

Le sfide della riforma psichiatrica

Pietro Pellegrini e Daniele Pulino*

RPS

Con la riforma psichiatrica italiana del 1978 (legge n. 180) si è prodotta una rottura rispetto al paradigma dell'internamento che dominava il rapporto tra società moderna e sofferenza psichica. La riforma italiana, inoltre, ha rappresentato un adeguamento della normativa al dettato costituzionale, aprendo un nuovo scenario in cui sono stati creati servizi di salute mentale che non hanno alle loro spalle il manicomio. Lo scopo del presente contributo è quello di analizzare le sfide che i servizi di salute mentale italiani hanno dovuto affrontare per arrivare alla loro attuale strutturazione e le nuove problematiche che si aprono oggi, a quarant'anni dall'approvazione della legge di riforma. Questa si è realizzata grazie a diverse esperienze locali che ne hanno anticipato i contenuti costruendo, prima della riforma stessa, sistemi di servizi di salute mentale capaci di rispondere ai bisogni delle persone e contrastando le forme di esclusione. Negli ultimi vent'anni

i servizi di salute mentale si sono sviluppati in un quadro frammentato che ha portato all'esistenza di differenze territoriali significative che riguardano tanto le risorse a disposizione quanto i modelli culturali e gli assetti organizzativi. Inoltre la riforma si è confrontata con la divaricazione fra l'ampliamento dei diritti individuali e la subordinazione dei diritti sociali all'economia. Ciò ha creato una condizione contraddittoria, con modifiche del «patto sociale» e la crescita di nuove forme di marginalità. In questo difficile contesto i servizi per la salute mentale si muovono per realizzare l'inclusione dei pazienti e hanno dimostrato la capacità di sostenere la chiusura degli Ospedali psichiatrici giudiziari. Il futuro della «legge 180» richiede la capacità di vedere la salute mentale come componente essenziale della salute e i relativi servizi sempre più integrati nella comunità e dotati di risorse e di strumenti (come ad esempio i budget di salute) adeguati.

1. Prima della «180»

La legge n. 180 del 1978 ha rappresentato una rottura sostanziale rispetto al paradigma dell'internamento che ha dominato il rapporto tra società moderna e sofferenza psichica a partire dalla prima metà del

* Il saggio è comune a entrambi gli autori. Ai fini dell'attribuzione dei paragrafi Daniele Pulino ha scritto il paragrafo 1 e 2, Pietro Pellegrini i paragrafi 3 e 4.

XIX secolo (Giannichedda, 1988). Approvata il 13 maggio 1978 e inserita successivamente all'interno della riforma sanitaria (legge n. 833 del 21 dicembre 1978), la «180» ha adeguato al dettato costituzionale la normativa sul trattamento psichiatrico anche obbligatorio (Piccione, 2013), aprendo così un nuovo scenario nel quale si sono sviluppati servizi di salute mentale che, diversamente da quanto accade negli altri paesi industrializzati, escludono l'ospedale psichiatrico e altre forme di internamento. Per comprendere le sfide che questi nuovi servizi di salute mentale hanno dovuto e devono affrontare sono necessarie alcune notazioni preliminari.

La riforma del 1978 si inserisce in un quadro di metamorfosi delle politiche e delle pratiche di salute mentale che dal secondo dopoguerra fino agli anni settanta dello scorso secolo hanno messo in discussione l'ospedale psichiatrico come luogo di cura. Quest'idea era alla base della nascita degli ospedali psichiatrici all'inizio del XIX secolo, mentre prendevano corpo gli Stati liberali, la cui legittimazione poggiava sul riconoscimento della libertà personale e sulla tutela dei diritti civili. Questo rendeva impraticabile il persistere delle forme di internamento arbitrario proprie dell'*Ancien Régime*¹ e poneva i poteri statuali di fronte a una contraddizione riassumibile in questi termini: i «folli» sono pericolosi e non possono essere lasciati in libertà, ma, poiché la follia li rende non responsabili, non possono essere condannati (Castel, 1975). Dopo un lungo e contrastato dibattito che attraversa anche i Parlamenti di alcuni Stati europei (Doerner, 1969), la nascente scienza psichiatrica offre una via d'uscita a questa *impasse* attraverso l'internamento terapeutico basato sull'idea che la privazione della libertà all'interno di un istituto psichiatrico sia condizione necessaria per la cura della malattia mentale. Questa forma di privazione della libertà è disposta dalla magistratura su proposta della psichiatria a cui è affidato il controllo della pericolosità sociale della persona malata: sono queste le basi del moderno manicomio. L'«istituzione totale» (Goffman, 1968), da un lato, e, dall'altro, la pericolosità come *ratio*

¹ L'internamento psichiatrico era stato preceduto nel Seicento da quello che Michel Foucault ha definito come «il grande internamento» (Foucault, 1963), ovvero dalla reclusione in istituti di vario genere (case di lavoro, ospizi, ospedali generali ecc.) di una popolazione composta fatta di vagabondi, infermi, folli, prostitute e criminali comuni. Il dispositivo di *internamento psichiatrico* inizia a differenziarsi dalle altre forme di internamento proprio a partire dalle legislazioni liberali del XIX secolo.

per il ricovero costituiscono i due elementi chiave dei dispositivi di internamento in tutte le legislazioni manicomiali del XIX secolo. Questi elementi sono presenti anche nella legislazione italiana in vigore fino alla riforma del 1978, in particolare nella legge n. 36 del 1904 e nel suo regolamento del 1909, il cui articolo 1 sanciva che dovevano «essere custodite e curate nei manicomi le persone affette per qualunque causa da alienazione mentale, quando siano pericolose a sé o agli altri o riescano di pubblico scandalo [...]».

