del medico, cercano di calmare i presenti, raccolgono informazioni, ma spesso la loro presenza ha un effetto negativo provocato dalla divisa che indossano, dalla macchina di ordinanza dalla sirena che accompagna il loro arrivo; tutti simboli che aggiungono all'emergenza una connotazione di allarme e di pericolo.

La L. n. 180/1978 trova i medici della guardia media impreparati ad affrontare l'emergenza psichiatrica sia dal punto di vista organizzativo (aumenta il carico di lavoro a fronte di un numero di operatori rimesto invariato) che della competenza specifica (si tratta di medici generici o comunque con specializzazioni diverse dalla psichiatrica).

Anche se in alcuni casi i medici sembrano disposti ad



ascoltare le storie riferite alle persone in difficoltà e a cercare soluzioni concrete ai problemi più immediati anche al fine di evitare il TSO, questo diventa impossibile a causa del limitato tempo a disposizione. Il TSO è sempre la risposta più rapida. Le principali difficoltà per i ricercatori sono state da un lato la necessità di collaborare con medici del servizio giuridicamente responsabili dell'intervento, con i quali almeno inizialmente non vi era identità di obiettivi, né affinità di metodo, dall'altro il mezzo di trasporto per giungere dalla sede della guardia medica al luogo dell'intervento (spesso all'arrivo l'intervento si era già concluso con un TSO).

I ricercatori durante il periodo di collaborazione con la guardia medica hanno utilizzato una scheda di rilevazione per la raccolta dati relativa agli utenti e agli esiti degli interventi. Molta importanza viene data al *contesto* presente che costituisce l'unico dato realmente obiettivo che l'operatore ha a disposizione e che dà informazioni sulle relazioni attuali tra le persone e rappresenta "lo spazio" all'interno del quale egli si può inserire per tentare di produrre dei cambiamenti. Si cerca di ricostruire la storia passata che ha portato alla crisi attuale, attraverso la testimonianza di coloro che sono coinvolti. Ciò permette spesso di risalire al significato originario di quello che accade e contribuisce a dargli un senso fino ad allora non percepito dalle persone che sono coinvolte nel problema.

I ricercatori centrano l'attenzione sull'individuo portatore del disagio, tentando di controllarne il sintomo e ridefinirlo in termini di situazione. Fondamentale è la capacità dell'operatore di stabilire un rapporto diretto con il paziente riuscendo a fargli percepire di aver colto il suo disagio.

I risultati dello studio hanno dimostrato che è possibile e necessario cambiare le finalità, l'organizzazione e i metodi dei servizi di pronto intervento psichiatrico, "trasformandoli da "imbocchi" del tunnel della istituzionalizzazione a momenti terapeutici e di collegamento con i servizi decentrati di assistenza sociosanitaria". Nei casi in cui i ricercatori sono intervenuti si è registrato una diminuzione della

CONTINUA A PAG. 21



## La psichiatria nel Lazio oltre l'emergenza e gli abusi

CONTINUA DA PAG. 20

percentuale dei TSO e di ricoveri in generale. Tuttavia, è emerso anche allora un dato drammatico e attuale, è più difficile evitare il ricovero nei casi di persone che presentano un comportamento diagnosticabile come psicotico, che hanno dietro di sé una lunga storia di psichiatizzazione, che sono "nullafacenti" e dipendono economicamente, per lo più, dalla famiglia di origine; nei confronti di queste persone sembra che l'ambiente (le determinanti sociali) manifesti rifiuto, rassegnazione o drammatizzazione, ma ben raramente collaborazione.

La produttività dell'individuo sembra agire in qualche modo sul fatto che egli venga ricoverato o meno. D'altra parte Basaglia stesso citava spesso il proverbio calabrese "chi non ha non è".

Gli individui che contribuiscono in qualche modo all'economia del gruppo verrebbero più facilmente trattenuti al domicilio, mentre quelli non produttivi verrebbero più facilmente avviati in ambienti di ricovero. In sintesi, chi ha dietro di sé una storia psichiatrica con numerosi ricoveri tenderà ad essere ricoverato nuovamente.

Dal confronto dei dati relativi agli esiti degli interventi emergono indicazioni relative all'efficacia di un servizio decentrato (CIM) rispetto a quello centralizzato (guardia medica), almeno per quanto riguarda la prevenzione dei ricoveri.

Un **servizio decentrato** ha sicuramente una maggior conoscenza del territorio inteso come conoscenza delle fasce di popolazione e degli aspetti sociali e culturali, nonché delle risorse esistenti e del loro eventuale utilizzo. Se organizzato e funzionante, un servizio decentrato garantisce la continuità dell'intervento nel tempo.

I limiti del **servizio centralizzato** sono: la difficoltà di conoscere il territorio così vasto come la città di Roma, il tempo a disposizione degli operatori per un'area così vasta; l'impossibilità di programmare ulteriori incontri e la difficoltà di passaggio ai servizi territoriali dei casi che si sono risolti con un non ricovero; l'organizzazione dell'intervento con connotazione di allarme e di pericolo dell'emergenza stante la presenza di vigili in divisa, macchine di ordinanza, sirene, presenza delle forze dell'ordine....

Sono passati tanti anni, mascherato da un'ottica di equiparazione dei pazienti che non si traduce nell'abbattimento dello stigma, ma spesso in violazione dei diritti ("Non c'è nulla che sia più ingiusto quanto far parti uguali fra disuguali." Don Milani) la scelta resta il sistema centralizzato, ma questa volta senza operatori del DSM.

Ciò non facilita la presa in carico (il SPDC diventa per molte persone la prima porta di accesso ai servizi di salute mentale con buona pace dell'alleanza



terapeutica) e aumenta il rischio di ricoveri in Pronto Soccorso inappropriati e soprattutto evitabili. Ma come diceva Primo Levi... "parte del nostro esistere ha sede nelle anime di chi ci accosta: ecco perché è non umana l'esperienza di chi ha vissuto giorni in cui l'uomo è stato una cosa agli occhi dell'uomo".

### NOTE:

• C. Bernardi, M. Ciucci, M. Criconia, G. De Silva, N. Ferro, A. Narracci, S. Scamperle (a cura di) *Intervento sulla crisi: un'esperienza diversa a Roma. Il pronto intervento sul luogo della crisi*, Gruppo coordinato da Cancrini L (Quaderni di documentazione Prevenzione Malattie Mentali del C.N.R.), Il Pensiero Scientifico, Roma. Cancrini L e Malagoli-Togliatti M.

• **RACCOMANDAZIONI** della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome **IN MERITO ALL'APPLICAZIONE DI ACCERTAMENTI E TRATTAMENTI SANITARI OBBLIGATORI PER MALATTIA MENTALE (ART. 33 - 34 - 35 LEGGE 23 DICEMBRE 1978, N. 833)**

• Protocollo "**Definizione di procedure relative al trasporto e agli interventi di soccorso primario sanitario urgente in pazienti con patologia psichiatrica (legge 833/78 e circolare n.1269 del 7 giugno 1999) nella Regione Lazio** (notificato alle AASSLL, ai DDSSMM ai SSPDDCC all'ARES 118 con nota prot. n.194959 del 22 /10/2012) (vecchio testo)

• **Determinazione G06331 18/05/2018** Protocollo regionale "Definizione di procedure relative al trasporto e agli interventi di soccorso primario sanitario urgente in pazienti con patologia psichiatrica (legge 833/78 e circolare n.1269 del 7 giugno 1999) nella Regione Lazio". Modifica ed integrazione;

• Deliberazione 29 settembre 2022, n. 762 Adozione del Piano regionale di azioni per la salute mentale 2022-2024 "Salute e inclusione"

• **Art.32 Cost.** La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

• **Legge 23 dicembre 1978, n.833** "Istituzione del servizio sanitario nazionale

### BIBLIOGRAFIA

pagina seguente

CONTINUA A PAG. 22

# La psichiatria nel Lazio oltre l'emergenza e gli abusi

CONTINUA DA PAG. 21

## BIBLIOGRAFIA

1 Eugenio Borgia, Parlarsi. La comunicazione perduta. Einaudi 2015

2 <https://www.ares118.it/pdf/trasparenza/statuti/2019/DeterminaG06331.18MAGGIO2018.Riforma118psichiatrico.pdf>

3 L'art.54 del codice penale, recita: "Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare se od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona pericolo da lui non volontariamente causato ne altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionale al pericolo".

4 <https://www.regione.lazio.it/sites/default/files/2022-12/Piano-regionale-salute-mentale.pdf>

5 <https://lecodellitorale.it/roma-nudo-sulla-tuscolana-fermato-un-uomo-e-disposto-tso/https://www.romatoday.it/cronaca/aggressione-quadraro-negoziani-16-giugno-2017.html>

6 Le raccomandazioni della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome hanno introdotto elementi di novità (rappresentate dal TSO del minore e dell'incapace) e richiamano alla piena applicazione del TSO extra-ospedaliero, già previsto dalla legge n. 833/78, ma mai adeguatamente e compiutamente adottate, perché mai chiarite nella loro concreta applicabilità: "Rendendo operative, nel modo più completo, le garanzie introdotte dalla legge, si migliora la risposta in termini di qualità della cura ed efficacia dei servizi che vi sono preposti, introducendo quei valori di trasparenza delle procedure, permeabilità dei luoghi di cura, valutabilità delle prestazioni, sempre più rilevanti nella nostra società. L'integrale applicazione delle norme darà più chiarezza alle procedure, favorirà una maggiore omogeneità di esercizio in tutto il territorio nazionale. Sarà difeso così il diritto del paziente a ricevere cure nel pieno rispetto della sua dignità e della sua volontà e si ridurrà l'allarme sui rischi cui i medici vanno incontro a causa della complessità di queste norme, ridando tranquillità all'esercizio professionale anche nelle circostanze eccezionali previste dalla 833/78 per le alterazioni psichiche.

L'applicazione di tutte le procedure previste dalla legge può sembrare a qualcuno un inutile dispiegamento di atti burocratici. Ma prima di pensare a un eccesso formale di garanzie, dovremmo non dimenticare l'importanza dei diritti che sono con ciò garantiti, come quello alla libertà personale e il diritto di decidere sulla propria salute. Di fronte alla constatazione che non sempre la quantità di energie e tempo impiegati per gli adempimenti previsti dalla legge è proporzionale al risultato si dovrebbe valorizzare il significato pedagogico dell'applicazione della legge: si testimonia al paziente il rispetto personale e sociale cui ha diritto, realizzato anche con il puntuale rispetto delle leggi, si sottolinea l'importanza che la sua adesione volontaria ha per la progettazione condivisa di un intervento terapeutico, con ciò favorendo una contrattazione per una presa in carico post TSO da parte dei presidi e servizi territoriali.

Certamente la prospettiva migliore in cui affrontare e risolvere le difficoltà che si incontrano nella gestione degli interventi psichiatrici obbligatori è quella che nasce dalla



loro collocazione nell'ambito della totalità della psichiatria e di una pratica di salute mentale.

È qui che ci si può interrogare sulla efficacia delle prestazioni di prevenzione, di cura e di riabilitazione; sulla adeguatezza delle risorse disponibili (non solo in termini di posti letto, ma anche di operatori qualificati sul territorio); sulla razionalità dell'organizzazione rispetto alle risorse disponibili e ai bisogni degli utenti; sulla integrazione della rete dei servizi.

Soltanto soluzioni adeguate dei problemi della rete dei servizi di salute mentale, rendono credibile l'impegno, cui ci sollecita la legge, a riportare nell'ordinaria modalità di gestione del bisogno psichiatrico quelle che sono eccezioni, e cioè gli interventi fatti senza il consenso del paziente (2009

Raccomandazioni della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome).

**RACCOMANDAZIONI IN MERITO ALL'APPLICAZIONE DI ACCERTAMENTI E TRATTAMENTI SANITARI OBBLIGATORI PER MALATTIA MENTALE (ART. 33 – 34 – 35 LEGGE 23 DICEMBRE 1978, N. 833)**

7 [https://www.garantenazionaleprivatiliberta.it/gnpl/pages/it/homepage/dettaglio\\_contenuto/?contentId=CNG13330&modelId=10019](https://www.garantenazionaleprivatiliberta.it/gnpl/pages/it/homepage/dettaglio_contenuto/?contentId=CNG13330&modelId=10019)

8 <https://www.garantenazionaleprivatiliberta.it/gnpl/resources/cms/documents/f30c28865ba08b33286935a690a27961.pdf>

9 <https://www.garantenazionaleprivatiliberta.it/gnpl/resources/cms/documents/63f6025cce5f53704aeee4b8dd177972.pdf>

10 la determinazione sul protocollo del 2018 è frutto della proposta dei DSM rappresentanti in seno al gruppo di lavoro costituito con determinazione dirigenziale n. G14659 del 12/12/2016 "Istituzione del gruppo di lavoro per la redazione di Linee Guida regionali in materia di Trattamento Sanitario Obbligatorio e Accertamento Sanitario Obbligatorio."

11 C. Bernardi, M. Ciucci, M. Criconia, G. De Silva, N. Ferro, A. Narracci, S. Scamperle (a cura di) Intervento sulla crisi: un'esperienza diversa a Roma. Il pronto intervento sul luogo della crisi, Gruppo coordinato da Cancrini L (Quaderni di documentazione Prevenzione Malattie Mentali del C.N.R.), Il Pensiero Scientifico, Roma. Cancrini L e Malagoli-Togliatti M.

