

RPS

la Rivista delle Politiche Sociali

ITALIAN JOURNAL OF SOCIAL POLICY

DIRETTORE

Stefano Cecconi

COMITATO SCIENTIFICO

Ugo Ascoli

Jean-Claude Barbier

Pietro Barrera

Enzo Bernardo

Marina Boni

Giuliano Bonoli

Paolo Calza Bini

Massimo Campedelli

Dario Canali

Antonio Cantaro

Andrea Ciarini

Giuseppe Costa

Colin Crouch

Gianfranco D'Alessio

Sandro Del Fattore

Paolo De Nardis

Francesca De Rugeris

Luigina De Santis

Nerina Dirindin

Maurizio Franzini

Gianni Geroldi

Maria Grazia Giannichedda

Ian Gough

Elena Granaglia

Mauro Guzzonato

Matteo Jessoula

Angelo Marano

Nicola Marongiu

Saul Meghnagi

Massimo Paci

Emmanuele Pavolini

Ivan Pedretti

Laura Pennacchi

Mario Pianta

Gianni Principe

Enrico Pugliese

Michele Raitano

Mario Sai

Giovanni Battista Sgritta

Alan Walker



EDIESSE

la Rivista delle Politiche Sociali

ITALIAN JOURNAL OF SOCIAL POLICY

APRILE-GIUGNO 2018

Direzione, redazione e segreteria
Via delle Quattro Fontane 109 - 00184 Roma
Tel. 0039 6 44870323 - Fax 06 44870335
rps@ediesseonline.it

Amministrazione e diffusione
Ediesse s.r.l. - Via delle Quattro Fontane 109 - 00184 Roma
Tel. 0039 6 44870260 - Fax 06 44870335

Tariffe di abbonamento 2018
Annuo 80,00 euro - Estero 160,00 euro
Sostenitore 180,00 euro
Una copia 25,00 euro - Arretrati 50,00 euro
L'importo dell'abbonamento può essere versato
sul conto corrente postale n. 935015
intestato a Ediesse s.r.l., specificando la causale

Proprietà
Ediesse s.r.l. Registrazione Tribunale di Roma
Sezione Stampa n. 57/2004 del 20/02/2004
spedizione A.P. - 45% - art. 2, comma 20/B
legge 662/96, Filiale di Roma

Coordinamento
Rossella Basile

Progetto grafico
Antonella Lupi

Stampa
O.GRA.RO. s.r.l. - Vicolo dei Tabacchi, 1 - Roma
Finito di stampare nel mese di luglio 2018

Distribuzione in libreria
MESSAGGERIE LIBRI S.P.A.

www.larivistadellepolitichesociali.it

Egregio Abbonato, ai sensi del d.lgs. n. 196/2003 La informiamo che i Suoi dati sono conservati nel nostro archivio informatico e saranno utilizzati dalla nostra società, nonché da enti e società esterne a essa collegate, solo per l'invio di materiale amministrativo, commerciale e promozionale derivante dalla nostra attività.

La informiamo inoltre che Lei ha il diritto di conoscere, aggiornare, cancellare, rettificare i Suoi dati od opporsi all'utilizzo degli stessi, se trattati in violazione del suddetto decreto legislativo.

COMITATO DI REDAZIONE

Luca Alteri
Lisa Bartoli
Rossella Basile
Francesca Carrera
Stefano Daneri
Roberto Fantozzi
Alessandra Fasano
Mara Nardini
Alessandro Purificato
Alessia Sabbatini
Elisabetta Segre
Leopoldo Tartaglia

DIRETTORE RESPONSABILE

Paolo Andruccioli

La Rivista si avvale della procedura di valutazione e accettazione degli articoli *double blind peer review*



il Patronato della CGIL

indice

TEMA**Leggi 180, 194 e 833:****attualità e prospettive di tre grandi riforme***a cura di Nerina Dirindin e Maria Grazia Giannichedda**Nerina Dirindin e Maria Grazia Giannichedda*

Quarant'anni di sfide e di trasformazioni. Nota introduttiva 9

Benedetto Saraceno

Che cosa è oggi la psichiatria?

Luci e ombre della *global mental health* 21*Pietro Pellegrini e Daniele Pulino*

Le sfide della riforma psichiatrica 35

Franco Rotelli

Verso la città che cura 53

Claudia Demichelis, Carlo Gnetti e Gisella Trincas

Vivere con la sofferenza mentale.

La parola di utenti e familiari 65

Chiara Saraceno

Un diritto all'autodeterminazione parziale 79

Franca Bonichi e Rossana Trifiletti

I consultori oggi: origine, esperienze, bilancio 95

Rosy Bindi

Il quarantesimo anniversario

del Servizio sanitario nazionale 111

Gavino Maciocco
A quarant'anni dall'istituzione del Servizio sanitario nazionale.
L'assalto all'universalismo 123

Emmanuele Pavolini
I processi di aziendalizzazione in Italia.
Le principali trasformazioni nel corso di un quarto di secolo 139

Gianni Tognoni e Alice Cauduro
Farmaci (e tecnologie) come indicatore,
didattico e complessivo, della storia
del Sistema sanitario nazionale 157

Rossana Dettori
Il welfare fa bene all'Italia 173

ATTUALITÀ

Contrasto alla povertà e politiche di reddito minimo in Europa

Massimo Baldini, Gianluca Busilacchi e Giovanni Gallo
Da politiche di reddito minimo a sistemi integrati
nel contrasto alla povertà? Un'analisi di dieci paesi europei 189

Nicola Marongiu
Contrasto alla povertà, tra reddito
e welfare locale 213

DIBATTITO

Populismo, democrazia e sistema politico italiano

Ilvo Diamanti e Marc Lazar, *Popolocrazia*,
Laterza, Roma-Bari, 2018

Roberto Biorcio
I populisti al governo
e la ridefinizione dello spazio politico 223

<i>Michele Prospero</i> La popolocrazia e l'ossimoro di un populismo di sinistra	237
--	-----

APPROFONDIMENTO

<i>Rosy Musumeci</i> Immigrati e servizi socio-sanitari nell'evento nascita: i risultati di un'indagine empirica a Torino	251
---	-----

<i>English Abstracts</i>	269
--------------------------	-----

<i>Le autrici e gli autori</i>	277
--------------------------------	-----

RPS

indice

TEMA

Leggi 180, 194 e 833:
attualità e prospettive di tre grandi riforme

a cura di Nerina Dirindin e Maria Grazia Giannichedda

Quarant'anni di sfide e di trasformazioni.

Nota introduttiva

Nerina Dirindin e Maria Grazia Giannichedda

RPS

Rps dedica il numero 2 del 2018 a tre grandi leggi che hanno mutato profondamente le condizioni di vita degli italiani e delle italiane: la legge 180 (13 maggio 1978) che ha stabilito la chiusura degli ospedali psichiatrici (Op) e ridefinito il trattamento psichiatrico volontario e obbligatorio; la legge 194 (22 maggio 1978) che ha disciplinato l'interruzione volontaria di gravidanza (Ivg) e potenziato i consultori; la legge 833 (23 dicembre 1978) che ha istituito il Servizio sanitario nazionale (Ssn) a base universalistica e solidale.

Queste tre riforme, strettamente connesse alle lotte per la salute e per i diritti civili e sociali sanciti dalla Costituzione, sono state precedute da molteplici esperienze innovative a livello locale e sono state sostenute da un ricco dibattito politico, culturale e scientifico. Il sistema di tutela della salute delineato nel 1978 ha subito nel corso degli anni grandi trasformazioni sia nell'organizzazione dei servizi che nelle realizzazioni concrete, ma ha mantenuto sostanzialmente immutati – almeno sulla carta – i principi alla base del disegno originario. Il numero si propone di rileggere il percorso effettuato in questi quaranta anni in relazione alle trasformazioni intervenute ai vari livelli – economico, politico, sociale, demografico, epidemiologico – cercando di cogliere diversi aspetti: l'effettiva esigibilità dei diritti, il ruolo del lavoro, gli squilibri territoriali, la ricerca e le innovazioni tecnologiche, le forme di governance. Si propone inoltre di valutare se e come ciascuna delle tre riforme possa ancora incidere nell'attuale situazione e rispetto alle prospettive future del welfare italiano.

Delle tre riforme, l'ultima in ordine cronologico, la riforma sanitaria, è certamente quella di portata più vasta. Sul piano economico e istituzionale, infatti, ha messo in moto straordinari processi di trasformazione in un campo, quello della salute, che ha un rilievo grandissimo e sempre crescente nei paesi economicamente più ricchi; sul piano politico e culturale ha dato corpo a diversi principi costituzionali, disegnando un modello di tutela che attiene a tutti gli aspetti della salute, inclusi quelli oggetto delle due leggi approvate qualche mese prima. Una di queste, la 194, mantiene una sua autonomia, data la scelta del legislatore di disciplinare altrimenti, e non semplicemente sottrarre al

codice penale, il ricorso alla Ivig, il cui controllo ed esecuzione si svolgono comunque all'interno del Ssn L'altra legge, la 180, in realtà restò in vigore soli sei mesi poiché fu inclusa, con alcune modifiche, nella legge 833, ma il fatto stesso che si continui a chiamarla «legge 180», spesso con opportune virgolette, segnala la forte identità che questa riforma ha mantenuto attraverso i percorsi di chiusura degli ospedali psichiatrici e di costruzione del sistema di servizi per la salute mentale. La storia di questa riforma ha dei suoi tratti specifici, connessi alla natura del suo oggetto, alla radicalità della nuova legge, alla portata delle trasformazioni che implicava sul piano istituzionale. La vicenda della 194 è analoga, ma in entrambi i casi la storia di queste riforme è la storia stessa della 833 e deve quindi essere letta all'interno dei più generali processi di mutamento che, a livello dell'economia, delle tecnologie, della politica, della società, hanno accompagnato e cambiato in questi quarant'anni il Ssn.

Ripercorriamo ora per sommi capi le vicende della 833, segnalando successivamente i temi chiave della 180 e della 194 e i contenuti della sezione monografica del fascicolo.

Nel primo decennio, gli anni ottanta, il Ssn rimane sostanzialmente «sospeso» tra livelli regionali in parte maturi (soprattutto al Nord e Centro Nord) e in parte inerti (soprattutto al Sud) e un livello centrale volutamente distratto quando non francamente ostile: basti ricordare, ad esempio, che a sei mesi dall'approvazione della 833, il 5 agosto del 1979, il primo Governo Cossiga affidò il Ministero della Sanità a Renato Altissimo, segretario del Partito liberale che insieme al Movimento sociale aveva votato contro la riforma sanitaria, 77 voti contro 381. Il sistema sanitario è messo a dura prova in quei primi anni di vita ma regge la sfida, anche perché alcune regioni (purtroppo non tutte) mostrano sin da subito capacità di programmazione, organizzazione e gestione che vanno al di là di ogni aspettativa. Nel 1981 la 194 supera in modo sostanziale lo scoglio del referendum abrogativo, respinto con il 68% dei voti. Il sistema dei servizi psichiatrici attraversa in quegli anni la fase di maggior polarizzazione: da un lato le esperienze storiche e alcune nuove dimostrano possibile una psichiatria senza manicomio; dall'altro, servizi pochi e malfunzionanti in intere regioni, che pure legiferano ma non agiscono, anche perché in Parlamento una ventina di disegni di legge propongono l'abolizione o la distorsione della 180. A livello centrale, nessun dato sulle strutture esistenti fino al 1985, quando a seguito di campagne pressanti, il ministro della sanità Degan commissiona al Censis la prima indagine nazionale.

Occorre attendere il 1988 (Governo De Mita e ministro Donat-Cattin) per vedere dal livello centrale un intervento significativo di politica sanitaria. Si tratta del piano straordinario di investimenti in edilizia sanitaria e per l'ammodernamento tecnologico che mette a disposizione della sanità risorse per oltre 23 miliardi di euro (il cd. articolo 20 della legge 67/88): un programma imponente, che ha contribuito a migliorare la qualità del patrimonio strutturale e tecnologico della sanità e che ancora oggi è oggetto di rimpianto. L'anno successivo segna una svolta anche per la 180: Donat-Cattin presenta il primo Progetto Obiettivo salute mentale, che però è giusto un segnale poiché la sanità, nello stesso anno, torna al Partito liberale con il ministro De Lorenzo.

I primi anni novanta sono segnati da un duro attacco al Ssn: nel 1992 viene approvata una riforma che introduce profonde modifiche alla legge 833 (d.lgs. 502/1992, Governo Amato, ministro De Lorenzo). L'insoddisfazione nei confronti della sanità pubblica (sostanzialmente accusata di non prevedere trattamenti differenziati a favore dei ceti più abbienti) trova alleanze nel contesto economico e politico dell'epoca. La svolta della finanza pubblica del 1992, le inchieste di tangentopoli (che toccano anche il settore dei farmaci) e la fine della «prima Repubblica» contribuiscono a dare forza alle richieste di un sistema aperto al mercato, libero dall'ingerenza della politica, gestito con gli strumenti propri del settore privato e sempre più decentrato. Direzioni di cambiamento che possono essere messe al servizio di obiettivi di rafforzamento di un sistema di *tutela* universalistico, solidale, essenziale e non discriminante, ma che possono anche essere finalizzate a scopi profondamente diversi, di sviluppo di un sistema *produttivo* selettivo, differenziato, in continua espansione e costoso. E la storia del Ssn sarà segnata sempre da tale ambivalenza. L'attacco del 1992 viene comunque respinto, prima nel 1993 (Governo Ciampi, ministro Garavaglia) e poi definitivamente nel 1999 (Governo D'Alema, ministro Bindi). Le insidie tuttavia permangono e lavorano fino ai nostri giorni con la pazienza della goccia che scava la pietra.

Per la 180, gli anni novanta segnano un salto di qualità. Nel 1994 (ancora durante il Governo Ciampi) viene pubblicato il progetto obiettivo '94-96 e anche dal governo successivo (presidente Berlusconi, ministro della Sanità il liberale Costa) arriva un gesto verso l'applicazione, o perlomeno la non smentita della riforma. Nella finanziaria del 1994 viene in fatti inserito un articolo che conferma la necessità di andare avanti nella chiusura degli ospedali psichiatrici pubblici e pri-

RPS

Nerina Dirindin e Maria Grazia Giannichedda

vati, processo che ormai è molto avanzato, con non più di 14 mila posti letto ancora in funzione nei 63 Op pubblici e oltre 5mila nei 13 Op privati convenzionati. È chiaramente una misura di contenimento della spesa pubblica, che adotta un'argomentazione del movimento per l'applicazione della 180, che continuava a dimostrare che quella per gli Op era una spesa inefficace sul piano del benessere delle persone e inefficiente sul piano economico, dato il crescere dei costi unitari col diminuire del numero di internati: i costi degli Op erano diventati scandalosi a fronte delle condizioni di vita negli «istituti psichiatrici residuali», come li chiamava l'Istat, definizione che sarà poi traslata alle persone, dette «residuo manicomiale». Bisognerà però attendere i Governi Prodi e D'Alema e i quattro anni di lavoro del ministro Bindi (1996-2000) per ottenere dal livello centrale politiche orientate verso l'applicazione reale della 180. Nel 1998 tutti gli Op risultano finalmente chiusi mentre si è accelerato in tutto il paese il processo di diffusione di sistemi di servizi di salute mentale che nascono, e restano tuttora, seriamente diseguali nella quantità e qualità dell'offerta (si veda il contributo di Pellegrini e Pulino).

Le riforme degli anni novanta introducono nel Ssn due innovazioni di grande rilievo: la regionalizzazione e l'aziendalizzazione (si veda il saggio di Pavolini). Portare le decisioni più vicine ai cittadini, consentire una maggiore aderenza alle esigenze delle singole realtà, valorizzare le specificità dei territori, spingere le regioni a migliorare le loro performance, disincentivare la formazione di disavanzi, introdurre elementi di remunerazione volti a premiare l'efficienza e la qualità, definire l'ambito delle garanzie, sono tutti obiettivi che, a cavallo dei due secoli, hanno tentato di guidare l'evoluzione del sistema nel rispetto dei principi della 833. Ma il contesto insidioso ha anche favorito un aumento delle diseguaglianze fra regioni e all'interno delle regioni, una malsana competizione fra aziende sanitarie e fra regioni (ora per la verità in gran parte superata), una diffusa tendenza a considerare gli equilibri di bilancio l'unico obiettivo da raggiungere, un aumento della complessità delle procedure, un progressivo impoverimento della relazione di cura (stretta tra vincoli di tempo e specializzazione degli interventi).

Nel 2000 l'Organizzazione mondiale della sanità pone il sistema sanitario italiano fra i migliori del mondo, un primato che viene sostanzialmente confermato nel corso degli anni da altri organismi internazionali: il nostro paese ha un sistema giudicato poco costoso ed efficace. Ma le difficoltà dell'ultimo decennio, dopo la crisi iniziata nel 2008, mettono a rischio il mantenimento di tali risultati.

Gli anni 2000 sono caratterizzati da un proliferare di interventi di riordino dei servizi sanitari regionali che presentano elementi di forte preoccupazione. L'indicatore più significativo, per quanto grossolano, è la dimensione delle aziende sanitarie locali: nel 1995 si contavano 228 Asl con una popolazione media di 250 mila abitanti, nel 2017 le aziende sanitarie locali (che assumono denominazioni molto diverse) sono 101 con una media di 600 mila abitanti. Anche le aziende ospedaliere si riducono, ma in misura molto più limitata (da 115 a 102). Si tratta di una vera e propria «epidemia di gigantismo», qualche volta introdotta in realtà mature sotto il profilo organizzativo, manageriale e professionale (e quindi con buone probabilità di superare le inevitabili difficoltà), più spesso calata dall'alto in realtà problematiche, poco organizzate e con modesta cultura amministrativa e professionale (e quindi con il rischio di aumentare l'incertezza e la confusione).

Al di là dei tradizionali obiettivi dichiarati (più efficienza, più efficacia, più economicità), il riordino dei servizi sanitari regionali sembra essere motivato da una pluralità di ragioni non sempre esplicite: contabilizzare (non necessariamente realizzare) ipotetiche economie di scala, limitare il numero di direttori generali da governare, dimostrare (alla popolazione, alla politica, ai livelli centrali) l'intenzione di razionalizzare il sistema, percorrere strade simili a quelle di regioni *amiche*, seguire i suggerimenti di vari consulenti (quelli imposti dai ministeri e quelli consultati direttamente), creare le condizioni per uno *spoil system* diffuso (commissariando le aziende in attesa dell'approvazione del nuovo assetto), uniformarsi alla diffusa convinzione che un nuovo assetto organizzativo non possa che essere foriero di benefici. Quasi mai le riforme sono introdotte avendo preliminarmente valutato (se non attraverso generici enunciati ottimistici) le ricadute sulla popolazione destinataria dei servizi. Anzi, si ha l'impressione che il problema della *distanza* fra vertici aziendali, professionisti e cittadini (ad esempio nelle aziende con oltre un milione di abitanti o con oltre 4-5 mila dipendenti) non sia stato adeguatamente considerato, tanto è vero che solo recentemente è emerso il tema del *middle management*, necessario per garantire il raccordo tra i vertici decisionali e gli attuatori delle politiche. Il tutto in presenza di un elemento di debolezza per lo più ignorato: il contratto dei direttori generali delle aziende sanitarie (e la loro formazione) è ancora quello del 1999, quando il bilancio delle Asl era nettamente inferiore a quello attuale, così come la popolazione media da servire e i dipendenti. Come si può pensare di attrarre (o trattenere) nel pubblico manager di buon livello quando le condizioni di lavoro

RPS

Nerina Dirindin e Maria Grazia Giannichedda

(compresa la remunerazione) sono decisamente penalizzanti rispetto al privato? Tutto sembra congiurare contro il Servizio sanitario nazionale. D'altra parte il gigantismo è figlio anche di un'altra esigenza: quella di riuscire a sopravvivere al de-finanziamento della sanità pubblica, avviando riforme che – a prescindere dalla loro effettiva efficacia – consentano di scavalcare «quanto resta della notte». Purtroppo, quando «la notte» sarà passata, il sistema si troverà in condizioni talmente indebolite da faticare a riprendersi. L'assalto all'universalismo di cui parla Maciocco nel suo saggio è illuminante.

Negli anni più recenti il Ssn deve fare i conti con nuove sfide (che si aggiungono, purtroppo, alle vecchie): la de-politicizzazione dei diritti dei cittadini, declassati a mere enunciazioni di principio o cause «umanitarie» (si veda il saggio di Bindi); gli interessi di potenti operatori economici che mettono a rischio i bilanci della sanità (come Big Pharma, si veda il saggio di Tognoni) o la promozione della salute (come Big Food o Big Alcol); il de-finanziamento del servizio sanitario nazionale (che colpisce soprattutto il personale dipendente; si veda anche il saggio di Dettori); l'azzeramento degli stanziamenti per investimenti (che impongono alle aziende costosissime forme di partenariato pubblico-privato); lo sviluppo del welfare contrattuale e aziendale (sempre meno integrativo e sempre più sostitutivo del Ssn) e la promozione del pilastro assicurativo. Una nuova presenza, infine, si è fatta strada con forza e rapidità nel Ssn: le Ict, le tecnologie digitali di informazione e comunicazione. Con questi strumenti, che hanno già un impatto enorme in ambito socio-sanitario (non a caso sul tema è intervenuto il Comitato di bioetica), entrano in gioco altri «protagonisti forti» che pongono sfide nuove, rese pericolose dalla crescente debolezza delle istituzioni democratiche e dalla sostanziale assenza di una qualche resistenza a «sinistra», per usare le parole di Gavino Maciocco.

Il calendario degli eventi cruciali per la legge 180 non si discosta, come si è visto, da quello della 833. Tuttavia l'operazione che con la 180 entra a far parte dei compiti del Ssn ha dei tratti molto particolari su cui è necessario soffermarsi. Si tratta infatti di realizzare «il superamento degli Op» (art. 64/833) e di istituire «servizi a struttura dipartimentale» che hanno «funzioni preventive, curative e riabilitative» e tra i compiti «l'esecuzione dei trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale», i Tso (art. 34). Ora è necessario un rapido passo indietro per cogliere appieno la portata delle funzioni e delle questioni che con la 180 entrano nel Ssn.

Con la 180 arriva nella medicina una disciplina che ha cercato fin dalle origini di iscriversi nell'ambito medico ma che ha costruito le proprie categorie e tecniche di intervento in un quadro giuridico del tutto speciale, in un vero e proprio *regime d'eccezione* rispetto al resto della medicina. La psichiatria trova infatti nella legge non solo la configurazione della sua funzione sociale ma la stessa definizione del suo oggetto. La legge, in altre parole, definisce non solo i compiti e le istituzioni della psichiatria, come fa nel caso della medicina, ma si spinge fino a disegnare i contorni, l'identità del suo oggetto. «Devono essere custodite e curate nei manicomi le persone affette da alienazione mentale quando siano pericolose a sé o agli altri e riescano di pubblico scandalo» diceva il primo articolo della legge del 1904: «il concetto di pericolosità sociale costituisce così» non solo il motivo della privazione di libertà per il malato (e della sanzione giuridica per il medico che non lo custodisca) ma anche «una sorta di grande categoria diagnostica su cui la psichiatria ritaglia e differenzia la classificazione delle malattie mentali» (Basaglia e Giannichedda, 1982, pp. 883-885). Il patto con lo Stato per il riconoscimento e l'internamento della pericolosità sociale malata orienta in modo determinante la direzione di sviluppo del sapere psichiatrico. Questo patto, che attribuisce al corpo professionale degli psichiatri un particolare «potere» istituzionale e sociale (Foucault, 2004) e una peculiare, diretta rilevanza politica (Castel, 1976, pp. 138-167), finirà per ostacolare, nonostante le teorie e le sperimentazioni di diversi riformatori, ogni possibilità di uscita da quel «paradigma dell'internamento» che è stato la fortuna della psichiatria ma anche la sua prigione (Castel, 1976, pp. 181-183). La 180 interrompe questa storia: abolisce il manicomio e la sua legge ed elimina l'automatismo fra malattia mentale e pericolosità, e quindi fa un passo sostanziale verso la piena «dignità sociale» ed «eguaglianza» giuridica delle persone con disturbo mentale; elimina la commistione fra psichiatria e ordine pubblico, e quindi fa un passo sostanziale verso la liberazione della psichiatria dal «paradigma dell'internamento».

Com'è cambiata la psichiatria in questi quarant'anni all'interno del nuovo e diverso patto con lo Stato, quello del Ssn? Quali servizi sono nati dal mandato alla «presa in carico» delle persone nelle loro comunità di vita? Il saggio di Pellegrini e Pulino, che percorre le diverse fasi della riforma dalla drammatica situazione dei primi anni allo sviluppo dei servizi e alle sfide attuali, conferma un quadro abbastanza noto, che è emerso anche dall'informazione più attenta in occasione del quarantennale della 180. Una parte della psichiatria ha certamente rea-

RPS

Nerina Dirindin e Maria Grazia Giannichedda

lizzato il cambio di paradigma che è la posta in gioco della riforma, ha inventato e messo a regime Dipartimenti di salute mentale (Dsm) radicati nelle comunità, con servizi disponibili 24 ore e prestazioni variegata che non ripropongono strumenti e culture dell'internamento (bassi o assenti Tso, porte aperte nei servizi ospedalieri, accessibilità diretta ai centri di salute mentale, intensa attività domiciliare ecc.). Ma questi Dsm sono in realtà una minoranza, il che non significa che tutti gli altri si muovano compattamente in direzione opposta. La forte variabilità tra le regioni e nella stessa regione indica che continuano a coesistere spinte contraddittorie all'interno dei Dsm e dei servizi, che emergono non di rado in dibattiti e iniziative pubbliche e che testimoniano come il processo di trasformazione del sistema sia tutt'ora in corso, in un clima pieno di insidie ma anche di potenzialità. È certo comunque che in Italia, tra mille contraddizioni, è avvenuto uno straordinario cambiamento, la cui portata si coglie meglio nel paragone con gli altri paesi. Un articolo recentissimo pubblicato dall'«International Journal of Mental Health Systems» (Barbui, Papola e Saraceno, 2018, pp. 12-43) mette a confronto l'organizzazione del sistema italiano di salute mentale con quello dei paesi del G7, le economie più ricche del pianeta (Stati Uniti, Canada, Giappone, Germania, Regno Unito, Italia, Francia). L'Italia è il solo tra questi paesi a non avere letti di Op (negli altri paesi si va dagli 8 per 100 mila abitanti nel Regno Unito ai 204 del Giappone); anche il numero di letti psichiatrici in ospedale generale è in Italia il più basso mentre è il più alto il numero di letti in strutture residenziali nel territorio (46 su 100 mila, più del doppio che negli Stati Uniti che è il paese che ne ha il numero maggiore, 22). L'articolo mette anche a confronto il numero di letti psichiatrici con una variabile spesso usata come indicatore di salute mentale, il tasso di suicidi, evidenziando che in Italia si è mantenuto sostanzialmente costante in questi quarant'anni (e concludendo che in realtà non si evidenzia alcuna correlazione significativa fra suicidi e disponibilità di letti psichiatrici: il Giappone ha il più alto tasso sia di suicidi che di letti psichiatrici).

Il fatto che il paradigma dell'internamento appaia tuttora dominante nei sistemi psichiatrici del mondo ricco getta una luce diversa sulla situazione italiana. Induce a pensare che gli orientamenti politici, l'azione o l'inerzia dei governi centrali e locali non siano elementi sufficienti a spiegare ciò che in Italia è accaduto e ciò che non è accaduto e poteva accadere, e i limiti e i pericoli della situazione attuale. Induce a pensare che si debba indagare, di nuovo, come all'inizio del movi-

mento anti-istituzionale, dentro la psichiatria stessa, nel suo modello di sviluppo, nelle modalità con cui questa disciplina interpreta e agisce il suo essere divenuta parte del Ssn. Il saggio di Benedetto Saraceno è tutto incentrato su questa operazione di analisi critica della psichiatria attuale, e conferma l'assunto iniziale del saggio di Rotelli: la dialettica fra istituzioni chiuse e istituzioni aperte resta questione centrale del nostro tempo, che interroga la psichiatria quando rimane chiusa nella sua «scatola semplificatrice» e interroga allo stesso modo la medicina, che deve abbattere i suoi muri sia negli assetti istituzionali che nel rapporto con le persone e le comunità.

Nel testo che chiude la sezione dedicata alla legge 180, Claudia Demichelis, Carlo Gnetti e Gisella Trincas raccontano – con la voce di utenti e familiari – cosa significhi vivere l'esperienza della sofferenza mentale. Dare visibilità, diritto di parola e di critica alle persone che la vivono è stato infatti da sempre un tratto caratteristico della lotta per l'abolizione del manicomio, che va ben al di là della chiusura delle strutture di internamento. Anche la legge 194, approvata dieci giorni dopo la «180», costituisce una rottura con il regime giuridico precedente e con la sua cultura: l'aborto cessa di essere reato e viene affermato il diritto alla autodeterminazione delle donne nel quadro delle «norme per la tutela sociale della maternità e sulla interruzione volontaria di gravidanza» (questo il titolo della legge). La 194, che fu immediatamente oggetto di un referendum abrogativo che, come si ricordava prima, la confermò nel 1981 con un largo consenso, attraversò poi le vicissitudini del Ssn ma con un problema specifico che negli anni è divenuto drammatico: il fenomeno della obiezione di coscienza dei ginecologi ospedalieri e di altri operatori del Ssn, divenuto così massiccio da rendere quasi impossibile l'attuazione della legge, soprattutto in alcune regioni del Mezzogiorno. Questo esito, in larga misura incontrastato dai decisori politici, ha provocato una condanna dell'Italia da parte del Comitato europeo dei diritti sociali del Consiglio d'Europa nel 2014 (European Committee of Social Rights, 2015) e ha mobilitato in questi anni un dibattito incentrato sugli argomenti e le ragioni degli obiettori e dei non obiettori e sulle contraddizioni tra il diritto del medico all'obiezione e quello della donna a interrompere la gravidanza. Questi temi hanno mobilitato l'attenzione a scapito di altri due che erano stati centrali nel dibattito che ha preceduto e seguito la riforma: il rapporto che medicina e diritto hanno costruito col corpo della donna; l'autodeterminazione delle donne su questo aspetto cru-

RPS

Nerina Dirindin e Maria Grazia Giannichedda

ziale delle loro vite e sulla loro stessa sovranità sul proprio corpo riproduttivo.