La messa in discussione del manicomio come unico modello organizzativo della psichiatria prende avvio alla fine degli anni quaranta del Novecento quando in Gran Bretagna, Francia e più tardi negli Stati Uniti vengono sperimentate nuove modalità di intervento terapeutico e si sviluppa un ampio dibattito culturale che fuoriesce dall'ambito ristretto della psichiatria, contribuendo all'approvazione di normative (la legge n. 431 del 1968) che istituiscono servizi psichiatrici esterni al manicomio (Basaglia e Giannichedda, 1982). Negli anni sessanta prende avvio un lento processo di riduzione del numero di degenti negli ospedali psichiatrici. Nel complesso si realizza un processo di mutamento che Robert Castel ha definito come «aggiornamento» della psichiatria (Castel, 1975; 1979; 1982): vengono creati nuovi servizi psichiatrici territoriali che non rinunciano all'uso dell'ospedale psichiatrico e dei dispositivi di internamento, ovvero a forme di ricovero fondate sulla presunzione di pericolosità sociale. In questo scenario fa eccezione l'Italia: la riforma del 1978 non solo chiude gli ospedali psichiatrici ma smantella il dispositivo stesso della cura-custodia, cioè l'internamento.

Questa differenza sostanziale fra l'Italia e le altre democrazie occidentali si comprende in relazione ai mutamenti che a partire dagli anni sessanta attraversano il sistema delle istituzioni psichiatriche italiane. Ma è in particolare l'arrivo di Franco Basaglia alla direzione dell'ospedale psichiatrico di Gorizia nel 1961, dove per la prima volta vengono introdotti dei cambiamenti organizzativi significativi nella gestione dell'ospedale, che può essere considerato un momento di svolta. Negli anni successivi tentativi simili si compiono in altre strutture psichiatriche (Nocera Inferiore, Perugia, Parma ecc.) e viene approvata una legge (la n. 431 del 1968) voluta dal ministro della Sanità, il socialista Luigi Mariotti, che modifica gli aspetti più degradanti della legislazione manicomiale. Ma è soprattutto nel decennio che precede la riforma (1968-1978) che si realizzano numerosi processi di mutamento dei manicomi, in gran parte compiuti dagli psichiatri che hanno

RPS

Pietro Pellegrini e Daniele Pulino

lavorato a Gorizia e che nel corso degli anni settanta assumono la direzione degli ospedali psichiatrici di altre province, come nel caso di Arezzo, Ferrara, Parma, Pordenone, mentre Basaglia diventa, nel 1971, direttore dell'ospedale di Trieste (Pulino, 2016).

Il lavoro di questi gruppi, che operano su una precisa analisi sia del ruolo dell'internamento psichiatrico nello Stato moderno (Castel, 1979) che della particolare forma di potere rappresentata dal «potere psichiatrico» (Foucault, 2003), contribuisce in modo significativo a orientare i contenuti della riforma italiana, e prima ancora a spingere all'azione concreta il nascente, ampio movimento contro il manicomio. Il nucleo centrale di questo movimento (che nel 1972 darà vita all'associazione Psichiatria democratica) è formato infatti da psichiatri e da amministratori provinciali² (Saraceno, 1982; Prina, 1993) impegnati a smontare i meccanismi di funzionamento dei manicomi tradizionali, a creare un nuovo sistema di servizi psichiatrici e a chiedere la riforma della legge. Queste esperienze orienteranno significativamente la riforma del 1978 verso la chiusura degli ospedali psichiatrici dando una nuova configurazione ai nascenti servizi territoriali. Non è un caso infatti che la riforma preveda ad esempio il collegamento in «forma dipartimentale» di tutti i «servizi e i presidi psichiatrici esistenti nel territorio» per costituire così i Dsm (articolo 6, legge n. 180/1978): questo è quanto si cercava di fare già negli anni settanta in diverse esperienze, alcune incentrate sui Centri di igiene mentale altre sul modello del settore di derivazione francese (Slavich, 2018), che, per ridurre e alla fine bloccare gli invii in manicomio, cercavano di conoscere e di «controllare» quel circuito di istituzioni (strutture sanitarie, istituti assistenziali, carceri ecc.) che tutt'oggi contribuiscono a tradurre il disagio mentale in domanda di ricovero psichiatrico (Giannichedda, 1983). In particolare, nel caso dell'esperienza di Trieste, il primo ospedale psichiatrico a chiudere i battenti all'indomani della riforma, il processo di cambiamento porta all'invenzione di «istituzioni che de-istituzionalizzano» nella misura in cui riescono a intervenire su tutti gli aspetti costitutivi dell'istituzione: scientifico, organizzativo, culturale (Rotelli, 1987). È sulla base di questa esperienza che si forma l'idea di un servizio psichiatrico «forte» (Giannichedda, 1982), capace cioè di produrre forme di presa in carico e di tutela basate non più sulla «espropriazione del corpo» e sull'«invalidazione», ma sul riconoscimento dei di-

² Le Province hanno avuto competenza sugli ospedali psichiatrici fino al 1978, quando con la legge 833 è stato istituito il Servizio sanitario nazionale.

ritti della persona e sulla complessità dei suoi bisogni (Ongaro Basaglia, 2012). Da quest'opera di scomposizione del manicomio nasce, a Trieste, un Dipartimento di salute mentale (Dsm) articolato in servizi territoriali aperti ventiquattro ore su ventiquattro tutti i giorni della settimana, che costituisce, come vedremo, una delle tipologie di Dsm nate dalla riforma.