# LUCI E OMBRE SUL FUNZIONAMENTO DELLA TUTELA DELLA SALUTE MENTALE NELLA REGIONE LAZIO. CRITICITA' E REALTA' VIRTUOSE

Psichiatria Democratica Lazio in collaborazione con Direttivo Nazionale di Psichiatria Democratica

Collaboratore redazionale di les

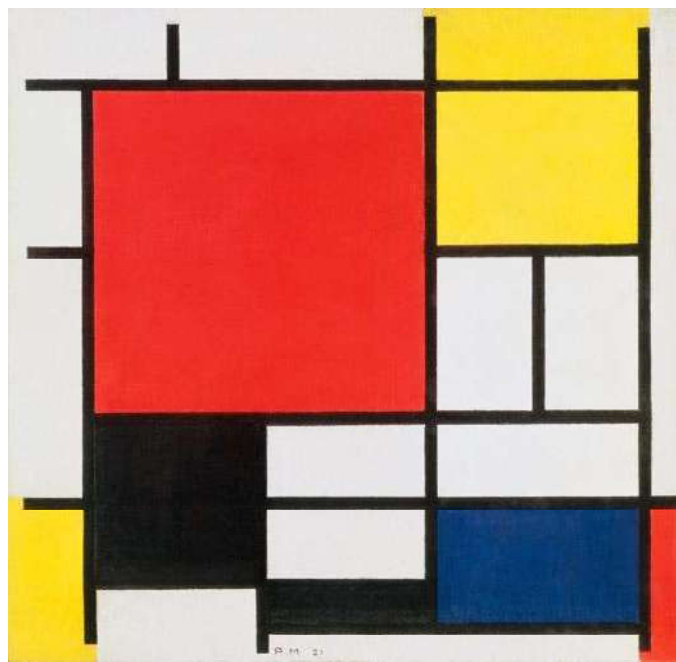
*“Evidenziare le contraddizioni significa creare l’apertura di una spaccatura. Per esempio dal momento che noi dimostriamo che l’istituzione psichiatrica non è che un mezzo di controllo sociale, e lo dimostriamo praticamente, lo stato, il potere, è costretto a creare qualcosa di sostitutivo. Nel tempo che intercorre tra l’esplosione della contraddizione e la sua copertura (perché non può avvenire che questo), si determina un’occasione di presa di coscienza da parte dell’opinione pubblica. Per restare nel nostro campo, la gente si rende conto che il sistema di assistenza non risponde ai suoi bisogni, perché è l’organizzazione della società che non le dà risposte. Il problema è che la gente è abituata ad avere risposte non a quelle che sono le proprie esigenze, ma alle esigenze dell’organizzazione sociale. Si tratta perciò di falsa partecipazione perché la gente esprime non i propri bisogni, ma quello che ha incorporato come bisogno”*

**Franco Basaglia, 1980**

*“Una nuova rivoluzione sarebbe oggi necessaria: quella che ridia slancio e passione ai contenuti della legge di riforma, e che abbia ad arginare e inerte e la indifferenza, la dipendenza farmacologica e tecnologica, e la presenza di un’opinione pubblica, divenuta estranea al tema della psichiatria, e della assistenza in psichiatria, che negli ultimi anni del secolo scorso infiammava gli animi, e si accompagnava coralmemente agli ideali della riforma. La rinnovata disattenzione politica nei confronti della psichiatria, ha molto contribuito nel mettere fra parentesi gli ideali della Legge; e a questo è necessario ritornare, facendo rinascere in noi la speranza morente”.*

**Eugenio Borgna, 2022**

**S**in da quando Franco Basaglia raggiunse Roma nel novembre del 1979 con l’incarico di coordinatore dei servizi psichiatrici della **Regione Lazio** e il compito di portare a termine a Roma il lavoro di deistituzionalizzazione che aveva già realizzato a Trieste, ovvero di riformare e dare avvio ai Servizi psichiatrici per la salute mentale territoriali, una delle criticità già esistenti nella Regione Lazio era la notevole **diffusione di cliniche neuropsichiatriche private convenzionate** accanto ai Manicomi pubblici dei ‘poveri’. Definito negli anni ’80 come ‘un vero e



proprio scandalo’, per la spropositata disponibilità di posti letto, a cui corrispondeva verosimilmente una forte capacità di condizionare le scelte strategiche e gli indirizzi delle politiche regionali in tema di Salute. Al tempo Psichiatria Democratica - racconta Giuseppina Gabriele - lottò per depotenziare le strutture psichiatriche private perché *“la tesi che veniva portata avanti negli anni ’80 era quella che alla chiusura dei manicomi dovesse corrispondere una chiusura anche di queste strutture private convenzionate. Quella lunga vicenda legale fu persa da parte di Psichiatria Democratica perché la magistratura ratificò l’esistenza di queste strutture. Quindi da dopo la legge 180 nel Lazio una grande parte delle risorse economiche destinate alla salute mentale finiscono nel pagamento di queste cliniche”.*

Su questo filone non sconcerta oggi, più di troppo ahimè, come pubblicato da Repubblica (gennaio 2023), l’approvazione con un’intesa bipartisan di una legge regionale - che negli uffici regionali già chiamano “salva-Angelucci” - per una struttura gestita da un esponente della Lega, che restituisce l’accreditamento con il SSN per una RSA ai castelli romani (Rocca di Papa), sospesa “dopo che vennero registrati 168 casi di contagio” nel corso della pandemia Covid “e ben 43 decessi tra i pazienti”. Una vicenda oggetto anche di un’inchiesta della Procura della Repubblica di Velletri.

CONTINUA A PAG. 24



## LUCIE OMBRE SUL FUNZIONAMENTO DELLA TUTELA DELLA SALUTE MENTALE NELLA REGIONE LAZIO. CRITICITA' E REALTA' VIRTUOSE

CONTINUA DA PAG. 23

Tornando alle cliniche neuropsichiatriche, nella Regione Lazio un po' di luce si è iniziata ad intravedere a seguito del Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale (PANSM, 2013 - 2018) approvato dalla Conferenza Stato Regioni nella seduta del 24 gennaio 2013. Piano che prevedeva, tra i propri obiettivi, quello di affrontare la tematica della residenzialità psichiatrica, proponendo specifiche azioni mirate a differenziare l'offerta di residenzialità per livelli di intensità riabilitativa e assistenziale al fine di migliorare i trattamenti e ridurre le disomogeneità. Da questa strategia generale discendono una serie di altri documenti operativi che aiutano a promuovere una maggiore appropriatezza ed efficacia degli interventi messi poi in atto dalle Regioni, che sono le titolari dell'organizzazione dell'assistenza. Tra questi il documento "Le strutture Residenziali Psichiatriche in età adulta", approvato in Conferenza unificata con accordo n.116 del 17 ottobre 2013, che prende origine nel lontano 2007 con il progetto Mattoni n. 12 denominato - Assistenza residenziale e semiresidenziale. L'obiettivo di questo 'Mattone' consisteva nel definire una base informativa comune per le prestazioni residenziali e semiresidenziali, su cui costruire un sistema di classificazione omogeneo a livello nazionale, per la rilevazione delle prestazioni erogate a favore di soggetti non autosufficienti e non assistibili a domicilio tra cui gli anziani, i disabili fisici, psichici e sensoriali e pazienti psichiatrici in fase di lungodegenza.

Sulla spinta del Ministero della Salute anche la Regione Lazio nel 2015 - sebbene con molte perplessità per la possibilità di accreditare anche al privato convenzionato anche le strutture riabilitative diurne semiresidenziali quali i Centri Diurni -, ratifica una deliberazione regionale la n. 188/2015 (era prevista una fase sperimentale iniziale), che rappresenta un iniziale tentativo di regolamentare le modalità di accesso (criteri; tempi e tipologia) e governo della spesa (retta giornaliera differenziata per tipologia e prestazioni) per le Strutture Residenziali Psichiatriche, rimasto al collaudo e mai aggiornato!

Dal 2016 nella Regione Lazio sono attivi 10 Dipartimenti di Salute Mentale, articolati per la salute mentale in età adulta, in strutture ospedaliere (SPDC) e territoriali (Ambulatoriali, Residenziali e Semiresidenziali), con 72 presidi (CSM) 31 ambulatori, 71 Centri Diurni. L'assistenza semiresidenziale in salute mentale è assicurata da 65 centri diurni dislocati sull'intero territorio regionale, di cui 61 a gestione pubblica e 4 a gestione del privato accreditato, per un totale di 1721 posti.

Come dice Gaddini: "nel Lazio, la rilevazione sistematica delle attività di tutte le Strutture



*Residenziali Psichiatriche (SRP) ha avuto inizio una volta completato il processo di riconversione delle ex Case di Cura Neuropsichiatriche in SRP e un complesso percorso di accreditamento istituzionale (quest'ultimo rivolto anche alle SRP già operanti nella regione) che si sono avvalsi di vari passi normativi (DCA15/2008, 48/2009, 101/2010, 8/2011, 310/2014, 188/2015, 126/2016)".*

Fatto che ha previsto nel periodo compreso tra il 2013 e il 2018, l'apertura di ulteriori posti letti psichiatrici con 6 REMS e 3 nuovi SPDC regionali (di cui si aveva bisogno, senza ridurre i PL delle cliniche). Secondo Gaddini come indicato nel 1° Rapporto sulla Salute Mentale, al 31/12/2015 i PL psichiatrici privati convenzionati erano 1.656 rispetto a cui si associavano i 455 PL del sistema pubblico per un totale di 2.111 posti letto residenziali su una popolazione che al 01/01/2016 era di 5.888.472 abitanti, con un tasso di 3,6 PL di psichiatria per 10.000 abitanti. Sistema governato sul piano epidemiologico statistico dal Sistema Informativo Psichiatria di Comunità (SIPC) progettato per includere tutti i contenuti informativi richiesti dal SISM e altri ambiti di particolare rilevanza (salute mentale in età evolutiva, psichiatria penitenziaria, valutazione, etc.) tra cui **il governo della lista di attesa.**

Problema quello delle liste di attesa che rappresenta sin dal suo inizio una delle criticità del sistema, in quanto non è accessibile direttamente alle direzioni dei DSM. A tutt'oggi le liste di attesa per l'ingresso alle SRP sono gestite singolarmente da ognuna delle SRP e non dalla Regione (o se lo è in maniera oscura e sconosciuta ai più), e quindi coloro che dovrebbero essere per Legge i "registri" dei progetti terapeutici dei cittadini (e controllori del sistema delle SRP), ovvero i servizi per la salute mentale territoriali, rimangono invece senza la possibilità di accesso diretto alle stesse. Il cui criterio di accesso, peraltro, è cronologico e non di gravità. Inoltre le SRP possono decidere in ogni momento di interrompere il trattamento residenziale

CONTINUA A PAG. 25

## LUCIE OMBRE SUL FUNZIONAMENTO DELLA TUTELA DELLA SALUTE MENTALE NELLA REGIONE LAZIO. CRITICITA' E REALTA' VIRTUOSE


CONTINUA DA PAG. 24

con la dimissione e il re-invio al CSM il se il paziente non è sul piano clinico aderente ai criteri autorizzativi delle stesse.

L'enorme offerta di PL psichiatrici naturalmente incide indirettamente sulla pratica clinica quotidiana e le scelte degli operatori della salute mentale regionale. Già nelle

SIPC -SRa Setting Assistenziale	N. di setting per rapporto SSR		N. di PL per rapporto SSR		Totale		
	Pubblico	Privato	Pubblico	Privato	N. di setting	PL (n)	PL (%)
STPIT		8		240	8	240	11,4
SRTR i	1	10	13	150	11	163	7,7
SRTR e	19	43	234	643	62	877	41,5
SRSR 24h	8	45	79	509	53	588	27,9
SRSR 12h	6	9	37	93	15	130	6,2
SRSR fo	19	3	92	21	22	113	5,4
<b>Totale</b>	<b>53</b>	<b>118</b>	<b>455</b>	<b>1.656</b>	<b>171</b>	<b>2.111</b>	<b>100,0</b>

Popolazione Lazio 01/01/2016 5.888.472 3,6 PL per 10.000 ab



Da A. Gaddini e Valentina Mattia, ROMA, 14 dicembre 2016, Ministero della Salute Presentazione del 1° rapporto sulla salute mentale

rilevazioni della SIEP del 2018 (sui dati del 2016) si segnalava *“all’attenzione della programmazione regionale, la ridotta capacità di soddisfare la domanda dell’utenza in carico che ‘sembra orientata verso il settore residenziale’*. Molto carente appare la continuità assistenziale, dato che indica l’insufficiente coordinamento della rete dei servizi territoriali con quelli ospedalieri” .

I dati regionali presentati nel 2018 dalla SIEP, sono confermati anche su un piano nazionale dai report annuali sulla Salute Mentale del Ministero della Salute. Seguendo il flusso della spesa in Salute Mentale, ovvero di come siano state allocate le risorse destinate per fare salute mentale dagli operatori della salute mentale nazionale nel quinquennio 2016 – 2020 si apprezza che la **spesa per la residenzialità** nelle sue diverse realtà (SRTR intensive; estensive e a fasce orarie), ha rappresentato **per i Dipartimenti di Salute Mentale, una voce costante, consistente e soprattutto tendenzialmente in aumento percentuale, rispetto l’andamento complessivo dei costi dell’Assistenza Psichiatrica territoriale e ospedaliera totale**. Di fatto si è passati da un costo pari al 39,0% del totale della spesa complessiva per l’assistenza psichiatrica territoriale del 2016 a un 40,6% nel 2019 fino a impegnare il 41,5% del totale nel 2020. Viceversa, le risorse utilizzate per le attività dei pazienti nei percorsi semiresidenziali dei Centri Diurni e nei Day Hospital

è passata dal 13,1 % del 2016 al 11,5 % del 2020.

Parimenti negli anni 2021 e 2022 in cui non sono stati pubblicati per intero i dati relativi al Rapporto annuale sulla Salute Mentale, l’indagine sul funzionamento dei Dipartimenti di Salute Mentale durante la pandemia da SARS-CoV-2 svolta dall’ISTATSAN [Rapporti ISTISAN 22/21], *“mostrano come ci sia stato un aumento del valore mediano per i pazienti ricoverati in SPDC pari a 1,3 per 10.000, superiore al corrispondente dato del SISM nel 2020 (ovvero del 0,75/10.000) e nel 2019 (0,95/10.000).”* Ciò sembrerebbe suggerire, se confermato a livello di tutti i DSM, che la tendenza in decremento – alla dimissione/turnover - nel 2020 rispetto al 2019 si sia invertita nel primo semestre 2021 con un valore che supera ampiamente quelli rilevati nel 2019 e nel 2020.

Un andamento simile si è osservato anche per quanto riguarda le dimissioni da strutture residenziali, per le quali i dati di questa indagine hanno messo in evidenza un’ulteriore diminuzione, già presente nei dati SISM nel 2020 rispetto al 2019 ma qui ulteriormente accentuata. *“I dati raccolti pertanto suggerirebbero che nelle strutture residenziali vi sia un ulteriore abbassamento del turnover degli ospiti facendo temere che possano funzionare più da “case per la vita” che da tappe di un più articolato itinerario riabilitativo”*.