Il saggio di Chiara Saraceno, incentrato proprio su questi temi, parte da un'analisi critica della autodeterminazione com'è stata disciplinata nell'articolo 1 della 194 che, con una formulazione «aperta a molte, e controverse, interpretazioni», dichiara che «lo Stato tutela la vita umana fin dall'inizio», e che l'aborto non può essere inteso come strumento di controllo delle nascite. Saraceno puntualizza che non si tratta di una depenalizzazione in senso proprio dell'aborto volontario, piuttosto si «introducono alcune eccezioni al divieto» e si disciplina una «autodeterminazione parziale», che consegna al potere del medico una donna non più colpevole se si muove entro i parametri della legge ma ancora «minore», bisognosa di consiglio e aiuto.

Il saggio di Chiara Saraceno si conclude con la prospettiva di una «regolazione mite» dell'aborto, che allude sia alla mitezza del diritto sostenuta da Gustavo Zagrebelsky che a una medicina non violenta né normativa, capace di accogliere, ascoltare, dare valore alla persona.

Una rivitalizzazione dei consultori potrebbe agevolare un cambiamento di cultura in questa direzione. Come evidenziano Franca Bonichi e Rossana Trifiletti, nel loro contributo che ricostruisce la storia dei consultori familiari, dalla approvazione della legge 405/75 fino ai nostri giorni, la situazione attuale, in particolare riferita alla diffusione di questo servizio (tasso di copertura per abitante), evidenzia criticità ma anche diversi elementi positivi. Il consultorio, quando attivo e aperto al territorio, si dimostra «efficace nella prevenzione dell'uso improprio della 194 e capace di fungere da moltiplicatore culturale di una pratica moderna della contraccezione e dell'approccio sereno alla vita sessuale», in particolare nei confronti delle donne migranti, che specie nei consultori del Centro-Nord fanno un uso nettamente crescente di questo servizio.

Un'ultima considerazione infine. I saggi che compongono il volume hanno ricordato il percorso di mobilitazione – sindacale, sociale, culturale – che è sfociato nell'approvazione delle tre grandi leggi che quarant'anni fa hanno cambiato il welfare italiano. Sono anche stati rimessi a fuoco i principi e le ragioni di queste leggi, ma l'attenzione maggiore è stata dedicata, per scelta esplicita, al dopo, al percorso successivo all'approvazione delle riforme, nel quale si sono realizzate, come si è visto, trasformazioni sostanziali delle istituzioni e delle culture mentre avvenivano, in questo lungo tempo, mutamenti profondi,

come si è detto all'inizio, a livello economico, politico, sociale, demografico, epidemiologico. È importante analizzarlo e discuterlo questo percorso post-riforme, per imparare da ciò che è accaduto e per immaginare e costruire concretamente il futuro di quel principio costituzionale – la tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività – a cui queste riforme hanno dato corpo.

Riferimenti bibliografici

- Barbui C., Papola D. e Saraceno B., 2018, *Forty Years without Mental Hospitals in Italy*, «International Journal of Mental Health Systems», luglio, pp. 12-43.
- Basaglia F. e Giannichedda M.G., 1982, *Legge e psichiatria. Per un'analisi delle normative in campo psichiatrico*, in Basaglia F., 2017, *Scritti*, il Saggiatore, Milano.
- Castel R., 1976, *L'ordine psichiatrico. L'età dell'oro dell'alienismo*, Feltrinelli, Milano.
- European Committee of Social Rights, Council of Europe, 2015, *Decision on Admissibility and the Merits, Complaints Cgil 91/2013*, disponibile all'indirizzo internet: <http://hudoc.esc.coe.int/?i=cc-91-2013-dadmissandmerits-en>.
- Foucault M., 2004, *Il potere psichiatrico. Corso al Collège de France (1973-74)*, Feltrinelli, Milano.

RPS

Nerina Dirindin e Maria Grazia Giannichedda

Che cosa è oggi la psichiatria? Luci e ombre della *global mental health*

Benedetto Saraceno

RPS

Gli anni 1993-2009 sono stati anni cruciali per l'affermarsi di una «disciplina» nuova denominata global mental health.

Il «discorso della salute mentale globale» è nutrito dalle direttive della Oms e della Unione europea, dalle norme della convenzione delle Nazioni unite sui diritti delle persone con disabilità e dai contributi di alcuni prestigiosi centri anglosassoni di ricerca. Anche se tale discorso risulta articolato, documentato, intelligente e sostanzialmente progressista, tuttavia esso fa prevalere gli aspetti di advocacy senza peraltro contribuire

alla trasformazione della realtà dei servizi di salute mentale. Inoltre, la necessità di creare ampio consenso penalizza la riflessione critica sui contenuti di quello che il movimento di fatto intende promuovere nei paesi a parte un generico «aumento dell'accesso ai trattamenti». È urgente e necessario riprendere con forza la radicale riflessione critica di Franco Basaglia per controbilanciare l'influenza del discorso della global mental health pur senza negarne alcuni contributi normativi di grande importanza.

1. 1993-2009: anni cruciali per la costruzione del «discorso globale» sulla salute mentale

Nel 2009 a Londra si costituiva il *Movement for Global Mental Health* che veniva a cristallizzare un insieme di attività iniziate quindici anni prima. Si trattava di attività che avevano creato importanti sinergie fra una intensa attività normativa della Organizzazione mondiale della salute (Oms) e numerose attività di ricerca e di *advocacy* condotte da alcuni prestigiosi centri di ricerca prevalentemente di cultura e lingua anglosassone. Ma guardiamo le cose con ordine e dall'inizio. Già nel 1993 il *World Development Report* della Banca mondiale grazie alla utilizzazione dei *Dahys* (*Disability Adjusted Life Years*) mostrava il ruolo prominente delle malattie mentali e neurologiche soprattutto per il loro contributo alla disabilità. Ma fu soltanto nel 1995 che il Dipartimento di Social medicine di Harvard pubblicava un rapporto che avrebbe in-

fluenzato in maniera determinante i futuri sviluppi della salute mentale globale (Desjarlais e al., 1995). La pubblicazione di Harvard presentava per la prima volta le malattie mentali non come semplici eventi biomedici indipendenti dal contesto sociale, economico e culturale in cui si sviluppano, ma come fenomeni bio-psico-sociali determinati o co-determinati da variabili politiche, socio-economiche e culturali. Si pensi che fino ad allora il maggiore sforzo per uno sguardo globale sulle malattie mentali era stato nel 1992 con la Classificazione dei disturbi mentali e comportamentali della Oms (Who, 1992): il cosiddetto *common language*, tuttavia, non era altro che la globalizzazione del tradizionale modello biomedico delle malattie mentali creato nell'Ottocento dallo psichiatra tedesco Emil Kraepelin. L'operazione culturale avviata dal gruppo di Harvard guidato da Leon Eisenberg e successivamente proseguita da Arthur Kleinman rompeva decisamente col modello biomedico storico della malattia mentale e prendeva in considerazione i determinanti sociali. Fenomeni come la povertà, le disuguaglianze sociali, la classe sociale, l'alfabetizzazione e il livello educativo, il genere, l'appartenenza etnica, il contesto socio-politico, la esposizione ai traumi generati da disastri naturali o dalle guerre costituiscono tutti dei determinanti sociali che agiscono come fattori di rischio significativi. Il rapporto di Harvard non utilizzava le categorie diagnostiche della psichiatria ma introduceva sguardi crociati e prospettive complesse ben oltre l'asfittica dimensione biomedica. Gli autori crearono intorno al loro rapporto un'attenzione internazionale tanto che l'allora segretario generale dell'Onu, Boutros Boutros-Ghali accettò di presentarlo nella sede di New York delle Nazioni unite. Il gruppo di Harvard aveva dato l'avvio a un processo di globalizzazione del dibattito sulle malattie mentali che ancora oggi non si è arrestato. La proposta di Harvard interrogava molte istituzioni internazionali ma certamente fra di esse quella maggiormente messa in discussione dalla energia innovativa del rapporto era la Oms. Infatti, nel 1995, la divisione di salute mentale della Oms manteneva posizioni assai arretrate e fu costretta a confrontarsi con la nuova innovativa visione proposta dagli studiosi americani. Per mettersi al passo con le sfide lanciate da Harvard venne allora creato il programma speciale dell'Oms *Nations for Mental Health* (Who, 2002) teso a promuovere progetti ed esperienze innovative di salute mentale con una esplicita attenzione alle popolazioni più vulnerabili e prive di adeguata assistenza sanitaria. Malgrado risultati pratici modesti, *Nations for Mental Health* svolse un ruolo molto importante come catalizzatore di energie

e iniziative internazionali che aumentarono la consapevolezza dell'importanza per la salute pubblica della salute mentale e delle malattie mentali; per la prima volta i determinanti sociali e i diritti di cittadinanza erano al centro dell'attenzione del programma di salute mentale della Oms. Nel 2000, la nuova direttrice generale della Oms Gro Harlem Brundtland annunciava che nel 2001 il Rapporto mondiale, prodotto ogni anno dalla Oms su un tema prioritario di salute globale, sarebbe stato dedicato alla salute mentale. Dunque, improvvisamente, la salute mentale veniva posta in primo piano come priorità. Con una decisione senza precedenti fu deciso di dedicare anche la Giornata mondiale della salute 2001 alla salute mentale. Infine, fu deciso che durante l'Assemblea mondiale della Oms del 2001 i quasi duecento ministri della sanità di tutto il mondo avrebbero dedicato quattro sessioni di lavoro esclusivamente alla salute mentale. Si trattava di una impressionante e storica sequenza di eventi che proiettarono la salute mentale e le malattie mentali sul proscenio del grande dibattito internazionale di salute pubblica. Il 7 aprile 2001 con lo slogan *Stop Exclusion - Dare to Care*, 155 paesi risposero all'appello della Oms e in centinaia di città si celebrarono eventi scientifici, artistici, culturali che ponevano per la prima volta al centro della discussione la questione della lotta alla esclusione e il diritto alla cura. La giornata mondiale fu celebrata nella sala del Consiglio esecutivo della Oms e fu letto il radicale testo di Antonin Artaud, *Lettera ai direttori degli ospedali psichiatrici* (Artaud, 1925). Si trattava di una inequivocabile e vibrata denuncia del potere della psichiatria sui malati che le sono affidati. Furono proiettati video che raccontavano di esperienze innovative in Africa e in Asia nonché uno che illustrava l'esperienza di chiusura e superamento del manicomio di Trieste: anche la visione teorica e pratica di Franco Basaglia entrava con forza a sfidare le atmosfere ufficiali e le dichiarazioni rituali della Oms. Grégoire Ahongbonon, un ex riparatore di pneumatici che ha dedicato anima e corpo alla liberazione dei pazienti internati nei manicomi della Costa d'Avorio, raccontò la sua esperienza mostrando le crude immagini dei malati ridotti allo stato animale e successivamente i loro volti tornati umani e pieni di dignità dopo la loro liberazione dalle catene del manicomio. Nell'ottobre dello stesso anno chiudeva questa sequenza storica di eventi la pubblicazione del rapporto mondiale della Oms dedicato alla salute mentale (Who, 2001). Il rapporto ebbe un impatto straordinario dentro il mondo della psichiatria, della salute mentale e della sanità pubblica in genere. Il primo capitolo si intitolava, e non a caso, «Un approccio di Salute

RPS

Benedetto Saraceno

Pubblica alla Salute Mentale» e a esso facevano seguito un capitolo sulla epidemiologia dei disturbi mentali e sui loro determinanti e un capitolo sui trattamenti, che mostrava la complessità degli interventi ben oltre la tradizionale psichiatria biomedica. Il modello biomedico, promosso fino allora dalla Oms, veniva sostanzialmente e ufficialmente ridimensionato. Gli ultimi capitoli del rapporto rappresentavano la vera grande novità: all'enfasi sulle malattie si sostituiva quella sulle politiche di salute mentale e sulla organizzazione dei servizi. Dunque, non si trattava più soltanto di fare una epidemiologia che contava i malati nel mondo e classificava le loro malattie ma piuttosto di fare i conti con le risorse esistenti e con quelle necessarie per far fronte a quelle malattie. Si transitava da un modello clinico ad uno di sanità pubblica. Si mostravano esempi di pratiche innovative di psichiatria comunitaria e una enfasi speciale era data all'esperienza italiana che cessava di essere una *bizzarria italiana* per divenire un modello di riferimento internazionale. L'ultimo capitolo del rapporto suggeriva un decalogo di azioni da intraprendere e un modello a matrice che consentiva di adattare le medesime grandi azioni di sanità pubblica a tre diversi scenari nazionali: paesi con basse, medie e grandi risorse. In tal modo si poneva fine alla *querelle* (in realtà alla scusa!) che troppo spesso dichiarava impossibili le azioni di rinnovamento perché esse avrebbero potuto solo realizzarsi in presenza di grandi risorse. Si mostrava invece che per *ogni* livello di risorse era *comunque* possibile promuovere processi di trasformazione e innovazione orientati alla creazione di servizi più umani, più giusti, più accessibili e più efficaci: tutte azioni che potevano essere intraprese qualunque fossero i livelli di risorse disponibili. È importante ricordare che successivamente, fra il 2001 e il 2012, si svilupparono importanti iniziative internazionali che, in collaborazione con la Oms, ponevano al centro della propria agenda quella che oggi si definisce la *global mental health*. Nel 2007 la prestigiosa rivista «The Lancet» e il suo editore Richard Horton adottavano formalmente la nozione di *global mental health* e si inserivano con autorevolezza nel dibattito aperto dalla Oms a partire dalla constatazione che l'Oms non è la sola istituzione che ha la responsabilità di rafforzare i servizi per la salute mentale. La Banca mondiale, i paesi donatori (come gli Usa, il Regno Unito e l'Unione europea), le Fondazioni (come Gates e Rockefeller), le Agenzia per la ricerca (come il National Institute of Health degli Usa), le associazioni professionali, tutti insieme condividono il dovere di fare della salute mentale un tema centrale delle loro strategie e dei loro finanziamenti» (Horton, 2007, p.

806). La nozione di *global mental health* veniva successivamente definita da Vikram Patel e Martin Prince in un articolo pubblicato da *Jama* («Journal of American Medical Association») nel 2010 come una nuova disciplina che combina ricerca e pratica e si propone il miglioramento della salute mentale in una prospettiva di equità per tutti gli individui e in ogni luogo del mondo (Patel e Prince, 2010). Secondo Patel e Prince la *global mental health* studia la epidemiologia delle malattie mentali nei differenti paesi, le differenti strategie di intervento, i processi di formazione, la struttura dei sistemi di salute mentale e i diritti umani delle persone con problemi di salute mentale: una definizione molto ampia che è però divenuta di uso comune. Sulle molte ambiguità del consenso talvolta acritico verso questa generica nozione di salute mentale globale si tornerà più avanti. Quello che qui interessa sottolineare è l'importanza che la rivista «The Lancet» attribuiva alla salute mentale, dedicando per la prima volta due intere monografie al tema, una nel 2007 e l'altra nel 2011. La prima serie di articoli («The Lancet», 2007) raccoglie importanti contributi che mostrano come la salute mentale rimanga un aspetto negletto dalla sanità pubblica anche se intimamente connessa e influente sulla salute generale delle popolazioni (*No Health without Mental Health* titola il primo articolo della serie). Le risorse per la salute mentale restano insufficienti, distribuite in modo iniquo e utilizzate in modo inefficiente.

La serie degli articoli enfatizzava con eccessivo ottimismo che esistono strategie e trattamenti efficaci e che si tratta *soltanto* di renderli accessibili e moltiplicarli in tutti i paesi. Un ottimismo tuttavia contrastato da uno degli articoli della prima serie di «The Lancet» in cui si sottolineava le barriere che si incontrano in tutti i paesi e che di fatto impediscono lo sviluppo di servizi di salute mentale efficaci e adeguati: il permanere di grandi istituzioni manicomiali accentrate nelle grandi città e la corrispondente assenza di servizi di salute mentale distribuiti sul territorio e dunque accessibili alle comunità, la difficoltà e resistenza a spostare investimenti e risorse dall'ospedale verso la comunità, le resistenze corporative degli psichiatri, la inadeguatezza dei servizi di medicina di base a integrare la salute mentale nella loro azione, la mancanza di un coordinato e coerente movimento di famigliari e utenti. Queste sono le barriere che più comunemente ostacolano lo sviluppo di sistemi di salute mentale moderni, efficaci, efficienti e capaci di promuovere i diritti umani e l'inclusione sociale (Saraceno et al., 2007).

La seconda serie di «The Lancet» (2011) poneva al centro alcuni aspetti della salute mentale globale che necessitano di più attenzione e

RPS

Benedetto Saraceno

risorse: venivano analizzati gli stretti legami fra povertà e malattie mentali, le specificità e i bisogni di salute mentale dei bambini e degli adolescenti, la salute mentale nei contesti delle grandi emergenze umanitarie, la grave insufficienza delle risorse umane, le strategie per incrementare servizi e interventi nei paesi a basso reddito, le violazioni sistematiche dei diritti.

Non vi è dubbio che il corpus di conoscenze assemblato nelle due rispettive serie di «The Lancet» costituisca un complemento fondamentale ai documenti normativi della Oms, fornendo una prospettiva molto attenta al rigore scientifico e all'analisi delle evidenze che la letteratura scientifica degli ultimi dieci anni ha reso disponibili. Il Movimento globale per la salute mentale¹ che si è venuto creando intorno alla iniziativa di «The Lancet» ha scopi ambiziosi ma risente della sua origine accademica. L'ambizione è creare un network di individui e di organizzazioni impegnati al miglioramento della disponibilità, dell'accesso e della qualità dei servizi di salute mentale in tutto il mondo con speciale enfasi sui paesi a reddito basso e medio-basso.

Gli sviluppi più recenti (dal 2010 in avanti) del lungo cammino della Oms sono stati brillantemente guidati dalla nuova direzione della salute mentale rappresentata dall'indiano Shekhar Saxena. La nuova gestione non ha di fatto modificato la filosofia e le linee strategiche promosse nei dieci anni precedenti ma anzi ha saputo sviluppare con efficacia nuovi programmi. Nel 2013, la 66^a Assemblea generale della Oms ha adottato un piano di azione per il periodo 2013-2020 (Who, 2012) finalizzato a promuovere la salute mentale, a prevenire le malattie mentali e neurologiche, a sviluppare interventi di cura che promuovano i diritti umani e al tempo stesso che riducano la mortalità, la morbilità e la disabilità associate alle malattie mentali. Il piano di azione dovrebbe contribuire al rafforzamento delle competenze dei leader e dei pianificatori della salute mentale e dello sviluppo delle loro capacità di formulare politiche per la salute mentale e di progettare servizi basati sulle esigenze di una comunità. Infine, va anche segnalato che nei prossimi mesi del 2018, «The Lancet» pubblicherà il rapporto di *The Lancet Commission on Mental Health* che una volta di più raccoglierà il meglio della riflessione epidemiologica e di *public mental health* facendo il punto sullo stato delle conoscenze. Ancora una volta il «discorso globale» si mostrerà capace di aperture intelligenti ma ancora una volta mostrerà la sua sostanziale incapacità di modificare l'arretratezza della realtà dell'assistenza psichiatrica.

¹ Cfr. il sito internet www.globalmentalhealth.org/.

2. Un quadro complesso a tre dimensioni

Il quadro generale che illustra lo statuto della *global mental health* è in realtà molto complesso e vede coesistere in sostanziale disarmonia e ambigua incoerenza tre dimensioni: a) la psichiatria come disciplina biomedica; b) le pratiche assistenziali e di cura nei servizi reali; c) il «discorso» della salute mentale globale.

a) *La psichiatria*. Essa si trova in uno stato di grande povertà, epistemologica e morale. Come bene sintetizza Angelo Barbatto (2010) in un breve e magistrale articolo: «La sola definizione clinica, cioè, non è sufficiente a spiegare la malattia e tanto meno la disabilità, il cui sviluppo richiede l'ingresso in gioco di altri fattori contestuali o soggettivi. L'importanza dei fattori soggettivi fa emergere prepotentemente il ruolo degli utenti e del loro sapere, alimentando le richieste che da essi vengono di mettere in questione le modalità e l'uso del procedimento diagnostico». Il modello biomedico della psichiatria ha dovuto, negli ultimi cinquanta anni, confrontarsi con modelli epistemologici diversi, con ipotesi eziologiche diverse, con spinte culturali extra-mediche, con istanze sociali, morali e con mutamenti politici. La psichiatria invece di porsi in uno stato di crisi e di auto-interrogazione (in quello stato epocale in cui Basaglia l'aveva salutarmente costretta) si è limitata ad *aggiungere*. Aggiungere ha significato includere nuove competenze, senza peraltro interrogarsi sulla inevitabile trasformazione epistemologica e metodologica che ogni inclusione comportava. La psichiatria – e la questione della diagnosi ne è specchio interessante – non sa e non vuole prendere atto che l'introduzione di variabili eterogenee, di sguardi diversificati, di nuovi universi, di nuove pratiche mediche e non mediche, di fatto modifica la sua struttura, la ridefinisce e la reinterroga (Saraceno e Gallio, 2013). La psichiatria è una disciplina il cui costruito epistemologico è fragilissimo e la cui dimensione morale rimane opaca e ambigua (Saraceno, 2017). Ma questa crisi della psichiatria non modifica ciò che per inerzia culturale essa continua a trasmettere e proporre alla società civile, alle comunità e alle istituzioni in cui opera e, infine agli uomini e alle donne di cui si occupa. Potremmo dire che uno dei nodi del malinteso continuo fra la psichiatria come disciplina e i processi di trasformazione e innovazione della assistenza psichiatrica è rappresentato dal binomio trattamento/servizio. Di questo binomio fondamentale gli psichiatri sembrano più interessati ad una sua

sola componente ossia al trattamento. Il trattamento fonda la identità culturale e giuridica del medico ed è più che comprensibile che esso costituisca il terreno di cultura degli investimenti, delle speranze, delle curiosità, delle ambizioni degli psichiatri. Fin qui nulla di strano. Ma ogni trattamento non si realizza in un vacuum bensì all'interno di contesti via via progressivamente più complessi: il setting dell'incontro psichiatra-paziente, il servizio all'interno del quale il setting si colloca, la struttura organizzativa e istituzionale, la comunità, la città, la comunità nazionale. Ognuno di questi contesti ha una influenza su ogni singolo trattamento, dapprima diretta e poi (dal piccolo verso il grande) sempre più indiretta. Gli psichiatri non sanno o non vogliono sapere che:

- ♦ l'impatto del contesto sul trattamento costituisce un determinante decisivo: in psichiatria il contesto è *il trattamento* o comunque ne è la parte sostanziale;
- ♦ il contesto, dunque, non è una variabile amministrativa e burocratica all'interno della quale si compie il *gesto medico* ossia il trattamento, ma ne è la sua componente essenziale. Dunque il contesto ossia la organizzazione del servizio, i suoi *dove* e i suoi *come*, non possono essere concepiti, programmati, sviluppati come semplici ingegnerie istituzionali disegnate semplicemente alla misura delle esigenze dei *providers*.

Quando la psichiatria dei paesi ricchi esporta se stessa nei paesi poveri porta con sé le sue componenti più definite, definibili e compatte ossia le sue tecniche diagnostiche e di trattamento biomedico e così si autoriproduce. La psichiatria locale nei paesi a basso reddito assume allora una posizione culturalmente subalterna e cerca di riprodurre in scala più modesta modelli che però hanno già dato una prova di sé quantomeno discutibile nei paesi di origine. Le associazioni professionali agiscono il più delle volte come il volano di questa infinita e acritica riproduzione.

- b) *Le pratiche assistenziali e di cura dei servizi reali.* E qui c'è di tutto: ci sono le esperienze storiche di deistituzionalizzazione tuttora vive e potenti. Trieste prima fra tutte ma anche altre realtà italiane e altri paesi (si pensi a Birmingham nel Regno Unito, a Oviedo nelle Asturie, alle molte città brasiliane teatro di lotte e radicali innovazioni – Santos, Rio Grande do Sul, Recife, Belo Horizonte –, alla Patagonia della provincia di Rio Negro). Non dimentichiamo che accanto a queste eccellenze esistono altre esperienze di creazione di servizi di salute mentale nella comunità, magari meno note o

più limitate. Accanto a queste isole di trasformazione e di pratica critica vi sono poi le centinaia di servizi che praticano una dignitosa assistenza psichiatrica collocata al di fuori dei contesti vetero istituzionali senza tuttavia preoccuparsi che tali contesti continuino a esistere e continuino a sequestrare una rilevante frazione della loro stessa utenza. Infine, la maggioranza dei servizi psichiatrici, siano essi nei paesi ricchi dell'Occidente o in quelli meno ricchi e poveri dei paesi a medio e basso reddito: i manicomi di sempre, la violenza fisica e psicologica di sempre, le violazioni sistematiche dei diritti formali e sostanziali, la autoriproduzione della assenza di progetto umano e civile per gli utenti.

- c) *Il discorso globale*. In mezzo a queste due dimensioni – una disciplina psichiatrica misera e una realtà assistenziale variegata con punte di eccellenza e punta di orrore – esiste o meglio co-esiste il «discorso della salute mentale globale».

Tale discorso è nutrito da:

- ♦ le direttive della Oms;
- ♦ le norme della convenzione delle Nazioni unite (2006) sui diritti delle persone con disabilità;
- ♦ le numerose direttive e documenti della Unione europea in materia di salute mentale e fra essi alcuni testi decisamente progressisti (Killaspy e al., 2018);
- ♦ i contributi di alcuni prestigiosi centri di ricerca - che sviluppano soprattutto formazione e ricerca (London School of Hygiene and Tropical Diseases e Institute of Psychiatry King's College a Londra; Lisbon Institute of Global Mental Health a Lisbona; Public Mental Health Center a Cape Town; Department of Social Medicine a Harvard; School of Population and Global Mental Health a Melbourne).

Non vi è alcun dubbio che questo «discorso» è articolato, documentato, intelligente e sostanzialmente progressista, ma occorre chiedersi – ed è giunto il momento di tentare di rispondere al quesito che costituisce il titolo di questo contributo – che cosa è la *global mental health*? Diciamo che si tratta di un movimento internazionale che ha contribuito e continua a contribuire in modo sostanziale alla:

- ♦ promozione di modelli di comprensione della malattia mentale olistici e non limitati al tradizionale modello biomedico;

- ♦ riflessione/valutazione/disseminazione di modelli di servizi per la salute mentale con un deciso orientamento comunitario e con forte attenzione alla questione dei diritti degli utenti.

Tuttavia nelle attività della *global mental health*:

- ♦ prevalgono gli aspetti di *advocacy* (ossia le azioni di promozione del diritto delle persone con disabilità mentale a essere curate) sulle effettive azioni di trasformazione della realtà dei servizi di salute mentale;
- ♦ le risorse finanziarie mobilitate sono essenzialmente dirette a un gruppo ristretto di ricercatori con l'effetto positivo di promuovere ricerca nei paesi a basso e medio reddito ma al tempo stesso con un rischio significativo di riprodurre logiche accademiche che alla fine premiano un limitatissimo numero di ricercatori di centri di ricerca situati in paesi ricchi;
- ♦ la necessità di creare ampio consenso penalizza la riflessione critica sui contenuti di quello che il movimento di fatto intende promuovere nei paesi, al di là del generico *miglioramento della salute mentale*;
- ♦ la necessità di creare ampio consenso penalizza anche la capacità di scelte di campo nette e non ambigue nei confronti dei «crimini di pace» commessi dalle psichiatrie locali in ogni parte del mondo;
- ♦ infine, è decisamente troppo poco critico l'atteggiamento verso le responsabilità gravissime della industria farmaceutica.

3. *Necessità di riprendere con forza la radicale riflessione critica di Franco Basaglia*

Risulta chiaro come non si possa guardare a questi vent'anni di salute mentale globale come a un percorso trionfale senza ombre, caratterizzato dal progresso nel riconoscimento dell'importanza delle malattie mentali e dall'aumento delle risorse disponibili per il loro trattamento. Al contrario, occorre riflettere su alcune importanti ambiguità che hanno caratterizzato la nascita e l'evoluzione del movimento della salute mentale globale.

- a) Innanzitutto è necessario riflettere sull'uso confuso e intercambiabile dei termini *salute mentale* e *malattia mentale* e l'uso politically correct ma ambiguo della denominazione di servizio di salute mentale per indicare un servizio psichiatrico che si occupa essenzialmente

di malati. Troppo spesso infatti si parla di servizi di salute mentale alludendo a servizi psichiatrici che si occupano della malattia mentale ma che non considerano affatto azioni per la promozione della salute mentale e la prevenzione primaria nella popolazione generale. *Strictu sensu* si dovrebbe distinguere fra la nozione di salute mentale intesa come la desiderabile condizione a cui tutta la popolazione deve poter aspirare e accedere e la nozione di malattia mentale intesa come una specifica condizione che riguarda una parte definita della popolazione generale.

Anche se è comprensibile e più che condivisibile lo sforzo di demedicalizzare e depsiichiatrizzare l'intervento sulla malattia mentale che ha bisogno di sguardi ben più ampi di quello angusto del modello biomedico, la soluzione però di rendere intercambiabili le nozioni di salute e malattia determina non solo molta confusione ma anche molti rischi. Primo fra tutti quello di non sapere bene di cosa si sta parlando. La salute mentale è un'aspirazione, un diritto, un punto di arrivo che va perseguito con strumenti più complessi e complessivi di quelli detenuti dalla psichiatria. Pensare che la psichiatria possa da sola perseguire la salute mentale rischia di legittimare la psichiatria a tralasciare la doverosa attenzione alla malattia mentale per rivolgersi a una generica azione di promozione della salute mentale. Questa situazione paradossale è molto comune nei paesi ove le risorse per la malattia mentale sono insufficienti, i servizi sono scadenti e gravemente inadeguati: gli psichiatri sono ben contenti di dedicarsi alla promozione della salute mentale attraverso generiche e incerte attività di educazione della comunità e al tempo stesso lasciano immutate le condizioni miserabili delle istituzioni preposte alla cura delle malattie mentali.

- b) In secondo luogo è necessaria maggiore chiarezza rispetto alle dimensioni del problema globale delle malattie mentali. Le dimensioni del problema infatti mutano a seconda dell'*oggetto* di cui si decide di occuparsi e dunque è necessario definire di quali malattie ci si occupa quando si parla genericamente di *global mental health*. Va ricordato che tutte le stime fatte dalla Banca Mondiale, dalla Oms e da molti gruppi internazionali di ricerca considerano spesso un gruppo di malattie molto vasto, eterogeneo e definito come *malattie neuropsichiatriche*. In questo gruppo si trovano insieme i *disturbi mentali e del comportamento*, così come classificati dalla Classificazione internazionale delle malattie della Oms e le *malattie neurologiche*. In altre parole, i dati che spesso si utilizzano per mostrare il

peso relativo delle malattie mentali si riferiscono sia alle malattie mentali sia a quelle neurologiche: ne risulta una evidente inflazione statistica.

