

Le implicazioni della legge 180 per il campo generale della sanità pubblica

Franco Rotelli

L'approvazione da parte della Regione Friuli Venezia Giulia di una legge di globale riordino del Servizio sanitario regionale, che si ispira ai concetti cardine della legge 180/1978, costituisce l'occasione per pubblicare un testo del 2008, in cui

si esplicitano le dieci «parole-chiave» che accompagnano il senso concreto della legge 180: continuità delle cure, unità degli interventi tra ospedale e territorio, orientamento alla comunità, integrazione delle politiche, enfasi sulle cure di lunga durata.

RPS

Siamo tra coloro che pensano che i contenuti e lo spirito della legge 180/1978 (che non va certo cambiata), a trent'anni della sua promulgazione, invocano l'estensione all'intero campo della sanità pubblica di ciò che essa ha significato e significa.

Ci sono almeno dieci «parole-chiave» che accompagnano il senso concreto della l. 180/1978 e che dovrebbero orientare l'insieme delle politiche della salute:

1. *Superamento delle istituzioni totali*: dai manicomi – paradosso estremo in cui la distanza tra l'ideologia (l'ospedale è un istituto di cura) e la realtà (l'ospedale è un luogo di segregazione e di violenza) è più evidente – agli istituti per minori, per handicappati, alle case di riposo e tutte le forme concentrazionarie in cui si «aggrega per separare».
2. *Deospedalizzazione e privilegio alle cure nella comunità*: riposizionamento della questione della cura all'interno del contratto sociale e quindi nei luoghi dove le persone vivono per ricondurre alla giusta complessità salute e malattia: «il sistema medico attuale non può più sopravvivere senza un'alleanza organizzata con la comunità» (Bengoa, Oms, 2001).
3. *Attenzione alle cure di lunga durata*: l'Unione europea raccomanda da tempo di riequilibrare risorse tra acuzie e assistenza sanitaria di lunga durata a fronte dei cambiamenti dovuti al progresso della medicina e all'ampliarsi dell'aspettativa di vita. Una carente gestione delle malattie «croniche» conduce a una dispersione delle risorse ad alta

intensità sanitaria e «il risultato finale è un paziente insoddisfatto ed erogatori sovraccaricati e frustrati» (Bengoa, Oms, 2000).

4. *Globalità delle cure (integrazione socio-sanitaria)*: dalla dichiarazione del limite della psichiatria nel trovare soluzioni a problemi che coinvolgono l'insieme delle capacità delle persone (casa, lavoro, socialità), all'attuale diffuso accreditamento di pratiche congiunte intersettoriali. Questionamento del livello di responsabilità/responsabilizzazione degli enti, pubblici e no, che nei vari campi intervengono (Rapporto Oms - *Commission on social determinants of health*, 2008, sui «Determinanti sociali di salute»).
5. *Politiche di inserimento e per i diritti sociali*: se con la l. 180/1978 si è conquistato l'accesso ai diritti politici e civili delle persone allora ricoverate nei manicomi, si rilancia la questione della salvaguardia dei diritti sociali, dell'imprescindibilità del ruolo dello Stato come promotore e tutore di politiche di inserimento, quale fattore vitale per la salute pubblica e il ben-essere dei singoli (quel che vale per la salute mentale vale anche per anziani, minori, disabili, portatori di patologie croniche degenerative, ecc.).
6. *Inclusione contro esclusione*: sostituire un governo di dominio dei soggetti (istituzioni totali e misure assistenzialistiche) con l'attivazione di questi stessi soggetti. Una delle definizioni possibili dei tecnici è quella di «tecnico dell'inclusione», identificando nella strada della negoziazione estesa (ricerca del consenso) un'arma valida contro i meccanismi di esclusione sociale, quale contrasto quotidiano a quanto di escludente i macro-sistemi (economici, politici) ripropongono a livello globale (anche qui ciò vale per minori, anziani, disabili, immigrati, dipendenti da sostanze, ecc.).
7. *Contrattualità contro tutela*: il riconoscimento delle persone e il «dar credito» alle potenzialità degli individui, anche i più deboli, riconoscendo identità, capacità (anche residuali) e diritti e contrastando le forme di alienazione/infantilizzazione che riducono risorse e possibilità delle persone e dei contesti sociali (comunità/capitali sociali). Produzione di opportunità affinché il soggetto, in un processo di emancipazione e non più di riparazione del danno, possa accedere ai diritti in una concatenazione di possibilità-probabilità (anche qui tutto il campo della riabilitazione fisica deve essere rivisitato da culture, protocolli, strumenti non riducibili a «fisioterapie»).
8. *Rispetto per le diversità*: il riconoscimento e il rispetto delle diversità come fonte di democrazia, di risorse per politiche e pratiche di coesione sociale e come ricerca di presa in carico appropriata (budget

di cura individuali, lavorare in sanità per processi ed esiti e non solo per strutture, personalizzando i bisogni).

9. *Deistituzionalizzazione delle pratiche*: continua verifica della bontà delle pratiche ai fini di coerenti strategie di salute pubblica, identificazione dei meccanismi autoreferenziali che inducono incoerenza di risposte tecniche, sperpero di risorse, automatismi escludenti, ecc. (anche qui, appropriatezza, critica ai sistemi meramente prestazionali, ai tariffari per minutaggi, alla scomposizione delle risposte specialistiche, alla scissione ospedale/territorio nella continuità assistenziale, ecc.).
10. *Libertà terapeutica*: libertà di scelta delle cure, libertà di rifiutare l'accanimento terapeutico, libertà di morire a casa propria, libertà dal bisogno economico, e così via.