CONTINUA A PAG. 26

## LUCIE OMBRE SUL FUNZIONAMENTO DELLA TUTELA DELLA SALUTE MENTALE NELLA REGIONE LAZIO. CRITICITA' E REALTA' VIRTUOSE

CONTINUA DA PAG. 25

Di fatto i dati indicano in modo trasparente che le risorse economiche sono assorbite sempre di più dalla residenzialità psichiatrica 'territoriale' (per distinguerla da quella ospedaliera degli SPDC) piuttosto che destinate a progetti non istituzionalizzanti e inclusivi territoriali.

Argomento questo che si associa indissolubilmente ad **un'altra criticità**, rappresentata dalla scarsità delle risorse destinate da parte della Regione Lazio ai **servizi per la Salute Mentale del territorio**. Fatto che nel tempo si è cronicizzato nel tempo con il rischio che anche un episodico "rafforzamento dei Servizi", non diventi altro che un'azione di rianimazione di un sistema che rischia di trasformarsi mutare in un approccio ambulatoriale e non più complesso, integrato, multidisciplinare, funzionale a fornire risposte di salute complesse, articolate sui problemi di vita delle persone con gravi disagio grave (vedi la Deliberazione regionale n. 865 del 18/10/2022 concernente il **"Recepimento' Intesa n. 58/CSR del 28 aprile 2022, sul documento "Linee di indirizzo per la realizzazione dei progetti regionali volti al rafforzamento dei Dipartimenti di Salute Mentale regionali"**. Assegnazione alle Aziende del Servizio Sanitario Regionale delle risorse stanziare, per il rafforzamento dei Dipartimenti di Salute Mentale").

C'è il forte rischio che i Servizi della Salute mentale diventino dei contenitori vuoti, incapaci di ri-affermare la mission originaria legata a un approccio integrato con varie competenze professionali, teso all'inclusione sociale, alla formazione/lavoro e all'abitare nel proprio ambiente di vita e al riconoscimento dell'altro e non alla malattia. **Senza il personale**, unico vero strumento di lavoro per la relazione con il paziente e la sua famiglia, metodologie come il **lavoro in équipe multi professionale e multidisciplinare, la prevenzione, la prossimità all'abitare delle persone, l'integrazione socio-sanitaria**, e tutto il resto, **rimangono una metodologia di parole e non di contenuti, svuotate e depotenziate dal loro significato originario a danno della psichiatria sociale** e la psichiatria non può essere che sociale, *"o è psichiatria dialogica e relazionale, o non è psichiatria"*.

Uno spiraglio di luce è la consapevolezza del problema 'carenza di personale' da parte della **Regione Lazio**, a traino centrosinistra, che in considerazione delle mutate esigenze epidemiologiche di tutela della salute mentale, ritiene opportuno **avviare un progetto di valutazione del profilo epidemiologico della popolazione** e di analisi del bisogno di cura al fine di valutare e ridefinire il fabbisogno di personale dei servizi sanitari dedicati alla tutela della salute mentale necessario a garantire i livelli essenziali di assistenza. Infatti l'amministrazione



Regionale del Lazio con il Piano regionale di azioni per la Salute mentale 2022-2024 "Salute e inclusione" del Lazio, segnala che negli ultimi anni si è assistito ad un depauperamento delle risorse umane all'interno dei dipartimenti di salute mentale, e degli altri servizi delle ASL e delle Aziende Ospedaliere, spesso dovuto al pensionamento del personale e alla sua mancata sostituzione e, aggiungerei, agli effetti del blocco del turnover dovuto alle conseguenze imposte dal piano di rientro regionale legato al deficit di bilancio degli anni precedenti ad iniziare dal 2007 – 2008.

Fatto che sta impedendo la **mancata trasmissione delle buone prassi basagliane territoriali alle nuove generazioni di operatori**, che formati accademicamente dalle Università e dalle scuole accreditate di psicoterapia, potrebbero non ricevere quella cultura di deistituzionalizzazione e di approccio bio-psico-sociale della psichiatria alla salute mentale.

Questo della trasmissibilità del sapere rappresenta un tema che definisce e rappresenta insieme la speranza e la prospettiva futura, di una vicenda tra generazioni diverse che, viste all'interno di asse temporale longitudinale, incontrano 'giovani' per passarsi un testimone ideale, quello della proposta culturale, sociale, pragmatica e politica basagliana, che veda al centro della 'psichiatria', la persona del sofferente come soggetto attivo, partecipe, dotato di libertà di scelta sulla 'sua' salute mentale e sul percorso di cura da seguire o in-seguire. *Psichiatria* spogliata del suo senso tradizionale di 'potere e controllo' riservatogli delle istituzioni con-globalizzanti della società. Esiste il rischio che senza passaggi generazionali delle prassi si ricreino nuovi luoghi 'normalizzanti' super specializzati capaci di dare risposte normative ma non ai bisogni concreti e reali delle persone. Dice Franco Basaglia (1980) *"del resto non è ben chiaro, nella situazione attuale cosa si dovrebbe trasmettere. Io credo che tutti i problemi riguardano la produzione scientifica e la trasmissione delle conoscenze, così come ci sono posti, sono molto illuministi, molto idealisti e molto poco dialettici. Quando si dice, ad esempio che bisogna trasmettere qualche cosa, è il contenuto dell'esperienza che andrebbe trasmesso"*.

CONTINUA A PAG. 27



## LUCIE OMBRE SUL FUNZIONAMENTO DELLA TUTELA DELLA SALUTE MENTALE NELLA REGIONE LAZIO. CRITICITA' E REALTA' VIRTUOSE

CONTINUA DA PAG. 26

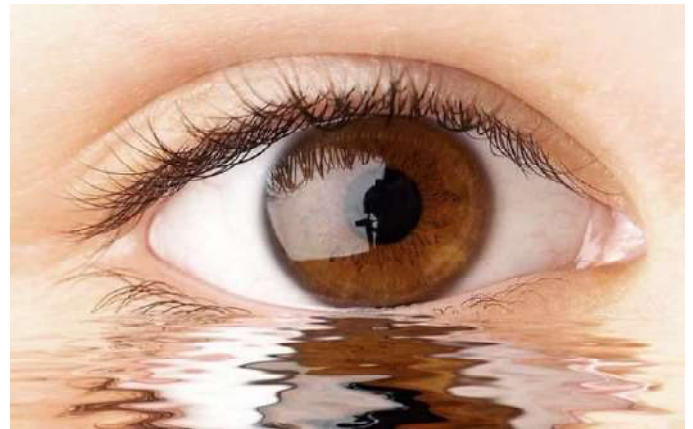
Altra criticità oscura è rappresentata dalle scelte da parte dell'amministrazione della Regione Lazio in tema di **residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS)**. La Relazione al Parlamento sul Programma di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, ai sensi del decreto-legge 31 marzo 2014, n.52, convertito dalla legge 30 maggio 2014 n. 81, prevedeva nella Regione Lazio il restauro e il risanamento di 2 strutture situate nella città di Roma; e la ristrutturazione di un ospedale dismesso in provincia di Roma. I posti letto previsti sono n. 95 per un costo complessivo di 17,7 milioni di euro. *Uno degli interventi di restauro e risanamento, era quello sito nella ASL Roma A, e prevedeva, oltre alla residenza per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS), la ristrutturazione della restante parte dell'edificio (circa 2000 mq) da destinare ad attività sociali e produttive correlate alla riabilitazione e a percorsi d'integrazione ed inclusione sociale.* Dal 2014/2015 nel Lazio sono state realizzate dapprima 3 REMS provvisorie; due moduli per ospiti maschi (40 PL) Presso **Palombara Sabina** denominate Palombara I e II (interne ad un ospedale su due piani divisi) e una a **Subiaco** denominata Castore (al piano terra; 20PL) e una per ospiti femminili a **Pontecorvo** (11 PL, FR). Come si può apprezzare le risorse economiche sono ingenti e in fase di espansione e tutte orientate!

Con DCA n. 486/2019 è stata delineata la nuova rete delle REMS del Lazio per un numero di 6 REMS, comprensiva della REMS maschile di Rieti. Le REMS di competenza della Regione Lazio sono così distribuite sui territori della ASL Roma 5, della ASL di Frosinone e della ASL di Rieti. Ma la Regione prevede la seguente configurazione futura delle REMS che una volta completata il piano sarà pertanto il seguente, comprensiva dell'ipotesi di aumentare di 5 posti letto la REMS femminile:

Territorio Asl	Sedi REMS	n. posti letto
1 ASL Roma 5	Subiaco I – maschile	20
2 ASL Roma 5	Subiaco II – maschile	20
3 ASL Roma 5	Palombara I*	20
4 ASL Roma 5	Palombara II*	20
5 ASL FR	Ceccano I- maschile	20
6 ASL FR	Ceccano II- maschile	20
7 ASL FR	Pontecorvo - femminile	16
8 ASL Rieti	Rieti	15

Tratto dal Piano regionale di azioni per la Salute mentale 2022-2024 "Salute e inclusione (pag.45)

In questo modo la **Regione Lazio** ha deciso per una risposta **'residenziale'** rispetto il trattamento dei pazienti autori di reato, in quanto ha evitato di potenziare come era anche previsto nella legge 81/2014 e di investire sui servizi territoriali attraverso



l'acquisizione di personale e strutture dedicate per il trattamento territoriale dei pazienti autori di reato, investendo tutte le risorse (anche quelle future) nella realizzazione delle REMS - ovvero di nuovi posti letto residenziali. Luoghi realizzati per di più in posti di confino, ovvero non nelle città a più alta densità di popolazione come un capoluogo di regione come inizialmente previsto, ma nella provincia. Una strategia che rappresenta una difficoltà pratica di accessibilità per gli operatori e per la realizzazione di progetti veramente inclusivi con i pazienti autori di reato. Scelta che in questi anni ha evidenziato un aumento della domanda di ricovero nelle SRP e quindi di ulteriore destinazione delle risorse economiche (gestione della spesa) dei DSM verso progetti alternativi alle REMS nelle SRP. Un avvistamento di sistema che fa sì che quasi il 50% del Budget di un DSM sia speso per la residenzialità.

La lezione basagliana in tema di politica sanitaria è chiara:

*“un servizio dovrebbe ridurre il fenomeno per cui è stato creato come risposta ad una carenza tecnico funzionale. Invece, nel momento in cui il nuovo servizio non può che tendere - come ogni istituzione inserita nel ciclo produttivo - alla propria sopravvivenza, la finalità è la produzione nel cui cerchio il malato viene assorbito come un nuovo oggetto e non come il soggetto per cui i bisogni il servizio è stato creato” [Ongaro, Basaglia, 1971]*

Sostanzialmente la richiesta di aumentare i posti REMS, come già indicato ripropone un vizio antico e circolare come ci ricorda Antonio Slavich:

*“la società aveva bisogno di nuovi manicomi per includervi le devianze dall'ordinata e legittima convivenza civile, complice il medico delegato. [...] In quegli anni era in dirittura d'arrivo la Legge 431 del 1968 (Mariotti) che i manicomi li voleva solo più piccoli e meno affollati. Il libro bianco del ministero del 1966 stimava la necessità di altri 50.000 nuovi letti negli ospedali psichiatrici italiani che per noi era un errore madornale, che non veniva di certo*

CONTINUA A PAG. 28

## LUCIE OMBRE SUL FUNZIONAMENTO DELLA TUTELA DELLA SALUTE MENTALE NELLA REGIONE LAZIO. CRITICITA' E REALTA' VIRTUOSE

CONTINUA DA PAG. 27

*compensato dalla cancellazione dello stigma del casellario giudiziario e dalla possibilità di ricovero volontario né dall'aumento previsto ma potenziale del personale di assistenza una vera riforma psichiatrica doveva poter fare a meno dei manicomi.”*  
[A. Slavich, 1961]

**La Regione Lazio in questo modo ha rinunciato almeno su questo tema a una vocazione territoriale e inclusiva scegliendo una vocazione ‘restrittiva residenziale’ ad alto costo economico.**

Questione quella delle REMS - che insieme a quella forense - con magistrati, che spesso impongono percorsi terapeutici ‘restrittivi’ sulla base della pericolosità sociale e su indicazione di periti, che senza aver consultato Servizi territoriali per la salute mentale come da Protocollo d’Intesa tra Ministero della Giustizia e Regione Lazio (ott./2017), sta rappresentando, un pericoloso sovvertimento dell’impianto culturale ed etico della riforma psichiatrica italiana del 1978, successivamente articolata con i Piani Obiettivi Nazionale 1992 - 94; PON 96 - 98; PON 98-2000 e a cascata, sull’intero approccio globale alla Salute Mentale nei Servizi territoriali.

In piena contraddizione basagliana - sorge poi l’interrogativo di come trattare tali persone ovvero se all’interno del carcere in strutture dedicate, oppure in dimensioni di cura altre?

*“Il manicomio, il carcere, la scuola, le istituzioni che provvedono al controllo delle devianze corrispondono al tipo di repressione adeguata al nostro livello di sviluppo socio economico – capitalistico -. Il resto, l’uso del nuovo linguaggio tecnico che non corrisponde alla realtà, è frutto di una impostazione ideologica che, attraverso l’adeguamento formale alle nuove tecniche, prepara il terreno a quello che dovrebbe essere il nuovo tipo di controllo, necessario quando anche la nostra realtà economica sia modificata secondo la logica del capitale”* [Ongaro, Basaglia, 1971] .

Si assiste infatti a un inesorabile avvitamento del sistema salute mentale anche regionale del Lazio, in quell’antico binomio tra necessità di cura nella custodia con la pretesa/riciesta pressante di atti medico legali – di richieste continue e asfissianti da parte delle Autorità Giudiziarie, di notizie cliniche a volte fuori dalle garanzie istituzionali, consulenze, ricoveri, visite preventive, ecc. - che schiaccia i Servizi territoriali su un’attività fortemente indirizzata sulla questione forense/peritale/custodiale, tralasciando così la *mission* prioritaria quale la prevenzione, la riabilitazione e la cura delle persone con disagio mentale (PANSM 2018-2020; PON, ecc). I servizi deprivati come sono di risorse umane, economiche e tecnologiche, vivono



una lunga stagione di affanno e atteggiamento di difesa a danno di progetti innovativi, territoriali inclusivi, soprattutto se non ci sarà una corretta interpretazione della posizione di garanzia che vincola lo psichiatra al mandato di custodia.