Inoltre è necessario chiarire i criteri che definiscono un *caso* di malattia mentale e lo distinguono da un *non-caso* poiché i criteri che si impiegano per definire un *caso* possono essere più o meno inclusivi. I valori soglia possono variare a seconda non solo dello stato delle conoscenze scientifiche ma soprattutto di altre variabili quali la pressione del mercato dei farmaci o semplicemente possono dipendere da criteri più o meno inclusivi utilizzati dai ricercatori. Questo è esattamente quello che sta succedendo in psichiatria grazie a una forte arbitrarietà del discrimine fra caso e non-caso, grazie agli interessi talvolta convergenti di psichiatri e industria e grazie infine alla mediatizzazione della malattia mentale che pervade la quotidianità e si appropria di tutti i fenomeni *normali* di sofferenza psicologica e sociale trasformandoli in *malattie*. Il legittimo stress conseguente a un evento traumatico o la fisiologica depressione che consegue a un lutto vengono psichiatrizzati cosicché per ogni sofferenza vi sia una diagnosi. Dopo l'11 settembre abbiamo assistito alla proliferazione di casi di *post traumatic stress disorders* e all'imporsi del *mercato* che si è venuto creando intorno a questa ambigua diagnosi in tutte le aree di emergenza. Analogamente, è urgente contrastare la sistematica psichiatizzazione dei problemi scolastici, dei conflitti sociali, delle insoddisfazioni e delle rabbie giovanili che aggrediscono soprattutto i gruppi più vulnerabili.

La psichiatria decontestualizza la sofferenza e con l'ottimismo (non si sa se stolto o doloso) del *common language* ossia dell'universalismo biomedico ha contribuito a cancellare le differenze fra culture, le specificità dei contesti sociali e politici, le condizioni economiche, per celebrare una universalità della malattia psichiatrica e della sua espressione rassicurante ma ancora indimostrata.

- c) Infine, bisogna prendere atto che la psichiatria non si preoccupa di modificare l'impatto dei determinanti sociali sulla salute mentale di individui e comunità. Alle conoscenze teoriche sulle associazioni significative fra determinanti sociali e malattie mentali non corrispondono interventi coerenti ed efficaci. Tale divorzio fra conoscenze e azioni è sostanzialmente dovuto al fatto che molto spesso ci si trova innanzi a macrodeterminanti quali la povertà, il livello culturale, la disoccupazione, la perdita del lavoro, ossia con-

dizioni di grave svantaggio sociale il cui cambiamento è al di fuori della influenza non solo della psichiatria ma più in generale della medicina e dei sistemi sanitari. Tuttavia la pervicace convinzione che i determinanti sociali sono modificabili *soltanto* attraverso interventi *top-down* di natura politica, macro economica e macro sociale costituisce di fatto una scusa per la psichiatria (e per la medicina in generale) che così si autorizza a ignorare le molte e straordinarie possibilità di intervento preventivo, curativo e riabilitativo fondato su azioni che modificano i processi di determinazione sociale della sofferenza e della esclusione sociale. Infatti ogni intervento capace di modificare il reddito di un utente, il suo livello culturale, la sua residenzialità o la sua possibilità di fruire di più e meglio delle risorse del welfare è di fatto un intervento sui determinanti sociali anche se si tratta di un'azione *bottom-up* invece che *top-down*. Ogni volta che la psichiatria si sottrae a questa responsabilità essa contribuisce alla propria intrinseca antiterapeuticità.

A conclusione possiamo dire che, malgrado la grande retorica e il trionfalismo intorno alla *global mental health* e ai temi che tratta, il consenso sull'ambizione di aumentare globalmente l'accesso ai trattamenti va scrutinato con grande attenzione. Quali sono infatti le implicazioni dell'ampliamento dell'accesso ai trattamenti così come raccomandato dal discorso della *global mental health*? È sufficiente diminuire il *gap* fra trattati e non trattati? Quali sono le implicazioni in termini di *diritti*, ossia all'aumento della popolazione dei trattati corrisponde un effettivo aumento dei loro diritti? È il trattamento un diritto in sé (come è il caso delle vaccinazioni o dei farmaci essenziali) oppure la qualità del trattamento è inscindibile dalla sua eticità e pertanto il trattamento diviene un diritto *soltanto* se sono garantiti i suoi standard etici e tecnici? Dunque, esportare pacchetti di trattamenti non significa in realtà ipersemplificare e ignorare l'immenso impatto del contesto sul trattamento in cui esso viene offerto? (Ricevere un farmaco legati a un letto o in ambulatorio non è infatti una differenza irrilevante!). Esportare pacchetti che contengano anche procedure di intervento psicosociale senza tuttavia modificare il sistema e l'organizzazione dei servizi non significa nella pratica favorire la esclusiva promozione dei soli trattamenti farmacologici?

Infine, una domanda probabilmente retorica: la *global mental health* si pone seriamente il problema di un mutamento di paradigma o semplicemente ripropone in modo più articolato e intelligente il modello tradizionale della psichiatria biomedica?

RPS

Benedetto Saraceno

Riferimenti bibliografici

- Artaud A., 1925, *Lettre aux médecins chefs des asiles de fous*, «Révolution surréaliste», n. 3, p. 22, 15 aprile.
- Barbato A., 2010, *Si accettano scommesse sulla sopravvivenza della psichiatria nel prossimo futuro*, in Ravazzini M. e Saraceno B. (a cura di), *Governare Confusioni Urbane*, il Saggiatore, Milano, pp. 157-169.
- Desjarlais R., Eisemberg L., Good B. e Kleinman A., 1995, *World Mental Health: Problems and Priorities in Low-Income Countries*, Oxford University Press, New York.
- Horton R., 2007, *Launching a New Movement for Mental Health*, «The Lancet», vol. 370, n. 9590, p. 806.
- Killaspy H., McPherson P., Samele C., Keet R. e Caldas de Almeida J.M., 2018, *Providing Community-Based Mental Health Services*, Eu Compass for Action on Mental Health and Well-Being, Bruxelles.
- «The Lancet», 2007, *Global Mental Health Series*, «The Lancet», Londra.
- «The Lancet», 2011, *Global Mental Health Series*, «The Lancet», Londra.
- Patel V. e Prince M., 2010, *Global Mental Health: A New Global Health Field Comes of Age*, «Journal of American Medical Association», n. 3033, pp. 1976-1977.
- Saraceno B., van Ommeren M., Batniji R., Cohen A., Gureje O., Mahoney J., Sridhar D. e Underhill C., 2007, *Barrières to Improvement of Mental Health Services in Low-Income and Middle-Income Countries*, «The Lancet», vol. 370, n. 9593, pp. 1164-74.
- Saraceno B. e Gallio G., 2013, *Diagnosi, «common language» e sistemi di valutazione nelle politiche di salute mentale*, «Aut Aut», n. 357, pp. 21-37.
- Saraceno B., 2017, *La povertà della Psichiatria*, Derive e Approdi, Roma.
- Nazioni unite, 2006, *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*, Nazioni Unite, New York.
- Who - World Health Organization, 1992, *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*, Who, Ginevra.
- Who - World Health Organization, 2001, *The World Health Report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope*, Who, Ginevra.
- Who - World Health Organization, 2002, *Nations for Mental Health*, Who, Ginevra.
- Who - World Health Organization, 2012, *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2020*, Who, Ginevra.

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 composita 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

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-

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.

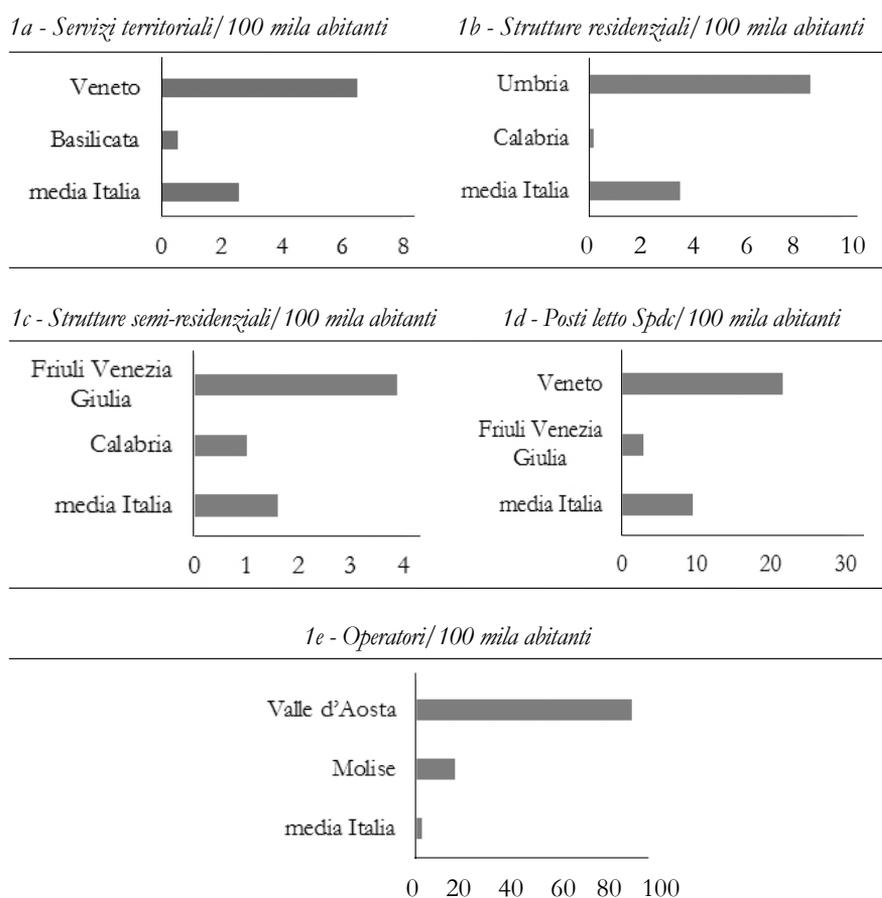
RPS

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 La 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

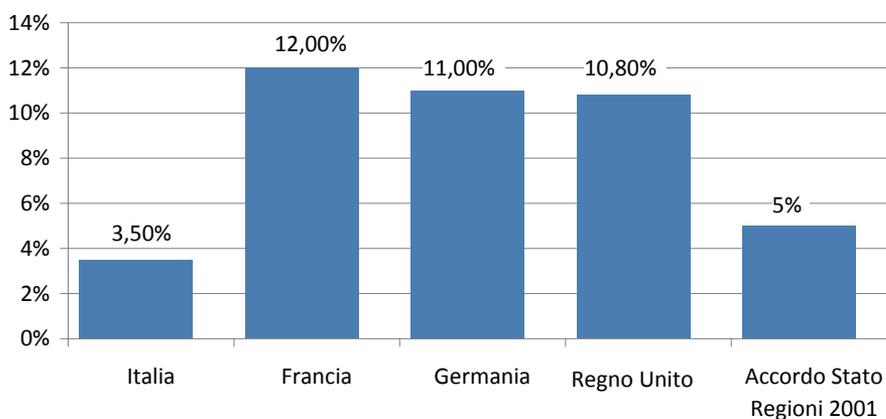
Pietro Pellegrini e Daniele Pulino

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

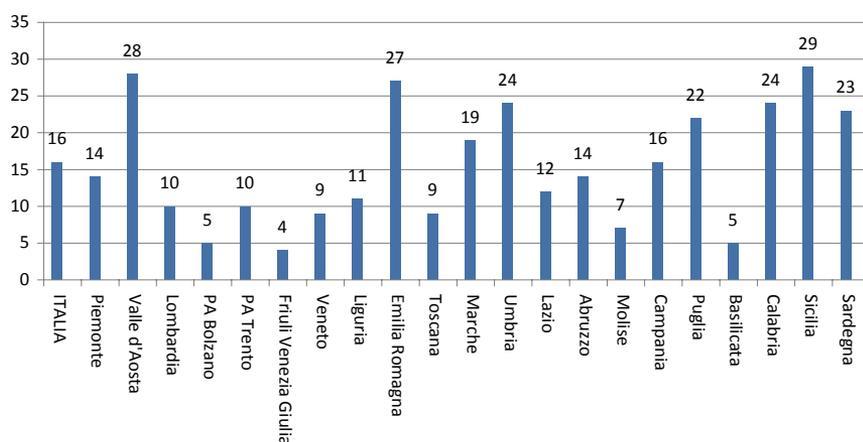
⁵ Documento sulla Tutela della salute mentale della Conferenza dei presidenti delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano del 18 gennaio 2001.

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 ventiquattro ore 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

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 surrettizie 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 Alphabeta 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*.

Verso la città che cura

Franco Rotelli

RPS

Il contributo ragiona sulla dialettica tra istituzioni chiuse e aperte e sulla necessità di abbattere i muri – tra saperi, discipline, poteri, ambiti – per costruire un sistema che vada verso i bisogni e i diritti delle persone, verso una «città che cura», una città capace di trovare risposte ai bisogni individuali, affrontandoli

come laboratori di risposte a problemi e a domande collettivi. Si tratta di una prospettiva concreta che potrà arricchirsi nei prossimi anni se i distretti sociali e sanitari sapranno diventare luoghi aperti, istituzioni mobili e flessibili entro cui organizzare risposte intersettoriali ai bisogni di salute.

1. Istituzioni chiuse, istituzioni aperte: la questione del nostro tempo

La dialettica tra istituzioni chiuse e istituzioni aperte rappresenta ancora la questione principale del nostro tempo, quella che deve orientare rispetto ai percorsi, agli obiettivi e alle pratiche che mirano a restituire dignità e potere alle persone. Per chi si è imbattuto nella realtà dei manicomi negli anni sessanta e settanta e ha cercato di smontarli tutto questo non poteva non divenire evidente.

Il manicomio è stato il paradigma dell'istituzione chiusa, il segno tangibile di una psichiatria che si fondava sulla restrizione, sulla negazione e sull'impoverimento. Gli ospedali psichiatrici altro non erano che il tentativo di contenere grandi e complessi problemi dentro una scatola piccola, chiusa, semplificatrice. E proprio per questo violenta. A Trieste abbiamo immaginato che bisognasse fare esattamente il contrario: validare invece di invalidare, includere invece di escludere, arricchire invece di deprivare, ricostruire invece di azzerare. Ricostruire tessuti di senso e di relazioni; ricostruire casa, lavoro, affettività; ricostruire un rapporto tra etica ed estetica; ricostruire comunità e collettività. E consentire, attraverso un lavoro concreto di cambiamento delle istituzioni, che le persone potessero ricostituirsi come soggetti e come tali interagire dentro la società. Avendo però sempre chiaro che il cambiamento è un processo mai concluso e che ogni giorno bisogna ricominciare dalla realtà: toccando le corde dell'amministrativo, del

politico, dello scientifico, del tecnico, dell'interpersonale, dell'affettivo, del corpo sociale. Mettendo insomma in gioco tutti i livelli delle questioni.

Questo lavoro ha funzionato, si è rivelato giusto al punto da essere ancora oggi terreno di conquista. Perché tuttora esiste un'infinità di pratiche che sono pratiche di negazione, di invalidazione, di sopraffazione, di violenza pura, di esclusione o di contenimento. Si pensi a cosa sono certi Servizi psichiatrici di diagnosi e cura (Spdc) in giro per l'Italia o alcuni centri di riabilitazione che non hanno mai riabilitato nessuno né potranno mai farlo per come sono configurati. Queste sono certamente pratiche da aprire, da reinventare, ma non solo queste. Istituzioni chiuse ne incontriamo in ogni dove. Molti luoghi di lavoro oggi sono istituzioni chiuse. Molti servizi sanitari e molte famiglie sono istituzioni chiuse, di una opacità assoluta. Ma tutto il tessuto sociale è intriso di istituzioni. E anche ognuno di noi è preso in questa dialettica in quanto è dentro un'istituzione o la rappresenta a cagione del ruolo che riveste, della situazione in cui si colloca. In ogni gesto, in ogni comportamento, in ogni pensiero troviamo la dialettica tra aprire e chiudere. Una dialettica che deve interrogarci tutti i giorni.

Tuttavia oggi una questione su tutte ripropone questa contraddizione su scala planetaria e con grande chiarezza: la questione dei migranti. I migranti sono gli esclusi totali e davanti a loro torna la domanda: erigere muri o assumerci responsabilità? E non basta dire: abbattiamo i muri; occorre anche immaginare alternative. Dobbiamo indicare quali relazioni, quali alleanze, quali convivenze, quale contratto sociale vogliamo. La storia della riforma psichiatrica parla, prima ancora che di muri abbattuti, di un'assunzione di responsabilità che da Basaglia in poi è avvenuta rispetto a un mondo: quello degli esclusi. Alcune persone si sono assunte la responsabilità di altre persone e invece di rinchiuderle hanno provato ad affrontare in modo diverso la questione della loro presenza dentro le comunità.

Analogamente occorrerebbe fare con la questione immigrazione, che pone lo stesso interrogativo: affrontare il fenomeno come un'invasione, provvedendo alla costruzione di muri, oppure accogliere le persone attraverso istituzioni aperte, nella consapevolezza che erigere muri garantisce più adesioni che abatterli, e che stare dalla parte degli esclusi non crea consenso elettorale. Tuttavia, se ci si assume delle responsabilità chiare sui problemi sociali – anche su quelli che inquietano e spaventano –, l'elettorato comprende.

Quella che continua a essere la peculiarità del nostro lavoro a Trieste è

che stiamo continuando a far sì che quest'*altro modo* sia un po' vero. E da tutto il mondo continuano a venire per vedere come si fa. In tutti questi anni tante realtà in Italia e fuori hanno prodotto istanze di liberazione come abbiamo cercato di fare noi. In vari posti questo è accaduto, in tanti altri no, in altri un po' è accaduto e poi si è tornati indietro. È una battaglia che bisogna continuare giorno per giorno, a partire dall'Italia, a partire da ognuno dei nostri paesi, perché è una battaglia in parte vinta e in grandissima parte ancora tutta da fare. Ed è una battaglia in cui ne va del significato del nostro lavoro, soprattutto se questo lavoro è quella specie di cosa misteriosa che è la psichiatria: la presunzione di poter curare l'altro, la sua salute mentale, considerandolo come persona, come soggetto, cercando di produrre diritto e diritti, in una situazione che era l'esatto opposto, cioè la negazione del diritto e dei diritti. E in tutti questi anni abbiamo detto una cosa sola: si può fare in un altro modo. Si può fare inventando un albergo ai Caraibi, si può fare inventando una barca a vela che viaggia nel golfo di Trieste, si può fare inventando la prima cooperativa sociale d'Italia nel 1972, si può fare costruendo dei Centri di salute mentale che siano aperti anche il sabato e la domenica e durante tutte le feste comandate, perché si diventa matti anche quando si fa festa, anzi lo si diventa ancora di più perché, come scriveva Alda Merini a proposito del Natale, «chi è solo lo vorrebbe saltare questo giorno».

Non c'è ragione per cui gli ambulatori debbano restare aperti soltanto per qualche ora al giorno. Non c'è ragione per cui a ciò a cui dava una risposta, seppur brutale, l'ospedale psichiatrico, cioè il diritto di asilo, non si debba cercare di dare una risposta oggi, in forma di diritto a una protezione temporanea che consenta di ricostruire insieme ad altri un percorso dentro lo spazio di libertà e dentro istituzioni totalmente aperte. Con la porta sempre aperta, appunto.

Tenere la porta aperta sembra semplice da fare, ma in realtà è molto faticoso ed è una fatica che non vale solo per i manicomi, per i servizi di salute mentale o per le istituzioni, pubbliche o private che siano. Vale per ognuno di noi, nella vita privata e in quella pubblica, vale nei macro-contesti e nei micro-contesti. A partire da quest'idea sono nate tante pratiche, tanti tentativi, poi falliti o conclusi. Ma va bene così, va bene che le cose abbiano anche un loro tempo, un loro spazio, una loro occasione. L'importante è ricominciare ogni giorno, continuare a fare per non subire, e a farlo con gli altri immaginando che ciò che si fa possa determinare effetti molto importanti per tanti.

Guardando a questi oltre quarant'anni credo si possa dire che alcune

RPS

Franco Rottelli

ipotesi si siano rivelate assolutamente giuste e che il cambio di paradigma della psichiatria abbia dato vita ad altri modi di fare salute mentale, determinando grandi evoluzioni ancora in divenire: ci sono ancora milioni di persone nei manicomi del mondo e abbiamo ancora psichiatriche fortemente arretrate anche in Italia. E muoiono ancora persone legate ai letti nei nostri Spdc. Accade di tutto, ancora oggi. Ma è anche avvenuta una grande trasformazione, una grande frattura si è creata nel mondo della psichiatria attraverso questa esperienza. Si è passati dal manicomio alle residenze che non hanno più le caratteristiche istituzionali di violenza, di stupidità, di deprivazione che caratterizzavano gli ospedali psichiatrici. Si è passati dallo statuto di persone private per legge dei diritti, della cittadinanza, allo statuto di persone che comunque mantengono i diritti civili e politici e alle quali si cerca di garantire anche i diritti sociali. Persone che sempre più prendono la parola e parlano delle loro esperienze: a Trieste, per esempio, si tiene periodicamente un appuntamento, non solo nazionale, dal titolo «Impazzire si può», dove protagonisti sono coloro che vivono un disturbo psichico. Questo è un approccio che sta crescendo un po' in tutto il mondo e che dà un segnale di speranza importante.

Basaglia è riuscito ad andare veramente alla radice delle questioni. C'è stato un cambio netto di paradigma, di approccio. In questo senso la 180 è una riforma: non una rivoluzione, ma una riforma radicale. Una riforma che è andata talmente alla radice che continua a essere viva e vitale. Dal Giappone alla Cina continuiamo ad avere visitatori, che vogliono sapere come si fa, come è possibile, a quali condizioni.

Deve però essere chiaro che quando parliamo di trasformazione radicale della psichiatria – che in parte è avvenuta e in parte è ancora tutta da venire – parliamo veramente di *qualche cosa che parla anche ad altri mondi*. Perché le esclusioni riguardano tutte le istituzioni, non soltanto la psichiatria. Parliamo di come debba essere cambiata la sanità, di come debba essere modificata la giustizia, di come si debba continuare la battaglia contro l'esclusione sociale in tutti i campi, di come il nuovo contratto sociale debba essere ricostruito dentro rapporti non autoritari e dentro a istituzioni aperte.

Proviamo a pensare: ma quale fabbrica oggi è aperta, quale scuola è veramente aperta, quale istituzione è così trasparente da lasciarsi attraversare, da essere elemento di costruzione di democrazia? Guardiamoci attorno, osserviamo le istituzioni e ci accorgiamo subito di quanto lavoro si possa immaginare di fare da dentro, quali che siano. Se si ha chiaro questo orizzonte di senso, se si fa propria questa as-

sunzione di responsabilità della propria professione e di demistificazione continua di tutte le strutture che tendono a chiudere le istituzioni e a costruire i muri, si apre un campo immenso. Per questo la lezione basagliana è ancora attuale: non solo dentro la psichiatria, ma dentro la medicina, la giustizia, la scuola, il lavoro.

2. *Abbatere i muri della sanità, riconnettere le risorse*

A Trieste abbiamo iniziato a immaginare che i muri da abbattere fossero quelli della sanità più complessiva. I muri del rapporto tra ospedale e territorio, tra medici di medicina generale e medici specialisti, tra università, facoltà di medicina, ospedali e servizi territoriali. In Friuli-Venezia Giulia è stata varata una legge ambiziosa, la legge regionale n. 17 del 2014, che ha incorporato la facoltà di medicina, l'azienda ospedaliera e le aziende territoriali in un *unicum*, immaginando che soltanto così si possa cominciare a ricostruire un percorso di continuità terapeutica e di presa in cura delle persone.

Ancora una volta si tratta di abbattere i muri valorizzando le risorse che ancora ci sono. Non più mantenendole all'interno di «confini tribali», di divisioni tra i vari sottosistemi, ma provando a costruire un sistema molto più efficace che vada verso i bisogni e i diritti delle persone. Bisogni e diritti che oggi sono bisogni di singolarità, di essere resi protagonisti del proprio percorso di cura, di essere aiutati presso il proprio domicilio, di essere considerati come soggetti *unicum* che però necessitano di relazioni.

Si tratta dunque di arrivare ai cittadini con una sanità più *attiva*. E ciò non vale solo per la psichiatria, ma per tutte le patologie croniche e cronico-degenerative. Serve allora una sanità del territorio capace di mettere insieme le risorse che – a ben guardare – nel nostro sistema di welfare sono enormi: risorse economiche, finanziarie, tecniche, strumentali, umane. Il problema è la loro frammentazione: la frammentazione fra le risorse del pubblico e del privato, tra privato e privato sociale, fra quanto è istituzionalmente gestito dallo Stato e le risorse informali delle persone. Riuscire a riconnettere queste risorse è la grande terapia per ricostruire una città capace di trovare la risposta ai bisogni collettivi. E ciò può avvenire solo se le sue forze non sono frammentate, se le tribù non sono più tribù, se si buttano giù i muri tra i vari saperi, tra le varie discipline, tra i vari poteri, tra i vari ambiti. La sfida è quella di andare oltre, verso «la città che cura», che tenta di

coinvolgere tutte le risorse di un contesto, di un conglomerato urbano, di un paese o di una comunità – vera o finta che sia – per occuparsi dei propri cittadini.

Certo, il rischio è quello della medicalizzazione della vita. Di fronte a questi effetti pervasivi il lavoro sviluppato a Trieste, dagli anni settanta in poi, è andato nel senso non di negare o di occultare il potere della medicina quanto piuttosto di socializzare le sue risorse, i suoi strumenti e le sue conoscenze. Già all'uscita dal manicomio, più di trent'anni fa, abbiamo aperto un conflitto con amici psichiatri, nostri alleati, che ai Centri di salute mentale aperti sulle ventiquattro ore opponevano «servizi leggeri», nell'idea che la follia si sarebbe dispersa nel sociale. Secondo questa concezione del lavoro territoriale i malati avrebbero avuto maggiori probabilità di essere accolti e integrati nelle comunità locali se fosse stata ridotta al minimo ogni forma di psichiatrizzazione. Anni dopo un analogo conflitto si è aperto nei servizi sanitari, dove dominava il modello ambulatoriale delle cure: la tendenza cioè a offrire tante risposte quanti sono i problemi, senza preoccuparsi di contrastare la cultura dell'internamento e del ricovero, e senza incrociare le condizioni di vita dei soggetti nel loro habitat. Anche in questo caso si è deciso a Trieste di imboccare la direzione opposta: se alla fine degli anni settanta erano stati scelti servizi psichiatrici forti, dalla metà degli anni novanta in poi si è cercato di portare la nostra cassetta degli attrezzi in ogni angolo del territorio, raggiungendo anche i piccoli agglomerati e i rioni più lontani.

Il frutto probabilmente più maturo di questi reiterati sforzi è il «Progetto Microarea», avviato nel 2005 dall'Azienda sanitaria triestina per sperimentare la possibilità da parte dei cittadini di fruire dei beni comuni nei luoghi in cui abitano. Beni e mali comuni: sia relativamente alle risorse che sempre esistono in una micro-realtà territoriale, anche quando non sono riconosciute o valorizzate, sia relativamente ai disastri che non vengono quasi mai affrontati o presi in carico in maniera adeguata. Se prendiamo un qualsiasi caseggiato, o un insediamento urbano abbastanza esteso, non è difficile constatare che è dotato di risorse strumentali, umane e associative; al tempo stesso è pieno di guai, di solitudini, di cose che non vanno. Nei caseggiati popolari ci si imbatte quasi sempre in difetti strutturali: l'habitat è degradato, manca il verde, sono assenti o non funzionano i servizi. Tuttavia, anche dove i deficit sono più evidenti, è possibile scoprire ricchezze potenziali, come in ogni altro contesto.

Dunque, lavorare per micro-area voleva dire avviare un processo co-

noscitivo su due piani paralleli: da un lato, mappare le risorse esistenti in un determinato territorio, ricostruendo – strada per strada, insediamento per insediamento – le condizioni abitative e le capacità delle persone di convivere, avendo o meno accesso a una serie di opportunità; dall'altro, mettere a punto una cartografia dei bisogni sanitari, sia raccogliendo informazioni sul campo e parlando con gli abitanti sia esaminando i dati statistici a nostra disposizione: età media della popolazione, tipi di malattie più diffuse, frequenza dei ricoveri, quantità di prestazioni erogate, quantità di farmaci assunti e così via. L'esplorazione del territorio non era pianificata dall'esterno, a tavolino: il progetto si è basato fin dagli inizi sul criterio di coinvolgere quanti più soggetti e attori possibili, in maniera co-evolutiva, alla raccolta delle conoscenze, nello sviluppo di un metodo di intervento che doveva essere al tempo stesso «locale», «plurale» e «globale». L'attributo «locale» non ha bisogno di spiegazioni: se negli ultimi decenni si è molto insistito sul bisogno di sviluppare progetti localmente sostenibili, è perché si sa che le risorse non sono illimitate. D'altra parte, se l'innovazione viene collegata allo sviluppo di pratiche localmente definite e circoscritte, si impongono immediatamente due criteri: da un lato coinvolgere e attivare la popolazione, dall'altro favorire il pluralismo dei soggetti e delle istituzioni che, da vicino o da lontano, incidono su quel determinato territorio. Un terzo criterio importante era la presa in carico globale dei problemi evidenziati in ciascuna micro-area: da quelli squisitamente medico-sanitari a quelli dell'abitare e del convivere, fino ai problemi esistenziali e sociali relativi al reddito e al lavoro. In altre parole la presa in carico doveva tener conto non solo degli ostacoli e delle difficoltà incontrate dai singoli pazienti nel percorso di cura, ma anche di una serie di questioni ascrivibili a forme di sofferenza urbana: qualità dei contesti e dei sistemi di relazione, risorse per contrastare l'isolamento sociale, capacità o meno degli individui di adattare le loro abitudini e i loro stili di vita ai protocolli della cura ecc.

Nel soddisfare questi criteri lo sviluppo del progetto è stato graduale. Dapprima sono stati individuati referenti, operatori e operatrici esperti che, oltre a esplorare il territorio, dovevano costruire reti e alleanze, tenendo collegati i vari enti o servizi, privati e pubblici. In seguito sono state potenziate le risorse operative grazie al lavoro volontario e all'apertura in ogni micro-area di una piccola sede destinata a diventare un punto di riferimento quotidiano per la popolazione.