2. *Gli anni difficili del dopo riforma*

Dopo l'approvazione della «180» si apre la lunga fase di formazione dei servizi di salute mentale mentre, lentamente e tra molte contraddizioni, si realizza la chiusura degli ospedali psichiatrici, che viene completata solo nel 2000 in seguito all'approvazione dei decreti del presidente della Repubblica 7 aprile 1994 e 14 gennaio 1997, della legge finanziaria 1994, dei progetti obiettivo 1994-1996 e 1998-2000 e della legge 229/1999. In un primo momento si assiste alla strutturazione di un sistema di servizi territoriali che convive con i manicomi, nei quali con la «legge 180», a partire dal 1980, i nuovi ricoveri non erano più possibili. Così le prime strutture che nascono sono i Servizi psichiatrici di diagnosi e cura (Spdc) negli ospedali generali: a un anno dalla legge vi erano mille posti disponibili rispetto ai circa seimila che saranno previsti come necessari dal successivo progetto obiettivo nazionale per la salute mentale 1994-1996. In assenza di una normativa organizzativa nazionale e di specifici finanziamenti, nel complesso, invece, il sistema dei servizi territoriali decolla assai più lentamente, anche perché la legge viene «lasciata al suo destino», si potrebbe dire, sia dai governi che si succedono dopo il 1978 sia da molte amministrazioni regionali. In particolare a queste ultime la legge 833 di riforma sanitaria attribuisce specifiche competenze nella programmazione e nella organizzazione dei servizi. A queste funzioni le Regioni fanno fronte approvando, abbastanza celermente, leggi regionali di applicazione della «180», alle quali però, nella maggior parte dei casi, non danno seguito (Giannichedda, 2005). Pertanto il processo di costruzione dei servizi di salute mentale prosegue «a macchia di leopardo» con forti differenze tra le regioni e all'interno delle stesse, come testimoniano le prime ricerche degli anni ottanta (Labos, 1989). In parallelo, inoltre, si susseguono progetti di legge che intendono riproporre l'istituzione degli ospedali psichiatrici e del dispositivo dell'internamento. Continua però una forte mobilitazione sociale e politica per l'at-

RPS

Pietro Pellegrini e Daniele Pulino

tuazione della riforma. Negli anni ottanta, in particolare, emergono i movimenti dei familiari, spaventati e affaticati dalla necessità di doversi far carico dell'assistenza dei loro parenti fino a quel momento affidata al manicomio e che, in un primo momento, sembrano chiedere la riapertura degli ospedali psichiatrici per poi, gradualmente, iniziare a sostenere la necessità di servizi di salute mentale capaci di offrire, al posto del manicomio, «un asilo non più pagato al prezzo dei diritti» (Giannichedda, 1991). Sul piano più strettamente politico nel 1987 il gruppo parlamentare della Sinistra indipendente presenta un disegno di legge che mira a stimolare interventi di programmazione e di finanziamento dei servizi di salute mentale a livello nazionale e regionale. Due anni dopo, questo disegno di legge, frutto del lavoro di Franca Ongaro Basaglia³ in Parlamento, viene ricalcato in gran parte dal primo progetto obiettivo Salute mentale, messo in opera dal ministro della Sanità Carlo Donat Cattin, nel 1989, e successivamente dai progetti obiettivo Tutela salute mentale 1994-1996 e 1998-2000, in cui vengono definiti gli standard nazionali per la strutturazione dei Dsm. In particolare vengono fissati i criteri organizzativi e gli standard per Servizi di salute mentale di comunità attivi nelle ventiquattro ore in ogni giorno della settimana per tutto l'anno, in grado di accogliere e di valutare la domanda dell'utente e/o della famiglia e di effettuare la presa in cura mediante progetti terapeutico-riabilitativi individualizzati. Sono previsti interventi di emergenza/urgenza, di cura e riabilitazione e di inclusione sociale che contemplano anche la messa a punto di specifiche azioni da parte dei Comuni chiamati a garantire il più ampio sviluppo degli interventi di prevenzione primaria, il diritto alla casa, al lavoro, al reddito, alle strutture per i servizi e a partecipare alla programmazione locale e regionale nonché alla valutazione dei servizi. Un'integrazione socio-sanitaria che costituisce ancora oggi un essenziale punto di riferimento.

Negli anni novanta, infine, viene decretata la definitiva chiusura degli ospedali psichiatrici, imposta alle Regioni con le leggi finanziarie del 1994 e del 1997. Da quel momento si assiste alla diffusione in tutto il

³ Franca Ongaro Basaglia, insieme al marito, ha condiviso le esperienze di Gorizia, Parma e Trieste. È stata, inoltre, senatrice per la Sinistra indipendente nella nona legislatura, 1983-1987, e coautrice di gran parte dei principali testi di Franco Basaglia nonché autrice di volumi e di saggi di carattere filosofico e sociologico sulla medicina moderna e sulle istituzioni sanitarie, sulla bioetica, sulla condizione della donna e sulle pratiche di trasformazione delle istituzioni totali.

territorio nazionale dei servizi territoriali e alla più lenta formazione dei Dsm, caratterizzati però da differenze regionali e locali molto significative.

Costruire un discorso generale che consenta un'analisi di tali differenze appare oggi un'impresa difficile per almeno tre ordini di ragioni. In primo luogo perché i Dsm sono sistemi complessi con una gestione pubblica che interagiscono – in quote variabili nelle diverse realtà in cui si configurano modelli diversi di *welfare mix* – con enti ausiliari, fondazioni, privato sociale e imprenditoriale. In secondo luogo non va dimenticato che negli stessi anni il Servizio sanitario nazionale (Ssn) è andato incontro a processi di aziendalizzazione e di regionalizzazione che hanno, probabilmente, contribuito ad amplificare le differenze esistenti. Infine, una lettura d'insieme appare ardua in quanto «una delle maggiori difficoltà che il sistema di cura per la salute mentale ha dovuto affrontare nel nostro paese – dalla riforma del 1978 sino alla fine dello scorso anno – è stata quella costituita dall'assenza di un sistema informativo in grado di fornire dati attendibili su come, con quali risultati e a che costo «si fa “salute mentale” nei servizi pubblici e nel privato accreditato» (Starace, Baccari e Mungai, 2017).