Quanto detto, si abbinata dall’altra, a un forviante contributo giornalistico, fatto da una **scorretta comunicazione** che ripropone costantemente nell’opinione pubblica **vecchi stereotipi**, mai sopiti di **pregiudizio** verso le persone con disagio mentale nell’equazione: sofferenza mentale uguale pericolosità criminogena, in quella che potremmo definire una ‘cultura d’opinione’. Si tratta di una forma di cultura che diviene ‘dominante’ in cui *‘l’opinionismo’* distrugge la cultura umanistica, scientifica e sociopolitica.

*“Le menzogne convenzionali impediscono l’espressione della intelligenza e della ragione. Sono costruzioni difficili da smontare perché si alimentano con il pregiudizio”.*

Una morsa che viene usata in parte anche per delegittimare l’impianto culturale ed etico della Riforma psichiatrica basagliana e attualmente della Legge 81/2014. Il tutto articolato su un piano pragmatico nei servizi con un maggior ricorso alla residenzialità. Un fatto questo che potrebbe essere l’esito della riduzione delle risorse umane nei servizi ovvero dal personale ‘curante’, che fa sì che i percorsi di cura semiresidenziali, in quanto più impegnativi in termini di risorse umane, siano stati di fatto penalizzati e che il sistema curante si sia progressivamente avvitato su una risposta facilitata legata alla maggiore offerta di salute (disponibilità di posti letti) rimasta invariata nel tempo (anzi aumentata). Secondo le opinioni regionali non si tratta di un disinvestimento metodologico/culturale verso i trattamenti più inclusivi e territoriali, ma l’esito di una riduzione del personale e alla necessità di dover dare ‘comunque’ risposte alla sofferenza psichiatrica attraverso gli strumenti presenti, e che, in ultima analisi, non rappresenterebbe la scelta metodologica del ricovero in clinica psichiatrica accreditata e convenzionata con il SSN/SSR. Ma ne siamo sicuri? Credo al contrario che bisogna contrastare una involuzione culturale e

CONTINUA A PAG. 29

## LUCIE OMBRE SUL FUNZIONAMENTO DELLA TUTELA DELLA SALUTE MENTALE NELLA REGIONE LAZIO. CRITICITA' E REALTA' VIRTUOSE

CONTINUA DA PAG. 28

metodologica cescente con esempi forti ed emblematici.

Da segnalare anche la presenza di **realta' virtuose** che cercano di intaccare il pregiudizio diffuso e le opinioni correnti ad esso improntato. La più evidente riguarda il Dipartimento di Salute Mentale dell'ASL Roma 2, che si è impegnato nella lotta contro lo stigma per l'inclusione sociale con il **Primo Festival della Salute Mentale**, svoltosi tra il 26 settembre e il 2 ottobre 2022.

La manifestazione, sviluppatasi in modo diffuso nel territorio della più grande ASL d'Italia (1 milione e 300 mila abitanti), ha ricevuto il patrocinio di Roma Capitale e della **Rai**, a sottolinearne il carattere sociale e divulgativo. Il festival ha visto la partecipazione dei

cittadini utenti coinvolti e impegnati in attività "di promozione e di prevenzione diffusa della salute mentale, per abbattere i muri del pregiudizio e per favorire atteggiamenti di accettazione... (e) permettere ai cittadini, ed in particolare ai giovani, di facilitare i processi di inclusione e di combattere il pregiudizio e lo stigma nei confronti delle persone con grave disagio mentale, anche consentendo di conoscere i servizi pubblici del Dipartimento di Salute Mentale, con la collaborazione dei mass media, mettendo tutti insieme rappresentanti delle istituzioni, operatori, utenti, familiari, artisti, sportivi e protagonisti della cultura".

CONTINUA A PAG. 30

### Appendice. dati e tabelle tratti dal Piano regionale di azioni per la Salute mentale 2022-2024 "Salute e inclusione"

Fonti: SISP (flussi territoriale e semiresidenziale) e SIPC (flusso residenziale) tratta dal PRSM:

DSM	Trattamenti CSM/Amb		Trattamenti CD		Ricoveri SRP	
	Incidenti	Prevalenti	Incidenti	Prevalenti	Incidenti	Prevalenti
LAZIO 2020	33.695	60.822	1.214	3.040	3.142	5.018
LAZIO 2019	43.618	71.016	1.263	3.041	4.060	5.870
LAZIO 2018	45.738	74.025	1.011	2.903	3.852	5.725

Fonti: SISP (flussi territoriale e semiresidenziale) e SIPC (flusso residenziale) tratta dal PRSM:

ASL	Territoriale	Semiresidenziale	Residenziale	Totale DSM	POP 2020 età > 18 anni	Assistiti DSM x 1.000 residenti
Lazio 2020	49.728	2.575	3.875	51.296	4.842.550	10,6
Lazio 2019	59.526	2.616	4.367	63.255	4.847.877	13,0
Lazio 2018	54.530	2.431	4.305	58.282	4.836.771	12,0

Tabella - P Fonti: SISP- tratta dal PRSM:

Tipologia prestazione (%)	2018	2019	2020
Visite specialistiche psichiatriche	28,3	29,4	25,8
Colloqui con pazienti e familiari	15,0 1	5,5	19,4
Prestazioni di tipo infermieristico	13,7	13,6 1	5,7
Altre prestazioni in corso di trattamento	11,2	10,4	11,8
Accoglimento / valutazione	9,0	9,2	9,9
Psicoterapie	9,6	8,9	5,7
Interv. terapeutici di sostegno	3,7	3,7	3,9
Prestazioni di tipo riabilitativo	3,3	3,6	2,5
Prest. comportanti produz. di documenti	2,7	2,7	2,4
Prestazioni di tipo sociale	2,4	2,4	2,0
Prescrizioni di ricovero	0,2	0,2	0,2
Prestazioni non specificate	0,8	0,5	0,7
<b>TOTALE (N)</b>	<b>582.942</b>	<b>626.231</b>	<b>528.054</b>
di cui in sede esterna (%)	16,1	15,4	13,8

Fonte: SIPC- tratta dal PRSM:

DSM	STPIT		SRTR i		SRTR e		SRSR 24h		SRSR 12h		SRSR fo		GRApp	
	Incidenti	Prevalenti	Incidenti	Preval.	Incid.	Preval.	Incid.	Preval.	Incid.	Preval.	Incid.	Preval.	Incid.	Preval.
LAZIO 2020	2.266	2.510	364	500	373	1.185	102	621	25	151	—	5	12	46
LAZIO 2019	2.761	2.957	578	692	469	1.278	153	667	46	176	47	53	53	—
LAZIO 2018	2.644	2.869	574	701	419	1.244	149	665	41	171	25	75	—	—



## LUCIE OMBRE SUL FUNZIONAMENTO DELLA TUTELA DELLA SALUTE MENTALE NELLA REGIONE LAZIO. CRITICITA' E REALTA' VIRTUOSE

CONTINUA DA PAG. 29

### BIBLIOGRAFIA

1 Cfr M. Colucci P. Di Vittorio, 2001 pag. 7. Franco Basaglia. Ed. Mondadori. Basaglia mette subito in campo tre programmi di deistituzionalizzazione di alto profilo per i quali chiede carta bianca all'amministrazione regionale. Purtroppo nella primavera del 1980 si manifesteranno i primi segni del tumore cerebrale che lo porterà alla morte pochi mesi dopo il 29 agosto 1980 a Venezia.

2 Angelo Fioritti, agosto 2020 . Franco Basaglia. Ricordo personale di un grande che non ho mai incontrato. <https://unacertaideadi.altervista.org/2020/08/franco-basaglia-ricordo-personale-di-un-grande-che-non-ho-mai-incontrato/> L. Torresini, GR/SR 17 (2008), 2. Psychiatrielandschaft/Oltre il manicomio.

3 Cfr Giuseppina Gabriele, 2015. La salute mentale territoriale produce salute e costa meno. 180 gradi. Negli anni 80 a descrivere la situazione dei posti letto delle cliniche private convenzionate del Lazio definito come 'un vero e proprio scandalo' ci fu anche il libro redatto dal dott. Renato Piccione: Lo scandalo psichiatrico del Lazio, edito da Bulzoni, 1992.

4 Clemente Pistilli, 2023. Regionali Lazio, il regalino di Zingaretti & co. al re delle cliniche: "Angelucci vince sempre". Repubblica..

5 Piano regionale di azioni per la Salute mentale 2022-2024 "Salute e inclusione".

6 A. Gaddini e Valentina Mattia, ROMA, 14 dicembre 2016, Ministero della Salute "Presentazione del 1° rapporto sulla salute mentale".

7 SIEP - Quaderni di Epidemiologia Psichiatrica, n.3/2018

8 Fonte; Rapporto annuale sulla Salute Mentale Ministero della Salute: 2016; 2017; 2018; 2019 e 2020.

8 Fonte; Rapporto annuale sulla Salute Mentale Ministero della Salute: 2016; 2017; 2018; 2019 e 2020.

9 Rapporti ISTISAN 22/21: ISSN: 1123-3117 (cartaceo) • 2384-8936 (online)

10 Pubblicata sul BUR n.88 Ordinario del 25/10/2022

11 Borgna, 2022 pag. 23 e 24. ; L'agonia della psichiatria. Feltrinelli 2022

12 Piano regionale di azioni per la Salute mentale 2022-2024 "Salute e inclusione". Regione Lazio 2022

13 Franco Basaglia, 1980. A proposito della nuova Legge 180. Scritti 1953 – 1980. Il Saggiatore. 2017

14 Ongaro, Basaglia, 1971 pag. 31: "Ideologia della diversità" in La maggioranza deviante, Einaudi 1971

15 A. Slavich, All'ombra dei ciliegi giapponesi. Gorizia 1961, AlphaBetaVerlag, Merano

16 DGR n. 642 del 10 ottobre 2017 e s.m.i., avente per oggetto: "Decreto Ministeriale del 1/10/2012 e Conferenza Unificata n.17 del 26/2/2015.

Approvazione dello schema di **"Protocollo di intesa per l'esecuzione delle misure di sicurezza applicate in via definitiva o provvisoria nei confronti di soggetti affetti da vizio parziale o totale di mente"**, tra la Regione Lazio e il Ministero di Giustizia".

17 Ongaro, Basaglia, 1971 pag. 22 in "Ideologia della diversità" in La maggioranza deviante, Einaudi 1971

18 De Rita, 2022. "La cultura dominante? L'opinione" in Il Messaggero. 26 Aprile 2022,

[https://www.ilmessaggero.it/italia/de\\_rita\\_censis\\_intervista-6652096.html](https://www.ilmessaggero.it/italia/de_rita_censis_intervista-6652096.html)

19 Franco Corleone, "Il muro dell'imputabilità. Dopo la chiusura dell'Opg, una scelta radicale", 2019

20 Cfr. Massimo Cozza, 2022 <https://www.salutementale.net/romens/>

<https://www.raicultura.it/raicultura/eventi/ROMENS-Festival-della-Salute-Mentale-04e6f4a0-24d0-48e4-a951->



# Il business del privato accreditato della Riabilitazione nel Lazio e nella Provincia di Viterbo

Si stima che almeno il 10% della popolazione mondiale abbia almeno una disabilità; nel nostro paese, nel 2019, secondo l'ISTAT le persone con disabilità – ovvero che soffrono stabilmente a causa di problemi di salute, di gravi limitazioni che impediscono loro di svolgere attività abituali – sono 3 milioni e 150 mila (il 5,2% della popolazione), a queste persone si devono aggiungere quelle che hanno disabilità transitorie.

Le persone con disabilità sono tra i gruppi più vulnerabili al mondo, meno tutelati e quelli maggiormente esclusi dalla partecipazione attiva ai processi lavorativi, decisionali e formativi; la maggioranza di loro, come pena aggiuntiva, spesso vive in condizioni di ristrettezza economica e povertà se non proprio di indigenza; troppo spesso, sono vittime di esclusione, stigma e discriminazione e – viene da dire – paradossalmente hanno accesso più disagiato e difficile proprio all'assistenza sanitaria, all'istruzione ed alle opportunità di lavoro. I servizi pubblici deputati costituzionalmente a limitare o migliorare - se non ad eliminare - queste disuguaglianze conseguenti a limitazioni congenite o acquisite sono



ampiamente carenti e spesso assenti: la politica neoliberista si è particolarmente accanita in questi ultimi anni contro questi cittadini, ma questo non ha precluso il business privato sulla riabilitazione che nella Regione Lazio ha ampiamente superato il 95%. Per contro questo processo-percorso sanitario rimane uno strumento molto importante per migliorare la qualità della vita ed il rientro o l'accesso dei cittadini diversamente abili o temporaneamente inabili per infortunio e/o malattia nel mondo dell'istruzione e del lavoro.

Di particolare interesse le tabelle che fanno vedere bene l'effetto della "buona gestione" della giunta Zingaretti – nella regione Lazio e nella Provincia di Viterbo - per quanto riguarda il numero dei posti letto, dei posti residenza e del personale e quindi della spesa sanitaria conseguente destinata maggiormente alle prestazioni riabilitative da privato accreditato.

## ISTITUTI O CENTRI DI RIABILITAZIONE NEL LAZIO – 2019\*

(Fonte Ministero della Salute Ufficio di statistica)

### POSTI\*

ISTITUTI Rilevati		ASS. Residenziale		ASS. Semiresidenziale	
Pubblici	Privati Accreditati	Pubblici	Privati Accreditati	Pubblici	Privati Accreditati
6	111	213	1846	92	2452

\*La situazione si è ulteriormente spostata verso il Privato.

\*\*Mancano i dati dell'attività Riabilitativa Ambulatoriale che secondo una stima per difetto, nella Regione Lazio, sono superiori a 10 volte nel privato accreditato rispetto al servizio sanitario pubblico.

## PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE NEL LAZIO – 2019\* (Fonte Ministero della Salute Ufficio di statistica)

### PERSONALE

Strutture Pubbliche	Strutture Private Accreditate
224	6370

\*La situazione si è ulteriormente spostata verso il Privato.