Una finalità importante del progetto era conoscere quasi uno a uno gli

abitanti dei rioni anche per realizzare una certa equità nella distribuzione delle risorse. Sappiamo che molti cittadini, pur avendone un gran bisogno, accedono con difficoltà ai servizi, mentre altri usufruiscono di un numero elevato di prestazioni, essendo maggiormente capaci di chiedere o di far valere i propri diritti. Dopo aver conosciuto da vicino le condizioni abitative e di vita di un certo numero di nuclei estesi di persone, sarebbe stato più facile mettere in atto misure ragionevoli ed eque dal punto di vista sanitario, ma anche delle politiche della casa, del reddito e del lavoro, avendo ben presente che il progetto Microaree aveva come principale obiettivo la coesione sociale, o meglio lo sviluppo di capitale sociale¹ in aree territoriali che ne erano tradizionalmente carenti o sprovviste.

3. *La città che cura*

Dopo oltre dieci anni di lavoro il punto è: siamo riusciti a creare un'organizzazione dei servizi sensibile a rilevare i bisogni, a disseminare delle antenne, a creare delle reti? Anche se il lavoro di microarea non è ancora adeguatamente esteso e generalizzato, siamo sulla buona strada? I dati e le storie raccolti in un recente lavoro di ricerca (Gallio e Cogliati Dezza, 2018) in filigrana lasciano emergere che i servizi non sono lì a guardare dall'esterno, ma si costituiscono come sguardo interno alla comunità fino a diventare parte della storia dei soggetti. Entrano nella vita quotidiana delle persone fino a costituire pezzi di soggetto e di soggettività. I servizi fanno il loro mestiere, o almeno le storie raccolte dimostrano che gli operatori stanno facendo il loro lavoro, che è quello di passare dalla medicina della morte alla medicina della vita, da una medicina naturalizzata a una medicina soggettivizzata. Consapevole del corpo biologico, delle tecniche di affrontamento biologico, ma anche del fatto che quando si parla di malattia stiamo parlando di un artefatto istituzionale, di una costruzione al tempo stesso culturale e sociale, esito e prodotto di molte variabili.

I servizi si sono messi su questa pista (su queste piste molteplici, in cui

¹ Alludiamo al capitale sociale inteso sia come un insieme di risorse strutturali e organizzative sia come una «rete di relazioni solidali, capace di mobilitare l'azione collettiva, e in particolare di promuovere l'agire cooperativo» (Donolo, 2002).

ogni volta può variare il percorso di cura) e ci sono stati messi da una storia che viene da lontano. È stata la psichiatria a muoversi per prima nella direzione di guardare ai luoghi e ai contesti di vita, lavorando in profondità su quella che oggi chiamiamo la capacitazione dei soggetti, facendo leva su opportunità e diritti che coinvolgevano interi gruppi, famiglie, micro-comunità. In seguito, dalla metà degli anni novanta in poi, ci è stata offerta l'occasione di estendere questa cultura e questa rete operativa alle altre branche della medicina, spingendo in avanti l'organizzazione di servizi che avrebbero dovuto occuparsi di tutte le malattie: dal diabete ai disturbi cardiovascolari, dall'oncologia alla pneumologia e così via.

Da allora in poi abbiamo riconfigurato un ragionamento che considera il territorio non come semplice sfondo dell'azione, ma come il tessuto da cui ricavare la materia prima che dà forma e sostanza alle attività di cura. Per anni abbiamo cercato di individuare un'organizzazione coerente con questi principi, impostando un metodo di lavoro che spingeva medici, infermieri, assistenti sociali, psicologi e tecnici della riabilitazione a confrontarsi con la possibilità di curare le persone a casa loro, facendosi carico della «lettura» e della trasformazione del contesto. Finché una persona è curata in ospedale ciò che conta è l'organizzazione del reparto e il corpo della persona. Quando invece il malato è curato nella sua casa il medico o l'infermiere sono obbligati a vedere dove abita, chi o che cosa gli sta attorno. Non possono curarlo senza incontrare i familiari o i vicini, o capire se è da solo. Tutto questo mondo in cui il soggetto vive entra nel taccuino delle cose di cui occorre prendere nota: l'aver e il non avere, l'essere e il non essere diventano elementi fondamentali nella ricognizione del problema. Per fare qualcosa di buono è necessario attivare le risorse presenti nei contesti e nella storia della persona, nelle sue capacità, perché solo queste risorse e capacità possono aiutare a immaginare una prognosi più favorevole.

Da molti anni la questione dei distretti sanitari in Italia resta insoluta. Il distretto è come l'araba fenice, cambia configurazione a seconda delle realtà locali e regionali; anche gli standard organizzativi dei servizi possono variare da un'amministrazione all'altra. Una cosa è certa: la concezione del distretto che si è affermata in gran parte delle regioni italiane è molto diversa da quella realizzata a Trieste, dove è stata presa alla lettera l'idea di un dispositivo che aggrega tutte le risposte sanitarie relative a un determinato territorio, configurate in alternativa alle risposte date dall'ospedale. Tutte le prestazioni non collegate alla

RPS

Franco Rorelli

struttura ospedaliera, e a ciò che l'ospedale offre in via esclusiva, sono erogate dal distretto, che nel realizzare il suo mandato deve soddisfare due condizioni: da un lato interloquire con gli enti e con i servizi che erogano aiuti e supporti di natura assistenziale, per integrare il più possibile le risposte in senso socio-sanitario; dall'altro, ancor prima, integrare al proprio interno, nel farsi stesso della sua organizzazione, le risposte specialistiche collegate alle varie discipline: dalla psichiatria alle patologie delle dipendenze, dalla cura del diabete alla cardiologia, dagli interventi per i pazienti oncologici a quelli per la popolazione anziana, fino alla presa in carico di intere famiglie – la cura delle donne, dei bambini e degli adolescenti, con bisogni speciali e no.

L'organizzazione distrettuale è inoltre responsabile di una serie di servizi di igiene e profilassi nella prevenzione delle malattie: cura dei cibi, salubrità dell'acqua e dell'aria, igiene degli ambienti e così via. In altre parole deve farsi carico della salute degli abitanti di un territorio dalla culla alla tomba, rispondendo simultaneamente a bisogni di prevenzione, cura e riabilitazione.

Il lavoro futuro dovrà avere come obiettivo quello di abbattere i muri che continuamente si innalzano tra ospedale e territorio, tra medici di medicina generale e specialisti, tra servizi sanitari e assistenziali. Anche per abbattere questi muri, e garantire a tutti i cittadini percorsi di continuità terapeutica, in Friuli-Venezia Giulia è stata varata la legge di riforma a cui si è accennato prima, che incorpora in un *unicum* le cliniche universitarie, le aziende ospedaliere e quelle territoriali. La prima fase di implementazione della legge, pur avendo conseguito dei buoni risultati, mostra che non è facile rimuovere i «confini tribali», le divisioni da sempre esistenti tra discipline e ambiti d'intervento diversi². Per quanto faticosa e impervia, questa ci è sembrata la strada da percorrere per costruire un sistema sanitario aperto, capace di accogliere la singolarità e l'unicità delle storie delle persone quando si ammalano. Da un lato è evidente che non ci sarà un futuro per il sistema sanitario se le persone non sono coinvolte e non partecipano, diventando sempre più responsabili del proprio progetto di salute; dall'altro il diritto (e il bisogno) dei malati di essere curati a domicilio, tenendo conto dei

² L'andamento della riforma evidenzia, accanto a un elenco di azioni positive realizzate e di problemi tuttora aperti, un dato significativo: l'amministrazione regionale, presieduta da Debora Serracchiani, è riuscita a garantire un equilibrio di bilancio strutturale, facendo in modo che il sistema sanitario del Friuli-Venezia Giulia sia tra i pochi in Italia a non avere un euro di debito arretrato.

loro contesti abitativi e di vita, non vale più solo per la psichiatria, ma per tutte le patologie croniche e cronico-degenerative. Serve allora una sanità capace di affrontare la crisi finanziaria che da anni incombe mettendo insieme tutte le risorse disponibili. Se si considera l'intero sistema di welfare, sono enormi le risorse – economiche, tecniche, strumentali, umane – messe in campo; quel che colpisce non è la loro scarsità, come di solito si pensa, ma la loro dispersione e frammentazione: tra ospedale e territorio, tra pubblico e privato, tra privato lucrativo e privato sociale, tra risorse di aiuto e risorse di cura formali e informali. Mettere al centro del dispositivo il capitale sociale delle comunità locali, connettendo le risorse delle persone con quelle delle istituzioni: è questa la sfida della «città che cura», una città capace di trovare risposte ai bisogni individuali, affrontandoli come laboratori di risposte a problemi e a domande collettivi.

Non è una sfida assurda ma una prospettiva concreta, che potrà arricchirsi nei prossimi anni se i distretti sociali e sanitari cesseranno di essere mere espressioni geografiche, presidi di controllo dei territori, diventando luoghi aperti, istituzioni mobili e flessibili entro cui organizzare risposte intersettoriali ai bisogni di salute.

Nella guerra attuale tra inclusione ed esclusione, che si gioca in ogni angolo della penisola, si scopre paradossalmente la ricchezza e la varietà dei territori, giacimenti di risorse che rischiano di non emergere o di andare sprecati. In questo senso, nell'affrontare bisogni di salute sempre più complessi, la crisi che stiamo attraversando può diventare un'opportunità: da un lato espone i sistemi di cura a forme involutive di ritiro e di arretramento, dall'altro fa comprendere l'importanza di aprire e contaminare i luoghi e gli spazi istituzionali, spingendo i professionisti e i cittadini a cercarsi e incontrarsi per inventare un sociale più ricco.

Riferimenti bibliografici

- Donolo C., 2002, *Sul capitale sociale e i potenziali di sviluppo*, paper per il master di sviluppo locale, Facoltà di Sociologia, Università Milano-Bicocca.
- Gallio G., Cogliati Dezza M.G. (a cura di), 2018, *La città che cura. Microaree e periferie della salute*, Edizioni Alpha Beta Verlag, Merano.

Vivere con la sofferenza mentale. La parola di utenti e familiari

Claudia Demichelis, Carlo Gnetti e Gisella Trincas*

RPS

Il saggio analizza, nella prima parte, una varietà di testi scritti da persone che erano state internate in manicomio e da persone attualmente utenti dei servizi di salute mentale e include, nella seconda parte, due testimonianze critiche di familiari di persone con disturbi mentali. Questi materiali compongono

un quadro ricco e variegato degli sguardi della società sulla sofferenza mentale insieme ai mutamenti – di diverso segno – nelle relazioni sociali, nell’offerta di servizi, nelle culture degli operatori. Molte di queste voci sono presenti oggi nelle iniziative promosse dalle organizzazioni impegnate nella difesa dei valori della Legge 180.

1. Scritture dentro e fuori dal manicomio

Più di centomila persone erano internate negli anni sessanta negli ospedali psichiatrici italiani. Le esperienze di apertura dei manicomi hanno consentito l’emergere di queste vite sia attraverso testimonianze scritte in prima persona da alcuni internati sia attraverso gli studi storici che si sono sviluppati numerosi negli ultimi anni, grazie al riordino e all’apertura degli archivi delle cartelle cliniche¹, da cui sono emer-

* Claudia Demichelis ha scritto il primo paragrafo e ha raccolto e editato la testimonianza di Gisella Trincas, riportata nella seconda parte del testo. Carlo Gnetti è autore del terzo paragrafo.

¹ Tra i primi lavori storici va ricordato quello di Guarnieri (2006; ed. or.: 1988); il romanzo racconta la storia processuale di Callisto Grandi, un uomo deforme di Incisa Valdarno, che viene accusato di aver ucciso quattro bambini tra il 1873 e il 1875. I lavori degli storici sono diventati ormai numerosi; si citano qui, a titolo di esempio, i lavori di Fiorino (2002): una ricerca che, attraverso l’analisi delle pratiche di internamento che hanno riguardato il manicomio romano Santa Maria della Pietà tra il 1850 e il 1915, riflette sul tema della medicalizzazione: «Il passaggio da una concezione secondo cui la follia era uno stato di alterazione dell’anima [...] a una vera e propria malattia che rientrava nella sfera di competenza medica» (p. 7); e Tornabene (2007); una ricerca condotta nell’ospedale

si memoriali e lettere mai spedite, voci, atti comunicativi degli internati occultati dal manicomio come segni di malattia.

In manicomio si scriveva di nascosto, con mezzi di fortuna. «Avevo solo le mie tasche», scrive Alberto Paolini, perché è qui che nasconde i piccoli frammenti di carta su cui scrive – con una matita, che è il dono segreto di un infermiere – durante i quarantadue anni di internamento (Paolini, 2016). Gran parte dei testi nati nei manicomi ci restituiscono questa difficoltà di trovare strumenti e occasioni per comunicare la propria condizione, ma ci restituiscono anche il desiderio ostinato di farlo: così nel diario di Lia Traverso (1996) e negli scritti di Nicola Fanizzi (2004a; 2007b). Scrivere è proibito ma è un modo segreto di sopravvivere, che non può trovare lettori ma solo eventuali censori.

È solo con il superamento dei manicomi che queste riflessioni escono dall'oscurità e acquistano il valore di testimonianza storica e, non di rado, rilievo letterario; e così vengono ordinate ed editate. Si tratta all'inizio di atti spontanei e solitari e, successivamente, di riflessioni stimulate da laboratori che fanno del ritorno alla parola e all'espressione della soggettività uno strumento importante di riabilitazione: «le nostre penne lasciate da parte da molto tempo finalmente riprendevano a scrivere»² (Ferfoggia, 1998). Si ricomincia a scrivere grazie all'interesse di uno psichiatra, di un infermiere o di un volontario che, intravedendo una possibilità di riabilitazione, compie un atto «straordinario», non scontato, non previsto, che va ben oltre il proprio mansionario. Più tardi saranno anche giornalisti e scrittori a coinvolgersi in questo ritrovamento della parola.

Se vogliamo trovare un luogo e una data di inizio occorre andare a Gorizia, dove nei primi anni sessanta si avvia una trasformazione dell'ospedale psichiatrico attraverso l'apertura dei reparti e il rovesciamento dei ruoli istituzionali. *L'istituzione negata* (Basaglia, 1968) riporta, tra le voci degli operatori e dei volontari, anche quelle dei pazienti, che discutono in assemblea gli aspetti della quotidianità e le regole di convivenza: i farmaci, il denaro, gli affetti, le responsabilità di ognuno

neuro-psichiatrico di Racconigi, nella provincia di Cuneo, che prende in esame il periodo tra il 1938 e il 1947.

² *Le nostre penne lasciate da parte da molto tempo finalmente riprendevano a scrivere* è il titolo di una raccolta di scritti prodotti da utenti del Dipartimento di salute mentale di Trieste, che hanno preso parte, nel 1996, a un corso intitolato *Formazione e linguaggi* e diretto da Giovanni Ferfoggia.

e del gruppo. A Trieste nel 1973 Giuliano Scabia e Vittorio Basaglia, con operatori, pazienti e volontari, creano il laboratorio in cui nasce Marco Cavallo e il reparto P, ormai abbandonato, viene trasformato in un luogo dove «chiacchierare, discutere, pitturare, recitare, fotografare, cantare, fare libri piccoli e grandi e vedere come dare una scollata all'istituzione mettendo in moto le corde dell'immaginario e la forza della partecipazione» (Scabia 2011, ed. or.: 1976).

Laboratori di pittura, teatro e scrittura si organizzano in diversi ospedali psichiatrici che si aprono, e dove nascono testi come quello del «maestro Spadi», a lungo presidente dell'Assemblea generale dei ricoverati di Arezzo (Spadi, 1991)³; o come le antologie di racconti prodotti dai laboratori dell'ospedale psichiatrico Santa Maria della Pietà di Roma, *Una finestra sul reale* (Aa.Vv., 1984) e *Padiglioni* (Aa.Vv., 1990).

Anche i testi prodotti oggi da persone che sono utenti dei servizi di salute mentale raccontano esperienze di vita e interni delle strutture psichiatriche che attraversano, ma gli intenti e gli esiti sono sostanzialmente diversi da quelli dei testi nati dentro il manicomio. Mario Calcagno è un cinquantenne che viene continuamente «spostato»: da un viaggio in Oriente si ritrova in un «repartino»; dagli ospedali viene trasferito nelle cliniche e poi ancora nelle comunità terapeutiche (Calcagno, 2008); Magda Guia Cervasato racconta una settimana trascorsa in un Servizio psichiatrico di diagnosi e cura di provincia (Guia Cervasato, 2012); nei suoi due libri Alice Banfi descrive gli spazi, dapprima, di un reparto ospedaliero e, in seguito, di una clinica e di una comunità, analizzandone i meccanismi di violenza e narrando la lotta quotidiana contro restrizioni e minacce: per fumare, per ottenere un caffè, per difendersi da blatte e scarafaggi. «Alcolista, anoressica e autolesionista», l'autrice ci presenta in queste pagine un altro nemico contro cui combattere: quello che la fa scappare, ingannare, ferire, vomitare ogni volta che mangia (Banfi, 2008, 2012). Riecheggia qui lo stesso tentativo di analizzare criticamente la propria sofferenza, oltre che di descrivere i luoghi in cui è ristretta, che troviamo nella domanda di Matilde, 28 anni, protagonista del libro di Flora Tommaseo: «Possibile che io non riesca a capire quale diavolo ci sia dentro di me?», un diavolo che riaffiora nelle ansie, nella paura, nell'autolesio-

³ Sulle esperienze che si sviluppano a Ferrara, Trieste, Arezzo e Roma si veda Pitrelli (2004).

nismo. Matilde affida il racconto di un anno di vita nei servizi e nelle comunità a questo diario, ironizzando sulla routine giornaliera e comunicando, allo stesso tempo, una richiesta d'aiuto (Tommaseo, 2013). Anche Alberto Fragomeni descrive i luoghi della cura psichiatrica che ha attraversato nella sua giovane vita, e l'analisi si accompagna a una osservazione lucida e spesso ironica delle dinamiche tra le persone che frequentano i servizi di salute mentale, e dei pregiudizi vecchi e nuovi che segnano la rappresentazione della follia e spesso la legano oggi a particolari doti fuori dal comune, come la genialità e le attitudini artistiche (Fragomeni, 2016).

Sarebbe riduttivo affermare che, rispetto ai testi nati all'interno dei manicomi, in questa nuova produzione si realizzi semplicemente uno spostamento, un cambio di scena, che presenta questa volta altri luoghi, più o meno somiglianti, nelle dinamiche e nelle relazioni, a quelli che la Legge 180 ha voluto abolire. In alcuni di questi testi infatti si compie un passaggio ulteriore: gli autori raccontano in prima persona una vita vista anche attraverso lo sguardo di chi, a seconda dei diversi casi, la condivide, la cura o la prende in custodia. Questo è l'elemento più interessante: non solo raccontare ciò che si vive, ma sforzarsi di porsi nello sguardo di chi osserva questa vita, di chi ha a che fare con la malattia, ovvero gli operatori, i familiari, la società, la politica, i media. Questi autori danno prova di conoscere molto bene il mondo in cui vivono e narrano la propria condizione, analizzando, nello stesso tempo, lo sguardo della società che ricade sulla malattia mentale, che spesso finisce col produrre distanza anche quando ha nei suoi intenti dichiarati quello di favorire un avvicinamento. In questi testi c'è uno sforzo di restare dentro la società; non è più la scrittura di un esule che guarda da dietro le grate il mondo in cui vorrebbe tornare: questi autori non se ne sono mai andati dalla società, ne sono parte e osservano lucidamente la propria condizione, provando allo stesso tempo a smascherare «il fantasma della follia» e finendo per rispondere provocatoriamente a quella domanda che Franco Basaglia poneva nel 1967: *che cos'è la psichiatria?*

2. I servizi di salute mentale visti dai familiari

I familiari diventano voci attive solo a seguito della riforma. Ci vorrà molto tempo perché riescano a raccontare e a raccontarsi con la grazia e l'ironia di Carlo Miccio, che nel suo romanzo verità ci fa vedere, con

gli occhi di un bambino, una storia familiare sconvolta dalla malattia del padre (Miccio, 2017). I familiari si esprimono innanzitutto e a lungo come persone che hanno deciso di «giocare come sociale e politica una vicenda tipicamente privata» (Giannichedda, 1991) e ciò li conduce a fare politica in modi nuovi e per loro stessi inattesi. Sono soprattutto le donne – sorelle, madri, mogli di pazienti psichiatrici – a muoversi nella prima fase e a creare associazioni.

Le prime nascono già negli anni ottanta ed esprimono posizioni diverse sulla riforma: la Diapsigra (Difesa ammalati psichici gravi) e l'Arap (Associazione per la riforma dell'assistenza psichiatrica) si oppongono esplicitamente alla Legge 180; il Coordinamento nazionale salute mentale, che si forma nella seconda metà degli anni ottanta, ne richiede invece la reale applicazione: «vogliamo per noi una normalità che non costi il loro internamento» dice un loro slogan nato dalle parole di una delle leader (Giannichedda, 1991).

Gisella Trincas, oggi presidente della Unasam (Unione nazionale delle associazioni per la salute mentale), la più importante rete nazionale di associazioni di familiari e di utenti, presente in tutte le regioni con una o più associazioni, è stata protagonista della nascita del movimento dei familiari dall'inizio, a partire da una drammatica vicenda familiare.

Nel 1974, mia sorella viene ricoverata per la prima volta nel manicomio di Cagliari, Villa Clara, trasferita dal reparto neurologia dell'ospedale civile, in seguito a un gesto aggressivo compiuto nei confronti di un medico. Quando viene ricoverata è in stato di gravidanza molto avanzato, quindi resta in manicomio per pochi giorni, fino alla nascita della bambina, avvenuta nell'ospedale civile di Cagliari. Poi torna a vivere con i nostri genitori ed è qui che iniziano le maggiori difficoltà per tutti. Maria Antonietta non è in grado di accudire sua figlia e ha un rapporto molto complicato con il padre della bambina. Decidono di sposarsi, mettono al mondo un'altra figlia, ma poi si separano. Nel frattempo subisce altri ricoveri in ospedale psichiatrico e si tenta una convivenza con i genitori di lui. La situazione è insostenibile per cui Maria Antonietta torna a vivere con i nostri genitori e le bambine sono affidate al padre. Dal 1974 al 1980 viene più volte ricoverata per la sua aggressività nei confronti di tutti. Maria Antonietta colpisce all'improvviso, in casa ma anche in strada: ad una bambina in passeggio dà uno schiaffo senza una apparente ragione; aggredisce una donna per strada procurandole delle ferite importanti. Alla richiesta di spiegare quel gesto, risponde «avevo paura che mi facesse del male».

Dopo la Legge 180, a Cagliari, dove vivevamo, l'unica alternativa all'ospedale psichiatrico era il Servizio psichiatrico di diagnosi e cura dell'ospedale Santissima Trinità, una vera succursale del manicomio: il reparto «dei mat-

RPS

Claudia Demichelis, Carlo Gnetti e Gisella Trincas

ti», un luogo orribile, puzzolente, con letti nel corridoio, un numero elevato di ricoverati, ben oltre i numeri stabiliti dalla norma. Maria Antonietta entrava in cliniche private, istituti religiosi, improbabili case famiglie; luoghi improponibili da cui scappava.

Io e mia sorella Paola iniziamo allora una ricerca disperata di una possibilità per lei e di una speranza per noi. Dall'inizio degli anni ottanta mi interrogo seriamente su cosa fare. In quel periodo ero responsabile aziendale dell'ente pubblico per il quale lavoravo ed ero stata appena eletta nella segreteria della Funzione pubblica Cgil di Cagliari. Era il 1985 e l'Unità sanitaria locale, che gestiva l'ospedale psichiatrico di Cagliari, decide di organizzare un dibattito sulla 180, chiamando come relatrice la presidente della Diapsigra, Anna Rosa Andretta, una presenza che – intuivamo in Cgil – era funzionale a criticare la legge. Invitiamo quindi a Cagliari Margherita Rossetti, presidente della Cooperativa di Roma Servizi per l'attuazione della riforma psichiatrica, che si era dimessa dall'Arap non condividendo la posizione contraria alla chiusura degli ospedali psichiatrici, e aveva fondato una casa famiglia a Roma. Al convegno annuncio il mio progetto di fondare in Sardegna l'associazione dei familiari. Successivamente visito la casa famiglia e mi confronto con Margherita, che già partecipava ad alcuni incontri con donne impegnate nelle poche associazioni che si andavano costituendo. Da qui traggio molti stimoli importanti che mi convincono che quella è la direzione da prendere.

Poco dopo, come Funzione pubblica, promuoviamo un Convegno sulla salute mentale a cui partecipano Maria Grazia Giannichedda e Tommaso Losavio. In questa occasione iniziamo ad accogliere molte richieste di adesione di familiari e utenti dei servizi. Abbiamo bisogno di uno spazio fisico in cui incontrarli, programmare le prime iniziative, istituire la segreteria informativa tenuta da me e pochi altri volontari. La Funzione pubblica e la Camera del lavoro ci mettono a disposizione, per il primo periodo, una stanza attrezzata con telefono, fotocopiatrice e fax e, nel 1986, inizia formalmente l'avventura dell'Asarp (Associazione sarda per l'attuazione della riforma psichiatrica). Nello stesso anno, partecipo a una riunione organizzata da Maria Grazia Giannichedda e Franca Ongaro Basaglia, a Roma, presso la sede della Sinistra indipendente; in questa occasione le poche associazioni che si erano formate – tutte guidate da donne – si costituiscono in un Coordinamento nazionale salute mentale, con un documento pubblico. Mi sono sentita subito parte di quel mondo e compagna di quelle donne.

Il lavoro dell'associazione mi assorbe al punto che decido di abbandonare gli organismi dirigenti della Cgil e mantenere l'impegno sindacale aziendale. Nel 1991, con il Centro Franco Basaglia (successivamente Fondazione), e tutte le associazioni del Coordinamento, organizziamo la prima Conferenza internazionale sulla salute mentale. L'obiettivo è la difesa dei principi e dei valori della 180, la sollecitazione di un suo piano di attuazione, il superamento di tutti gli ospedali psichiatrici, la costruzione dei servizi alter-

nativi sul territorio. Dopo due anni di dibattiti e confronti interni, nasce, nel 1993, l'Unasam. Nel suo statuto e in quello di tutte le associazioni aderenti è forte ed esplicito il riferimento alla difesa dei valori della 180. In quegli anni, chiedevamo innanzitutto l'attivazione dei servizi territoriali e l'immediata chiusura dei manicomi ancora in funzione, che impiegavano notevoli risorse pubbliche, versavano in condizioni sempre peggiori e trattenevano le persone con la definizione di «residuo manicomiali». Promuovevamo inchieste giornalistiche e parlamentari e partecipavamo alle audizioni in Camera e Senato. Già nel 1989 la Commissione salute del Senato, di cui era membro Franca Ongaro Basaglia, era entrata in diversi manicomi e, su nostra sollecitazione, anche in quello di Cagliari. Ma l'interlocuzione con le istituzioni – Parlamento, governo nazionale e governi regionali – non è stata mai agevole: la sola eccezione furono gli anni in cui Rosy Bindi è stata ministra della Salute.

In quel periodo cambia anche la mia vita, con un progetto che mi impegna ancora oggi e nel quale mia sorella è riuscita finalmente a trovare serenità. Nel 1995 inauguriamo «Casamatta», una villetta nella città di Quartu Sant'Elena, vicino Cagliari, dove mia sorella va a vivere con altre quattro donne e due uomini, sostenuti e accompagnati giorno e notte da operatori che aderiscono alla nostra organizzazione. Ho impiegato quattro anni a raccogliere fondi – attraverso eventi culturali e iniziative – che permettessero di pagare un affitto e di retribuire un gruppo di operatori. La casa è confortevole e si vive rispettando la libertà: le porte si aprono e si chiudono per volontà delle persone e non degli operatori. Gli ospiti hanno rapporti quotidiani con il proprio medico, con i parenti, con gli amici, con il territorio, con la strada.

Il progetto è stato molto faticoso. È stato necessario relazionarsi con istituzioni non sempre disponibili all'ascolto, ma siamo riusciti a portare avanti le nostre istanze grazie ad alcuni servizi pubblici che sono stati i nostri punti di riferimento. Fondamentale è stata la collaborazione di numerosi operatori dei servizi di Trieste – e non solo – che in Sardegna, come in altre regioni, hanno lavorato come formatori, sostenendo i familiari nel comprendere che cos'è la sofferenza mentale, quali sono i comportamenti da evitare e quali i diritti da pretendere e garantire. Da alcuni anni «Casamatta» è stata trasferita nella città di Cagliari: non più una villa ma una grande casa confortevole e bella in un condominio, in uno dei quartieri più eleganti di Cagliari. Mia sorella da ventitré anni non ha più subito un ricovero.

Le associazioni dei familiari sono oggi, in alcune realtà, molto fragili. In alcuni territori sono state create piccole associazioni locali, appoggiate ai dipartimenti di salute mentale. Alcune volte questa scelta funziona: per esempio a Modena la nostra associazione ha rapporti molto stretti e di reciproco rispetto e collaborazione con i servizi; ma lì c'è un buon dipartimento di salute mentale. Quando invece le associazioni sono legate a servizi che zoppicano e che utilizzano le associazioni dei familiari per coprire le loro inadempienze, questa alleanza si rivela controproducente. L'Asarp è

RPS

Claudia Demichelis, Carlo Gnetti e Gisella Trincas

completamente esterna ai servizi di salute mentale, nonostante abbia sede nell'ex ospedale psichiatrico di Cagliari, nello stesso padiglione in cui si trova il dipartimento di salute mentale. Con questa istituzione noi coltivate rapporti di «buon vicinato». L'associazione ha un suo spazio, un suo ingresso indipendente. La prossimità aiuta a volte a discutere e velocizzare l'andamento di attività e iniziative svolte in collaborazione; ma l'associazione mantiene una totale autonomia di azione che, ad esempio, implica che qualsiasi contestazione ai servizi sia avanzata in termini formali e per iscritto. Ciò consente di criticare senza il timore di ritorsioni; ed è questo il maggiore timore: che la contestazione del servizio possa influire negativamente sul trattamento riservato al proprio familiare. Mantenere l'autonomia d'azione politica è allora fondamentale, perché essa contribuisce allo stesso tempo al bene dell'associazione e a quello del servizio territoriale di salute mentale. Servizi pubblici che consideriamo importanti per i nostri familiari e per il territorio, che vanno difesi e rafforzati.

L'Unasam, in questi anni, ha fortemente sostenuto le organizzazioni locali e regionali, promuovendo eventi culturali, formativi, e convegni nazionali molto partecipati. Nel 2001, in collaborazione con l'allora ministro della Salute, ha promosso la prima Conferenza nazionale sulla salute mentale che è stata preceduta da una serie di conferenze interregionali, e che ha visto, per la prima volta in Italia, la partecipazione di una parte consistente del governo nazionale, delle commissioni parlamentari, di organizzazioni e comunità scientifiche.