Infatti, solo nel 2015, con l'istituzione di un Sistema informativo sulla salute mentale, hanno iniziato a essere disponibili statistiche ufficiali più attendibili, seppur ancora non adeguate, che in gran parte confermano la persistenza di alcuni nodi problematici che erano emersi, all'inizio del nuovo secolo, in alcune indagini realizzate dall'Istituto Mario Negri e dall'Istituto superiore di sanità. Queste ricerche hanno sollevato alcune questioni relative all'equità dei servizi, ovvero alla loro disomogeneità sia in termini quantitativi sia in termini qualitativi (Terzian e Tognoni, 2003; de Girolamo, Picardi e Santone, 2008); questioni tuttora attuali e lontane dall'essere risolte.

3. I dipartimenti e i servizi di salute mentale: uno sviluppo diseguale

I dati presentati nel *Rapporto sulla salute mentale 2016* del Ministero della Salute (2017) consentono alcune riflessioni a partire da tre temi che evidenziano luci e ombre dell'attuale sistema: 1) la quantità e la tipologia di servizi e di personale nel settore/nel campo della salute mentale; 2) la spesa pubblica; 3) i dati relativi ai ricoveri ospedalieri e ai trattamenti sanitari obbligatori.

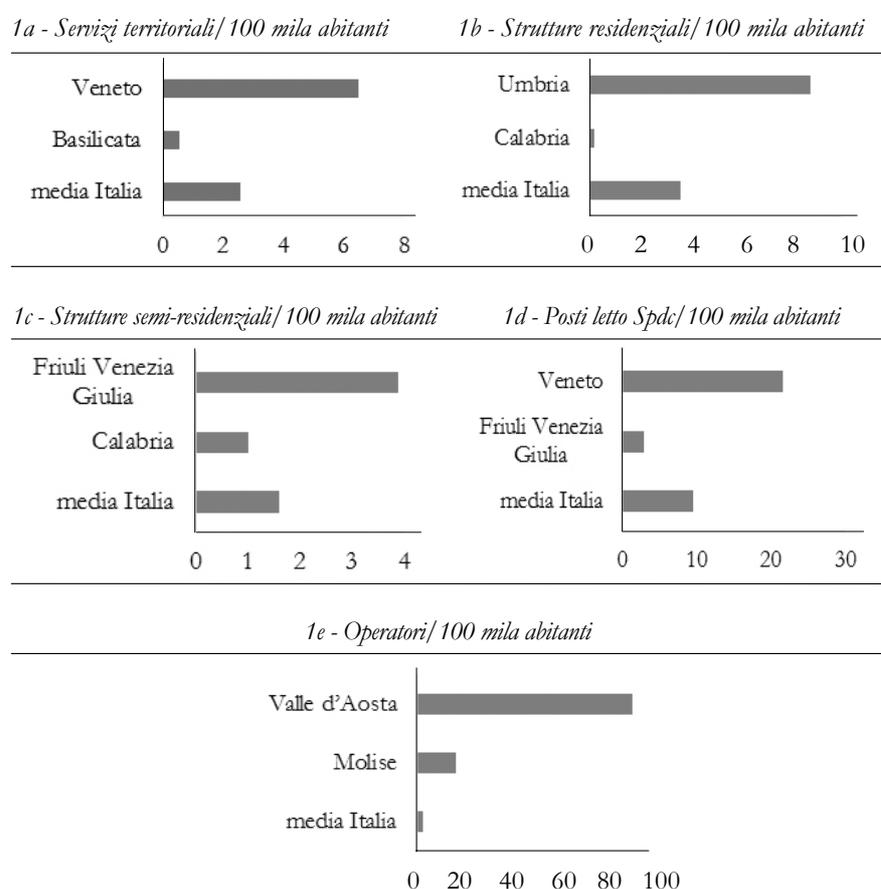
RPS

Pietro Pellegrini e Daniele Pulino

3.1 Servizi e personale della salute mentale

I 163 Dipartimenti di salute mentale (Dsm) sono organizzati in una rete di servizi costituita da Centri di salute mentale, centri diurni e strutture residenziali, nei quali sono impiegati complessivamente 31.586 operatori, con un rapporto pari a 62,4 su 100 mila abitanti.

Figura 1 - I numeri dei Dipartimenti di salute mentale (Dsm): le differenze territoriali⁴



Fonte: Elaborazione a cura degli autori su dati Siep, 2018.

⁴ Le figure riportano il valore medio nazionale e i dati riferiti alle due regioni che hanno rispettivamente i valori più alti e più bassi.

I cittadini assistiti dai Servizi di salute mentale nel corso del 2016 sono stati 807.035 (mancano i dati della Valle d'Aosta e della Provincia autonoma di Bolzano), con tassi standardizzati che vanno dal 17,6 per 10 mila abitanti adulti in Sardegna fino al 206,5 in Emilia-Romagna (valore totale Italia 160,9).

Riportati al livello regionale questi dati (figura 1) mostrano una significativa variabilità sia per ciò che riguarda le strutture dei Dsm sia per quanto concerne il personale. Rispetto ai servizi territoriali, ad esempio, a fronte di una media nazionale di 2,6 ogni 100 mila abitanti, si passa dagli 0,8 della Basilicata fino ad arrivare ai 6,5 in Veneto. Un discorso analogo può essere fatto per la diffusione delle strutture: rispetto a una media nazionale di 3,6 strutture residenziali su 100 mila abitanti, si passa dalle 0,2 su 100 mila abitanti della Calabria alle 8,8 su 100 mila abitanti dell'Umbria; per le strutture semi-residenziali la media nazionale è di 1,6 su 100 mila abitanti, con un *range* che va dalle 0,1 della Calabria alle 3,9 del Friuli-Venezia Giulia; per quanto riguarda i posti letto ospedalieri, invece, la media nazionale è di 9,5 ogni 100 mila abitanti, con Basilicata e Friuli-Venezia Giulia a 2,9 contro i 21,7 del Veneto. Allo stesso modo appare notevole la differenza dei tassi di personale in servizio presso i Dsm, con un tasso di 16,9 operatori ogni 100 mila abitanti del Molise che arriva ai 94,1 della Valle d'Aosta.