## STRUTTURE DI RIABILITAZIONE NELLA PROVINCIA DI VITERBO- 2021 - STRUTTURE

Pubblici	Privati Accreditati (Strutture Riabilitative)	Privati Accreditati Altre strutture dove è impiegato personale della riabilitazione (RSA, Psich, Hospice, Lungodegenza, Assistenza Domiciliare-ADI...)
8 ambulatori + 1 str. Residenziale Tot. 8	4	14
	Tot. 18	

# Il business del privato accreditato della Riabilitazione nel Lazio e nella Provincia di Viterbo

CONTINUA DA PAG. 31

**PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE NELLA PROVINCIA DI VITERBO**- in servizio al 28-02-2021  
PERSONALE

Personale Pubblici (ASL Viterbo)	Personale Privati **
92	411

\* Per personale della riabilitazione si intendono: fisioterapista, logopedista, ortottista-assistente di oftalmologia strumentale-oftalmologica, terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, podologo, tecnico della riabilitazione psichiatrica, Terapeuta occupazionale ed Educatore Professionale.  
\*\*Percentuale di rilevazione 90%.

Con il DCA Lazio n. U69 del 25.02.2019 è stato concesso l'accreditamento del servizio di Assistenza Domiciliare alla Società RSA Viterbo S.r.L. e poi a seguire ad altre società; il servizio di tipo sanitario/riabilitativo è rivolto a diverse centinaia di persone, parzialmente, temporaneamente o totalmente non autosufficienti della provincia e interesserà almeno un centinaio di operatori della riabilitazione e infermieri. Le prestazioni che assicurano tale servizio ADI rientrano nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e sono pertanto servizi importanti esigibili dai cittadini malati e di grande sollievo per le loro famiglie.

La ASL di Viterbo fin dagli anni '90 aveva costruito dei servizi di Assistenza Domiciliare di riconosciuta eccellenza nella Regione Lazio, ma non solo; poi, piano piano il declino, pianificato, attraverso lo svuotamento sistematico del personale sanitario qualificato e formato e le prime parziali esternalizzazioni iniziate con il Pacchetto Treu e terminato oggi con le società d'assalto, spesso multinazionali e cooperative che non garantiscono più nulla ai lavoratori, ma a costi elevati. Il metodo è stato affinato e collaudato negli anni in tutto il Servizio Sanitario Nazionale: tagliare, chiudere, svuotare di personale e competenze i servizi pubblici attraverso il blocco delle assunzioni e del turnover e poi dichiarare che le ASL non hanno più né gli uni né le altre per garantire la cura, l'assistenza e la riabilitazione, quindi, siccome ha il vincolo dei LEA (mai rispettato nella Regione Lazio), si deve esternalizzare, accreditare ai privati; complice la decretazione regionale del commissario Zingaretti, come anche in questo caso.

Del resto nel DCA Lazio n. 81/2020 era scritto: "Nella Regione Lazio i settori della post acuzie (Riabilitazione, Lungodegenza, RSA, Assistenza Domiciliare, etc.) sono gestiti in maniera quasi esclusiva da soggetti privati accreditati. È, pertanto, necessaria, attraverso il sistema delle regole e delle tariffe, il pieno inserimento "a sistema" di tali soggetti al fine di evitare l'instaurarsi di compartimenti separati con "interessi" e "regole" non omogenee che ostacolano i cambi di setting. A tale fine è imprescindibile che anche le Aziende Sanitarie, che hanno una conoscenza diretta e profonda dei territori, acquisiscano un ruolo di forte "committenza". Praticamente non si parla più di un Servizio Sanitario Regionale ma di un sistema/stazione appaltante.



Così i "gioielli di famiglia" quali l' Assistenza Domiciliare della sanità pubblica, vengono dispersi nel "mercato" - scarsamente controllato - degli accreditamenti ai privati dei servizi sanitari della Regione Lazio, in balia di un altro mercato, quello del lavoro sfruttato delle cooperative, delle S.r.L e del lavoro "a chiamata": è il cosiddetto "secondo welfare" pianificato per colpire profondamente l'universalità del Servizio Sanitario Nazionale ed il suo solidarismo scritto nella Costituzione e produrre livelli differenti di copertura sanitaria, fino all'esclusione.

La Riabilitazione nelle previsioni della L.833/'78 occupava un luogo centrale accanto alla Cura e alla Prevenzione. Negli anni sia la Cura che la Prevenzione sono andate degenerando perché non si sono mai costruiti, finanziati ed implementati i servizi (e dove c'erano, sono stati smantellati) né integrato il personale, mentre la Riabilitazione è diventata appannaggio esclusivo del privato.

A fronte di queste scelte che si sono dimostrate disastrose è importante un cambio radicale di rotta con la ridefinizione dell'attuale Servizio Sanitario Nazionale (SSN) non più basato su principi di Regionalizzazione, Aziendalizzazione e di Privatizzazione, ma con l'eliminazione del profittevole meccanismo dell'accreditamento e della convenzione con i privati attraverso l'elaborazione di obiettivi intermedi quali ad esempio il contratto unico pubblico-privato del personale e l'adozione di un piano straordinario di assunzioni a tempo indeterminato, la stabilizzazione dei precari e la reinternalizzazione del personale e delle attività esternalizzate nella sanità pubblica.

**Giorgio Demurtas**

Rifondazione Comunista Viterbo





## Si può fare una “Casa di Comunità” escludendo la Comunità? La storia di Villa Tiburtina, periferia est di Roma

La pandemia, anche se secondo noi sarebbe più corretto parlare di sindemia (Bambra et al., 2020; Caron, Adegboye, 2021; Galluccio, Maggioli, Morri, 2021), ha mostrato tutti i limiti del sistema sanitario: la cronica mancanza di personale del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e, insieme, la sua incapacità di mappare, monitorare e prevenire la diffusione del contagio; la preoccupante difficoltà del privato, convenzionato e non, nel rispondere all'emergenza ponendosi al fianco dei cittadini, ma, per contro, la sua naturale predisposizione a sfruttare l'occasione, capitalizzando e guadagnando sulle spalle dei malati (e delle casse pubbliche) con la vendita di mascherine, test, vaccini, farmaci, prestazioni specialistiche e quant'altro.

Nel complesso, la sindemia ha rappresentato un'esperienza di rottura dei canoni, delle tradizioni e degli schemi classici della cura. Lo scontro vax/no-wax è solo la punta di un iceberg profondo, un terremoto che mina alcune delle vecchie basi del sapere medico: urge una rivoluzione della medicina per ricostruire dalle macerie del neoliberalismo, prima, e del Covid-19, poi, un nuovo SSN. C'è bisogno di una sanità gratuita, pubblica, universale e umanizzata, capace di raccogliere le spinte rigenerative di una società in trasformazione, che si presenta a livello demografico, geografico, intersezionale e culturale molto differente da quella che vide la nascita del nostro SSN nel 1978 con la L. n. 833/1978.

Dal basso, proviene la richiesta di un'accessibilità maggiore al SSN, di una sua riorganizzazione

amministrativa, funzionale e territoriale verso un modello più vicino alle comunità locali. La critica del modello ospedalocentrico e gerarchico risponde alla necessità di affrontare una nuova marea di malati cronici, che l'invecchiamento della popolazione italiana ha generato; al contempo, risponde alla necessità di concepire la salute in modo olistico (includendo al proprio interno anche il legame con l'ambiente, l'alimentazione, la socialità, l'educazione e gli aspetti emotivi, sotto la nuova bandiera proposta dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) della One Health, ma termine coniato anni fa dalla Fondazione Rockefeller, e di rompere le barriere rigide tra operatori e assistiti che impediscono lo sviluppo di una “società della cura” (Chatzidakis et al., 2020). La scala locale è la sola che possa permettere di mantenere insieme tutti questi aspetti, da qui è possibile riavvicinare le persone al SSN invertendo la tendenza selvaggia di privatizzazioni nella sanità, che dalla Lombardia al Lazio avanza inesorabile.

Persino nella politica ufficiale sembra aver fatto breccia l'idea della necessità di riformare il SSN verso il modello della medicina di prossimità. Chi può garantire al meglio i livelli essenziali di assistenza (LEA) se non una rete di strutture locali, ben radicate sul territorio e capaci di mantenere rapporti costanti con il proprio bacino di utenza? Da qua nasce l'idea di realizzare con i soldi dell'Europa, il Next generation EU, la missione 6 C1 del Pnrr che prevede la nascita di una nuova rete

## Si può fare una “Casa di Comunità” escludendo la Comunità? La storia di Villa Tiburtina, periferia est di Roma

CONTINUA DA PAG. 33

di infrastrutture di “Comunità”, con l’apertura di più di mille “Case” e di oltre un centinaio di “Ospedali”.

Nel nostro quartiere di Roma, Rebibbia, avevamo già da tempo individuato una struttura pubblica abbandonata, Villa Tiburtina, di proprietà del fondo Spencer-Lorillard dell’Università degli Studi La Sapienza. Mentre avevamo iniziato a distribuire pacchi alimentari e prestare assistenza alle persone in difficoltà durante il lockdown, abbiamo compreso quanto fosse importante la partecipazione e l’autorganizzazione per la salute comune. Passare dalla distribuzione dei “pacchi” alla campagna di riapertura nel nostro quartiere di un polo di medicina pubblica, “Riapriamo Villa Tiburtina” è stato quindi un passaggio naturale. La cura è un bene comune che necessita di essere condiviso e non privatizzato; la salute è un diritto che, in quanto tale, è concreto solo se c’è una comunità pronta a rivendicarlo. Così, dall’esperienza concreta del/sul/con il nostro territorio è nata una vertenza unica nel suo genere, ma al contempo replicabile su tutto il territorio nazionale.

Dopo un anno e mezzo di iniziative e mobilitazioni di un intero quartiere per la riapertura di un presidio sociosanitario pubblico a Villa Tiburtina, chiusa da anni, finalmente questa struttura compare nella delibera della Giunta Regionale che elenca le Case di Comunità che apriranno con i fondi del PNRR (DGR Lazio n. 1005-6-7/2021).

Il nostro obiettivo è semplice: ottenere strutture pubbliche di comunità dove riorganizzare l’accesso alla cura, la presa in carico e la geografia amministrativa del SSN, includendo la comunità come attore principale e non marginale delle politiche sociosanitarie. Per farlo è necessario impedire che i fondi destinati alla riapertura delle strutture di comunità finiscano per essere dirottati verso il privato, come già sta avvenendo. La normativa (DM n.77/2022) sulle Case della Comunità (CdC) presenta diverse lacune, in particolare, gli aspetti più inquietanti riguardano l’inquadramento dei medici di medicina generale e la completa mancanza di uno stanziamento di fondi per l’assunzione di nuovo personale pubblico. Infatti, il PNRR non prevede né fondi né vincoli che possano impedire l’utilizzo di operatori privati in convenzione all’interno di quelle strutture territoriali che dovrebbero essere alla base del SSN. Concentrare l’attenzione su quanto sta avvenendo con le CdC è decisivo per evitare che si trasformino in un enorme fallimento per il SSN, come avvenuto per le Case della Salute.

Avvicinare la distanza tra servizi e territorio rimane



una questione strategica per il diritto alla salute, le CdC in teoria non solo dovrebbero fungere da raccordo tra medici di base e ospedali ma dovrebbero integrare al proprio interno una serie di servizi ulteriori, intervenendo anche sui fattori psicosociali e collegando le diverse necessità locali in una più ampia accezione della salute e del benessere collettivo. Nelle CdC dovrebbero essere presenti medici e infermieri, ma anche psicologi, consultori e operatori sociali per una cura del territorio nel suo complesso. Non si può lasciare che un simile strumento finanziato con soldi pubblici venga fagocitato dal sistema di sfruttamento e mercificazione della salute.

Per rafforzare la capacità di intervento sulla sanità pubblica e attivare degli strumenti di reale coinvolgimento dal basso della comunità nelle CdC è decisivo attivare inchieste e mappature del proprio territorio, in modo da conoscere le criticità su cui intervenire per rimodulare l’offerta di servizi. Sulla base di tale lavoro è possibile avanzare richieste mirate alle amministrazioni competenti nonché avviare forme di gestione e progettazione partecipate delle CdC. Per questo a Rebibbia abbiamo lanciato un questionario sui bisogni e sull’accesso ai servizi sociosanitari, il gruppo d’inchiesta ha visto al proprio interno partecipare ricercatori afferenti a discipline delle scienze sociali, personale medico e sanitario insieme agli abitanti\* che in prima persona hanno scelto di partecipare al processo di autorganizzazione della cura del proprio territorio. Grazie ad una diffusione capillare, dai mercati alle piazze, oltre trecento persone hanno partecipato all’inchiesta territoriale di Riapriamo Villa Tiburtina, fornendo un campione attendibile e rilevante della “Comunità” di Rebibbia.

I processi partecipativi dovrebbero essere alla base della realizzazione della rete di strutture di “Comunità”, sono infatti previsti, in teoria, tanto nel PNRR quanto nelle linee guida della Regione Lazio (“Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle

CONTINUA A PAG. 35



# Si può fare una “Casa di Comunità” escludendo la Comunità? La storia di Villa Tiburtina, periferia est di Roma

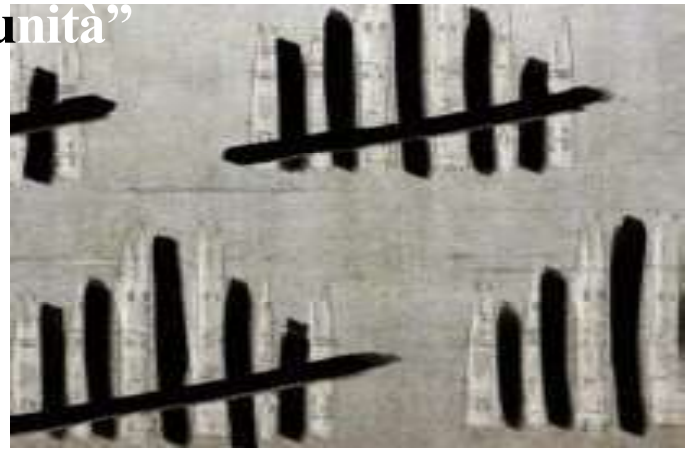
CONTINUA DA PAG. 34

attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n.77”). Eppure, fino ad adesso a Rebibbia non c’è stata alcuna traccia di concrete forme di progettazione partecipata o di processi di inclusione della comunità nella riapertura di Villa Tiburtina.

Crediamo, quindi, che in assenza di una reale volontà politica a livello nazionale e regionale, la spinta verso la costruzione di una effettiva rete territoriale di prossimità debba partire dal basso, dalla comunità stessa. In questo, le esperienze di indagine autorganizzate rappresentano un primo e fondamentale passaggio verso la costruzione di un SSN che metta davvero al centro la “Comunità”, non solo per la rilevanza dei dati che tale forma di ricerca può portare all’attenzione, ma anche come concreta forma di lotta sociale. Raccogliere informazioni in modo autorganizzato significa attivare un processo di consapevolezza e empowerment che ha per oggetto e per soggetto la comunità locale: guardarsi dentro per trovare la forza di reagire.