In questi anni, il sistema salute mentale vive una condizione di grande sofferenza ed è per questo che, in occasione del quarantesimo anniversario della Legge 180, l'Unasam ha promosso, in collaborazione con numerose organizzazioni⁴, il convegno *Diritti, libertà e servizi* per richiedere che entro il 2018 si apra la seconda Conferenza nazionale per la salute mentale, che valuti lo stato delle politiche e dei servizi, la necessità di un aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza e di un nuovo Piano nazionale. Tra gli obiettivi della Conferenza nazionale c'è un adeguato finanziamento dei dipartimenti di salute mentale per assicurare percorsi di cura attuati nell'ambiente di vita, anche durante la fase di acuzie; la dotazione di un adeguato numero di operatori nei centri di salute mentale per garantire un'apertura sulle ventiquattrore; l'eliminazione della contenzione meccanica e di forme di segregazione; il reale superamento dell'ospedale psichiatrico giudiziario, cioè della sua logica, che affligge non poche residenze per l'esecuzione della misura di sicurezza.

⁴ Tra le organizzazioni promotrici del convegno *Diritti, libertà, servizi. Verso una conferenza nazionale per la salute mentale*. Conferenza per la salute mentale, Fondazione Franca e Franco Basaglia, Siep, StopOpg, Psichiatria democratica, WapItalia, Forum nazionale salute mentale, Rete italiana Noi e le voci, Fondazione Di Liegro, Cittadinanzattiva, Antigone, A Buon Diritto, Società della ragione, Forum salute e carcere.

Nel racconto di Trincas, «Casamatta» costituisce una provocazione positiva per i servizi pubblici e un approdo che trasforma la vita di sua sorella. Questa esperienza testimonia inoltre che è possibile prendersi cura anche delle persone che vivono condizioni di sofferenza molto difficili senza cadere nelle trappole della istituzionalizzazione e dell'abbandono.

3. *Da una residenza all'altra*

La vicenda che racconta e analizza qui di seguito Carlo Gnetti, presidente dell'Associazione volontari ospedalieri di Roma, testimonia invece un percorso dentro le istituzioni pubbliche che evidenzia i limiti organizzativi e culturali che sono tuttora diffusi nei servizi di salute mentale. Dopo un inizio pieno di speranze, il sistema dei servizi si rivelerà infatti distruttivo per suo fratello, perché incapace di adattarsi ai suoi bisogni e di farsi carico della sua sofferenza.

Negli anni ottanta mio fratello viveva più o meno stabilmente assieme ad altri quattordici pazienti nella comunità terapeutica di via Sant'Igino Papa a Primavalle. Dunque la sua era una condizione di relativo privilegio, se si pensa che dopo l'entrata in vigore della Legge 180 le strutture territoriali alternative al manicomio erano pressoché inesistenti. Nel Nord Italia le cose andavano meglio e le sperimentazioni erano più avanzate, ma nel Lazio si era ancora all'anno zero, alle prese con le novità introdotte dalla Legge 180 e dalla quasi contemporanea istituzione del Servizio sanitario nazionale (Legge 833 del 1978). La vicenda di mio fratello, catapultato fuori dal Santa Maria della Pietà per finire nell'unica struttura pubblica aperta nel Lazio a quell'epoca (1981), allora in grado di ospitare una quindicina di pazienti maschi e che solo più tardi sarebbe stata aperta alle donne, è molto emblematica da questo punto di vista. Lui aveva subito il cambiamento in modo passivo, essendo uno di quelli che si sentivano al sicuro in luoghi chiusi e protetti. E difatti, quando viveva in comunità, spesso si dava alla fuga, forse perché non era in grado di contenere le sue paure in un luogo così aperto.

La comunità terapeutica, lo dice il nome stesso, nasce per curare e reinserire i pazienti. E in effetti la comunità di Primavalle ha svolto egregiamente questa funzione, tanto da diventare una «eccellenza» nel corso degli anni, oggetto di visite di équipe provenienti da tutto il mondo che volevano studiarne le modalità e i sistemi di cura. Nel periodo in cui mio fratello ha vissuto lì, ho visto nascere e svilupparsi molte iniziative interessanti, come i lavori affidati ai pazienti tramite cooperative di lavoro all'esterno o al-

RPS

Claudia Demichelis, Carlo Gnetti e Gisella Trincas

l'interno della comunità, riunioni allargate agli operatori e ai familiari, gite fuori porta e al mare, vacanze in luoghi di villeggiatura insieme agli operatori, magari un po' fuori stagione per evitare contatti ravvicinati con gli ospiti «normali» degli alberghi, workshop, corsi di art therapy, eccetera.

Tutte queste attività hanno prodotto risultati eccellenti, tant'è vero che alcuni dei primi pazienti sono riusciti sia a integrarsi nella vita di un quartiere come Primavalle, estremamente ricettivo e disponibile nei confronti della comunità e dei suoi pazienti, sia a recuperare una vita accettabile, che li ha condotti presto o tardi alle dimissioni, magari «guidate» per periodi più o meno lunghi. Ciò ha comportato quasi automaticamente la necessità di garantire il turn over dei pazienti, e delle pazienti entrate nel frattempo. Era questa, del resto, la «mission» della comunità.

Il problema è sorto perché, trascorsi una quindicina d'anni, mio fratello e alcuni altri pazienti non avevano mostrato sostanziali progressi, anzi si erano in qualche modo «adagiati» e cronicizzati, trovando una dimensione di vita all'interno della comunità, con la loro stanza e modesti comfort, ma senza prospettive di guarigione, o di «recovery», come si usa dire oggi, cioè recupero di un livello accettabile di autonomia. E così è arrivato il giorno in cui questo gruppo di pazienti ha dovuto lasciare la comunità per trasferirsi in una casa famiglia. Decisione che significava abbandonare un luogo sicuro e familiare, in tutti i sensi, per affrontare quello che si prospettava come un salto nel buio.

Quando mi fu annunciata la sofferta decisione che lo staff della comunità aveva preso, secondo me sottovalutando l'impatto emotivo dell'esperienza di Primavalle per mio fratello e per noi familiari, ebbe luogo un drammatico colloquio tra il dottor Marà, che allora dirigeva la comunità, e il sottoscritto. «È una scelta dolorosa ma necessaria – diceva Marà –. Ormai siamo diventati una famiglia. Tuo fratello ci mancherà molto, ma non può più restare qui. Dobbiamo fare entrare altri pazienti. Con lui abbiamo fallito». «Ma no – lo consolavo io –. Non avete fallito. Lui è stato trattato come un essere umano, e questo vuol dire moltissimo. Non lo avete sottoposto a elettroshock, non lo avete imbottito di psicofarmaci per farlo stare buono. Vi ha dato parecchi grattacapi, è vero, non ha corrisposto alle vostre attese. Però avete resistito e io ve ne sarò sempre grato».

A questo riguardo c'è un aspetto fondamentale che riguarda il rapporto tra famiglie e istituzioni che si occupano di disagio psichico. Talora, come nel caso della comunità di Primavalle – o almeno fino al momento in cui ne fu chiaro il carattere riabilitativo – viene superato quel sottile confine che stabilisce le responsabilità reciproche delle famiglie e delle istituzioni nei confronti del paziente. Secondo il mio punto di vista di allora, il nostro congiunto era stato in qualche modo «sradicato» dalla famiglia e preso in carico dalla comunità e dai suoi operatori, ai quali veniva affidata la responsabilità della sua intera vita. Era difficile, quindi, accettare il fatto che dovesse essere scaricato dalla comunità in cui aveva vissuto quindici anni, anche se la sua sorte sarebbe rimasta comunque affidata alla struttura sa-

nitaria pubblica. «Non smetteremo mai di ringraziarvi. Voi ci liberate da un bel problema», aveva detto un giorno nostra mamma in una riunione allargata ai familiari dei pazienti. E aveva aggiunto, in un impeto di sincerità: «Talvolta sono arrivata a pensare che per mio figlio sarebbe stato meglio morire piuttosto che soffrire come lui ha sofferto. È dura ammetterlo per una madre. E invece, qui in comunità, avete ridato un senso alla sua vita». Però le cose sono andate in un'altra direzione, verso la grande incognita della «responsabilizzazione» del paziente, e verso una maggiore condivisione e partecipazione economica delle famiglie. Forse tutto ciò aveva senso, ragionando a posteriori, ma allora era difficile accettare questa realtà.

Anche i passaggi successivi della vita di mio fratello toccano molte problematiche legate agli effetti prolungati nel tempo della Legge 180. La casa famiglia a cui era stato assegnato dal Dipartimento salute mentale della Asl Roma E era troppo impegnativa per uno come lui. Doveva curare la sua stanza e la propria persona, contribuire alle spese comuni (nel suo caso grazie anche all'assegno di disabilità che gli era stato assegnato) e alla vita sociale con gli altri pazienti, intrattenere buoni rapporti con il vicinato per superare una preconcepita ostilità (lo «stigma» così duro a morire, specie quando i matti sono vicini di casa), e così via. Lui non poteva reggere il peso di queste responsabilità. E difatti iniziò allora una netta involuzione, resa ancora più lacerante dalla continua ricerca di una clinica convenzionata o di una Residenza sanitaria assistenziale (Rsa) disposta ad accoglierlo: Villa Armonia, Villa Monica, Villa Mendicini, Colle Cesarano, Villa dei Fiori. Quando non erano strutture decentrate come nel caso di Colle Cesarano, erano reparti di segregazione in cliniche private, come nel caso di Villa Monica e Villa dei Fiori (clinica di proprietà della famiglia Angelucci in predicato allora di trasformarsi in un centro di salute e benessere). Villa Mendicini, prima del ricovero di mio fratello e di altri quattro pazienti maschi fuoriusciti dalla comunità o dalla casa famiglia, aveva ospitato solo donne ed era quindi impreparata all'impatto con la promiscuità. Villa Monica era una clinica diretta da un urologo (!) abituato a trattare pazienti anziani e inorridito di fronte alla dose da cavalli, così l'aveva definita, di psicofarmaci da somministrare ogni giorno a mio fratello, all'epoca ancora relativamente giovane. Quanto a Colle Cesarano, ospedale finito sotto osservazione per alcune morti sospette (ne ha parlato anche la trasmissione televisiva *Presa Diretta*), i lunghi corridoi, le sale comuni, l'odore di disinfettante, le camere da otto letti, le inferriate alle finestre, l'atmosfera che si respira, con urla, sospiri e richiesta ossessiva di soldi e sigarette, tutto riporta inesorabilmente al vecchio manicomio. Piccolo, decentrato ma pur sempre manicomio.

Di passaggio in passaggio, noi familiari ci siamo accorti ben presto che qualcosa non funzionava nella catena di comando. La gestione di mio fratello era sempre affidata alla Asl, che tra l'altro aveva incaricato una dottoressa disponibile e solidale di seguirne le peripezie, ma dal punto di vista – diciamo così – logistico piuttosto che terapeutico. In breve, il suo peregrin-

RPS

Claudia Demichelis, Carlo Gnetti e Gisella Trincas

nare da una struttura all'altra, accompagnato solo dalla cartella clinica, assomigliava molto a un rimpallo di responsabilità, conclusosi con la morte prematura di mio fratello, nel 2009 a cinquantanove anni di età, per un'improvvisa crisi epatica causata dall'accumulo di psicofarmaci nel corso degli anni. Affermazione difficile da comprovare in sede legale ma che a noi familiari risultava evidente, dato che negli ultimi tempi gli effetti collaterali avevano preso il sopravvento fino a impedirgli quasi di deglutire.

La vicenda di mio fratello, dunque, rivela il tradimento di uno dei principi della Legge 180, come riconosce colui che all'epoca ne aveva in mano le sorti in quanto direttore del Dipartimento salute mentale della Asl Roma E, lo psichiatra Gianfranco Palma: «Uno dei principali insegnamenti derivanti dal superamento dell'ospedale psichiatrico è la necessità di differenziare bisogni e particolarità di ogni storia, l'individualità di ogni persona, la specificità dei suoi limiti, potenzialità e desideri, l'originalità nella sua ricerca di relazioni significative, spesso guidata da barocche circonvoluzioni di negazioni che affermano e rifiuti che chiedono» (Gnetti, 2010). Se queste erano condizioni essenziali nel processo di «recovery», occorreva dare continuità temporale alla presa in carico di mio fratello, garantendo la permanenza di un riferimento unico a prescindere dalla struttura in cui era ricoverato. «Il mantenimento del filo continuo della storia di cura personalizzata del paziente – sostiene ancora Palma – è possibile solo se vi è continuità della relazione terapeutica con il paziente» (Gnetti, 2010). Condizione che in quel caso è mancata clamorosamente.

Riferimenti bibliografici

- Aa.Vv., 1984, *Una finestra sul reale. Antologia di testi poetici dal Laboratorio di Scrittura del S. Maria della Pietà*, Cooperativa Editrice Il Manifesto anni '80, Roma.
- Aa.Vv., 1990, *Padiglioni. Racconti dal manicomio*, Cooperativa Il Punto Edizioni Associate, Roma.
- Banfi A., 2008, *Tanto scappo lo stesso. Romanzo di una matta*, Collana Eretica Stampa Alternativa, Viterbo.
- Banfi A., 2012, *Sottovuoto. Romanzo psichiatrico*, Collana Eretica Stampa Alternativa, Viterbo.
- Basaglia F., 1968, *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*, Einaudi, Torino.
- Basaglia F. (a cura di), 2013, *Che cos'è la psichiatria*, Baldini e Castoldi, Milano (ed. or.: 1967).
- Calcagno M., 2008, *Io sono uno spostato psichiatricamente*, Sensibili alle Foglie, Roma.
- Fanizzi N., 2004, *Lasciateci stare. Narrazioni dal manicomio*, Sensibili alle Foglie, Roma.

- Fanizzi N., 2007, *Vorrei essere uomo tra gli uomini. Poesie e frammenti del manicomio*, Sensibili alle Foglie, Roma.
- Ferfaglia G. (a cura di), 1998, *Le nostre penne lasciate da parte da molto tempo finalmente riprendevano a scrivere*, La Collina, Trieste.
- Fiorino V., 2002, *Matti, indemoniate e vagabondi. Dinamiche di internamento manicomiale tra Otto e Novecento*, Marsilio, Venezia.
- Fragomeni A., 2016, *Dettagli inutili*, Alpha Beta Verlag, Merano.
- Giannichedda M.G., 1991, *Per noi una normalità che non costi il loro internamento*, in «*Dei delitti e delle pene*», n. 1, marzo, pp. 105-125.
- Gnetti C., 2010, *Il bambino con le braccia larghe*, Ediesse, Roma.
- Guarnieri P., 2006, *L'ammazzabambini. Legge e scienza in un processo di Fine Ottocento*, Laterza, Bari (ed. or.: 1988).
- Guia Cervasato M., 2012, *TSO. Un'esperienza in reparto psichiatria*, Sensibili alle Foglie, Roma.
- Miccio C., 2017, *La trappola del fuorigioco*, Alpha Beta Verlag, Merano.
- Paolini A., 2016, *Avevo solo le mie tasche. Manoscritti dal manicomio*, Sensibili alle Foglie, Roma.
- Pitrelli N., 2004, *L'uomo che restituì la parola ai matti. Franco Basaglia, la comunicazione e la fine dei manicomi*, Editori Riuniti, Roma.
- Scabia G., 2011, *Marco Cavallo. Da un ospedale psichiatrico la vera storia che ha cambiato il modo di essere del teatro e della cura*, Edizioni Alpha Beta Verlag, Merano (ed. or.: 1976).
- Spadi P., 1991, *Questa vita più non posso*, Edizioni del Carro, Tirrenia (Pisa).
- Tommaseo F., 2013, *La stanza dei pesci*, Alpha Beta Verlag, Merano.
- Tornabene M., 2007, *La guerra dei matti. Il manicomio di Racconigi tra fascismo e Liberazione*, Araba Fenice, Cuneo.
- Traverso L., 1996, *D'ogni dove chiusi si sta male*, Sensibili alle Foglie, Roma.

Un diritto all'autodeterminazione parziale

Chiara Saraceno

RPS

I problemi sollevati dal ricorso massiccio all'obiezione di coscienza e ai vincoli che questa pone alla possibilità effettiva di ricorrere all'aborto legale costituiscono un esempio di un nodo irrisolto della legge 194 oggetto di una controversia che ha anche diviso il femminismo e il movimento delle donne prima e dopo l'approvazione della legge: se, cioè, il diritto all'autodeterminazione fosse meglio garantito dalla «semplice» depenalizzazione o, all'opposto, da una legge che per definizione avrebbe definito i limiti dell'autodeterminazione, subordinandoli a requisiti

definiti a priori e al di fuori delle condizioni soggettive. Dopo aver ripercorso sinteticamente i termini del dibattito che ha diviso il movimento delle donne, e di come questi sono stati trasformati nel tempo anche a seguito delle nuove problematiche aperte dalla riproduzione assistita, viene discusso in che misura l'introduzione della Ru486 e della pillola del giorno dopo possano modificare i termini della questione. In conclusione si ripropone la possibilità di affrontare la questione dell'aborto volontario nella prospettiva di un utilizzo mite, non univocamente prescrittivo del diritto.

1. Premessa

Negli ultimi anni l'attenzione per la difficoltà a dar corso alla decisione di interrompere una gravidanza si è concentrata pressoché esclusivamente sul fenomeno dell'obiezione di coscienza, divenuto così massiccio da rendere quasi impossibile l'attuazione della legge, soprattutto in alcune regioni del Mezzogiorno. Il diritto all'autodeterminazione delle donne su questo aspetto cruciale delle loro vite e sulla loro stessa sovranità sul proprio corpo riproduttivo è diventato di fatto ostaggio della disponibilità dei ginecologi ospedalieri del settore pubblico a effettuare, appunto, aborti. Questo esito, che ha provocato anche una condanna dell'Italia da parte del Comitato europeo dei diritti sociali del Consiglio d'Europa nel 2014 (European Committee of Social Rights, 2015), non era stato specificamente messo a fuoco neppure da chi,

entro il movimento delle donne – favorevole alla depenalizzazione dell'aborto –, era contrario all'introduzione di una legge che lo regolamentasse. A posteriori, si potrebbe dire che la diffusione di massa dell'obiezione, a prescindere dalle motivazioni più o meno strumentali che la motivano, se dà fondamento empirico alle ragioni di quella contrarietà, rischia anche di continuare a oscurare la radicalità teorica, prima ancora che pratica, delle motivazioni che all'epoca indussero una parte del movimento a opporsi a una legalizzazione dell'aborto, non perché contraria all'aborto stesso, ma in nome di una piena autodeterminazione delle donne. Mentre, infatti, le ragioni di chi si opponeva e si oppone all'aborto, in nome vuoi del diritto autonomo del feto in quanto essere umano fin dal concepimento vuoi della sacralità della vita umana in qualsiasi forma¹, continuano a essere presenti nel dibattito pubblico, quelle di chi si opponeva alla legalizzazione in nome della autonomia femminile sono, se non perdute alla memoria collettiva, assenti nel dibattito corrente. Sembra quasi che chi è favorevole al mantenimento del diritto ad abortire si trovi costretta/o alla difesa pura e semplice di una legge che è continuamente minacciata non solo dalla sua difficile attuazione, ma anche dai periodici tentativi di rovesciarla. Questo «obbligo alla difesa» rischia di censurare le critiche al contenuto specifico della legge 194 avanzate da chi, come chi scrive, pure era stata favorevole alla legalizzazione.

La richiesta di depenalizzazione dell'aborto muoveva sicuramente dalla denuncia dei guasti della clandestinità e dei connessi rischi per la salute delle donne. Ma non aveva in questo la sua motivazione esclusiva. Metteva anche in questione il modo in cui il diritto normava il corpo delle donne riducendo la capacità di autodeterminazione di queste ultime, quindi la loro stessa cittadinanza. Queste argomentazioni, nonostante la mediazione delle donne dei partiti, specie di sinistra, e del Partito radicale², sono di fatto sparite nei successivi compromessi e nelle successive dinamiche, tutti interni ai partiti e ai rap-

¹ La distinzione tra queste due motivazioni contrarie all'aborto è stata sviluppata da Ronald Dworkin nel suo, per altro molto controverso, volume del 1994, in cui affronta le argomentazioni portate sia contro l'aborto sia contro l'eutanasia.

² Si può trovare una attenta ricostruzione di questa storia e delle sue dinamiche nella tesi di dottorato di Perini (2011). Si veda anche Calloni (2001); Bertilotti e Scattigno (2005); D'Elia e Serughetti (2017). Più attento alle dinamiche interpartitiche e meno a quelle interne al movimento delle donne e alle relazioni tra i due è il volume di Sciré (2008).

porti tra di loro, che hanno portato all'approvazione della legge. I problemi posti dai movimenti sono perciò rimasti tutti aperti e si ripresentano anche rispetto alle tecniche inerenti alla riproduzione assistita: il nesso tra sessualità, concepimento e generazione; chi ha diritto e/o potere di decidere sul corpo delle donne e sulla loro capacità riproduttiva; l'opportunità stessa di legiferare in modo rigido su materie eticamente sensibili e sulle quali esistono posizioni etiche differenti.

Nei paragrafi che seguono si proverà dapprima a ripercorrere sinteticamente quei diversi dibattiti e le loro ragioni, anche alla luce di ciò che è successo con l'approvazione della legge e con la sua successiva applicazione. L'obiettivo non è ricostruire la storia di quella legge e delle posizioni dei vari attori coinvolti nel processo – partiti, chiesa cattolica, sindacati, oltre al movimento delle donne. Più limitatamente, interessa riprendere i temi di un dibattito interno al movimento delle donne; temi che non hanno trovato composizione né nel movimento né nella legge e che sono presenti ancora oggi, pur in un contesto profondamente mutato. Si discuterà poi se e come sia possibile, a quarant'anni di distanza, riprendere le ragioni di quel dibattito e delle sue fratture, per ripensare alla legge in direzione di un maggior rispetto per l'autonomia e per la capacità di decidere su di sé delle donne, anche a seguito degli sviluppi della medicina in questo settore, in particolare con le possibilità offerte dalla Ru486 e dalla pillola del giorno dopo.

2. Non solo vittime bisognose di comprensione, ma cittadine autonome e capaci

Il «reato di aborto», così come definito dal codice civile fascista ereditato dalla democrazia repubblicana, conteneva la duplice caratteristica di vietare alle donne di decidere liberamente sul proprio corpo riproduttivo, criminalizzando coloro che lo facevano, costringendole a una rischiosa clandestinità, e di definire questo stesso corpo riproduttivo come al servizio della «razza» – oggi si direbbe del «popolo italiano». Esso rappresentava un esempio estremo e chiarissimo di come il diritto costruisse (e in parte ancora costruisca) il corpo della donna come spazio e proprietà pubblica, perciò oggetto di normazione pubblica³: il contrario dell'*habeas corpus* che fonda i diritti di cittadinanza a

³ Sul diritto come discorso pubblico sul corpo delle donne e sul corpo delle donne come «spazio pubblico» si vedano Graziosi (1997); Duden (1994); Pitch (1998).

partire proprio dalla inviolabilità del proprio corpo e dalla propria signoria su di esso. Per questo lo slogan gridato dalle donne nelle piazze – «L'utero è mio e lo gestisco io» – suonava doppiamente indecente: mentre metteva sulla scena pubblica il corpo delle donne nella sua parte più nascosta, intima, contemporaneamente ne negava la proprietà pubblica, il diritto della norma a interferire su di esso. Lo metteva in pubblico per rivendicarne la privatezza, l'intangibilità da parte di una norma che pretendeva di regolarne l'uso in nome di un presunto interesse pubblico. Non era in gioco solo la questione dei rischi per la salute e per la vita stessa di chi ricorreva all'aborto, e delle condizioni di clandestinità in cui esso avveniva, data la sua criminalizzazione. Era in gioco la cittadinanza stessa delle donne come soggetti autonomi, dotati di pieno *habeas corpus* e di potere di decidere di sé, quindi come soggetti che interrogavano la stessa «morale» nelle questioni che riguardavano la sessualità, la fertilità e la procreazione e i modelli di genere femminile, in quanto basati su un controllo dei loro corpi e delle loro vite. Era in gioco la distinzione non solo tra sessualità e procreazione, ma tra fertilità e procreazione. Essere sessualmente attive e fertili non deve automaticamente significare l'obbligo di diventare madri ogni volta che si rimane incinte – per distrazione, fatalità, irresponsabilità del partner, non funzionamento del contraccettivo. Il che significa, anche, rifiutare di vincolare la sessualità a condizioni di «sicurezza» dal punto di vista dello status sociale ed economico (essere sposate, potersi permettere di mantenere un figlio).

Questa assunzione di parola in nome dell'autodeterminazione e della piena cittadinanza trovava scarsa eco nella cultura dominante del tempo, dove, sia per i cattolici sia per i partiti di sinistra, in particolare per quello comunista, con l'eccezione dei radicali, l'aborto rappresentava piuttosto una «questione sociale», una piaga da contrastare con ogni mezzo, vuoi rafforzando i controlli sulle donne vuoi tramite la prevenzione. Anche quando si riteneva necessario consentirlo, per evitare sofferenze e rischi alle donne, era difficile, se non impensabile, che una donna, se le sue condizioni socio-economiche erano adeguate, non volesse portare avanti una gravidanza. In una concezione di genere in cui le donne sono «naturalmente madri» e si realizzano nella maternità l'aborto poteva solo essere o un'azione contro natura (della donna) o una tragedia di cui ridurre il danno. Vale la pena osservare che, come ha rilevato Pitch (1998), all'epoca erano molto più marginali i dibattiti sul fatto che l'essere umano sia tale sin dal concepimento, sui diritti del feto e sul feto stesso come autonomo dalla don-

na che lo porta in grembo, che invece hanno segnato il discorso pubblico nei decenni seguenti e lo segnano tuttora. Lo stesso Movimento per la vita entra sulla scena relativamente tardi, nel 1977, l'anno in cui la prima proposta di legge di legalizzazione dell'aborto viene bocciata dal Senato.

Questa visione «tragica» dell'aborto e della donna incinta suo malgrado come vittima di circostanze sfavorevoli, con le connesse denunce dei rischi per la salute e per la stessa vita cui la necessità di ricorrere a pratiche clandestine esponeva le donne che vi ricorrevano, ha sicuramente facilitato l'ascolto delle richieste di modifica della legge. Vi ha contribuito anche la consapevolezza che la clandestinità accresceva le disuguaglianze tra donne: tra quelle che potevano permettersi di abortire in condizioni di relativa sicurezza e quelle che dovevano ricorrere al fai da te o alle mammane, correndo molti più rischi, incluso quello di essere denunciate se poi qualche cosa andava storto e dovevano ricorrere alle cure ospedaliere. Questa visione, tuttavia, consentiva di collocare la questione della, eventuale, ridefinizione della normativa in un contesto simbolico in cui le donne rimanevano definite come soggetti da proteggere – anche da se stesse (cfr. anche D'Elia e Serughetti 2017) – e permetteva ai partiti di sinistra, in particolare al Pci, di collocarla nel quadro del contrasto alle disuguaglianze di classe. Neppure questa ri-collocazione è stata semplice, come testimonia la lunga e tormentata vicenda che, dalle prime denunce pubbliche, a partire dal processo Pierobon del 1973, ha portato all'approvazione della legge nel 1978. Tuttavia, come vedremo, è questo il quadro simbolico-concettuale che alla fine ha ispirato la legge, e non quello della piena cittadinanza delle donne, confermando i timori di coloro che, tra le donne, si erano battute per la depenalizzazione ma non per la legalizzazione.

3. Visioni diverse in merito alla depenalizzazione e al ruolo del diritto

Se tra i vari gruppi che costituivano il complesso agglomerato del movimento delle donne c'era unanime condivisione del fatto che le condizioni in cui si può accedere all'aborto volontario costituiscono un cruciale banco di prova dell'autonomia femminile, quindi che era necessario cancellarne la criminalizzazione, fin dall'inizio le posizioni su come ciò dovesse avvenire si sono differenziate.

Se ne possono individuare almeno tre principali (Papa, 1975; Ergas,

RPS

Chiara Saraceno

1982; Pitch, 1998). Una prima posizione era quella di chi, come il gruppo di Rivolta femminile, era (alla pari del Partito radicale) a favore della depenalizzazione, in quanto considerava la possibilità di abortire volontariamente un diritto civile insindacabile, ma contrario a qualsiasi legalizzazione, in quanto considerava quest'ultima un modo di continuare a controllare le donne e la loro capacità riproduttiva. Con motivazioni per certi versi più complesse erano contrarie alla legalizzazione e alle rivendicazioni di chi manifestava per «l'aborto libero e gratuito» anche le aderenti al Collettivo femminista milanese (poi diventato Libreria delle donne di Milano). Esse tuttavia non utilizzavano il linguaggio, ritenuto astratto e disincarnato, dei diritti quanto quello dello spostamento del terreno del discorso, della riformulazione della questione. Rifiutavano non solo qualsiasi mediazione «maschile» e di istituzioni maschili, stanti i rapporti di potere materiali e simbolici tra i due sessi, ma anche il discorso corrente che definiva univocamente l'aborto come una «tragedia» o un «dramma», a prescindere dal sentire delle singole donne coinvolte, e che soffocava nel discorso sull'aborto quello sui corpi sessuati e su una sessualità non esclusivamente orientata vuoi alla maternità vuoi al desiderio maschile. C'era anche il timore che, una volta legalizzato l'aborto, aumentasse la prepotenza o, nel migliore dei casi, l'irresponsabilità maschile nei rapporti – sessuali e no – con le donne.