3.2 La spesa per la salute mentale

Un secondo elemento di riflessione è dato dall'analisi della spesa dell'assistenza psichiatrica, indicativo tanto di una posizione marginale della salute mentale all'interno del Ssn quanto della significativa variabilità tra le regioni. Nel 2016 il totale della spesa annua è stato pari a 3.824.693 euro: il 47,9% destinato all'assistenza ambulatoriale e domiciliare, il 13,1 all'assistenza semi-residenziale, il 39 a quella residenziale e il 6,1 all'assistenza ospedaliera. La spesa media annua per residente è pari a 75,5 euro. Anche nel caso dei costi la variabilità regionale appare decisamente elevata, con un *range* che va dai 45,7 euro pro capite della Basilicata ai 148,4 della Provincia autonoma di Trento.

In confronto ad altri paesi europei (figura 2) in Italia all'assistenza psichiatrica viene assegnato il 3,5% della spesa sanitaria complessiva, quota ben lontana non solo da quella di altri paesi europei (Francia 12%, Germania 11%, Regno Unito 10,8%), ma anche da quel 5% che,

RPS

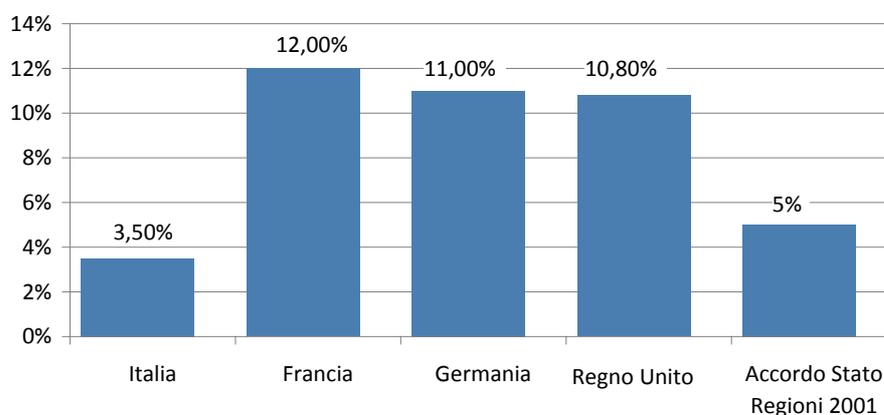
Pietro Pellegrini e Daniele Pulino

nel 2001, era stato fissato da un accordo tra le Regioni⁵, accordo di cui le associazioni di famigliari e operatori continuano a chiedere il rispetto (Trincas, 2014).

RPS

Figura 2 - Spesa salute mentale 2016 in % sul Pil. Confronto Italia/Stati europei

LE SFIDE DELLA RIFORMA PSICHIATRICA



Fonte: Elaborazione autori su dati Siep, 2018.

3.3 Spdc e Tso

Tema cruciale, infine, quello dei ricoveri ospedalieri e dei Trattamenti sanitari obbligatori (Tso). Nel 2016 sono state registrate 108.847 dimissioni in regime ordinario dagli Spdc, con una degenza media di 12,7 giorni. Le riammissioni negli Spdc, non programmate entro trenta giorni, sono state 16.610, pari al 17,7% delle dimissioni; i pazienti che hanno ricevuto una visita psichiatrica entro quattordici giorni dalla dimissione sono solo il 40,1% del totale. Questi due ultimi dati sono degli indicatori negativi di assistenza che spiegano la persistenza del *revolving door system*, il sistema delle porte girevoli, che si manifesta quando i servizi territoriali non sono in grado di offrire una presa in carico extra-ospedaliera tale da evitare i rapidi reingressi o almeno da ridurne il numero.

Riguardo ai Tso, che sono stati 7.963, con una media nazionale di 16

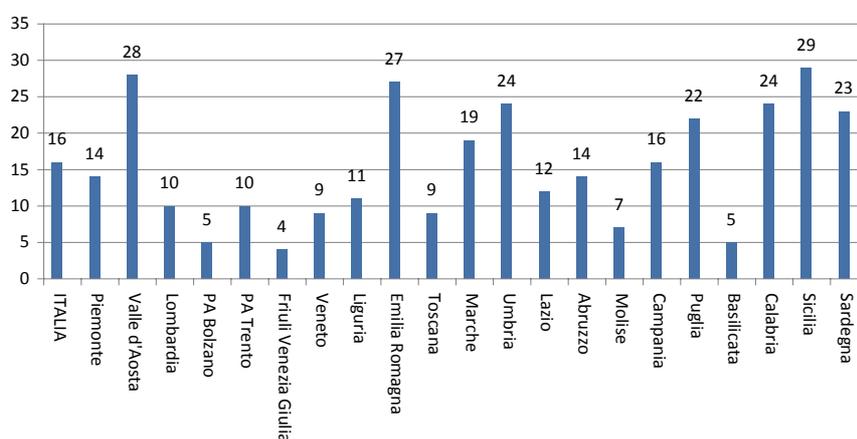
⁵ Documento sulla Tutela della salute mentale della Conferenza dei presidenti delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano del 18 gennaio 2001.

ogni 100 mila abitanti, anche in questo caso la variabilità è significativa (grafico 3): il tasso di Tso su 100 mila abitanti va da meno di 10 ogni 100 mila abitanti in Friuli-Venezia Giulia, nella Provincia autonoma di Bolzano, in Basilicata, Molise, Veneto e Toscana (9,0) a più di 20 in Calabria, Puglia, Sardegna, Emilia-Romagna, Valle d'Aosta e Sicilia.

RPS

Pietro Pellegrini e Daniele Pulino

Figura 3 - Tso/100 mila abitanti



Fonte: Elaborazione a cura degli autori su dati Siep, 2018.