La ricerca attivata a Rebibbia dal questionario diffuso dal gruppo di inchiesta di Villa Tiburtina ha messo in moto un processo. Per prima cosa rendendo pubblici i risultati della ricerca: in una prospettiva di Ricercazione, si sono individuati insieme agli abitanti i bisogni di cura e di salute del territorio. Quindi, in base alle competenze e alle disponibilità della rete territoriale che ha supportato la campagna “Riapriamo Villa Tiburtina”, si è scelto tra i vari bisogni su quale iniziare a puntare l’attenzione, per stabilire un’area di intervento su cui costruire una rivendicazione concreta di servizi pubblici nel quartiere. La pedo-odontoiatria è stata quindi valutata come la migliore area di intervento su cui iniziare a lavorare: attualmente, un campione di 50 bambine e bambini di Rebibbia si sta sottoponendo volontariamente ad un controllo odontoiatrico tramite operatori volontari. Oltre il 50% di bambin\* presenta problematiche che hanno bisogno di ulteriori visite specialistiche (es.: ortopantomiche), visite che il SSN tende a non coprire non essendo l’odontoiatria inclusa nei LEA (se non in pochissimi casi), ma anche visite che rappresentano già una rivendicazione concreta da portare al tavolo delle istituzioni come la necessità di prevenzione primaria ed educazione alla salute in campo odontoiatrico.

Il III Congresso nazionale sulla salute è stato uno spazio in cui tradurre queste proposte in un progetto di mobilitazione comune capace di riunire diverse realtà del territorio cittadino e nazionale. Per scardinare la mercificazione della salute bisogna elaborare una rete



di territori in fermento, capace di rivendicare un ruolo proattivo della comunità nelle scelte che riguardano la sua salute.

Siamo di fronte ad un bivio storico per il SSN, la nostra è una chiamata alla lotta affinché la salute non sia una merce.

In due anni, Alessio D’Amato, assessore alla Sanità della Regione Lazio (candidato alle elezioni regionali 2022 come Presidente con il centrosinistra) ha sistematicamente rifiutato ogni richiesta di interlocuzione, non mantenendo fede alla sua promessa di incontrare la comunità di Villa Tiburtina. La politica continua a fare muro e a reprimere le nostre richieste (non sono mancate nemmeno le denunce quando abbiamo portato la protesta sotto la ASL Roma 2), eppure quando abbiamo iniziato la nostra campagna nessuno credeva che Villa Tiburtina avrebbe mai riaperto.

Si può dimostrare in tutti i territori che non si può fare una “Casa della Comunità” escludendo la sua comunità.

## Attivisti/e di Riapriamo Villa Tiburtina

### Bibliografia:

CHATZIDAKIS A., HAKIM J., LITTLER J., ROTTENBERG C., AND SEGAL L., *The Care Manifesto. The Politics of Interdependence*, Verso, Londra, 2020

BAMBRA C., RIORDAN R., FORD J., MATTHEWS F., *The COVID-19 pandemic and health inequalities*, in “*J Epi Commu Health*”, 74, 11, 2020, pp. 964-968.

CARON, R. M., ADEGBOYE, A. R. A. (2021). COVID-19: a syndemic requiring an integrated approach for marginalized populations, in “*Frontiers in Public Health*”, 9, 2021, pp. 1-8

GALLUCCIO F., MAGGIOLI M., MORRI R., *Geografie in mutamento. Covid 19 e la metamorfosi del mondo*, *Semestrare di studi e ricerche di Geografia*, 2, 2021.

Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n.77 DGR Lazio n. 1005-6-7/2021 L. n. 833/1978



# I CONSULTORI NEL LAZIO: MOLTE OMBRE E QUALCHE LUCE (POCA)

**Coordinamento delle assemblee delle donne e delle libere soggettività dei consultori del Lazio  
Forum per il Diritto alla Salute – Lazio  
Medicina Democratica Roma e Lazio.**

I consultori non nacquero da un giorno ad un altro, ma fu grazie al movimento delle donne nel rivendicare per tutte e tutti l'autodeterminazione che, negli anni '70, nacquero prima i consultori femministi autogestiti e poi la Legge n. 405/75. Furono una vera rivoluzione nella concezione di salute e benessere, dove la persona nel contesto delle sue relazioni affettive e sociali e, soprattutto, le sue decisioni, veniva messa al centro, operando in un contesto di multidisciplinarietà sperimentando il lavoro di equipe di dimensioni orizzontali e pluridisciplinari, mettendo in discussione un modello gerarchico a cominciare dal momento dell'accoglienza con l'ascolto e dove la competenza delle varie professionalità aveva pari importanza.

Anche la storia dei consultori nel Lazio parte da quella storia del femminismo romano negli anni '70 (1) ed evidenzia l'intuizione di creare e potenziare la presenza attiva delle donne nei territori e in queste strutture socio sanitarie che possono rispondere a prevenzione, cura, autodeterminazione. Molte delle protagoniste di quegli anni che avevano partecipato alle lotte sui temi della sessualità, del punto di vista di genere e del diritto all'aborto diventarono le professioniste che poi andarono a costituire l'organico consultoriale.

Infatti per la progressiva riduzione del welfare, dove i motivi economici – "l'economicità" introdotta dai D.Lgs. n. 502/1992 (De Lorenzo), n.517/1993 (Gravaglia) e confermati da D.Lgs. n.229/1999 (Bindi) e oggi "la sostenibilità" che subordina il diritto alla salute alle risorse – sono stati usati spesso per giustificare i piani di rientro, tagli lineari, il ridimensionamento della sanità pubblica (37 miliardi negli ultimi 10 anni) e quindi dei consultori che hanno rappresentato un fondamentale presidio di salute pubblica a partecipazione sociale, laico e gratuito utilizzando un approccio globale e multidimensionale che trova, nelle equipe multidisciplinari e nell'accoglienza, il suo punto di forza.

Ripercorriamo le principali tappe:

- È del 1976 la legge regionale che istituisce i consultori.

- Nel 1994 viene istituita dal Comune di Roma la Consulta dei consultori di Roma, organismo di partecipazione composto da rappresentanti di associazioni femminili, femministe, di utenti dei servizi e da operatori sanitari di ogni ASL romana. La Consulta propone agli organi comunali iniziative finalizzate al rispetto dei diritti dell'utenza dei consultori ed esprime pareri su politiche sociali e sanitarie e sul bilancio dei



fondi destinati ai Consultori dagli enti pubblici competenti.

- Nel 2014 il Decreto del Commissario ad acta (DCA) U00152/2014, approva le "Linee di indirizzo regionali per le attività dei consultori familiari" finalizzate a riqualificare e potenziare l'assistenza territoriale offerta dai Consultori. Si promuove l'omogeneità delle funzioni e delle attività svolte, si confermano l'approccio multidisciplinare e l'accoglienza alla persona, si ribadiscono la necessità dell'assistenza all'interruzione volontaria di gravidanza e l'impegno per la contraccezione (compresa la prescrizione di contraccettivi ormonali anche in fase post-coitale e l'applicazione di contraccettivi meccanici), si sottolinea la necessità di un forte coordinamento funzionale delle attività individuando 8 percorsi socio assistenziali come base minima di attività che tutti i Consultori regionali devono offrire.

Ma la fotografia che risulta dai dati più recenti non è a colori.

Il DCA U000152/2014 prevede, come da L. n. 405 / 1975, 1 consultorio/20.000 abitanti e i relativi standard di operatori, ma la diffusione dei Consultori nel Lazio è molto al di sotto della media nazionale (fonte ISS):

- 1 consultorio ogni 44.000 abitanti, invece di 1 ogni 20.000 (Legge n.34/1996), nel rapporto del Ministero della Salute, pubblicazione del 2010, relativa a dati dell'anno 2008 (2) **il numero di consultori del Lazio riportato è 164, mentre nell'elenco del 2022 (3) ne riporta 134, il 18% in meno, in base alla popolazione ce ne dovrebbero essere 286;**

## I CONSULTORI NEL LAZIO: MOLTE OMBRE E QUALCHE LUCE (POCA)

CONTINUA DA PAG. 36

● Utilizzano il Consultorio il 3,8% delle persone e il 3,7% dei giovani di 14-19 anni;

● Grave è la carenza di personale per il blocco del turn over;

● Secondo i dati pubblicati dal Coordinamento delle assemblee delle donne e delle libere soggettività dei consultori del Lazio e da Non Una Di Meno-Roma negli ospedali pubblici i ginecologi obiettori di coscienza sono 130 su 189, un numero che in percentuale supera di gran lunga la metà raggiungendo quota 68,8%. Tra gli anestesisti l'obiezione si attesta al 54,2% (150 su 227), mentre per gli operatori sanitari si ferma al 50% (253 su 506).

Questi numeri si traducono in:

- lunghe liste di attesa per le donne anche oltre il limite dei 90 giorni per le gravidanze;
- sovraccarico di lavoro per i medici non obiettori;
- assenza di mediazione linguistica.

Con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e il DM n.77/2022 sui "Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale" si sono definite le caratteristiche di quelle che sono state chiamate Case della Comunità (CdC) dove, al loro interno, sono raccomandati anche i consultori. Prima si parlava di Case della Salute che, pur piene di contraddizioni avevano finalità chiara e il termine fu coniato da Giulio Maccacaro e dovevano essere articolazione dei Distretti e luoghi di partecipazione, ma il termine "comunità" non è un termine laico, come dovrebbero essere i consultori, rimanda alla tradizione cattolica e alla sussidiarietà quindi chi ci andrà a lavorare? Il mondo del volontariato? Le cooperative? Le multinazionali?



O le associazioni pro-life che non garantiranno il diritto all'IVG? Che sfrutteranno come sempre le lavoratrici e i lavoratori? Né il PNRR, né il DM n. 77/2022 prevedono assunzioni, per ora si tratta solo di finanziamenti per la ristrutturazione del patrimonio pubblico.

Durante il periodo di lockdown, a causa della pandemia da Sars-Cov-2, i consultori, sono state le strutture che si è pensato di ridimensionare per fare la campagna vaccinale anticovid-19 invece di rafforzare con nuovo personale i Centri Vaccinali già esistenti, come a Ponte Mammolo il consultorio di Via Pietralata 497. (4)

In unreport stilato dopo una ricerca fatta dall'associazione Cittadinanzattiva si citano:

● il Consultorio di Via Silveri nella ASL RM 1 che era stato riaperto a gennaio 2020, poi richiuso e accorpato con il consultorio familiare di Montespaccato a causa del Covid-19 per le prestazioni non urgenti e differibili;

● il Consultorio di Via Casilina 711, il Consultorio di Via Spencer e il Consultorio di Via Agudio nella ASL RM 2, chiusi per causa covid-19. (5)

Il 26 gennaio 2021 è stata emanata la Determinazione del 31 dicembre 2020 n. G16542 con la quale la Regione Lazio acquisisce il "Protocollo operativo per la interruzione volontaria della gravidanza (IVG) del primo trimestre con mifepristone e prostaglandine, in regime ambulatoriale o di day hospital" che si propone di "rimuovere gli ostacoli all'accesso alla metodica farmacologica, nell'ottica di assicurare a tutte le donne che richiedono l'IVG un servizio che tenga conto dei dati basati sulle evidenze scientifiche, di alta qualità e rispettoso dei loro diritti". Con questo documento la Regione Lazio recepisce le nuove Linee di indirizzo emanate dal Ministro della Salute nel mese di agosto

CONTINUA A PAG. 38



## I CONSULTORI NEL LAZIO: MOLTE OMBRE E QUALCHE LUCE (POCA)

CONTINUA DA PAG. 37

2020, con estremo ritardo, dopo ben dieci anni dall'introduzione del metodo farmacologico in Italia, equiparando finalmente il nostro paese a quelli dove tale procedura viene applicata da alcuni decenni.

Nel Municipio V, nel 2018 e nel Municipio III di Roma, a luglio 2021, si registrano i Protocolli d'Intesa per la prevenzione e il contrasto alla violenza sulle donne, previsti anche dal DCA U00152/2014 di Zingaretti, dove, insieme ai centri antiviolenza, le associazioni delle donne, le reti scolastiche, le forze dell'ordine, i servizi sociali, i sindacati e molti altri soggetti, viene coinvolta la ASL con i suoi consultori in una rete di soggetti istituzionali e non, per la presa in carico condivisa delle donne che subiscono violenza e per mettere in campo strategie di prevenzione della violenza. Positivo, ma il vero problema oggi, continua ad essere, la cronica mancanza di personale, per questo occorre un piano straordinario di assunzioni anche per i consultori, per reintegrare il personale andato in pensione e garantire la presa in carico delle persone e delle loro esigenze di cura e prevenzione con una modalità multidisciplinare ed intersezionale.

Chi attraversa questi luoghi, ieri come oggi, decide di continuare ad essere controllo e verifica costante, anni fa con le consulte, ora con le assemblee delle donne e libere soggettività dei consultori, si riprendono in mano questi indispensabili servizi socio sanitari per rispondere ai diritti, ai bisogni e ai desideri di benessere mentre tutti i servizi sanitari nazionali e regionali vanno a fondo. Le leggi ed i vari decreti non rispecchiano, come la successiva Legge n. 194/1978 prevede, i bisogni e desideri di tutte/i perché dalle lotte e dalle piazze devono attraversare le aule delle istituzioni trasformandosi con grosse contraddizioni in mediazioni politiche.

Nel Lazio, negli ultimi anni, si sono costituite ben 10 Assemblee delle donne e libere soggettività nei consultori e formato un Coordinamento che ha aperto un tavolo con la Regione Lazio che con le lotte è riuscito ad ottenere:

- la riapertura del Consultorio di Via Spencer 282 a Roma;
- 100 assunzioni di varie qualifiche sanitarie specificatamente per i consultori;
- si è riuscito ad attivare in 4 consultori l'IVG farmacologica con la RU486;
- un progetto sperimentale per le malattie invisibili (vulvodinia, endometriosi, fibromialgia, neuropatia del pudendo, dolore pelvico) nel consultorio di Via delle Canapiglie 88, a Torre Maura, nella ASL Roma 2;
- la riapertura dello Spazio Giovani in tutti i consultori, ma ancora, per molti solo sulla carta.