La linea che acquisì maggiore visibilità, anche perché portata nelle piazze in grandi manifestazioni, fu quella della fiducia nella capacità del diritto di accogliere la richiesta di autodeterminazione delle donne e insieme di dare loro strumenti per esercitarla effettivamente, quindi la richiesta di una legge. Non si chiedeva solo l'aborto libero, lo si voleva anche gratuito e garantito in modo certo. Si riteneva che l'aborto, per essere non solo depenalizzato, ma effettivamente libero, dovesse essere ottenibile gratuitamente nelle strutture sanitarie pubbliche⁴. Si potrebbe osservare che questa richiesta si riferiva a un modello di welfare state come garante dei diritti sociali che in Italia si stava facendo strada lentamente e che aveva nel progetto di istituzione di un Servizio sanitario nazionale il suo punto di forza. Va notato che

⁴ Va anche ricordato che quelli sono gli anni del terrorismo, in particolare il 1978, l'anno del rapimento e dell'uccisione di Aldo Moro. Secondo l'interpretazione di alcune studiose (Lunadei e Motti, 2002) insistere per una legge sull'aborto e lottare per averla voleva dire esplicitare concretamente il proprio no al terrorismo e dire sì alla democrazia.

questo aveva trovato una prima anticipazione nell'istituzione di consultori familiari pubblici nel 1975 (legge 405/1975), anch'essi nati in seguito a mobilitazioni e a pratiche del movimento delle donne attorno alla sessualità, alla contraccezione e all'aborto e anch'essi oggetto e fonte di divisioni entro il movimento per motivi analoghi a quelli concernenti la legalizzazione dell'aborto. Pure in quel caso, infatti, c'era stato chi aveva accolto l'istituzione di consultori pubblici come un'occasione per universalizzare il servizio di sostegno alle donne sui temi della sessualità, della procreazione, dei rapporti (e dei conflitti) uomo-donna e allo stesso tempo per modificare dall'interno le istituzioni e le loro culture. E c'era stato chi viceversa vedeva questi consultori come una forma di normalizzazione (a partire dalla definizione di servizi «per la famiglia», prima che per le donne) sia della sessualità sia del conflitto di genere, anche tramite la sua medicalizzazione. Perciò preferivano continuare con l'esperienza dei consultori autogestiti⁵.

4. *La legge 194: un compromesso squilibrato*

Come tutte le leggi anche la 194 è l'esito, dopo un percorso molto accidentato, di molteplici mediazioni e compromessi, che solo in misura molto limitata hanno tenuto conto della duplice richiesta su cui c'era consenso tra le altrimenti diversificate posizioni presenti nel movimento delle donne: la depenalizzazione e l'autodeterminazione.

In primo luogo la legge, che nell'articolo 1, con una formulazione aperta a molte, e controverse, interpretazioni, dichiara che «lo Stato tutela la vita umana fin dall'inizio», e che l'aborto non può essere inteso come strumento di controllo delle nascite, non depenalizza affatto l'aborto volontario. Piuttosto introduce alcune eccezioni al divieto. Queste riguardano sia le circostanze in cui si può chiederlo sia i luoghi (le strutture sanitarie pubbliche) in cui può essere effettuato. Al di fuori di queste circostanze e luoghi, sia i medici che lo praticano sia, in minor misura, le donne che vi ricorrono sono perseguibili penalmente. Le circostanze non riguardano solo, come può essere ragionevole, i limiti di tempo entro cui esso si può effettuare, ma anche le condizioni psico-fisiche ed economiche della donna. Ovvero, nel codice simbolico dell'aborto come male e tragedia e della donna come «costretta» a ricorrervi per necessità al di fuori del suo controllo, per poterlo

⁵ Su questa vicenda si veda ad esempio Percovich (2005).

ottenere la donna deve presentarsi non come un soggetto che non vuole, in quel momento, portare a termine una gravidanza «accidentale», che non vuole diventare madre, ma come soggetto da proteggere perché le sue condizioni psico-fisiche e/o economiche la rendono vulnerabile e impossibilitata, appunto, a diventare madre. Non a caso la legge ha come obiettivo prioritario, fin dalla titolazione, la «maternità responsabile». L'aborto, quindi, sarebbe non già una scelta di responsabilità da parte della donna rispetto al diventare o meno madre, bensì il rimedio alla sua impossibilità o incapacità ad assumere questa responsabilità. Non basta neppure un'autodichiarazione. La condizione di incapacità soggettiva deve essere certificata da un terzo – consultorio o medico di fiducia – che deve anche prospettare alla donna soluzioni diverse dall'aborto, ribadendo con ciò sia l'immagine di una donna «bisognosa di consigli» sia dell'aborto come ultima *ratio* per il fallimento di altre soluzioni. Come se, almeno nella maggioranza dei casi, le donne decidessero di abortire solo perché necessitate dalla durezza delle circostanze o dall'ignoranza di opportunità alternative e non per libera decisione rispetto a ciò che desiderano o responsabilmente si sentono in grado di fare o non fare. In nome della necessità di non lasciare la donna «sola» rispetto alla decisione le si impone una «compagnia» non scelta e con potere di giudizio. Il fatto che questo accertamento e anche la proposta di alternative risultino per lo più un passaggio formale e che, passati sette giorni, alla donna che conferma la propria richiesta non può essere rifiutato il certificato necessario per effettuare l'aborto, non può far sottovalutare il loro valore simbolico. Nel caso delle minorenni questo iter viene ulteriormente complicato dall'obbligo del parere favorevole di entrambi i genitori o, in mancanza, del giudice tutelare: una procedura che, più che proteggere le minorenni da abusi o da scelte affrettate, rischia di incoraggiarle a cercare soluzioni clandestine o a nascondere a oltranza la gravidanza, con esiti pericolosi per la loro salute, quella del feto e rischi di infanticidio o abbandono del bambino comunque nato.

Il principio di autodeterminazione è ulteriormente indebolito ed esposto, come si vedrà nei fatti, al rischio di vanificazione dalla possibilità data ai medici e al «personale ausiliario» di sollevare obiezione di coscienza. Mentre si vincola l'effettuazione dell'aborto alle strutture sanitarie pubbliche o comunque convenzionate con il pubblico, si lasciano liberi coloro che operano in esse di effettuare o meno le funzioni previste dalla legge. Con la conseguenza, dati gli alti tassi di ricorso all'obiezione per motivi più o meno strumentali, che il già

molto vincolato diritto delle donne viene di fatto subordinato al diritto dei medici di effettuare o meno la prestazione loro richiesta. Di questa subordinazione si è fatta portavoce anche l'allora ministra della Salute, Beatrice Lorenzin, quando nel maggio 2016 contestò la decisione del governatore del Lazio di bandire un concorso per ginecologi non obiettori e vincolati alla non obiezione, pena la perdita del posto.

L'obiettivo dell'autodeterminazione è salvaguardato in pieno, nel caso delle donne maggiorenni, solo dalla norma che non richiede obbligatoriamente il consenso del potenziale padre. Pur entro questa procedura umiliante è la donna a poter decidere da sola se dare corso o meno alla gravidanza. Il potenziale padre non può avanzare diritti sul nascituro. Non può costringere la donna a dargli un figlio contro la propria volontà. È la prima volta che la diversità degli uomini e delle donne nella generazione si traduce nella priorità, verrebbe da dire nell'esclusività, della donna di decidere in merito. Si riconosce che il desiderio di paternità per realizzarsi ha bisogno non solo di un corpo di donna, ma di ottenere l'autorizzazione, di incontrarsi con il desiderio di questa. Non è un caso che questo principio sia stato oggetto di molte controversie anche negli anni successivi, in nome del diritto dei (potenziali) padri. Ribadito da una sentenza della Corte costituzionale del 1988 sulla irrilevanza della volontà del padre, è stato criticato anche da parte di personaggi pubblici di peso e di potere, Giuliano Amato tra gli altri, vuoi in nome, appunto, dei diritti dei potenziali padri, vuoi in nome della necessità di non «lasciare sola» la donna di fronte a una scelta difficile. Entrambe le argomentazioni, pur in modo diverso, negano sia la necessità che gli uomini subordinino il proprio desiderio di paternità alla disponibilità delle donne, sia la capacità autonoma delle donne a decidere se farsi o meno accompagnare, e da chi, nella decisione di abortire.

Come ha osservato, tra le altre, Pitch (1998), la combinazione del principio della «tutela della vita umana sin dal suo inizio», la negazione dell'aborto come mezzo di controllo delle nascite e la sua legittimazione solo come risposta a una condizione di debolezza della donna (quindi in quanto, in qualche misura, «terapeutico»), da certificare tramite una trafila macchinosa e un po' umiliante, non ha solo ridotto di molto il principio di autodeterminazione delle donne. Ha anche esposto la legge stessa a costanti minacce da parte di chi vuole rivederla in senso ulteriormente restrittivo, se non eliminarla del tutto. Soprattutto ha lasciato aperta la strada al successivo sviluppo del dibattito sull'aborto che ha trasformato le donne che vi ricorrono da

RPS

Chiara Saraceno

«vittime» per debolezza o per incapacità a egoiste assassine di «bimbi non nati». Ove i «soggetti deboli» da tutelare non sono più le donne, bensì, appunto, i feti e i potenziali padri. L'aborto, da «dramma sociale» di cui sarebbero vittime innanzitutto le donne, è stato trasformato in un «dramma etico» in cui le donne che rifiutano di trasformare un concepimento in maternità sono diventate soggetti cattivi, mortiferi. Nel passaggio, le dimensioni relazionali, sia della maternità e del mettere al mondo un figlio sia del diventare essere umano, persona, non solo embrione di vita umana, sono messe tra parentesi. Si realizza così una forma di estrema biologizzazione sia dell'essere umano sia della donna, che si vuole ridurre al suo ruolo di puro contenitore di un feto costruito simbolicamente come autonomo da lei.

5. Un parziale mutamento di contesto: riproduzione assistita, Ru486, pillola del giorno dopo

La questione della «protezione della vita umana sin dall'inizio» e di quando debba essere collocato questo inizio e chi abbia il potere, e le conoscenze definitive, per stabilirlo, ma anche a chi spetti decidere come le donne possano gestire la propria capacità riproduttiva, si è riproposto all'epoca della discussione della legge 40 del 2004. Non è qui la sede per ripercorrere quella vicenda. Basti ricordare la limitazione, che ancora rimane, dell'accesso alle tecnologie riproduttive alle donne in coppia stabile, come se il desiderio di maternità potesse legittimamente realizzarsi solo all'interno di un rapporto sociale e legale con un uomo. Questa limitazione, oltre a implicare che ci può essere genitorialità buona e legittima solo se c'è una coppia (ovviamente eterosessuale), di fatto rovescia il rapporto di dipendenza della paternità dalla disponibilità alla maternità della donna stabilito dalla legge 194. La legge 40 originariamente limitava, inoltre, l'accesso alle tecnologie riproduttive alle coppie sterili e non anche a quelle portatrici di malattie genetiche, con ciò implicando che queste ultime hanno solo l'alternativa tra la sterilità e, se riescono a ottenerlo, l'aborto se non vogliono mettere al mondo qualcuno destinato a soffrire atrocemente in nome del «diritto alla vita». Di qui anche il divieto delle analisi pre-impianto degli embrioni e l'obbligo di trasferire nell'utero tutti quelli scaturiti dalla fecondazione artificiale, a prescindere dal loro numero, sempre in nome del loro «diritto alla vita». Entrambe queste disposizioni sono state successivamente cancellate da sentenze di tribunali, perché in

palese contrasto con il diritto alla salute – della donna e del nascituro. Il principio del «diritto alla vita», senza alcuna qualificazione, non può che creare conflitti tra soggetti diversi dello stesso diritto e contraddizioni entro lo stesso diritto.

La possibilità di effettuare un aborto non per via chirurgica ma tramite la pillola Ru486 ha risollevato un altro tipo di questione: il controllo non solo sulle condizioni di accesso all'aborto, ma sull'intera procedura e sul grado di gravosità che essa dovrebbe comportare per la donna, al fine sia di scoraggiarla dal ripetere l'esperienza sia di imporle qualche tipo di sacrificio riparatore di un gesto che deve rimanere moralmente condannabile. La legalizzazione dell'uso di questa pillola è stata a lungo ostacolata, infatti, non perché la si considerasse pericolosa per la salute delle donne, ma perché riduce le sofferenze fisiche e consente alla donna di autogestire in qualche misura l'intera procedura, sia pure sotto monitoraggio medico. Riduce, di fatto, anche il potere di veto dell'obiezione di massa. Evocando nuovamente l'immagine di una donna irresponsabile e incapace di scelte etiche, l'obiettivo di chi ostacolava e ostacola il ricorso alla Ru486 con i più diversi argomenti è di evitare che si allarghi lo spazio di autonomia delle donne in questo campo e che perciò il ricorso all'aborto si drammatizzi e «banalizzi».

In questa prospettiva la pillola del giorno dopo e quella di cinque giorni dopo rappresentano un vero e proprio spostamento dei termini della questione. In primo luogo, si tratta di strumenti contraccettivi, sia pure *ex post* (vengono infatti definiti contraccettivi d'emergenza), e non abortivi. Perciò evitano ogni questione legata alla «tutela della vita umana sin dall'origine». In secondo luogo, le maggiorenne non hanno bisogno della ricetta medica per ottenerle, sottraendosi quindi all'obbligo di dar conto del proprio comportamento. L'obbligo di ricetta è stato, infatti, tolto nel 2015 per la pillola dei cinque giorni e nel 2016 per quella del giorno dopo. L'obbligo continua a rimanere per le minorenni, non è chiaro se per esigenze di tutela della salute o di controllo sociale. Come contraccettivi di emergenza queste pillole non possono essere utilizzate sistematicamente, ma costituiscono un indubbio strumento di contrasto a gravidanze (e prima ancora a concepimenti) derivanti da rapporti sessuali avvenuti senza protezione contraccettiva o durante i quali lo strumento contraccettivo non ha funzionato. Ovviamente, nonostante non si tratti di un mezzo abortivo, la libertà offerta da queste pillole è considerata negativamente da chi ritiene che il rischio di gravidanza e le procedure necessarie per otte-

RPS

Chiara Saraceno

nere il permesso di abortire siano strumenti di controllo necessari per mettere un freno alla sessualità femminile al di fuori dei modi e delle relazioni canoniche e anche da chi non accetta che la decisione ultima rispetto alla generazione spetti alla donna.

La diffusione di questi due farmaci, e soprattutto l'eliminazione della necessità di una ricetta, ha contribuito alla diminuzione del ricorso all'aborto documentata dagli ultimi rapporti al Parlamento del Ministero della Salute sull'attuazione della 194. Né la contraccezione di routine né quella di emergenza, tuttavia, possono eliminare del tutto il ricorso all'aborto. Questa era anche l'illusione dei sostenitori della legge 194, iscritta nella legge stessa. Se è vero che gli aborti volontari effettuati in modo legale sono diminuiti anche a seguito di una migliore conoscenza e uso dei contraccettivi (per quanto ancora insufficiente, come segnalano la Società italiana di ginecologia e ostetricia e i dati Istat), è illusorio pensare che ogni concepimento possa essere frutto di una decisione intenzionale e razionale e che a ogni concepimento corrisponda il desiderio, o l'accettazione, di maternità. Continueranno a esserci donne che non possono o non sanno utilizzare strumenti contraccettivi efficaci (Istat, 2015). La sessualità non è sempre un'attività programmata che avviene all'interno di un programma di contraccezione. La contraccezione può talvolta fallire. Una donna può essere costretta a rapporti sessuali, rimanendo incinta, contro la propria volontà⁶. Dimostrare (a se stesse innanzitutto) di essere fertili può non coincidere con il desiderio di diventare madri. Una migliore conoscenza contraccettiva e una maggiore capacità di negoziare con gli uomini anche nei rapporti sessuali possono sicuramente ridurre la necessità di ricorrere all'aborto, ma non eliminarla. E l'aborto rimarrà – legale o clandestino che sia – uno strumento di controllo, o meglio di evitamento, di nascite non volute.

6. Per una regolazione «mite» dell'aborto?

È stato giustamente osservato da D'Elia e Serughetti (2017) che l'aborto, e più in generale la procreazione (concepimento, maternità,

⁶ Uno studio di Romito e al. (2009) sulle donne che sono ricorse all'aborto volontario a Trieste ha rilevato una incidenza elevata di vittime di violenza (per lo più coniugale) molto più elevata che tra coloro che hanno portato a termine la gravidanza nello stesso periodo.

aborto, nuove tecnologie riproduttive, gestazione per altri), è uno di quei «casi difficili», significativi non solo dei conflitti sorti nella ridefinizione dei rapporti uomo-donna, con l'ampliarsi della capacità delle donne di rivendicare il proprio statuto di soggetti autonomi e la propria piena cittadinanza, ma anche dei modi diversi di intendere la libertà all'interno del femminismo e di valutare gli strumenti più appropriati per realizzarla⁷. La cosa non è in sé né scandalosa né sorprendente, stante che si tratta di questioni che richiamano sia interessi ed esperienze concrete sia sistemi valoriali differenti: tra uomini e donne, tra donne, tra individui e società. Potremmo dire, riprendendo la discussione di Sen sulla giustizia (2011, 2012), che si tratta di questioni che richiedono un approccio di giustizia comparativa piuttosto che di una giustizia basata sull'idea che esistano soluzioni univoche e «giuste» per tutti.

Per questi motivi continua a ripresentarsi, anche se da angolature diverse, il tema della «semplice» depenalizzazione, della cancellazione dell'aborto dal codice penale, che affidi alla (si fidi della capacità di) responsabilità delle donne se dare corso o meno a una gravidanza in base ai propri desideri e circostanze e alle relazioni che vivono. Si tratta di una posizione che trova poca risonanza nell'arena pubblica mediatica e nelle mobilitazioni di piazza rispetto sia a quella di chi difende la legge e vorrebbe ridurre gli effetti dell'obiezione di coscienza sia a quella di chi, da sponde opposte, vuole riformare la legge in senso restrittivo, se non eliminarla del tutto.

Questa posizione è sostenuta, dopo l'approvazione della legge, da alcune teoriche femministe (ad esempio Boccia, 1995; Jourdan, 1993; Pitch, 1998) e ha trovato una sponda anche tra alcuni costituzionalisti, come Zagrebelsky (1993), Ferraioli (1995) e Rodotà (1995, 2006), che teorizzano un parziale «ritrarsi del diritto» o una forma di «diritto mite» su temi – come quello dell'inizio della vita o della sua fine – che non possono, appunto, essere risolti gordianamente con una norma positiva, ma che devono essere rimessi al giudizio morale di ciascuno. Nel caso dell'aborto, va rimesso al giudizio delle donne direttamente interessate, cui va appunto riconosciuta la soggettività e la capacità morale. In questa prospettiva le norme giuridiche dovrebbero solo garantire il diritto alla salute, quindi la possibilità (non l'obbligo) di rivolgersi gratuitamente a strutture pubbliche e di ricevere trattamenti appropriati. Si può anche prevedere un arco temporale in cui l'aborto

⁷ Altri «casi difficili» sono la famiglia, la prostituzione e il velo islamico.

può avvenire, basato sulle possibilità ragionevoli di sopravvivenza autonoma del feto e di sicurezza per la salute della donna.

Forse è una posizione «fuori tempo» nel clima politico e culturale odierno, ove l'imposizione per legge di proprie certezze morali sembra aver attratto anche parte del femminismo (si veda la richiesta del movimento «Se non ora quando» di proibizione universale della gestazione per altri). Può sembrare persino inopportuna in una situazione in cui la legge continua a essere sotto attacco da parte di chi vuole tornare a condizioni più punitive per le donne e soprattutto in cui anche gli spazi di libertà che ha aperto sono vanificati dall'obiezione di coscienza di massa. Ma, mentre si lavora per ridurre, o impedire, l'obiezione strumentale, favorire l'assunzione di non obiettori senza poi costringerli in un ghetto professionale, ampliare l'uso della RU486 invece dell'intervento chirurgico, facilitare l'accesso alla pillola del giorno dopo e diffondere l'uso dei contraccettivi e dell'informazione su di essi, anche nelle scuole, è forse il tempo di (ri)cominciare a riflettere sui nodi irrisolti della legge. Non solo per quanto riguarda l'attuazione, ma anche per il pieno riconoscimento del diritto e della capacità di autodeterminazione delle donne in campo procreativo.

Riferimenti bibliografici

- Bertilotti T. e Scattigno A. (a cura di), 2005, *Il femminismo degli anni settanta*, Viella, Roma.
- Boccia L., 1995, *Il danno del diritto*, «Critica Marxista», n. 3, pp. 29-32.
- Calloni M., 2001, *Debates and Controversies on Abortion in Italy*, in McBride Stetson D. (a cura di), *Abortion Politics, Women's Movements and the Democratic State*, Oxford University Press, Oxford, pp. 181-204.
- Duden B., 1994, *Il corpo della donna come luogo pubblico*, Bollati Boringhieri, Torino.
- D'Elia C. e Serughetti G., 2017, *Libere tutte*, Minimum Fax, Roma.
- Dworkin R., 1994, *Life's Dominion*, Vintage Books, Random House.
- Ergas J., 1982, *1969-1979: Feminism and the Italian Party System: Women's Politics in a Decade of Turmoil*, «Comparative Politics», vol. 14, n. 3, pp. 253-279.
- European Committee of Social Rights, Council of Europe, 2015, *Decision on Admissibility and the Merits, Complaints Cgil*, n. 91/2013, disponibile all'indirizzo internet: <http://hudoc.esc.coe.int/?i=cc-91-2013-dadmissandmerits-en>.
- Ferraioli L., 1995, *Il problema morale e il ruolo della legge*, «Critica Marxista», n. 3, pp. 41-47.
- Graziosi M., 1997, *Corpo femminile e cittadinanza*, «Foglio del paese delle donne», 1° marzo.

- Istat, 2015, *Il ricorso ai metodi contraccettivi in Italia*, in *Come cambia la vita delle donne*, Roma, pp. 30-33.
- Jourdan C., 1993, *194: un cattivo compromesso*, «Democrazia e diritto», n. 2, pp. 231-236.
- Lunadei S. e Motti L., 2002, *Le lotte delle donne romane dalla Liberazione agli anni ottanta. Storia e memoria*, Comune di Roma-Commissione delle Elette, Roma.
- Papa C., 1975, *Il dibattito sull'aborto*, Guaraldi, Firenze.
- Percovich L., 2005, *La coscienza nel corpo. Donne, salute e medicina negli anni settanta*, Franco Angeli, Milano.
- Perini L., 2011, *Il corpo della cittadina. La costruzione del discorso pubblico sulla legge 194/1978 in Italia negli anni settanta*, Tesi di dottorato di ricerca, XXIII ciclo, Università di Bologna.
- Pitch T., 1998, *Un diritto per due*, il Saggiatore, Milano.
- Rodotà S., 1995, *Tecnologie e diritti*, il Mulino, Bologna.
- Rodotà S., 2006, *La vita e le regole. Tra diritto e non diritto*, Feltrinelli, Milano.
- Romito P., Escribà-Agüir V., Pomicino L., Lucchetta C., Scrimin F. e Molzan Turan J., 2009, *Violence in the Lives of Women in Italy who Have an Elective Abortion*, «Women's Health issues», vol. 19, n. 5, pp. 335-343.
- Scirè G., 2008, *L'aborto in Italia. Storia di una legge*, Bruno Mondadori, Milano.
- Sen A., 2011, *L'idea di giustizia*, Mondadori, 2010, Milano.
- Sen A., 2012, *L'azione giusta*, Ediesse, Roma.
- Zagrebelsky G., 1993, *Il diritto mite*, Einaudi, Torino.

I consultori oggi: origine, esperienze, bilancio

Franca Bonichi e Rossana Trifiletti

Il saggio ricostruisce l'esperienza dei consultori familiari dalla promulgazione della legge 405/75 che li istituisce fino agli sviluppi degli ultimi anni, tentando un bilancio rispetto alla loro mission originaria. Ci si è sinteticamente soffermati sul clima sociale e politico di quegli anni, segnato dall'esperienza dei movimenti, sul carattere di compromesso della legge tra forze laiche e cattoliche,

sugli elementi di novità introdotti, sulle leggi regionali di attuazione. Per quanto riguarda la situazione attuale i dati a disposizione, non sempre del tutto coerenti, consentono di delineare con qualche incertezza l'andamento della copertura, ma permettono di cogliere alcuni aspetti negativi o positivi del processo di regionalizzazione che sarebbero utili in vista di un rilancio del servizio.

1. Premessa

La legge sui consultori del 1975 precede di poco le tre grandi leggi che hanno trasformato il settore sanitario italiano e che, in quanto tale, ha già invogliato alcuni studiosi a celebrarne il quarantennio (Fattorini, 2014; Sani, 2015), anche se in un certo senso il suo precedere di poco queste riforme la colloca appena prima dell'apertura di quella straordinaria finestra di opportunità di trasformazione del nostro welfare che è stata socchiusa per un periodo così breve intorno alla 833 e non si è mai più ripetuta in seguito, se non per la fase di riforme nel campo dell'assistenza e in quello della politica della famiglia alla fine degli anni novanta. Questo fa sì che la legge 405/1975, che avrebbe potuto essere per molti aspetti una misura anticipatrice e innovativa, strutturalmente collegata con lo spirito originario del Servizio sanitario nazionale (Ssn), di fatto poi non abbia pesato in questo senso, configurando piuttosto un caso di *carsismo istituzionale* abbastanza tipico del nostro paese (Vitale, 2006): una scomparsa da logoramento da cui è talvolta, in seguito e solo per brevi periodi, riemersa. In particolare, sfogliando il dibattito e la riflessione sul Ssn nel suo complesso, la tematica dei consultori configura un'assenza quasi fragorosa, fatta ecce-

zione per gli anni settanta e per il periodo della riforma Ter di Rosy Bindi e del lancio del Pomi (Progetto obiettivo materno infantile). Se può sembrare accettabile che non si affronti *mai* la tematica dei consultori nei ripetuti rapporti annuali di valutazione sulla sanità – Ceis-Sanità, Crea (2003-2017)¹ od Oasi (Cergas, 2000-2017)² –, ormai virati verso un approccio economicistico e liberista, è sintomatico che essi siano *sempre* assenti anche nei bilanci periodici che adottano titoli come *I servizi sanitari in Italia* (Fiorentini, 2000-2004) od *Organizzare la salute nel territorio* (Longo, Salvatore e Tasselli, 2010). Ci sembra che l'andamento discontinuo e prevalentemente sommerso di questi quarant'anni valga la pena di essere approfondito, anche perché non si tratta di un caso isolato nelle politiche di welfare del nostro paese.

Molto spesso, infatti, nel welfare italiano servizi dalla progettazione ricca di pensiero, che avevano coagulato e risolto intere stagioni di acceso dibattito politico, sono stati in seguito abbandonati a un destino di declino e di lenta erosione della loro base istituzionale, causata dal semplice invecchiamento delle attrezzature e del personale e dal sistematico sotto-finanziamento che ha lasciato sempre più campo al privato (cfr. Dirindin, 2016). E questo è avvenuto spesso quando localmente si è puntato su altri servizi, spesso dal nome più fantasioso, simbolo di innovazione, anche se di competenze e disegni organizzativi abbastanza simili non venivano di solito precisate le eventuali sovrapposizioni di confini con i servizi esistenti, che fossero le Società della salute, le Utap (Unità territoriale di assistenza primaria) o Ucp (Unità di cure primarie) o le Case della salute (Toth e Carboni, 2012).

2. *L'origine storica del servizio consultoriale*

La legge 405 che ha istituito i consultori familiari è stata preceduta e accompagnata da alcuni provvedimenti legislativi e interventi giudiziari che appartengono al nuovo contesto socio-culturale e al nuovo clima politico egemonizzato dai movimenti sociali a iniziare dalla fine degli anni sessanta fino agli anni settanta³. Una riflessione a partire da

¹ Eccezion fatta per il Rapporto Crea 2009, che riporta i dati del Ministero della Salute (2010) sulla numerosità e sul bacino di utenza per regione.

² Fa eccezione il Rapporto Oasi 2017 che, appunto, ne parla in relazione al censimento delle Case della salute.

³ Verso la metà degli anni cinquanta nacquero i primi consultori privati. Sigle

questo sfondo chiarisce le motivazioni che furono alla base dell'istituzione dei consultori e può facilitare una valutazione di quanto essi siano ancora legati a quella stagione o quanto siano ancora attuali. È del marzo 1971 la sentenza n. 49 della Corte costituzionale che dichiarava illegittimo l'articolo 553 del codice penale: «Chiunque pubblicamente incita a pratiche contro la procreazione o fa propaganda a favore di esse è punito con la reclusione fino a un anno o con una multa fino a 400 mila lire». Una sentenza storica, perché fino a quell'epoca solo poche persone in Italia (rischiando talvolta di persona) avevano affrontato i temi della contraccezione e dell'educazione sessuale⁴. Si trattava di una sentenza ricca di contenuto simbolico, ma di fatto bloccata dalla mancanza di una normativa che consentisse esplicitamente la prescrizione di contraccettivi. Ed è significativo il fatto che a questo risultato si arrivasse solo attraverso una sentenza della Corte, mentre per quattro legislature consecutive in Parlamento erano state presentate proposte di legge, sottoscritte dai partiti laici, puntualmente respinte dalla maggioranza.

Risale invece al maggio 1975 la riforma del diritto di famiglia, dopo la grande stagione divisiva del referendum abrogativo sul divorzio nel 1974. Nei lavori parlamentari era emersa con chiarezza l'esigenza di mediare fra due visioni contrapposte⁵, ma anche (soprattutto da parte dei cattolici) la necessità di predisporre un provvedimento separato, di natura sanitaria e sociale, a esplicita tutela della famiglia minacciata dalla de-giuridicizzazione (Dalla Torre, 1975), anche come rimedio alle problematiche che avrebbero potuto investire la famiglia nella trasformazione sociale in corso (Perico, 1976). Questa esigenza si incrociò, senza una vera discussione sulle profonde differenze sottostanti,

come quelle dell'Aied (Associazione italiana educazione demografica), dell'Uicemp (Unione italiana centri educazione matrimoniale e prematrimoniale), dell'Ucipem (Unione consultori italiani prematrimoniali e matrimoniali), dell'Aed (Associazione educazione demografica) appartenevano ad associazioni di diverso orientamento e, per quanto riguarda quelle laiche, spesso erano oggetto di sanzioni per il loro impegno a favore della contraccezione.

⁴ Per una puntuale ricostruzione di questa stagione cfr. Balducci e Camarga, 1977; Percovich, 2005, cap. 5, pp. 60-69; Tagliapietra e Venturi, 1980, cap. 2.

⁵ «Noi abbiamo sempre nutrito un profondo rispetto per le altrui convinzioni ideali e morali anche quando sono profondamente diverse dalle nostre [...] è con questo spirito che abbiamo concorso alla elaborazione e all'approvazione del diritto di famiglia e alla elaborazione e approvazione al Senato della nuova legge sui consultori familiari» (Seroni, 1977, p. 173).

con la posizione dei partiti laici e con le rivendicazioni di numerosi soggetti appartenenti ai movimenti femminili e femministi e all'Udi (Unione donne italiane), che in quegli anni portava a termine la sua pluriennale lotta per l'abolizione dell'Onmi (Opera nazionale maternità e infanzia), col problema di riconvertirne i servizi esistenti. Conclude questa stagione l'approvazione della legge 194 avvenuta nel maggio 1978. Il diritto a una maternità responsabile è così riconosciuto nell'ambito di un più generale riconoscimento della dimensione sociale della maternità (Bassanini e al., 1997, p. 417), ma non solo. Temi sensibili come le relazioni familiari, il ruolo della donna, la contraccezione entrano per la prima volta in un servizio socio-sanitario pubblico, rivolto al territorio, aperto e gratuito per tutti (con notevole lungimiranza anche nei confronti degli stranieri temporaneamente residenti), in netta discontinuità con le pratiche assistenzialiste rivolte ai «bisognosi», di cui l'Onmi era stato per decenni l'emblema in materia di maternità e di salute della donna.