Una lettura d'insieme di questi dati rinvia a un quadro nel quale una politica di salute mentale comunitaria, incentrata su un sistema attivo nelle ventiquattro ore, multidimensionale e integrato, è lontana dall'essere realizzata in gran parte del territorio nazionale nonostante le esplicite indicazioni e gli standard fissati dai progetti obiettivo Salute mentale. In particolare il dato sul Tso, fatte salve le note e non trascurabili incongruenze nella rilevazione di questo dato, appare fortemente simbolico delle differenze esistenti, specie se si considera che proprio il dispositivo del Tso, come prevede la legge, andrebbe previsto solo «[...] se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extra-ospedaliere» (articolo 35, legge 833 del 1978). Una differenza significativa che, come sottolinea un'analisi recente condotta dalla Società italiana di epidemiologia psichiatrica (Starace, Baccari e Mungai,

2017), ha una relazione diretta con il carico assistenziale, e dunque con i problemi che attengono alle dotazioni di personale e servizi. In altre parole ci sono meno Tso dove esistono politiche che sostengono il funzionamento del servizio pubblico.

Tutti questi elementi quantitativi devono essere letti anche in relazione all'esistenza di stili di lavoro e di modelli organizzativi differenti a livello soprattutto locale. Nonostante il modello bio-psico-sociale sia indicato dall'Organizzazione mondiale della sanità (Who, 2013) come il punto di riferimento, nell'organizzazione dei Dsm italiani, appare ancora prevalente il modello medico-centrico fondato sulla psichiatria per adulti, con scarse e difficili relazioni con la neuropsichiatria e con i servizi per le dipendenze patologiche, con scarsa integrazione con la medicina generale, con carenza significativa di presidi sulle ventiquattrore e con una funzione scarsamente riabilitativa dei Centri di salute mentale (Csm) e della rete residenziale. Ne deriva un modello d'intervento incentrato sul farmaco e sulla collocazione residenziale dei pazienti gravi che, come si è visto dal rapporto del Ministero della Salute, assorbe una quota consistente della spesa per la salute mentale (38,5%). Nelle strutture residenziali, pubbliche e private, sono presenti 26.117 posti letto, con una media pari al 13,1%. Questo dato conferma quanto sottolineato dal progetto di ricerca Progres, ovvero il fatto che solo una piccola percentuale di strutture ha più di venti posti letto (5,7%). «Dato confortante, dal momento che le dimensioni di una struttura residenziale rappresentano un elemento critico (a giudizio di vari autori il più critico) perché l'atmosfera nella struttura abbia caratteristiche simil-domestiche e quindi gli ospiti godano di una qualità della vita soddisfacente» (de Girolamo, Picardi e Santone, 2008). Ciononostante, va sottolineata l'esistenza di case di cura private che, seppur suddivise formalmente in moduli da venti posti, contano spesso alcune centinaia di posti ciascuna e pongono degli interrogativi rispetto ai rischi di trans-istituzionalizzazione.

Un ulteriore elemento che non va trascurato è dato dalla presenza di pratiche non terapeutiche che ripropongono forme di limitazione della libertà personale (Comitato nazionale di bioetica, 2015): Spdc con le porte chiuse e uso della contenzione permangono nella maggior parte dei Dsm (Del Giudice, 2015).

In questo quadro è avvenuta, dopo un percorso istituzionale avviato con l'approvazione delle leggi n. 9 del 2012 e n. 81 del 2014, la recente chiusura degli Ospedali psichiatrici giudiziari (Opg) e la contestuale apertura delle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicu-

rezza (Rems) che hanno avviato una fase del tutto inedita per l'assistenza rivolta alle persone con problemi di salute mentale autrici di reati.

4. L'obiettivo di una salute mentale di comunità

Il processo di chiusura degli Opg, se e dove correttamente attuato, può rappresentare infatti l'inizio di una nuova fase, quella di una salute mentale di/nella comunità, intesa in senso sostanziale, ovvero come risultato di un sistema di servizi capace di prendersi cura di tutte le persone, a prescindere dal loro stato giuridico e per l'intero arco della vita. La salute mentale di/nella comunità, infatti, vede la persona come parte della comunità sociale alla quale appartengono anche l'ospedale, il carcere e la struttura residenziale: in questa visione nessuno, persona o luogo che sia, è «extra-comunitario». Nella comunità sociale si articolano le varie forme del prendersi cura: da quelle genitoriali, educative, sociali, formativo-scolastiche, lavorative, economiche fino a quelle sanitarie. In questo quadro la salute mentale è un bene individuale e relazionale al tempo stesso e gli interventi vanno pensati sempre come socio-sanitari e di comunità (Rotelli, 2015) e inclusi in uno scenario di senso co-costruito, dove il Percorso diagnostico-terapeutico assistenziale (Pdta) della persona è un processo relazionale fondato su un'alleanza pattizia.

La salute mentale di comunità implica un forte radicamento territoriale e quindi un bacino di utenza che, di norma, per il Dsm non dovrebbe superare i 500 mila abitanti e per un Centro di salute mentale i 100 mila, come proposto nel disegno di legge n. 2850/2017 dai senatori Dirindin, Manconi e altri, che peraltro riprende e aggiorna il già citato progetto obiettivo Salute mentale, al fine di coniugare la capacità di operare in un territorio definito e di realizzare al contempo interventi sia di prossimità che altamente qualificati. In questo senso, ad esempio, appaiono utili per intensità di cura i modelli della *Stepped Care*, che consentono di articolare il Pdta partendo sempre dalla centralità della persona nella comunità, in cui è sempre più rilevante il ruolo dei cosiddetti «determinanti sociali della salute». Allo stesso modo è necessario considerare i modelli per la gestione delle cronicità (*Chronic Care Model* e altri), che indicano come sul piano sanitario tutte le patologie, disabilità, vulnerabilità-fragilità siano gestibili a domicilio. Questo implica che vi siano un alloggio, perlomeno un *caregiver* e un