Per invertire con determinazione la rotta politica, sia a livello regionale che nazionale, dove molte di queste strutture sono state privatizzate e lasciate gestire da realtà religiose e pro-life, i consultori devono tornare ad essere luoghi di partecipazione e di autodeterminazione, spazi dedicati alla prevenzione e alla tutela della salute delle donne, di riferimento per l'educazione sessuale nelle scuole di ogni ordine e grado e rispondere alle esigenze e ai desideri delle donne e delle soggettività lgbtqiap+, senza discriminazioni legate all'età, all'orientamento sessuale e all'identità di genere, alla disabilità, alla cultura all'etnia e sostituendo una logica "ospedale-centrica" e medicalizzata con una concreta prevenzione del danno e dei disagi per una salute condivisa e collettiva.

### NOTE:

1 <https://www.herstory.it/> mappa on line del Lazio che fornisce una guida ai luoghi di attività e mobilitazione femministe di Roma e del Lazio dagli anni '70 ad oggi.

2 Scaricabile qui: [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1406\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1406_allegato.pdf) (pag. 16)

3 Scaricabile qui: <https://www.salutelazio.it/consultori-familiari>

4 <https://www.romatoday.it/attualita/consultorio-pietralata-casa-della-salute.html>

5 <https://www.cittadinanzattiva.it/notizie/13296-se-all-emergenza-covid-segue-la-chiusura-di-servizi-i-casi-nel-lazio.html>



# Valle del Sacco: situazione sanitaria della ASL Roma 5 e crisi ambientale di Colferro

Ina Camilli

La ASL Roma 5 serve un territorio di 70 Comuni con 489.468 abitanti e dispone di strutture proprie nonché strutture private accreditate. Gli ospedali sono 5, tra cui uno montano e due Poli ospedalieri, dove i ricoveri nel 2020 sono stati 12.686,00 (dati 2020, D.G.R. Lazio 16.6.2022, Atto aziendale).

Di questi 70 Comuni il più emblematico sotto il profilo sanitario ed ambientale è quello di Colferro, con l'ospedale L. P. Delfino, situato nella valle del Sacco.

## La valle del Sacco

Colferro ha avuto un devastante passato industriale, lungo oltre un secolo, ed una eredità pesantissima da gestire: nel 2005 viene dichiarato il “disastro ambientale” e l'emergenza sanitaria, oltre che economica, della valle del Sacco.

Nel 2016 una superficie di circa 7200 ettari, 87 km, comprendente 19 Comuni nelle provincie di Roma e Frosinone, con 200 mila residenti e più di 100 aziende, viene classificata Sito di Interesse Nazionale (SIN) da bonificare dalla contaminazione delle matrici di terra, acqua ed aria, quali fattori di rischio per la salute dell'uomo (<https://bonifichesiticontaminati.mite.gov.it/sin-51/>).

Gli sversamenti illegali nel fiume Sacco, che lambisce l'area industriale di Colferro, hanno avvelenato l'erba con cui si sono nutriti gli animali e gli uomini: la catena alimentare è stata il veicolo di trasmissione dell'inquinamento.

Le Istituzioni pubbliche per salvaguardare la salute pubblica hanno siglato l'Accordo di Programma Quadro firmato tra il Ministero dell'Ambiente e la Regione Lazio per la messa in sicurezza del SIN e stanziato 53,6 milioni di euro. I tempi delle procedure sono stati lunghissimi e si temono tempi ancora più lunghi per la conclusione dell'iter e la successiva operatività degli interventi di bonifica integrale.

## Il processo Valle del Sacco

Dopo 17 anni dall'emergenza e 13 anni dall'inizio del processo penale il Tribunale ha confermato la condanna per disastro ambientale, ma il reato è caduto in prescrizione. Di questo lungo processo resta l'amarezza dei cittadini e degli ambientalisti, un disastro ambientale di proporzioni notevoli, che “ha comportato una contaminazione umana di sostanze organiche persistenti considerate tossiche dalle organizzazioni internazionali” (<https://deplazio.net/it/home/3-articoli/118-rapporto-tecnico-valle-del-sacco-effetti-sulla-salute-della-popolazione-residente-lungo-il-fiume>), Rapporto ERAS 2010-2013 DEP-Lazio sulla



Sorveglianza sanitaria ed epidemiologica della popolazione residente in prossimità del fiume Sacco).

## Gli Studi epidemiologici

Del veleno della valle del Sacco si sono occupati numerose inchieste e servizi giornalistici, libri e pubblicazioni, ma sono stati gli studi epidemiologici a dimostrare dal punto di vista della scienza che l'uso pregresso delle acque di pozzi privati e il consumo di prodotti alimentari di produzione propria e locale erano risultati fortemente associati con la concentrazione ematica di beta-esaclorocicloesano. In altre parole nel sangue dei residenti i valori di questo inquinante sono elevati, essendo stati esposti per lungo tempo ed a concentrazioni significative, segno che la contaminazione aveva caratteristiche croniche con accumulo, poiché il beta-esaclorocicloesano ha un tempo di emivita lunghissimo di circa 30 anni: infatti è uno degli inquinanti organoclorurati più resistenti e bioaccumulabili.

Nelle sue conclusioni il rapporto ERAS richiama il dovere delle autorità locali “di informare la popolazione, di salvaguardarne la salute specie dei gruppi sociali più deboli, di offrire l'assistenza sanitaria adeguata, e di garantire un continuo monitoraggio epidemiologico e sanitario. E' ovvio che tale assistenza dal punto di vista della tutela sociale e sanitaria del servizio sanitario si deve accompagnare ad un impegno istituzionale coerente con il risanamento ambientale” (Rapporto ERAS 2013-2015 DEP-Lazio sulla Sorveglianza sanitaria ed epidemiologica della popolazione residente in prossimità del fiume Sacco, ([https://www.deplazio.net/it/rapporti/cat\\_view/68-rapporti-2016](https://www.deplazio.net/it/rapporti/cat_view/68-rapporti-2016)) e (<https://www.deplazio.net/it/vai-alla-pagina-delle-news/468-valle-del-sacco-al-vai-nuove-indagini-epidemiologiche>)). Si segnala anche lo studio SENTIERI del 2019 ([file:///C:/Users/Acer/Downloads/sentieri-fulltext-erratacorrigere%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Acer/Downloads/sentieri-fulltext-erratacorrigere%20(2).pdf)).

CONTINUA A PAG. 40

## Valle del Sacco: situazione sanitaria della ASL Roma 5 e crisi ambientale di Colleferro

CONTINUA DA PAG. 39

Indicazioni rimaste lettera morta poiché in tutti questi anni la Regione, la ASL, i Comuni e le Istituzioni pubbliche non hanno mai preso in carico o tenuto conto nell'adozione di atti impattanti sul territorio di tali rilevanti informazioni sanitarie (da allora possono essere solo peggiorate) e che sicuramente avrebbero avuto un effetto diverso sulla salute dei cittadini residenti.

### Gli studi della professoressa Margherita Eufemi

Un contributo importante sull'inquinamento della valle del Sacco è venuto nel 2018 dallo studio sull'azione del beta-esaclorocicloesano nelle cellule normali e tumorali dall'Università "La Sapienza" di Roma, condotto dal team di ricerca del Dipartimento di Scienze Biochimiche, coordinato dalla Prof.ssa Margherita Eufemi e dal Prof. Fabio Altieri: <https://www.mdpi.com/1420-3049/26/23/7135>, <https://www.mdpi.com/1422-0067/22/11/5834>, <https://www.mdpi.com/2227-9059/8/11/505>, <https://www.mdpi.com/1422-0067/19/7/2108>.

Il team ha studiato a livello cellulare la capacità di questo inquinante di attivare la carcinogenesi e la trasformazione di un tumore in una forma più aggressiva. Un'eredità tossica elargita dalle grandi industrie nella valle del Sacco, caratterizzata dalla presenza di una pletera di specie inquinanti: dalle polveri sottili, ai metalli pesanti, al cromo bivalente, all'amianto, agli inquinanti organici volatili e semivolatili. Ciò crea un problema di danno sinergico da parte delle diverse classi di inquinanti, perché l'organismo è esposto simultaneamente a più insulti ambientali ovviamente con un impatto ancora più devastante sulla salute.

### Le ricerche del dottor Luigi Montano

Nel 2021 il dott. Luigi Montano, UroAndrologo della ASL di Salerno e coordinatore del progetto di Ricerca EcoFoodFertility e studio Fast ha focalizzato le sue ricerche sul ruolo dello sperma umano come strumento precoce e affidabile di valutazione dell'impatto ambientale sulla salute umana in alcune realtà ad alto inquinamento ambientale, tra cui la valle del Sacco. I risultati scientifici di questa ricerca sono stati oggetto di più pubblicazioni su riviste internazionali, di cui tre sulla valle del Sacco. I risultati sono alquanto allarmanti poiché i giovani residenti in questa valle presentano dei valori di inquinanti nei loro liquidi fisiologici più elevati di quelli degli altri territori SIN inseriti nella ricerca e di conseguenza maggiori danni sulla vitalità degli spermatozoi (<https://www.mdpi.com/1660-4601/19/18/11635>, <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/17/11023>, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34052646/>).



L'infertilità sta diventando una priorità assoluta per la salute pubblica, considerando che diverse sono le evidenze che lo associano a malattie ad insorgenza tardiva, in particolare il cancro, ma anche in generale a più breve aspettativa di vita ed effetti transgenerazionali.

Gli studi hanno evidenziato come lo sperma umano sia un marcatore precoce e sensibile della qualità ambientale e della salute generale.

Nonostante le ripetute richieste di informazioni ancora oggi non abbiamo notizie certe sull'effettività dell'attività del registro tumori (<https://www.deplazio.net/it/registro-tumori-di-popolazione-del-lazio>).

### Il Commissariamento regionale

La risposta della Regione dal punto di vista dei servizi sanitari da assicurare agli abitanti della valle del Sacco è stata adeguata alla gravità della situazione?

Partiamo dal commissariamento della Regione, durato circa 12 anni, dovuto allo stratosferico deficit di bilancio – circa 700 milioni di euro - lasciato dalla Giunta di centrodestra, e dal piano di rientro. Il controllo della spesa è stato interpretato e realizzato con tagli lineari, ovvero drastica riduzione dei servizi anziché razionalizzazione dei costi, investimento nella prevenzione, riforma del finanziamento della sanità privata e convenzionata. Si è posto l'accento più sul contenimento dei costi piuttosto che sull'azione di risanamento.

La stessa ASL Roma 5 per un periodo è stata affidata ad un Commissario straordinario, che non ha affrontato le carenze organizzative e gestionali per mancanza di volontà politica e non certo per il carattere part time dell'incarico.

### Il Covid

Gli anni del Covid hanno dimostrato che nessuno si salva da solo, ma che molti non ci sono più ed altri sono rimasti indietro.

CONTINUA A PAG. 41



## Valle del Sacco: situazione sanitaria della ASL Roma 5 e crisi ambientale di Colleferro

CONTINUA DA PAG. 40

La diffusione della pandemia ha stressato il sistema sanitario, già in crisi prima del Covid, che si è rivelato l'occasione persa per riconsiderare il modello organizzativo sanitario. Per fronteggiare l'impatto dell'emergenza sono state rinviate e/o sospese molte prestazioni no Covid: questo ha condizionato l'accessibilità alle cure e consentito la narrazione di aver vinto la sfida.

### Definanziamento della sanità pubblica

A livello nazionale in meno di 10 anni il definanziamento delle politiche sulla salute è stato di oltre 37 miliardi di euro.

Ciò che ha penalizzato l'offerta sanitaria della ASL Roma 5, oltre alle misure restrittive di riduzione della spesa sanitaria (comuni alle altre Aziende) è la politica romanocentrica e tiburtinocentrica per un cinico calcolo elettorale, che vede nella Capitale la concentrazione di voti per vincere le elezioni regionali. In particolare, il polo unico Colleferro-Palestrina, dopo l'iniziale contrapposizione tra i due ospedali, non ha più i reparti materno-infantili, prima soppressi a Colleferro, poi trasferiti a Palestrina e infine assegnati a Tivoli, vanificando lo scopo stesso dell'accorpamento organizzativo, che doveva incrementare le prestazioni e la qualità dell'assistenza. L'ospedale L. P. Delfino di Colleferro nel 2010 aveva 183 posti letto: nel 2019 è sceso a 132 (<https://www.dati.salute.gov.it/dati/dettaglioDataset.jsp?menu=dati&idPag=18>).

A seguito di una importante ristrutturazione dell'ospedale di Colleferro nel 2016, costata alle casse pubbliche circa 15 milioni di euro, il suo potenziamento e il rilancio della sanità pubblica, ripetutamente promessi in questi anni, sono rimaste pie intenzioni della Regione, della ASL Roma 5 e dei Sindaci del distretto, talvolta protagonisti di proteste sterili e sempre assenti sulle vere criticità sanitarie del territorio.

### La ASL Roma 5

Ai problemi comuni a tutte le Aziende sanitarie regionali, quali i ritardi nel pronto soccorso, le liste di attesa, la carenza di posti letto, il blocco barelle, la riduzione del personale, gli extra costi per le esternalizzazioni, i limiti alle reinternalizzazioni, le carenze della medicina territoriale, lo stop del turn over, il depotenziamento e dequalificazione del personale, l'incremento dello stanziamento a favore della sanità privata e convenzionata e molto altro ancora, la ASL Roma 5 presenta alcune sue specificità.

C'è un forte deficit di trasparenza, informazione e partecipazione sia istituzionale sia verso i cosiddetti corpi sociali intermedi. Non vengono rese note le convocazioni e l'attività della Conferenza dei



Sindaci dei Comuni del Distretto, forse perché non si riunisce, nonostante le criticità e le urgenze?

In questi anni la Direzione aziendale è rimasta sorda alle proteste dei cittadini ed ha opposto un rifiuto quasi totale alle richieste di incontro dei comitati locali, negandone la legittimità, al fine di non dare risposte. I comitati non hanno un interlocutore né in Regione, né nell'Azienda e nemmeno nei Sindaci, massime autorità sanitarie del territorio, solidali con le forze politiche nell'alzare un muro di gomma, sebbene non perdano occasione per esternare lamentele strumentali sulla stampa, a cui non segue alcun provvedimento o azione politica.