La legge 405 contiene anche ambiguità lasciate volutamente irrisolte: il consultorio era letto come «tampone» al problema dell'aborto che in quel momento divampava nei tribunali e sulle pagine dei giornali (Balducci e Camarga, 1977), mentre il carattere di legge quadro del provvedimento affidava alle Regioni l'applicazione di una norma snella (formata di soli otto articoli), ma anche per certi aspetti sospesa e contraddittoria (Tagliapietra e Venturi, 1980), interpretabile in modi diversi sul territorio.

La 405 può sicuramente considerarsi frutto di un compromesso tra forze laiche e cattoliche, come si deduce dall'articolo 1 in cui si cerca di comporre due diversi «modelli»: quello di un presidio sanitario al servizio della comunità e delle donne che affermavano la loro soggettività e quello di un presidio socio-assistenziale al servizio della famiglia tradizionale. Una opposizione questa che con gli anni si è progressivamente attenuata nella pratica del servizio (Fattorini, 2014), mentre sono rimaste in parte irrisolte o dimenticate altre tensioni tra modi diversi di concepire la salute, di vivere il servizio sanitario, di svolgere i ruoli professionali, di intendere il rapporto tra istituzioni e la stessa partecipazione degli utenti, tutte non meccanicamente riconducibili alle differenze di orientamento culturale e religioso. Non va sottovalutato tuttavia il fatto che, nella rapidità con cui è stata approvata questa «legge tampone», non sia stata secondaria una delle prime alleanze tra parlamentari, quasi esclusivamente donne, appartenenti ai più disparati partiti.

Questo aspetto di compromesso politico non è però l'unica motivazione sottesa alla promulgazione della 405, che era anche portatrice di un'esigenza di più vasto respiro di razionalizzazione e di ristrutturazione dei servizi sociali e sanitari (Bassanini e al., 1977; Ghio, 1978, p. 140), esigenza che includeva la regolazione dei consultori laici e privati già esistenti e che anticipava chiaramente lo spirito della riforma del 1978. In Italia c'erano infatti diverse tipologie di consultori, sia in relazione al finanziamento (pubblico o privato) che all'orientamento politico-ideologico. Tra i consultori pubblici alcuni erano servizi socio-sanitari polivalenti gestiti direttamente dagli enti locali, altri, più numerosi, erano gestiti dall'Onmi. Tra quelli privati si distinguevano i consultori di ispirazione cristiana, come l'Ucipem, i consultori laici (Aied, Unicemp) e i consultori in vario modo legati al movimento femminista e già portatori di una medicina di genere *ante litteram* come Aed (1975) o Cpd (Sardella, 2014). Molte di queste realtà per diversi anni si erano battute per l'approvazione di norme che non solo legalizzassero, ma in qualche modo «istituzionalizzassero» il loro operato, sia attraverso convenzioni e sovvenzioni sia attraverso una diretta gestione dei servizi. Una pressione che nel luglio 1975 non viene raccolta soltanto dai partiti laici, ma anche da quelli più vicini alle varie associazioni.

Ma la promulgazione della 405 rispondeva anche alle pressanti domande di decentramento territoriale e di superamento del vigente sistema di assistenza, categoriale e frammentato, verso un primo riconoscimento dell'autonomia delle Regioni, prevista dalla Costituzione relativamente all'assistenza sanitaria e insieme alla «beneficenza» pubblica.

3. *Gli aspetti innovativi della legge 405/75: la partecipazione*

Uno degli elementi più qualificanti dei consultori è la partecipazione della comunità amministrata alla gestione del servizio (Ghio, 1978, pp. 133-134), anche se bisogna ammettere che la 405 non fa alcun riferimento esplicito a una loro gestione sociale ma si limita a delegare alle Regioni i criteri di programmazione, funzionamento e gestione del servizio (articolo 2).

La novità costituita da una struttura organizzativa decentrata a livello regionale, e poi comunale (o comprensoriale), di fatto propone un modello di servizio in cui l'amministrazione locale può realizzare una

gestione più vicina ai bisogni della cittadinanza. Inoltre la 405, qualificando i consultori come servizi pubblici di base, non solo indica la vocazione universalistica e territoriale del servizio, ma apre anche la strada a una gestione partecipata dalla comunità amministrata. Come vedremo, però, i modi di attuazione di questo principio risultano significativamente differenziati e se in genere è prevista l'istituzione di organismi di partecipazione variamente denominati, questi sono però configurati in modi assai diversi e in grado di realizzare livelli più o meno sostanziali di partecipazione. Questo «silenzio legislativo» dello Stato, che affida di fatto alle diverse configurazioni socio-politiche, culturali ed economiche il criterio operativo della gestione, ha prodotto diversità di trattamento discutibili, non solo da un punto di vista etico, ma anche da quello della legittimità costituzionale (Palamenghi, 1978, p. 15). Resta il fatto significativo che molte Regioni abbiano interpretato e ampliato il dettato della 405, valorizzando, per lo meno in via di principio, la partecipazione nella gestione dei consultori. Non è sicuramente estraneo a questa nuova sensibilità il fatto che proprio in quegli anni le istanze partecipative investissero istituzioni come la scuola (nel 1974 vengono approvati i decreti delegati), la fabbrica (nel 1970 viene approvato lo Statuto dei lavoratori), le città (nel 1976 viene emanata la legge n. 278 che stabilisce le norme sul decentramento e sulla partecipazione dei cittadini all'amministrazione dei Comuni), le associazioni ricreative e culturali e perfino la Chiesa.

Tuttavia il ruolo della partecipazione, insieme alla gratuità, si configura come un elemento indispensabile per qualificare, in senso pubblico, il consultorio, che diventava uno stimolo per i servizi pubblici a ridefinirsi «non più gestione di potere burocratica, ma appropriazione della propria funzione originale, che è poi quella di sintesi tra bisogni dei cittadini e risposta dei servizi pubblici, come momento di coesione tra realtà sociale e società politica» (Palamenghi, 1978, p. 56). Non solo. Proprio il coinvolgimento diretto degli utenti su temi così rilevanti permette di arricchire la qualifica di servizio pubblico attribuita al consultorio, nel senso di un servizio che si organizza per dare risposte adeguate ai bisogni e alle domande di tutti. Una concezione universalistica, quindi, in conflitto con il principio di separazione originario che la possibilità di fare convenzioni con i privati introduceva e legittimava (articolo 2): consultorio cattolico per la famiglia cattolica, consultorio laico per la famiglia laica.

4. *Gli aspetti innovativi: l'équipe multidisciplinare e l'integrazione socio-sanitaria*

Se la richiesta di partecipazione rispetto ai consultori risente di quel clima generale di cui si è accennato, è però importante mettere in evidenza una specificità che la connota. Il punto da cui partire è la percezione largamente condivisa da parte di molte donne, e anticipata dal movimento femminista, di una dipendenza nei confronti della scienza medica e dei suoi «sacerdoti», che è vissuta anche dagli uomini ma che per le donne risulta essere «più pericolosa e carica di conseguenze» in virtù del maggior bisogno che esse hanno del medico in momenti particolari della loro vita (gravidanza, parto, aborto, malattie dei figli): «Questa medicina maschile si preoccupa ben poco della salute della donna: le donne continuano a soffrire durante il parto, ad essere massacrate e a morire di aborto, a far da cavie e da strumento della politica demografica decisa da altri. Le ricerche e le scoperte non avvengono nel suo interesse: non a caso non si sono trovati anticoncezionali sicuri e innocui» (Jourdan, 1976, p. 10).

La critica principale alla medicina ufficiale da parte del movimento delle donne era quindi quella di privarle degli strumenti necessari per il controllo del corpo; una privazione tanto più significativa dal momento che l'oppressione e lo sfruttamento femminili passano proprio attraverso l'espropriazione dei corpi. È in coerenza con questo tipo di riflessioni che si precisa l'obiettivo politico di «riprendere in mano la sanità» unitamente a una definizione più ampia di salute che non può configurarsi solo come assenza di malattia, ma piuttosto «come controllo delle proprie funzioni e disponibilità di sé», da realizzarsi non da sole ma in relazione con altre donne con cui studiare e comunicare esperienze (*ivi*, pp. 16-17). È la rivendicazione di una medicina che non si limiti a curare le patologie secondo un protocollo esclusivamente medico, ma che operi in una dimensione di prevenzione e di attenzione alle cause della malattia anche dal punto di vista ambientale e sociale, mobilitando le necessarie competenze interdisciplinari. Insomma, una richiesta di riforma radicale della medicina che colloca la costituzione dei consultori accanto ad altri servizi, espressione della cultura e della politica di quegli anni: i servizi di medicina del lavoro, le strutture psichiatriche alternative al manicomio, la medicina dell'ambiente e del territorio.

Se guardiamo alla lettera della legge 405, in particolare se considera-

mo le funzioni del servizio e le qualifiche del personale, il modello proposto si configura come un servizio socio-sanitario, anzi come «la prima esperienza realizzata nel nostro paese di struttura socio-sanitaria» (Barca e al., 1981, p. 93). Per averne conferma basta leggere l'articolo 1 che individua le attività istituzionali dei consultori: assistenza e informazione sanitaria, contraccezione e controllo delle nascite, educazione sessuale e attenzione ai temi dell'emarginazione e della disintegrazione del tessuto familiare e sociale. Quindi, compiti e funzioni non esclusivamente sanitari e non esclusivamente sociali.

Non sono mancate però le critiche. Se appare unanimemente apprezzata la scelta di concentrare in un'unica struttura i servizi relativi a contraccezione, procreazione, maternità, prima infanzia e problematiche minorili, a conferma di una concezione unitaria della salute (fisica, psichica, individuale e collettiva), i pareri sono discordi sulla specificità del servizio. Il rischio per alcuni era che i consultori diventassero una sorta di poliambulatorio materno-infantile in cui prevalessero i servizi sanitari tradizionali a scapito di quei compiti di educazione sessuale, contraccezione, assistenza psicologica e sociale alla donna e alla famiglia che li avevano caratterizzati (Ghio, 1978, pp. 124 e 125). E invece il confronto multidisciplinare avrebbe prodotto anche significative conseguenze sul modo di vivere e di considerare la propria esperienza professionale.

La visita ginecologica, secondo la ricostruzione di un ginecologo del tempo, assurge addirittura a «simbolo sintetico» di questo mutamento: da prestazione «indicibile», cui ricorrere solo in determinate situazioni inevitabilmente connotate da squilibrio di potere (cfr. Paggio, 1976; Banotti, 1971, pp. 224-225), a rito abituale e periodico in cui il rapporto medico-paziente si trasforma in un rapporto di riconoscimento reciproco medico-donna (Fattorini, 2014, p. 14). Eppure l'articolo 3 della legge introduceva solo quattro aree di competenza (medicina, psicologia, pedagogia e assistenza sociale)⁶ che verranno ampliate dalle leggi regionali, ma la funzione paritaria dei diversi contributi era fortemente al centro della novità. Risulta quindi plausibile quanto sostiene Fattorini secondo cui, con il passare del tempo, il personale, composto da ginecologi, ostetriche, infermiere professionali, psicologi e

⁶ Paradossalmente non era nemmeno prevista la figura dell'ostetrica che diventerà uno dei punti di forza del servizio, anche in conseguenza del trasferimento delle condotte ostetriche dell'Onmi.

assistenti sociali, si auto-selezionò, aderendo in maggioranza alla vocazione sanitario-emancipativa dei consultori⁷. Contribuirono vari fattori, che qui possiamo solo elencare: la progressiva femminilizzazione della professione medica, il riconoscimento accademico delle professioni sanitarie non mediche, una «domanda sanitaria» sempre più precisa e consapevole da parte delle donne, la necessità per gli operatori di lavorare in *équipe* per fronteggiare una *mission* complessa e innovativa a confronto con domande diversificate che presupponevano la capacità di leggere lo specifico di ciascun territorio.

5. La Riforma Ter e il Pomi

Dopo questo primo periodo di breve entusiasmo, i consultori vengono come dimenticati nel discorso pubblico, anche se la loro efficacia nella lenta diffusione dei contraccettivi è generalmente riconosciuta, fino alla svolta dei due decreti di aziendalizzazione del Ssn nel 1992 e nel 1993 che, per quanto diano origine a un sistema che resta ibrido (Mapelli, 2012; Toth, 2016), aderiscono almeno superficialmente a una filosofia privatistica che è precisamente l'opposto dello spirito di rinnovamento e di modernizzazione democratica del paese incarnato nella 833 e nella 405. Questo non può che perfezionare la scomparsa dei consultori dal dibattito politico e sociale. Una breve riemersione carsica si ha con la Riforma Ter Bindi del 1999, che, appunto, rilanciava il territorio e il distretto per fedeltà alla 833, pur portando a termine il processo di regionalizzazione della sanità che aggraverà le diseguaglianze già esistenti nell'offerta e nella qualità dei servizi. Tuttavia la ministra Bindi formula un progetto obiettivo fedele al suo tentativo di rilanciare una filosofia «territorialista». Il 24 aprile 2000 viene pubblicato sulla «Gazzetta Ufficiale» il d.m. «Adozione del progetto obiettivo materno-infantile relativo al Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000», il Pomi. Questo documento tocca tutte le tematiche della salute materno-infantile e costituisce un aggiornamento e insieme la riproposta di un'idea forte di consultorio. Un rilancio che passa attraverso un'esplicita richiesta di riqualificazione e di integrazione di questo servizio

⁷ Quindi, nonostante le frange più radicali del movimento femminista criticassero aspramente la legge come tentativo di «psichiatrizzazione del territorio», talvolta rifiutando di convenzionarsi (Aed, 1975), in qualche modo la forza culturale dei loro temi passò nelle pratiche quotidiane del servizio.

nell'ambito delle altre strutture territoriali, ma anche attraverso una riproposizione sostanziale di alcune aree strategiche (educazione sessuale per adolescenti, promozione e prevenzione della salute ecc.) che erano quelle su cui il servizio dei consultori si era spontaneamente strutturato. Ma è anche vero che le aree si arricchiscono (percorso nascita, diagnosi precoce delle disabilità, presa in carico delle maternità a rischio sociale, prevenzione del tumore, menopausa) e che questo spesso comporta un passaggio dalla protezione della donna a quella della famiglia nel suo ciclo vitale, o come ci si esprime letteralmente «della donna globalmente intesa». Nonostante ciò alcune idee guida del Pomi sembrano manifestare significative convergenze con gli obiettivi e con l'esperienza dei consultori che, anche se a volte in modo embrionale, le avevano anticipate. In particolare il riconoscimento della donna come «settore forte» della popolazione per cui investire sull'*empowerment* delle donne produce valore aggiunto per le se stesse ma anche per la società nel suo complesso; una visione della promozione della salute che supera la concezione esclusivamente biomedica, in linea con la Carta di Ottawa che la definisce come «il processo che permette alle persone e alle comunità di sviluppare un'autonoma capacità di controllo sul proprio stato di salute». Di qui la riconferma della necessità di costruire sul territorio strutture multidisciplinari in cui intervengano operatori di formazione non esclusivamente sanitaria e perciò in grado di affrontare problemi vecchi e nuovi, dalla violenza sessuale alla presenza delle donne migranti. E, ancora, un modello di *counselling* non direttivo ma orizzontale, come relazione di aiuto tra consulente e coppia. E infatti l'assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare alla maternità e all'infanzia diventa nel d.p.c.m. 2001 un Lea i cui servizi di riferimento sono i consultori secondo gli standard del Pomi, mentre le competenze si consolidano per i servizi dedicati all'adolescenza, alla sterilità e alle persone aventi cittadinanza non italiana.

6. Gli sviluppi negli anni 2000

La raccolta dei dati sui consultori è sempre stata particolarmente problematica, come ha più volte sottolineato anche il Ministero della Salute che li pubblicava: ad esempio in quello che veniva presentato come «Il primo tentativo di costruzione di un rapporto nazionale sui consultori familiari» si ammetteva che le difficoltà non erano state tutte superate e che lo si considerava «una fotografia sfocata» (2010a, p. 25) e «un punto di partenza (di cui), con l'impegno di tutti, è possibile migliorare la qualità» (*ivi*, p. 2).

Tabella 1 - Le rilevazioni sul numero dei consultori funzionanti dal 2000 a oggi

Regioni	2000			2004		2009	2014	2016a	2016b	
	Pub.	Priv.	Tot.	Pub.	Tot.	Pub.	Pub.	Pub.	Pub.	Tot.
Valle d'Aosta	16	0	16	20	20	15	15	14	14	14
Piemonte	182	Nr	-	211	211	176	212**	201	177	180
Lombardia	184	47	231	237	274	156	248**	158	158	238
Liguria	91	3	94	91	94	59	72**	56	58	58
Veneto	143	21	164	143	162	115	119	109	229	233
Friuli-V.G.	22	6	28	22	28	7	26	24	32	34
P. Bolzano	-	6	6	0	14	5	14	0	26	40
P. Trento	5	0	5	5	5	11	12	11	11	12
Emilia-Romagna	237	10	247	217	227	210	234	233	283	283
Toscana	77	0	77	232	232	184	236**	204	204	284
Umbria	34	1	35	34	35	91	33	31	54	54
Marche	40	0	40	38	38	67	48	45	72	72
Lazio	172	Nr	-	155	155	160	150	145	177	178
Abruzzo	83	9	92	74	83	71	58**	57	57	57
Molise	7	1	8	7	8	7	7	7	5	5
Campania	161	0	161	162	162	150	156**	151	155	155
Puglia	151	23	174	150	176	142	147	147	145	145
Basilicata	35	0	35	28	28	26	32	31	37	37
Calabria	69	1	70	72	73	64	67	67	60	60
Sicilia	177	9	186	177	186	184	195**	181	181	188
Sardegna	77	7	84	76	83	81	71	72	73	73
Totale	1.963	144	2.107*	2.151	2.294	1.911	2.150	1.944	2.322	2.434

* Questo totale è lievemente sottostimato a causa della mancanza del dato del Piemonte e del Lazio.

** Dati approssimativi stimati sulle percentuali di risposta indicate dal Ministero.

Fonte: per il 2000 Relazione al Parlamento su Ivg (Interruzione volontaria di gravidanza); per il 2009 Ministero della Salute, 2010; per il 2016a Relazione al Parlamento su Ivg, 2017; per il 2016b Database del Ministero della Salute.

La tabella 1 cerca di ricostruire l'andamento del numero di servizi di consultorio funzionanti nelle diverse Regioni, ma mostra innanzitutto una notevole volatilità dei dati: a ogni rilevazione c'è una certa percentuale di dati mancanti. Oltre a questo, i dati del Ministero dipendono da rilevazioni su un questionario che non pone paletti chiari su come vadano computate le sedi principali dei consultori e le loro eventuali sedi distaccate, come viene più volte ammesso dal Ministero stesso (ad esempio, 2016, Relazione relativa agli anni 2014-2015, p. 54). In questo senso non tutte le diminuzioni sono imputabili a chiusure di sedi, ma potrebbero anche essere riconducibili a riaccorpamenti funzionali e a ridisegni distrettuali.

Tuttavia, nonostante tali debolezze, si può intravedere un trend di lungo periodo che nell'insieme vede uno sviluppo del servizio dopo il 2000 per effetto del Pomi e successivamente un inizio di declino con conseguenti chiusure di molte sedi che è avvertibile quasi dappertutto. Entro questa parabola, tuttavia, si distinguono abbastanza chiaramente le Regioni che riescono ad aumentare con una certa costanza la loro dotazione, sino a superare il criterio della legge 34/99, in particolare Veneto, Friuli, Emilia, Toscana, Umbria e Marche, oltre alle Province autonome; il caso della Lombardia, fra questi, è marcatamente diverso perché qui l'aumento è prevalentemente sostenuto dai consultori privati accreditati. Complessivamente, però, in gran parte queste Regioni coincidono con quelle che studi recenti identificano come Regioni ad alto rendimento istituzionale (Vassallo, 2013, pp. 29-31).

Apparentemente opposta è la situazione delle Regioni che, dopo un aumento nei primi anni 2000, vedono alla lunga diminuire seriamente la loro dotazione: sono Regioni in prevalenza collocate al Sud, ma fra queste vi sono anche la Valle d'Aosta (che aveva, però, sempre avuto parametri di copertura molto più esigenti, data la sua natura orografica), la Liguria e la Sardegna.

7. Conclusioni: un tentativo di bilancio

L'ultimo rapporto dell'Istat su *La salute riproduttiva della donna*, riferito al 2017 e pubblicato il 5 marzo 2018, riprende i dati del Ministero della Salute per l'andamento numerico generale, senza tentare di correggerne le discrepanze, e ne propone una valutazione tutto sommato positiva in quanto in quasi tutte le Regioni si sarebbe raggiunto ormai almeno il tasso di copertura di 0,7 consultori ogni 20 mila abitanti a fronte del *target* di un consultorio ogni 20 mila abitanti proposto ormai venti anni fa dalla legge 34/1996. E sottolineiamo che 0,7 su 20 mila era esattamente la media nazionale nel 2001. Non c'è dubbio che un lentissimo trend di omogeneizzazione sia visibile dal punto di vista esclusivamente numerico, ma solo considerando il parametro più generico della legge e, soprattutto, solo se si azzerano le profonde diversità di conteggio ipotizzabili in base alla tabella 1 e che sono per ora individuabili solo nel caso di studi più approfonditi su singole Regioni (cfr. Marche o Veneto in Ministero della Salute, 2010). Inoltre, forse, è bene ricordare che la legge 34/96 individuava lo standard di un consultorio ogni 20-25 mila abitanti in contesto urbano-metropolitano,

mentre raddoppiava il rapporto (1 ogni 10 mila) per i contesti rurali e semi-urbani, che scompaiono nel consuntivo proposto dall'Istat. Ma, soprattutto, scompaiono in questo ottimismo di maniera le differenze molto sostanziali relative ad altri più significativi parametri misurati solo sporadicamente in passato, quali le ore di apertura dei diversi servizi, la disponibilità di competenze interprofessionali e di locali idonei e, soprattutto, una parametrizzazione riferita non alla popolazione nel suo complesso ma alle donne in età fertile, incluse le migranti con residenza irregolare.

Altri ci sembrano essere i possibili successi dei consultori da mettere a bilancio e sono quelli fondati sulla originaria *mission* del servizio come intervento di territorio, efficace nella prevenzione dell'uso improprio della 194 e capace di fungere da moltiplicatore culturale di una pratica moderna della contraccezione e dell'approccio sereno alla vita sessuale, anche a fondamento dell'emancipazione femminile. In questo senso viene letto concordemente da tutti l'aumento del peso relativo del consultorio nelle procedure di avvio dell'Ivg⁸, anche se – meno regolarmente – aumenta nel tempo anche il ruolo del servizio ostetrico, a fronte della diminuzione costante di quello dei medici curanti.

La tendenza a riferirsi al medico di fiducia, che è facile immaginare privato e a pagamento, diminuisce con il consolidarsi dell'appoggio del consultorio durante e dopo la gravidanza (anche con i percorsi nascita). Questa capacità crescente di sostituire il sostegno del ginecologo privato costituisce sicuramente uno dei lenti ma solidi successi ottenuti dal servizio in quanto è il fattore che incide più nettamente sulle disegualianze sociali e sulla trasformazione delle pratiche contraccettive successive (Lauria e al., 2014): la trasformazione investe gradualmente anche le donne del Sud, seppur più lentamente, ma soprattutto contribuisce ad attenuare i complessi svantaggi delle migranti. In questo caso il servizio è riuscito in particolare a diminuire sensibilmente il ricorso alla Ivg, ripetuta come mezzo anticoncezionale improprio (Lauria e al., 2013) con una velocità più marcata per le donne migranti che è facile immaginare, collegato sia alla disponibilità presso i consultori del supporto medico e pediatrico gratuito (e spesso dei mediatori linguistici) che probabilmente all'esperienza stessa della Ivg, utilizzata notoriamente in proporzioni più elevate fra le donne migranti che fra le italiane.

⁸ Cioè il rilascio della documentazione sul colloquio per l'avvio della procedura oppure della certificazione di urgenza.

Tabella 2 - Aumento delle certificazioni per l'Ivg ottenute al consultorio dagli anni ottanta a oggi

Rilasciate da	Consultorio	Medico di fiducia	Servizio ostetrico	Altro
1981	25,2	58,5	16,1	4,2
1983	24,2	52,4	21,4	1,4
1987	20,0	52,4	25,7	1,9
1991	21,4	47,8	29,1	1,7
1993	22,9	46,3	25,4	1,7
1994	23,4	46,1	28,9	1,6
1999	28,7	38,6	31,0	1,7
2001	31,6	34,6	31,8	1,9
2003	34,4	33,7	30,1	1,9
2004	35,1	32,2	30,8	1,8
2007	37,2	27,7	33,0	2,2
2009	39,4	27,5	31,2	1,9
2011	40,7	25,3	30,5	3,4
2015	42,3	21,4	33,0	3,3
2016	42,9	21,6	31,7	3,8

Fonte: Tabelle allegate ai Rapporti del ministro della Salute sulla 194/78, vari anni.

Tabella 3 - Prime certificazioni ottenute presso il consultorio da donne italiane e straniere nelle grandi ripartizioni territoriali dopo il 2006

	2006		2008		2010		2012		2015		2016	
	ital.	stran.										
Nord	39,0	55,9	41,3	58,5	43,5	60,1	46,2	61,1	47,8	60,7	48,0	61,5
Centro	42,1	54,5	42,7	52,6	44,6	52,8	45,1	54,7	45,5	50,6	45,8	51,2
Sud	13,7	20,6	15,9	23,5	20,3	26,7	21,6	29,3	25,5	33,6	26,1	37,1
Isole	15,3	24,5	11,7	22,6	14,0	25,3	16,4	27,7	20,4	33,4	20,4	32,5
Italia	30,3	51,3	31,3	52,4	33,9	53,3	35,8	54,5	37,9	53,8	38,2	54,5

Fonte: Rapporti Ministero della Salute 2008, 2010, 2012, 2014, 2016, 2017, tavole.

Se infatti analizziamo i dati (separatamente/distintamente) per nazionalità e per ripartizione territoriale, disponibili solo per gli ultimi anni⁹, emergono chiaramente due trend di lungo periodo assai caratteristici: la

⁹ Nella relazione del 2007 si auspica per la prima volta un'analisi che distingua sistematicamente i comportamenti delle donne italiane da quelli delle straniere, che sono evidentemente ormai abbastanza numerose da influenzare le diagnosi con le loro specificità (Ministero della Salute, 2007, p. 24). Del rapporto dell'anno successivo sono così resi noti dati, più affidabili perché tratti dai modelli Istat D12 di monitoraggio del fenomeno abortivo.

pratica delle donne migranti di appoggiarsi più delle italiane al consultorio è certamente più consistente al Nord e al Centro dove il servizio ha maggiore copertura ed efficacia e le migranti sono più presenti, ma tende a un aumento più regolare e consistente di quello delle italiane anche nel meridione, dove esso è meno assestato, facendo in un certo senso da traino al mutamento di uso anche da parte delle donne italiane.

Questa capacità del consultorio di costituire un servizio aperto al territorio e, per scelta politica, gratuito garantisce l'accoglienza delle donne migranti e l'accompagnamento verso una riduzione nell'utilizzo dell'Ivg come contraccettivo improprio (Ministero della Salute, 2014, p. 28). Che questo lento consolidamento dell'offerta consultoriale, cioè della sua capacità di ridurre le diseguaglianze sociali fra le donne, non abbia ancora inciso a sufficienza nel divario Nord-Sud dipende proprio dall'andamento carsico del suo rendimento istituzionale, dall'alternarsi cioè di periodi di oblio e di riemersione, e indica sicuramente una via che gli sporadici rilanci locali o nazionali hanno largamente dimostrato utile e perseguibile ogni volta che il servizio si è consolidato.

Riferimenti bibliografici

- Aed - Associazione educazione demografica, 1975, *Potere e consultori. Analisi della legge sui consultori familiari*, Bergamo.
- Balducci G. e Camarga A., 1977, *Quale consultorio?*, Ceidem, Napoli.
- Banotti E., 1971, *La sfida femminile. Maternità e aborto*, De Donato, Bari.
- Barca L., Fabrizi N., Grignola A. e Pierantoni L., 1981, *Chi ha paura del consultorio*, Editori Riuniti, Roma.
- Bassanini M.C., Lucioni C., Pietroboni P. e Ranci-Ortigosa E., 1977, *Servizi sociali: realtà e riforma*, il Mulino, Bologna.
- Ceis-Sanità, 2003-2009, 2012, *Rapporto Ceis Sanità*, Roma, disponibile all'indirizzo internet: <http://www.creasanita.it/index.php/it/archivio-volumi>.
- Cergas, 2000-2017, *Rapporto Oasi sulla sanità*, Egea, Milano.
- Crea, 2003-2017, *Rapporto sanità*, Roma, disponibile all'indirizzo internet: www.creasanita.it/index.php/it/archivio-volumi.
- Dalla Torre G., 1975, *La legge 29 luglio 1975, n. 405 sulla istituzione dei consultori familiari*, «Medicina e Morale», vol. 25, n. 2-3, pp. 128-167.
- Dirindin N., 2016, *La sanità pubblica tra indifferenza e laissez-faire*, «la Rivista delle Politiche Sociali», n. 2, pp. 187-201.
- Fattorini G., 2014, *I consultori in Italia*, L'asino d'oro edizioni, Roma.
- Florentini G., 2000-2004, *I servizi sanitari in Italia*, il Mulino, Bologna.
- Ghio G. (a cura di), 1978, *I consultori familiari. Problematica sempre aperta*, Patron Editore, Bologna.