RPS

Pietro Pellegrini e Daniele Pulino

reddito, e che si parta sempre dal punto di vista della persona. Occorre quindi saper cogliere il valore del protagonismo degli utenti, dell'auto mutuo aiuto, degli esperti del supporto tra pari, del facilitatore sociale e del volontariato. Così intesa la salute mentale di comunità deve tenere sempre in primo piano le condizioni di vita per il soddisfacimento dei bisogni primari. Orientamenti chiaramente espressi dal Piano di azione per la salute mentale dell'Organizzazione mondiale della sanità recepito anche a livello nazionale. La chiusura degli Opg, validata dal Consiglio superiore della magistratura e dal Comitato nazionale di bioetica (2017), costituisce certamente un'occasione per riprendere questa visione della salute mentale di comunità e può contribuire a cambiare istituzioni e patto sociale (Pellegrini, 2017), pur tra le molte contraddizioni dell'attuale normativa⁶.

Un analogo ordine di considerazioni può essere fatto sul sistema residenziale che, spesso, risponde più a bisogni di accoglienza che di abilitazione. Questo sistema può evolvere verso «l'impresa sociale» (de Leonardis, Mauri e Rotelli, 2004) e dare risposte di comunità flessibili e accessibili nelle ventiquattro ore. Possono essere realizzati presidi innovativi di sistema socio-sanitario, includendo tutte le forze della comunità, creando condizioni di autonomia delle persone ed evitando di favorire, anche indirettamente, le spinte alla distruzione del sistema delle residenze in favore di servizi sempre meno qualificati o di nulla. Certo, l'obiettivo di una salute mentale di comunità deve confrontarsi oggi con l'indebolimento del sistema universalistico, con l'apertura a forme di welfare «a tutela individuale» (Thornicroft e Tansella, 2010) e con la crescita di richieste di coperture selettive, «speciali», in relazione a diagnosi specifiche fino ad avere leggi *ad hoc*, come è stato ad esempio nel caso dell'autismo. I servizi si trovano così a dover gestire un ampio divario tra una domanda e un'offerta crescenti e a dover stabilire ordini di priorità anche in relazione alla scarsa definizione dei Li-

⁶ La nuova legge infatti non ha modificato la misura di sicurezza come definita dal codice penale, cioè misura detentiva di cura-custodia. Ciononostante, l'attenzione alla salute mentale delle persone autrici di reati può rappresentare un'occasione per dare centralità alla salute mentale di tutti, a condizione che il Dsm proponga nella pratica dei servizi una visione universalistica che contrasti la frammentazione sociale e l'abbandono delle diversità. Il mandato di cura deve quindi essere ribadito come centrale e va contrastata l'impostazione neo-positivista della psichiatria con la sua espansione delle diagnosi che rischia di diffondere la convinzione che tutto si possa diagnosticare, prevedere e curare.

velli essenziali di assistenza (Lea) nel settore della salute mentale. Va considerato inoltre che il lavoro di cura, abilitazione e promozione dei diritti avviene in contesti sociali non accoglienti in cui i servizi talora svolgono funzioni essenzialmente surrette dando protezione a persone che altrimenti verrebbero abbandonate. Tutto ciò chiama in causa appropriatezza, etica, civiltà, risorse e compatibilità economica, considerando che quest'ultima non può essere una ragione per comprimere i diritti⁷. Si pone al riguardo anche un ulteriore interrogativo: come si può vivere nella comunità con redditi e pensioni che non sono nemmeno la metà del «minimo vitale»?

In tale scenario si è introdotto in alcune Asl l'utilizzo dei *budget di salute*, che rappresentano uno strumento di sostegno al progetto terapeutico individuale, in grado di agire sui determinanti sociali della salute, di attuare azioni di abilitazione e di capacitazione delle persone come elementi di inclusione sociale, proponendo un cambio di paradigma che tarda a realizzarsi (Saraceno, 1995). I budget di salute, infatti, sono una forma particolare di strumento finanziario alla base dei progetti abilitativi individuali predisposti dal Dsm, che organizza l'insieme delle risorse economiche e umane, pubbliche e private in relazione al conseguimento di obiettivi che riguardano le sfere dell'abitare, della socialità, del lavoro e della formazione. Questo strumento va impostato per sostenere i processi abilitativi, capacitanti e non, che si rivelano spesso infantilizzanti e in sostanza inabilitanti.

Una considerazione conclusiva. I cambiamenti avvenuti, le nuove domande, le questioni aperte richiedono oggi un nuovo protagonismo da parte degli operatori, che tenga conto del ruolo degli utenti, del loro *empowerment*, dello sviluppo dell'auto mutuo aiuto, del «fare assieme»⁸, in una visione unitaria del sistema di welfare e in un quadro di diritti dove anche lo strumento del Tso possa divenire residuale fino al suo completo superamento. Indubbiamente, per fare tutto ciò, anche il sistema dei diritti e delle tutele andrebbe migliorato, ad esempio applicando la recente legge n. 219/2017 sul consenso informato e le Disposizioni anticipate di trattamento (Dat) che prevedono la pianificazione condivisa delle cure. Tuttavia la salute mentale di comunità e

⁷ A questo riguardo è opportuno ricordare, ad esempio, la sentenza n. 275/2016 della Corte costituzionale che sancisce «la garanzia dei diritti incompressibili a incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione».

⁸ Cfr. www.fareassieme.it/.

la piena affermazione dei diritti della persona che vive l'esperienza del disturbo mentale si fondano oggi su ciò che, in molti luoghi, è stato già positivamente realizzato e che costituisce il patrimonio da cui possiamo ripartire per progettare il futuro.