Ognuna di queste parole-chiave, quindi, interroga l'intero mondo della sanità e delle politiche sociali. Interroga le pratiche e le politiche sanitarie «di territorio» e lo sviluppo, o meno, di un welfare di comunità. Interroga gli specialisti, per ogni patologia di lunga durata, le politiche per gli anziani, le politiche per i disabili, per i gruppi sociali più deboli, per ogni «devianza».

La l. 180/1978 porta la follia oltre i giardini rinchiusi dei manicomi.

C'è una psichiatria ancora legata ad antichi schemi e nuovi servizi che assumono la complessità dei problemi della malattia mentale. Ma, quali e quanti settori della medicina potrebbero/dovrebbero uscire dagli ospedali per una vera medicina di comunità?

Quali strutture intermedie potrebbero contrastare l'univocità colpevole dell'istituzionalizzazione totale degli anziani nelle case di riposo?

Marginalità ed esclusione degradano ancora la malattia mentale ma anche molte altre condizioni sociali. Le «malattie di lunga durata» ricevono ancora troppa scarsa attenzione, inadeguate risorse e dequalificate risposte.

Oltre il giardino ci sono politiche di cooperazione internazionale sensate e insensate, politiche per l'inserimento lavorativo sociale sensate o assenti, politiche di ricostruzione dei diritti sociali o loro lesioni.

Fa grande differenza, secondo noi, se una «cura» viene erogata in ospedale o a domicilio o in prossimità maggiore «nella comunità». *Qui* è possibile che il sistema sanitario contribuisca alla costituzione di reti sociali informali e formali, *là* No. *Qui* è possibile vedere problemi di vita delle persone che l'ospedale «non vede», né può vedere, e che hanno notevole incidenza sulla salute delle persone (prognosi).

RPS

Franco Rotelli

Qui è possibile gradualmente mobilitare risorse informali di cure e contributi di risorse esistenti nei territori: farmacie, volontariato, personale esperto, pensionati, associazioni di varia natura, le famiglie e le risorse stesse dei soggetti in causa. *Là* ben poco.

Qui è possibile rilevare e far conoscere le differenze, a volte estreme, su prognosi e aspettativa di vita; differenze legate a specifici squilibri economici e sociali da un quartiere a un altro limitrofo.

Qui è possibile sostenere progetti positivi di vita più sana e rimuovere ostacoli a ciò, *là* No.

Qui contrattualità e diritti dei cittadini (a casa propria) possono più credibilmente essere garantiti, non sempre lo sono in ospedale.

Qui è molto più agevole eludere malattie iatrogene e i danni collaterali a volte gravi dell'ospedalizzazione, in particolare per i grandi anziani.

Qui salute e malattia, incrociandosi nell'habitat naturale, tornano a essere eventi compresenti nella vita delle persone. L'ospedale è solo malattia: una parentesi che diventa assoluta nella vita delle persone sia che si tratti di cosa di breve o di lunga durata.

Qui, in prospettiva (non da subito), i costi, o almeno il rapporto costi-benefici, possono essere più razionali e le risorse più certamente ben destinate. Peraltro, la rivoluzione demografica impone ciò che altrimenti potrebbe essere solo una delle opzioni.

Ciò non significa che l'ospedale non possa giocare un ruolo di grande rilevanza a continuità e sostegno dei servizi di comunità: ne vanno indagate possibilità ed esperienze.

Quello che si è potuto capire in psichiatria, a causa delle drammatiche condizioni dei manicomi che estremizzavano tutto ciò, può e deve allargarsi a tutti i settori della sanità e dell'assistenza, ma anche delle politiche per uno sviluppo sostenibile.

Tutto ciò tarda. Come, peraltro, tarda una consapevolezza operativa di cosa comportino vere e buone pratiche di cura anche nel campo specifico della psichiatria.

Nel trentennale della legge 833/1978 e della legge 180/1978 è necessario attualizzare queste tematiche nel campo specifico ma ancor più negli altri campi della medicina, nelle azioni inerenti inserimenti e inclusione, nelle politiche attive per il lavoro, la casa, la socialità, a favore dei gruppi vulnerati e vulnerabili e interrogarsi su quale welfare è possibile e necessario, nell'epoca dell'insicurezza sociale generale.

Certamente le politiche e le pratiche di «territorio» devono essere rilette, accuratamente valutate, rese visibili e perfino misurabili, anche per acquisire definitivamente adeguata credibilità, superare alcune in-

genuità che possono essersi trasformate nel tempo in poteri e servizi autoreferenziali, ideologicamente difesi quanto ragionevolmente difendibili. La loro valutazione rigorosa non deve costituirne un limite allo sviluppo, ma fondarne le ragioni rinnovate di uno sviluppo condiviso.

Questo testo del 2008 trova un riscontro importante oggi, ottobre 2014, data nella quale il Consiglio regionale del Friuli Venezia Giulia ha approvato una legge di globale riordino del Servizio sanitario regionale che si ispira ai concetti qui rappresentati, al fine di portare, dentro un processo di continuità delle cure, all'unità degli interventi tra ospedale e territorio fortemente orientati alla comunità, all'integrazione delle politiche e all'enfasi sulle cure di lunga durata.

RPS

Franco Rotelli