In particolare, il polo unico Colleferro-Palestrina, dopo l'iniziale contrapposizione tra i due ospedali, non ha più i reparti materno-infantili, prima soppressi a Colleferro, poi trasferiti a Palestrina e infine assegnati a Tivoli, vanificando lo scopo stesso dell'accorpamento organizzativo, che doveva incrementare le prestazioni e la qualità dell'assistenza. Da alcuni anni ormai non è più possibile operare giovani fino a 18 anni e non c'è un reparto chirurgico per i minori. Naanche all'ospedale di Tivoli, DEA di I livello, che devono essere trasferiti a Roma. con le ovvie ricadute negative sulle famiglie.

La nomina, nel settembre scorso, di una nuova direttrice del pronto soccorso è sembrata una ammissione del caos in cui versa il sistema dell'urgenza/emergenza ed il riconoscimento di dover dare una risposta ai pazienti e al personale, che sopporta pesanti carichi di lavoro, ma la situazione logistica, organizzativa e gestionale resta ai limiti.

Anche gli annunci di nuovi reparti, come quello di radiologia, opportunamente comunicati con la grancassa, non risulta funzionino a pieno regime e non si vedono risultati apprezzabili, probabilmente per carenza di personale specializzato.

All'inaugurazione dell'ambulatorio di chirurgia oculistica (non un reparto), a novembre 2022, era

CONTINUA A PAG. 42



## Valle del Sacco: situazione sanitaria della ASL Roma 5 e crisi ambientale di Colferro

CONTINUA DA PAG. 41

presente l'Assessore regionale alla Sanità, Alessio D'Amato, ma nessuno si è preoccupato di far sapere agli utenti la data di inizio delle attività ed i giorni di apertura: in quali orari e con quale personale si intenderebbe garantire l'operatività del servizio?

Nessuna informazione inoltre viene data alla cittadinanza sulle chiusure o riduzione delle attività elettive, come la sala operatoria o l'endoscopia digestiva, salvo "scoprirlo" sul momento.

In tutta la ASL Roma 5 non è disponibile una risonanza magnetica e un pediatra di guardia o reperibile in pronto soccorso notturno, nonostante vi siano paesi montani e, in caso di necessità, il malato che dovesse raggiungere la Capitale deve essere automunito e coprire una distanza incompatibile con l'urgenza delle cure.

Tuttavia il nodo gordiano resta il pronto soccorso dell'ospedale di Colferro, dove i tempi di attesa sono troppo lunghi, i locali versano in condizioni indecorose, il personale è costantemente sotto stress e per i pazienti è difficile "accaparrarsi" un posto letto in reparto.

E' motivo di continue proteste anche la gestione del presidio della ASL di Colferro e la fila all'alba, in piedi e al freddo all'esterno della struttura, per minori ed anziani è solo un dettaglio.

### Piano nazionale di ripresa e resilienza

L'Assessore regionale alla sanità, Alessio D'Amato, ha illustrato come cambierà il sistema sanitario locale nella ASL Roma 5, la programmazione e i finanziamenti

previsti: 23 Case di Comunità, 6 Ospedali di Comunità, 8 Centrali operative territoriali, 15 nuove apparecchiature di ultima generazione: 700 milioni di investimento fino al 2026.

Sulla pianificazione del PNRR non ci sono giunte notizie del coinvolgimento della Conferenza dei Sindaci dei Comuni e del loro parere sul fabbisogno sociosanitario della comunità locale.

### Conclusioni

La conclusione non può che riguardare le belle promesse fatte in campagna elettorale, come quella del 2015 dell'allora Presidente Zingaretti, di dotare la struttura ospedaliera di Colferro di un'area per l'elisoccorso attiva 24 ore su 24.

Nei fatti, oltre ai costi, i numeri del pendolarismo passivo e della migrazione dei pazienti vanno ben oltre le promesse da campagna elettorale, per non parlare della Medicina territoriale che continua ad essere residuale.

Desta molte perplessità il fatto che dopo l'uscita dal regime commissariale nel 2020 – acclarato che la Regione resta comunque nel piano di rientro dal disavanzo e sottoposta alla vigilanza del Mef e del Ministero della salute – non si sia intervenuti sui ticket ed in generale su una riduzione della tassazione.

Infine il Consiglio regionale ha approvato l'istituzione della nuova e costosa struttura sanitaria pubblica, l'Azienda Lazio.0, anziché ottimizzare la struttura amministrativa regionale dotata di competenze e personale.

L'esperienza ha ampiamente dimostrato che la strada maestra per cambiare direzione deve essere quella di creare reali processi partecipativi, istituzionali e decisionali tra tutti i soggetti attivi del territorio.

### Ina Camilli

Attivista civica, Medicina Democratica Lazio



# La lotta dei cittadini per la riapertura dell'ospedale Forlanini a Roma

**Emilia Galtieri, Salvatore Costa**

attivisti del Coordinamento dei Comitati, delle Associazioni e dei cittadini per il Forlanini bene comune e del Forum per il diritto alla salute del Lazio

**L'**ex Ospedale Carlo Forlanini di Roma fu inaugurato nel 1934 come Sanatorio tubercolare ed è stato, nei decenni seguenti, centro di eccellenza per la cura delle patologie polmonari. È una struttura architettonica di grande pregio che supera la tipologia a padiglioni con uno schema di corpo centrale con bracci laterali, circondato da un grande parco ricco di numerose specie vegetali di pregio per complessivi 280.000 mq. .

Fu concepito come una cittadella, con 2 teatri ( uno dei quali di 800 posti), cinema, biblioteca, 2 chiese, un'aula magna, nonché vere e proprie botteghe artigiane quali barbiere, parrucchiere, calzolaio ecc.ecc., e nel tempo arricchita da un museo anatomico di grande valore storico e scientifico ( 2000 reperti) e da un Centro di Statistica sanitaria.

Lo stesso direttore sanitario, il Prof. Eugenio Morelli, collaborò non solo al progetto, ma anche allo studio ed alla realizzazione di accorgimenti strutturali igienico-sanitari, all'avanguardia per l'epoca.

Dagli anni del dopoguerra, pur mantenendo la sua vocazione di luogo di cura delle patologie polmonari, il nosocomio si è occupato di varie altre specialità , aperte al territorio, fino a costituire all'inizio degli anni '80 il più grande complesso ospedaliero d'Europa con i limitrofi San Camillo e Spallanzani nella ex USL Roma 16, istituita nel Lazio sulla scia della L. n. 833/1978 .

Dal 2000, con l'elezione a Presidente della Regione Lazio Francesco Storace (ex MSI-AN con una coalizione di centrodestra) è iniziato il "progetto" per la sua chiusura. Infatti il successore Piero Marrazzo (già giornalista RAI di area scolarista in una coalizione di centrosinistra) lo concretizzò con una Deliberazione di Giunta Regionale. In continuità la Presidente Renata Polverini (ex sindacalista UGL area MSI-AN in una coalizione di centrodestra) proseguì con il trasferimento dei reparti ospedalieri al contiguo ospedale San Camillo ormai Azienda Sanitaria Ospedaliera (in attuazione del D.Lgs. n. 502/1992 dell'ex Ministro della sanità Francesco De Lorenzo), lasciando all'incuria ed al degrado i locali. Sempre R. Polverini nel 2010 oppose un netto rifiuto ad un progetto di ristrutturazione presentato dal Commissario Straordinario da lei stessa nominato.

C'è un unico filo conduttore che ha attraversato le consigliature regionali di centrodestra e di centrosinistra per la chiusura definitiva del nosocomio avvenuta nel 2015 con il Presidente della Regione Lazio



Nicola Zingaretti eletto con una coalizione di centrosinistra.

Il 2 dicembre 2015, 13 comitati ed associazioni territoriali, alcuni cittadini, il Sindacato Pensionati della CGIL, hanno dato vita al "Coordinamento dei Comitati, delle Associazioni e dei Cittadini per il Forlanini proprietà pubblica, bene comune" con l'obiettivo di sensibilizzare la cittadinanza, farsi parte attiva e promuovere tutte le iniziative necessarie affinché l'importante complesso venisse restituito alla cittadinanza.

Il Coordinamento ha promosso, nel corso degli anni, tavole rotonde con esperti, assemblee pubbliche, volantinaggi, raccogliendo idee, bisogni, ipotesi sulla futura destinazione dell'ex ospedale, che hanno consentito di elaborare ed arricchire proposte fondate sulla condivisione di alcuni principi fondamentali:

- mantenere la proprietà e la gestione pubbliche di tutto il complesso ospedaliero;
- perseguire e recuperare la vocazione socio-sanitaria pubblica della struttura;
- valorizzare il patrimonio culturale, del parco e del museo restituendoli alla fruizione della cittadinanza;
- salvaguardare l'unitarietà architettonica ed i caratteri identitari del complesso (D. Lgs. n. 42/2004).

Su tali basi è iniziato il confronto con parlamentari, consiglieri regionali, comunali e municipali da cui sono scaturite interrogazioni, approvazioni di mozioni a vari livelli istituzionali.

Il Coordinamento ha costantemente ricercato, invano, il confronto con la Regione Lazio che iniziava un percorso di molteplici atti di indirizzo per destinare il Forlanini ai più disparati utilizzi: Cittadella della Pubblica Amministrazione, sede di Organizzazioni internazionali, studentati, ecc. .

Nel dicembre 2016, con Deliberazione Giunta Regionale del Lazio n. 766 si decideva l'alienazione del "compendio Forlanini".

Il Coordinamento è passato quindi all'organizzazione della protesta: sono state raccolte 15.000 firme su una petizione al Presidente della Repubblica; una parte del Coordinamento ha presentato ricorso al T.A.R. ed è stata organizzata una partecipata manifestazione per le vie del quartiere il 1 aprile 2017.



## La lotta dei cittadini per la riapertura dell' ospedale Forlanini a Roma

CONTINUA DA PAG. 43

La Regione Lazio ha quindi finalmente accolto la richiesta di incontro avanzata dalla CGIL regionale, che nel frattempo si è unita alla lotta del Coordinamento, cui però non è stato dato seguito, nonostante reiterate richieste e proteste, fino all'indizione di un Presidio sotto la sede della Regione nell'ottobre 2020. In tale occasione viene finalmente aperto un tavolo di confronto: se da una parte la Regione Lazio sembra accogliere le proposte di apertura di una RSA pubblica e di una Casa di della Salute, dall'altra informa di aver avanzato la candidatura all'Unione Europea del Forlanini quale sede dell'Agenzia Europea per la Ricerca Biomedica nella parte monumentale dello stesso. Sembrava essersi aperto un confronto, ma così non è stato. All'Agenzia Europea la Regione Lazio ha poi sostituito l'ipotesi di un Politecnico caldeggiata da Confindustria.

Il Coordinamento a suo tempo si è costituito invece per la riapertura di tutto l'ospedale Forlanini con servizi sociosanitari. Le proposte individuate si sono basate sulla semplice constatazione che il "riordino" operato sul Servizio sanitario Regionale (SSR) altro non è stato che tagli lineari al suo finanziamento, tradottosi in una forte diminuzione di posti letto per spostare il personale su altri Presidi (fondamentalmente l'Ospedale San Camillo per coprire i vuoti di organico creati dal blocco delle assunzioni) e deperimento dei servizi territoriali: ciò ha creato disfunzioni, forti disagi alle persone, problemi di accesso con interminabili liste di

attesa e diseguaglianze nei trattamenti.

La pandemia ha svelato solo ciò che a lungo si è denunciato.

Inoltre avendo trascurato la prevenzione, l'assistenza domiciliare, le strutture sanitarie non sono state in grado di reggere l'onda d'urto pandemia.

La lotta del Coordinamento è inoltre basata sulla convinzione che il Forlanini rappresenta l'emblema per l'uso pubblico delle risorse per tutte quelle attività che la Regione Lazio ha delegato al privato accreditato.

Le nostre richieste rimangono:

- Servizi di Riabilitazione (oggi forniti solo da privati): Riabilitazione motoria, pneumologia, post acuzie, ecc.
- Trasferimento del Poliambulatorio e di altri Servizi della ASL Roma 3 (in affitto oneroso) compreso il Distretto del XII Municipio e il 118.
- Mantenimento della sede dei corsi universitari per le professioni sanitarie.
- Uso sociale del parco e degli ampi spazi (teatri, biblioteca, museo).

Il 1 settembre 2022 si è svolta una partecipata assemblea pubblica contro la proposta elettorale di entrambi gli schieramenti di centrodestra e di centrosinistra, di trasferimento dell'ospedale pediatrico Bambino Gesù del Vaticano e sito per questa ragione in zona extraterritoriale, dal Gianicolo al Forlanini, e in cui i dipendenti non pagano tasse allo Stato italiano e quindi con stipendi raddoppiati,

Purtroppo le dimissioni anticipate, annunciate il 4 febbraio 2023, della Presidente del Bambino Gesù per "far sì che la grande impresa della nuova sede sia intrapresa da chi ne avrà la responsabilità del compimento" palesano che le trattative "segrete" con la Santa Sede sono in corso da tempo.

Ci opporremo con forza a questo disegno di ulteriore privatizzazione del SSR, nella consapevolezza che sarà una battaglia difficile ma non mancherà la nostra determinazione.







**SABATO 28 GENNAIO**  
ORE 10:00

**CONSULTORI IN PIAZZA** PER RIPRENDERCI QUESTI SPAZI TERRITORIALI

TUSCOLANO - VIA DEI LEVITI, 10  
PIGNETO - MERCATO RIONALE CONDOTTIERI  
TRULLO - GIARDINI CATERINA CICETTI  
ALBANO - PIAZZA S. PIETRO  
VOLANTINAGGIO MERCATO VIA ORVIETO

NON PERMETTIAMO LA CHIUSURA DI QUESTI SERVIZI SOCIO SANITARI GRATUITI ED UNIVERSALI E IL LORO SMANTELLAMENTO NELLE CASE DI COMUNITÀ. SALUTE, PREVENZIONE E BENESSERE PER TUTTE/TUTTI/TUTTU.

COORDINAMENTOCONSULTORILAZIO@GMAIL.COM

LO RAVENDO LORO VITA CON LE ASSEMBLEE DI TUTTU COLORO CHE LI ATTRAVERSANO







Dentro il Carlo Forlanini di Roma



1.285 km<sup>2</sup>

La dimensione di Roma.