RPS

LE SFIDE DELLA RIFORMA PSICHIATRICA

Riferimenti bibliografici

- Basaglia F. e Giannichedda M.G., 1982, *Legge e psichiatria*, in Basaglia F., *Scritti II. Dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica*, Einaudi, Torino.
- Castel R., 1975, *Lo psicanalismo. Psicanalisi e potere*, Einaudi, Torino.
- Castel R., 1979, *L'ordine psichiatrico. L'epoca d'oro dell'alienismo*, Feltrinelli, Milano.
- Castel R., 1982, *La Gestion des risques: de l'antipsychiatrie à l'après-psychoanalyse*, Editions de Minuit, Parigi.
- Comitato nazionale di bioetica, 2015, *La contenzione: problemi bioetici*, disponibile all'indirizzo internet: http://bioetica.governo.it/media/170733/p120_2015_la-contenzione-problemi-bioetici_it.pdf.
- Comitato nazionale di bioetica, 2017, *La cura delle persone con malattie mentali: alcuni problemi di bioetica*, disponibile all'indirizzo internet: www.sossanita.it/doc/2017_11_Cura-persone-con-malattie-mentali-problemi-bioetici_it-cnb.pdf.
- De Girolamo G., Picardi A. e Santone G., 2008, *La ricerca sui servizi di salute mentale in Italia. Una overview dei progetti di ricerca Progres*, «Tendenze Nuove», n. 6, pp. 639-670.
- Del Giudice G., 2015, *...e tu slegalo subito. Sulla contenzione in psichiatria*, Edizioni Alfabeta Verlag, Merano.
- de Leonardis O., Mauri D. e Rotelli F., 2004, *L'impresa sociale*, Anabasi, Milano.
- Doerner K., 1969, *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*, Laterza, Roma-Bari.
- Foucault M., 1963, *Storia della follia nell'età classica*, Rizzoli, Milano.
- Foucault M., 2003, *Il potere psichiatrico*, Feltrinelli, Milano.
- Giannichedda M.G., 1982, *Sul servizio psichiatrico «forte» e sul potere della psichiatria* in Crepet P., De Plato G., De Salvia D. e Giannichedda M.G. (a cura di), *Fra regole e utopia. Ipotesi e pratiche per una identificazione del campo psichiatrico*, Cooperativa editoriale Psichiatria democratica.
- Giannichedda M.G., 1983, *I circuiti di medicina e assistenza nella formazione della domanda psichiatrica*, in Gallio G., Giannichedda M.G., de Leonardis O. e Mauri D., *La libertà è terapeutica? L'esperienza psichiatrica di Trieste*, Feltrinelli, Milano.
- Giannichedda M.G., 1988, *Il trattamento sanitario obbligatorio*, «Democrazia e diritto», n. 4-5, pp. 249-282.

- Giannichedda M.G., 1991, *Per noi una normalità che non costi il loro internamento*, «Dei delitti e delle pene», n. 1, pp. 105-282.
- Giannichedda M.G., 2005, *La democrazia vista dal manicomio*, «Animazione Sociale», n. 192, pp. 18-30.
- Goffman E., 1968, *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi, Torino.
- Labos, 1989, *Il dopo 180: primo bilancio di una riforma*, Edizioni Ter, Roma.
- Ministero della Salute, 2017, *Rapporto sulla salute mentale. Analisi dei dati del Sistema informativo per la salute mentale (Sism), anno 2016*, disponibile all'indirizzo internet: www.salute.gov.it.
- Ongaro Basaglia F., 2012, *Tutela dei diritti e saperi disciplinari*, in Ongaro Basaglia F., *Salute/malattia. Le parole della medicina*, Edizioni AlphaBeta Verlag, Merano.
- Pellegrini P., 2017, *Liberarsi dalla necessità degli ospedali psichiatrici giudiziari*, Edizioni AlphaBeta Verlag, Merano.
- Piccione D., 2013, *Il pensiero lungo. Franco Basaglia e la Costituzione*, Edizioni AlphaBeta Verlag, Merano.
- Prina F., 1993, *La malattia mentale tra esclusione e diritti*, Sonda, Torino.
- Pulino D., 2016, *Prima della legge 180. Psichiatri, amministratori e politica (1968-1978)*, Edizioni AlphaBeta Verlag, Merano.
- Rotelli F., 1987, *Le istituzioni della «deistituzionalizzazione»* in Ongaro Basaglia F. e Giannichedda M.G., *Psichiatria, tossicodipendenze, perizia. Ricerche su forme di tutela, diritti, modelli di servizio*, Franco Angeli, Milano.
- Rotelli F., 2015, *L'istituzione inventata. Almanacco Trieste 1971-2010*, Edizioni AlphaBeta Verlag, Merano.
- Saraceno B., 1982, *Psichiatria Democratica: cronaca di una lotta*, «Sapere», n. 851, pp. 21-28.
- Saraceno B., 1995, *La fine dell'intrattenimento. Manuale di riabilitazione psichiatrica*, Etas Libri Rcs Medicina, Milano.
- Starace F., Baccari F. e Mungai F., 2017, *Quaderno Siep - La salute mentale in Italia. Analisi delle strutture e delle attività dei Dipartimenti di salute mentale*, disponibile all'indirizzo internet: <http://siep.it/quaderno-siep/>.
- Terzian E. e Tognoni G., 2003, *Indagine sui Servizi psichiatrici di diagnosi e cura*, «Rivista sperimentale di freniatria», vol. CXXVII, n. 2, supplemento, pp. 1-8.
- Thornicroft G. e Tansella M., 2010, *Per una migliore assistenza psichiatrica*, Cic Edizioni Internazionali, Roma.
- Trincas G., 2014, *Le associazioni dei familiari nel processo di miglioramento dei servizi di salute mentale: criticità e proposte*, relazione al convegno «Salute mentale, Opg e diritti umani», Palazzo Giustiniani, Senato della Repubblica, Roma, 11 novembre.
- Who - Collaborating Centre for Research and Training, Dipartimento di salute mentale, Aas n. 1 Triestina, 2013, *Piano per la salute mentale 2013-2020*.