- Jourdan C., 1976, *Insieme contro. Esperienze dei consultori femministi*, La Salamandra, Milano.
- Lauria L., Bonciani M., Spinelli A. e Grandolfo M.E., 2013, *Inequalities in Maternal Care in Italy: the Role of Socioeconomic and Migrant Status*, «Annali dell'Istituto Superiore di Sanità», vol. 49, n. 2, pp. 209-218.
- Lauria L., Donati S., Spinelli A., Bonciani M. e Grandolfo M.E., 2014, *The Effect of Contraceptive Counselling in the Pre and Post-Natal Period on Contraceptive Use at Three Months After Delivery Among Italian and Immigrant Women*, «Annali dell'Istituto Superiore di Sanità», vol. 51, n. 1, pp. 54-61.
- Longo F., Salvatore D. e Tasselli S., 2010, *Organizzare la salute nel territorio*, il Mulino, Bologna.
- Mapelli V., 2012, *Il sistema sanitario italiano*, il Mulino, Bologna.
- Ministero della Salute, 2001, 2003-2017, *Relazione del ministro della Salute sull'attuazione della legge contenente norme per la tutela della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (legge 194/78)*, Roma, anni vari.
- Ministero della Salute, 2010, *Organizzazione e attività dei consultori familiari pubblici in Italia anno 2008*, Dipartimento della Prevenzione e della comunicazione, Roma.
- Paggio L.C., 1976, *Avanti un'altra*, La Salamandra, Milano.
- Palamenghi S., 1978, *Il consultorio dalla parte dell'utente*, La scuola, Brescia.
- Percovich L., 2005, *La coscienza nel corpo: donne, salute e medicina negli anni Settanta*, Franco Angeli, Milano.
- Perico G., 1976, *Istituzione dei consultori familiari - La legge 29 luglio 1975, n. 405*, «Aggiornamenti sociali», vol. 27, n. 5, pp. 311-326.
- Sardella P., 2014, *Il mondo delle donne. Storia del primo consultorio autogestito nel movimento di liberazione femminile*, Mimesis, Sesto San Giovanni.
- Sani, M., 2015 *Il consultorio familiare quarant'anni dopo*, Miligraf, Formello.
- Seroni A., 1977, *La questione femminile in Italia 1970-1977*, Editori Riuniti, Roma.
- Tagliapietra G., Venturi A., 1980, *La scommessa dei consultori*, Armando, Roma.
- The Boston Women's Health Book Collective, 1971, *Our Bodies, Ourselves*, New England Free Press, Somerville (trad. it., 1974, *Noi e il nostro corpo: scritto dalle donne per le donne*, Feltrinelli, Milano).
- Toth F., 2016, *The Italian Nhs, The Public/Private Sector Mix and the Disparities in Access to Healthcare*, «Global Social Welfare», vol. 3, n. 3, pp. 171-178.
- Toth F., Carboni N., 2012, *Oltre l'ospedale: le nuove forme di assistenza sanitaria*, in Fargion V. e Gualmini E. (a cura di), *Tra l'incudine e il martello. Regioni e nuovi rischi sociali in tempo di crisi*, il Mulino, Bologna.
- Vassallo S. (a cura di), 2013, *Il divario incolmabile: rappresentanza politica e rendimento istituzionale nelle regioni italiane*, il Mulino, Bologna.
- Vitale T., 2006, *Sussidiarietà. Un criterio guida contro il carsismo istituzionale*, «Animazione sociale», vol. 36, n. 5, pp. 20-28.

Il quarantesimo anniversario del Servizio sanitario nazionale*

Rosy Bindi

RPS

La tutela della salute, come questione politica, è da tempo relegata ai margini del dibattito pubblico o emerge saltuariamente in occasione di qualche episodio di malasania o di malaffare. Ma i quarant'anni del Servizio sanitario nazionale sono un'occasione importante per riflettere su una delle opere pubbliche più significative realizzate in Italia a partire dalla fine degli anni settanta e per motivare nuovamente cittadini e operatori rispetto al valore e all'attualità di quella scelta.

C'è davvero bisogno di mobilitare una nuova alleanza culturale e politica per superare l'indifferenza e il disimpegno che rischiano di compromettere il futuro del diritto alla salute nel nostro paese. La sfiducia maturata in questi anni a causa delle disuguaglianze e delle carenze in molti aspetti del sistema va affrontata e superata con impegno. Un impegno che è anche una sfida a recuperare, senza timidezze, lo spirito e le finalità della legge 833.

1. Introduzione

La tutela della salute, come questione politica, è da tempo relegata ai margini del discorso pubblico ed emerge saltuariamente spinta al centro delle cronache da qualche episodio di malasania e di malaffare. Ma i quarant'anni del Servizio sanitario nazionale possono essere un'occasione importante per riflettere su una delle opere pubbliche più importanti realizzate in Italia a partire dalla fine degli anni settanta e per motivare nuovamente cittadini e operatori rispetto al valore e all'attualità di quella scelta.

Gli anniversari sono occasioni feconde se aiutano a rafforzare la consapevolezza sul presente e se mobilitano un confronto nelle classi dirigenti e nell'opinione pubblica sulle prospettive della sanità pubblica che nel nostro paese attraversa nuovamente una stagione difficile che

* Il presente contributo costituisce una riscrittura della *lectio magistralis* tenuta al convegno organizzato dalla Cgil il 4 e il 5 luglio 2017 dal titolo: «Una sanità pubblica, forte, di qualità per tutti».

pare caratterizzata – come sostiene Nerina Dirindin – da indifferenza e disimpegno.

Indifferenza e disimpegno di chi pensa di non aver bisogno di un sistema di protezione pubblico, convinto di poter provvedere da solo alla propria salute; di chi considera il settore troppo complesso e difficile da governare; di chi esprime una profonda e talvolta sprezzante critica nei confronti della sanità pubblica accusata di essere inefficiente e corrotta; di chi ritiene che la sanità non sia un ambito in grado di produrre consenso politico e culturale; di chi se ne disinteressa per favorire posizioni particolari, sapendo che la lenta decadenza del sistema è funzionale al rafforzamento di modelli alternativi.

Pesa anche la rassegnazione dei cittadini che, di fronte alle perduranti difficoltà e alle limitazioni di accesso ai servizi, non percepiscono il Servizio sanitario nazionale come un bene comune da preservare. C'è davvero bisogno di mobilitare una nuova alleanza culturale e politica per superare questa indifferenza e questo disimpegno che rischiano di compromettere il futuro del diritto alla salute nel nostro paese.

La crisi del welfare (che investe tutta l'Europa) e l'exasperata ricerca di soluzioni innovative (il più delle volte contraddittorie e controproducenti) andrebbero affrontate a partire dalla ferma convinzione che oggi essere innovatori significa innanzitutto respingere i tanti dubbi che si continuano a seminare sulla validità e sulla necessità del Servizio sanitario nazionale.

Basta tornare velocemente a questi quarant'anni per avere conferma che la sanità, così come il lavoro o la scuola, non sono un terreno neutro da affidare alle competenze di professionisti ed esperti di settore; appare evidente che il Servizio sanitario nazionale – dalla sua costituzione ad oggi – ha sempre avuto bisogno di una forte scelta politica che non maturava nel deserto delle aspettative del paese ma che al contrario se ne faceva carico e le interpretava alla luce di un progetto generale di sviluppo e di crescita democratica.

2. La legge 833: il coronamento di un decennio riformatore

Nel 1978 la legge 833 rappresentò il coronamento di un decennio riformatore che ridisegnava profondamente la società e le istituzioni del paese nella direzione di un ampliamento dei diritti sociali e civili e della partecipazione democratica.

Tra il 1968 e il 1978 l'Italia aveva messo a segno un insieme di riforme

di grande portata. Esse riempiono un elenco che vale la pena ripercorrere: la riforma dello Stato, con l'istituzione delle Regioni e delle autonomie locali; lo Statuto dei lavoratori; la legge sul referendum; la legge sul divorzio; la nuova legge sulla casa; il riconoscimento dell'obiezione di coscienza; l'istituzione degli organi collegiali della scuola; la riforma fiscale, con l'introduzione di Irpef, Irpeg, Ilor e Iva; il nuovo diritto di famiglia; la maggiore età e il voto ai diciottenni; l'istituzione dei consultori familiari; la legge sulle tossicodipendenze; l'istituzione delle circoscrizioni; la depenalizzazione dell'aborto e la tutela della maternità; il superamento dei manicomi, con la legge 180, e infine la legge 833 che istituisce il Servizio sanitario nazionale e assorbe sia la legge 194 sia la legge 180.

È una stagione di conflitti sociali e di battaglie civili che vede emergere nuove soggettività (i giovani e le donne) e intreccia la rivendicazione dei diritti di cittadinanza (scuola, lavoro, salute) con l'affermazione di nuove libertà. Una stagione percorsa dalle violente torsioni dell'eversione di destra e di sinistra e che si conclude con il tragico rapimento e la barbara uccisione di Aldo Moro. Il governo di «solidarietà nazionale» fornì il quadro politico-istituzionale favorevole al superamento del sistema mutualistico di cui si discuteva in Parlamento dall'agosto del 1974, quando fu approvato il decreto per far fronte alla ennesima crisi finanziaria (la terza in dieci anni) degli enti mutualistici. Il confronto si era sviluppato tra chi immaginava una riorganizzazione delle mutue e chi invece puntava a un nuovo sistema universalistico. La svolta si produce anche grazie al nuovo ministro della Sanità Tina Anselmi che nella precedente esperienza di ministro del Lavoro aveva avuto modo di valutare i limiti di un sistema mutualistico sempre più carico di debiti e inadeguato a far fronte alla crescente domanda di salute. Il ministro Anselmi lavorerà con Giovanni Berlinguer per realizzare un esplicito impegno dell'accordo di maggioranza con il Pci. La legge 833 sarà approvata a larghissima maggioranza, con i soli voti contrari del Movimento sociale e del Partito liberale, il 21 dicembre 1978.

Rileggere anche sommariamente la storia della legge 833 offre la conferma che organizzare la tutela della salute in un modo piuttosto che in un altro non è una scelta tecnica, tantomeno neutrale: riflette e rifletteva un'idea di società e di democrazia, di rapporti tra cittadino e Stato; implicava e implica scelte sul modello di sviluppo e sulla destinazione delle risorse.

L'istituzione del Servizio sanitario nazionale gettava le basi per un

welfare moderno, solidale, inclusivo e non discriminante. L'universalismo del Servizio sanitario nazionale traduce in legge la consapevolezza dei padri costituenti secondo i quali la giustizia sociale è una condizione della libertà individuale. Non a caso l'articolo 32 della Costituzione prefigura la costruzione di un sistema pubblico di tutela della salute che prescinde dalla condizione di lavoratore e il primo articolo della legge 833 è una riformulazione quasi testuale dell'articolo 32 e una sintesi dell'articolo 3 della Costituzione.

Il legame tra la Costituzione e la legge 833 conferisce al Servizio sanitario nazionale uno statuto speciale, di strumento operativo di attuazione dei principi costituzionali di uguaglianza e di giustizia. La riforma cambia il modo di pensare la salute e di organizzarne la tutela: è un diritto della persona, riconosciuto a tutti senza discriminazione alcuna, non è un'opportunità legata alle condizioni professionali dei singoli. La sanità si liberava della gabbia corporativa delle mutue governate dalla logica del rimborso della malattia e si apriva alla presa in carico dei bisogni di salute della persona e del benessere complessivo della comunità con un modello organizzativo coerente con i principi di universalità, equità e uniformità delle prestazioni.

I servizi venivano unificati su base territoriale e le Unità sanitarie locali (Usl) li assicuravano in una logica di forte integrazione con gli interventi sociali e di continuità territorio-ospedale. La responsabilità della gestione delle Usl era di competenza dei Comuni, quella della programmazione alle Regioni e allo Stato spettava dettare gli indirizzi generali. Il finanziamento del sistema era affidato alla fiscalità generale. Il Piano sanitario nazionale individuava i bisogni di salute e il governo determinava le risorse e la loro ripartizione fra le Regioni. In questo modello, in cui finanziamento e produzione delle prestazioni sono pubblici, i bisogni rappresentavano la variabile indipendente e la spesa era concepita come variabile dipendente.

Come accaduto altre volte, dopo la sua approvazione mancò la volontà politica di applicare la riforma, la quale fu ben presto disconosciuta. Tina Anselmi, che si era impegnata nei primi mesi del 1979 a realizzare la complessa architettura del nuovo sistema, lasciò il governo con la fine dell'esperienza dell'unità nazionale e il Ministero della Sanità passò al ministro Altissimo, esponente di quel Partito liberale che aveva votato contro la legge 833.

In una congiuntura economica recessiva, segnata da bassa crescita, alta inflazione e da politiche di restrizione della spesa pubblica, l'attuazione della riforma, salvo in alcune Regioni del Centro e del Nord-

Est, più motivate e attrezzate, fu molto parziale e contraddittoria, condizionata anche dalla rivalutazione dei debiti ospedalieri e mutualistici pregressi lievitati a oltre 4.000 miliardi di lire.

3. *La controriforma De Lorenzo*

A partire dalla metà degli anni ottanta si cominciò a discutere di «ri-forma della riforma» sotto la spinta del credo neoliberista «Più mercato, meno Stato» con l'obiettivo di avviare una decisa cura dimagrante al sistema delle sicurezze sociali. La spinta a correggere alcune involuzioni gestionali, come la responsabilità finanziaria o la massiccia lottizzazione dei comitati di gestione delle Asl, si salda con gli orientamenti che, dalla Gran Bretagna di Margaret Thatcher, stavano imponendo anche da noi la cosiddetta competizione regolata tra settore pubblico e privato ovvero una robusta iniezione di mercato nel modello universalistico del Servizio sanitario nazionale.

Con il Governo Amato la risposta alla drammatica emergenza economica e finanziaria si traduce in una vera e propria controriforma del welfare che nella sanità prende forma con il decreto legislativo 502/92. Va dato atto al ministro De Lorenzo di aver sostenuto senza infingimenti che era finito il tempo di un Servizio sanitario nazionale che «dà tutto a tutti» e che bisognava passare a «liberalizzare le prestazioni introducendo elementi di competitività tra pubblico e privato e dando la possibilità di scelta al cittadino».

Alla Commissione Bilancio del Senato, illustrando il provvedimento, De Lorenzo spiegava che «l'idea di fondo è che a tutti venga garantito un trattamento di base e che il trasferimento al privato serva per asciugare le funzioni svolte dal settore pubblico. Decentrando ai privati si elimina il sistema delle convenzioni, si abbassano i prezzi e si riducono i costi». Mentre alla Camera dei deputati precisava: «Le prestazioni sanitarie saranno effettuate, in funzione delle risorse esistenti, su livelli minimi uguali per tutti; le Regioni potranno tuttavia integrare tali livelli a carico dei loro bilanci. Viene inoltre riconosciuta più libertà di scelta agli assistiti che potranno rivolgersi anche alle assicurazioni private, la cui efficienza sarà giudicata dal mercato».

È una presa di posizione chiara: accanto a un unico finanziatore pubblico si sarebbero costituiti due mercati, uno sul versante del finanziamento e della committenza, con la competizione tra Aziende Usl, mutue e assicurazioni private, l'altro sul versante della produzione,

con le aziende sanitarie locali e ospedaliere in concorrenza con le strutture private. Di fatto si passa da un modello che si pone l'obiettivo di finanziare la salute a un modello che si limita di nuovo a rimborsare la malattia, tutto incentrato sugli ospedali.

La regionalizzazione della spesa, la creazione di Aziende sanitarie locali in competizione tra di loro e con le strutture private accreditate, l'introduzione del sistema di rimborso a tariffa (Drg) – per citare solo gli elementi più dirompenti – sono inserite in un contesto legislativo contraddittorio, volutamente ambiguo, soprattutto per quel che riguarda i rapporti tra pubblico e privato, e in quadro di drastica contrazione della spesa pubblica per la salute.

Riguardo alle risorse la legge 833 stabiliva un percorso di questo tipo: prima si definisce l'ammontare del Fondo sanitario nazionale e poi, in relazione ai fondi disponibili, si individuano i livelli di assistenza da garantire al cittadino. Il fine delle aziende sanitarie è solo quello di garantire una gestione economico-finanziaria efficiente a prescindere dai risultati di salute degli assistiti. Del resto la controriforma dimentica la prevenzione e cancella l'integrazione socio-sanitaria – due aspetti qualificanti della legge – e costringe il sistema a rivedere le priorità: prima viene il pareggio di bilancio poi la soddisfazione dei bisogni di salute dei cittadini.

La controriforma De Lorenzo segna, così, il passaggio da un diritto costituzionalmente garantito a un diritto finanziariamente condizionato e avvia un processo più o meno occulto di delegittimazione finanziaria del Servizio sanitario nazionale.

Questo disegno viene parzialmente corretto nella fase di prima attuazione dal ministro Garavaglia nel 1993. Ma il decreto legislativo 517 non ne intaccava l'impianto di fondo e la logica mercantilistica e quando nel 1996 si insedia il primo governo dell'Ulivo la sanità italiana si trova davanti a un bivio: proseguire sulla strada di sostituire il sistema universalistico con forme assicurative private più o meno estese o rafforzare il Servizio sanitario nazionale e gli strumenti di governo del sistema.

4. *La terza riforma del 1999*

I governi dell'Ulivo, con una scelta politica tutt'altro che scontata, decisero di rinnovare i principi della legge 833. Anziché correggere questo o quell'altro aspetto del decreto legislativo n. 502, si preferì ri-

disegnare puntualmente l'intero impianto legislativo per restituire la coerenza tra i principi del Ssn e il modello organizzativo che ne rende possibile l'attuazione. E il decreto legislativo n. 229/99 segnò una reale discontinuità con la riforma De Lorenzo.

Le resistenze furono fortissime, coagulate in un fronte che andava da Confindustria alla destra berlusconiana e che aveva la sua testa d'ariete nel governatore della Lombardia Formigoni. Ma voci critiche si levarono anche da esponenti vicini al governo. Ricordo un articolo di Giuliano Amato sul «Corriere della Sera» riguardo alla necessità di cambiare il welfare incoraggiando il ceto medio italiano a orientare i propri risparmi per coprire le spese per la salute e per la previdenza anziché soddisfare bisogni meno essenziali. Ricordo le discussioni infinite con Achille Ardigò il quale, come altri, si era innamorato del sistema olandese: a carico della fiscalità generale le prestazioni fondamentali e le cure ad alto costo, tutto il resto affidato alla competizione dei fondi integrativi. Atteggiamenti, entrambi, fondati sull'illusione che il ceto medio fosse economicamente così forte da sostenere sia i costi del Ssn, attraverso la fiscalità generale, sia quelli privati della competizione tra fondi e assicurazioni.

Avevamo la consapevolezza che le risorse non erano infinite e che occorreva assicurare il governo del sistema, ma al tempo stesso non potevamo non ascoltare le novità che emergevano dalla società; la libertà di scelta, grande battaglia ideologica della destra, divenne un fatto di popolo con la vicenda Di Bella: fu utilizzata strumentalmente per mettere in atto nuovi attacchi al sistema pubblico ma al contempo veicolava anche un'esigenza reale e legittima.

Trovammo la sintesi intorno al tema dei Livelli essenziali di assistenza, Lea, concepiti come chiave della programmazione che garantisce l'incontro virtuoso tra la domanda e l'offerta, assicurando sostenibilità finanziaria ed efficacia al sistema. I Lea non erano i «livelli minimi per tutti» teorizzati da Amato e da De Lorenzo, ma i livelli necessari e appropriati ai reali bisogni di ciascuno, stabiliti contestualmente alle risorse di cui il paese poteva disporre e finalizzati al bene fondamentale della salute dei cittadini.

In quegli anni abbiamo dovuto fare i conti con un regionalismo che nel frattempo si era consolidato: nel 1978 le Regioni erano state appena istituite, ma negli anni novanta erano diventate un interlocutore istituzionale molto forte ed era ormai evidente la diversità tra i modelli organizzativi delle varie realtà regionali italiane.

Non potevamo non rilanciare l'integrazione socio-sanitaria e, non a

RPS

Rosy Bindi

caso, in quegli anni nasce la riforma sulle politiche sociali del nostro paese, la legge 382/2000. Il Servizio sanitario nazionale deve «prendersi cura» delle persone e non solo «curare» la malattia e per questo serve una rete di servizi distrettuali e ospedalieri in comunicazione tra di loro. Il distretto come garanzia della continuità assistenziale e cuore dell'integrazione tra i servizi sociali e i servizi sanitari. L'assistenza ai soggetti deboli, dai bambini agli anziani, dai portatori di handicap ai tossicodipendenti ai malati di Aids, non è un intervento sporadico ma diventa una strategia di presa in carico globale della persona malata.

Andava affrontato anche il nodo del personale per rovesciare la logica del «tacito scambio» tra i medici, che accettavano retribuzioni e condizioni di lavoro poco gratificanti, e lo Stato, che permetteva loro la doppia militanza, nelle strutture pubbliche e in quelle private concorrenti.

L'esclusività del rapporto non è mai stata una scelta punitiva, al contrario puntava a fidelizzare gli operatori al Ssn e si accompagnava all'opportunità della libera professione all'interno dell'azienda sanitaria, regolata e trasparente. Volevamo dare un segnale di moralizzazione ma anche di fiducia nei professionisti della sanità, ai quali si offriva la formazione continua e il coinvolgimento nelle scelte strategiche dell'azienda.

Con il decreto legislativo n. 229, cui si affianca la riforma delle professioni sanitarie, il Servizio sanitario nazionale non è più un sistema medico-centrico: ogni professione sanitaria ha la sua dignità, la sua dirigenza e i suoi percorsi di formazione.

Non si poteva più ignorare il rapporto pubblico-privato, che venne regolato con un modello di accreditamento più stringente che spostava il terreno della competizione dal mero drenaggio di risorse pubbliche a quello della qualità dei servizi, correggendo anche lo strumento del Drg per sottrarlo ad abusi e degenerazioni.

Anche i nuovi fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale rispondevano alla logica di recuperare nel sistema in modo efficace ed equo la spesa privata delle famiglie in costante crescita. Regolati da una authority, offrivano un vantaggio fiscale perché sarebbero stati spesi dentro il Servizio sanitario nazionale per prestazioni non comprese nei Livelli essenziali di assistenza, come la non autosufficienza o le cure odontoiatriche. Fondi insomma che integravano e non sostituivano le cure garantite dalla sanità pubblica.

La riforma del 1999 aveva l'ambizione di governare i mutamenti degli ultimi vent'anni e di rispondere alle nuove domande di salute: la legge sui trapianti, sulle terapie del dolore e sugli *hospices*, la chiusura del re-

siduo manicomiale, l'attenzione alle malattie rare e alla non autosufficienza. L'accusa di rappresentare una visione nostalgica del modello organizzativo degli anni settanta è un falso, viziato da pregiudizio ideologico.

Ma la storia si ripete. Anche la riforma del 1999 si arena con la fine dei governi dell'Ulivo che l'avevano pensata e, soprattutto, si scontra con la riforma del Titolo V della Costituzione che di fatto si è rivelata una quarta riforma del Servizio sanitario nazionale. E come tutte le riforme che avvengono senza una riflessione adeguata e senza una forte condivisione è stata in qualche modo subita dal Sistema sanitario, poiché è mancata la capacità di governo e di guida nazionale. Il federalismo fiscale o il regionalismo forte non s'improvvisano, soprattutto in un paese come l'Italia caratterizzato da fortissime disuguaglianze e da uno scarso senso dello Stato e dell'unità nazionale.

Nella sanità l'oscillazione istituzionale che si è determinata con l'abolizione del Ministero della Sanità e poi con l'istituzione di quello della Salute, un dipartimento del Ministero dell'Economia, ha prodotto un'asimmetria profondissima nei due pilastri di governo del federalismo o del regionalismo forte, rappresentati dal controllo della spesa e dai Livelli essenziali di assistenza. Il risultato è sotto i nostri occhi: il controllo della spesa è stato realizzato con i piani di rientro dai disavanzi e senza garantire l'uniformità delle prestazioni e l'uguaglianza nel diritto alla salute. Alle responsabilità del governo centrale si è affiancata un'improvvisata creatività di modelli gestionali da parte delle Regioni che intervenendo con le loro leggi su questo o quell'aspetto hanno smontato e modificato l'impianto della riforma del 1999.

Ma i principi del Servizio sanitario nazionale richiamano alla coerenza i modelli organizzativi e la regionalizzazione del settore non può ignorare l'importanza dell'integrazione socio-sanitaria e della continuità assistenziale tra l'ospedale e il territorio, e non può favorire l'utilizzo non corretto delle risorse disponibili. Nessuno immagina un federalismo che impone un unico modello organizzativo, ma non si può neppure assecondare un'autonomia regionale così forte da mettere a repentaglio l'unitarietà e l'uniformità del sistema.

Senza tornare al centralismo del passato, andrebbe individuata una camera di compensazione nella quale i modelli organizzativi vengano almeno confrontati e valutati rispetto alla loro efficacia e alla loro capacità di governare la spesa, di produrre salute e di creare disuguaglianze. Ci sono domande che non possono essere evitate. Come si fa a garantire la continuità assistenziale, il rapporto con i bisogni del ter-

RPS

Rosy Bindi

ritorio e l'integrazione socio-sanitaria quando si accorpano tutte le Asl in un'unica, grande azienda regionale? Come si può pensare di governare il rapporto con l'università se si fanno Asl legate alle Aziende ospedaliere universitarie, come avviene in Toscana? Le esternalizzazioni hanno prodotto risparmi o sono state prevalentemente il veicolo di un modello di tutela della salute? È possibile valutare la reale efficacia di queste innovazioni?

Un sistema ad alta regionalizzazione può essere governato solo recuperando una forte guida nazionale, un aspetto decisivo che in questi anni è mancato. Il governo del sistema è una responsabilità che tocca anche il Parlamento, che non ha ancora imparato a legiferare in un paese a forte regionalismo. Proprio al legislatore nazionale spetterebbe il compito di uniformare, di coordinare, come si è fatto con la legge sul «Dopo di noi», e di controllare l'azione di governo.

5. Un impegno e una sfida

Ogni volta che si è cercato di insidiare il Servizio sanitario nazionale si è sempre messa in dubbio la sua sostenibilità finanziaria. Obiezione ideologica, perché i numeri dimostrano che i sistemi universalistici finanziati in larga parte dalla fiscalità generale costano meno, sia sul versante del bilancio dello Stato che su quello delle famiglie, mentre la spesa privata aumenta più che proporzionalmente alla diminuzione del finanziamento pubblico in tutti i sistemi. E si attacca il sistema perché si è rinunciato a governare la spesa privata.

Malgrado la curva discendente del finanziamento pubblico, il sistema continua a reggere, seppure tra mille difficoltà, quali l'aumento delle esternalizzazioni, la precarizzazione delle professioni, il ricorso massiccio al *project financing* e le nuove insidie come quelle dei fondi integrativi che sono ormai fondi sostitutivi.

Ma il problema non è la sostenibilità economica quanto la sostenibilità politica.

Il Servizio sanitario nazionale, lo dimostra la storia qui brevemente ripercorsa, è una scelta politica che matura e poi si conferma ogni qualvolta nell'orizzonte politico la tutela dei diritti sociali è la cifra della qualità della democrazia. Il paese, le sue classi dirigenti sono disposti a sostenere il Ssn? E la politica vuole fare la sua parte nel governo del sistema?

Il Ssn esige una politica libera, autonoma, trasparente, perché la sanità

è il mercato più grande e più asimmetrico del mondo e se tra un produttore di farmaci e un malato non c'è una politica, capace di scelte indipendenti, il sistema sbanda.

La programmazione è un elemento fondante del sistema e può essere politicamente costosa, ma la ricerca del consenso non basta se non si accompagna a decisioni giuste. E non credo che la politica possa sostenere il Ssn senza condurre una lotta seria contro la corruzione e la criminalità organizzata. Le infiltrazioni mafiose riguardano le Asl della Calabria così come quelle della Lombardia e l'illegalità rappresenta un costo altissimo che andrebbe attentamente valutato anche nella definizione dei piani di rientro.

E, in fondo, c'è la sostenibilità legata alla fiducia e alla soddisfazione dei cittadini. La sfiducia maturata in questi anni a causa delle disuguaglianze in molti aspetti del sistema può avere effetti micidiali: ma va affrontata e superata con impegno. Un impegno che è anche una sfida a recuperare, senza timidezze, lo spirito e le finalità della legge 833.

RPS

Rosy Bindi

A quarant'anni dall'istituzione del Servizio sanitario nazionale. L'assalto all'universalismo

Gavino Macioceo

In Italia l'assalto all'universalismo – e ai principi fondanti della legge 833 approvata quarant'anni orsono – si manifesta con un disegno bipartisan fondato sul defianziamento del settore sanitario pubblico e sulla promozione del «secondo pilastro» assicurativo privato. Un disegno molto simile a quello ordito nel 1992 dal ministro De Lorenzo, ma reso oggi molto più pericoloso dalla convergenza di molteplici interessi

e dall'assenza di una qualche resistenza a «sinistra». C'è da augurarsi che le molteplici iniziative che sono in cantiere per ricordare i quarant'anni di vita del Servizio sanitario nazionale servano a risvegliare dal loro torpore le forze politiche e sindacali che hanno (o dovrebbero avere) nel proprio bagaglio ideale il concetto di diritto alla salute e di uguaglianza di tutte le persone di fronte alla malattia.

I grandi cambiamenti nella sanità
sono atti politici intrapresi per fini politici
Victor R. Fuchs

1. Il Beveridge Report e la nascita del National Health Service

Commissionato nel 1939 dal premier conservatore Winston Churchill, il 1° dicembre 1942 viene presentato il testo di un rapporto dal titolo *Social Insurance and Allied Services* destinato a rivoluzionare il sistema di sicurezza sociale nel Regno Unito. La commissione incaricata di predisporre il documento fu presieduta da Sir William Beveridge, il cui nome è associato non solo al tipo di riforme che tale rapporto innescò, ma soprattutto al modello di sistema sanitario che pochi anni dopo prenderà il via. Il principio guida di queste riforme, che oltre alla sanità riguardavano l'istruzione, la maternità, l'occupazione e le pensioni, fu l'universalità dell'assistenza pubblica: i servizi sociali come diritto di tutti i cittadini. La responsabilità della loro attuazione ricadde sul Partito laburista, che nelle elezioni del 1945 ottenne una larghissi-

ma maggioranza in forza della quale il Governo Attlee attuò anche un esteso programma di nazionalizzazioni: dalla Banca d'Inghilterra all'energia elettrica, dalle poste alle ferrovie. L'istituzione del Servizio sanitario nazionale (National Health Service - Nhs), avvenuta nel 1948 per merito del ministro della Sanità Aneurin Bevan, fu concepita non come una vera e propria nazionalizzazione (i medici di famiglia – *general practitioners* –, la colonna portante del sistema, mantennero la qualifica di liberi professionisti, seppur convenzionati con il Nhs) ma come una radicale riforma delle istituzioni e delle organizzazioni deputate a erogare l'assistenza sanitaria. L'operazione non fu indolore, né senza contrasti, perché 1.143 ospedali «volontari» (privati *non-profit*) e 1.545 ospedali municipali, nonché tutte le attività dei medici di famiglia, passarono sotto la gestione e il controllo dello Stato.

La nascita del Nhs va considerata innanzitutto come una fondamentale svolta nel concetto di salute (un «diritto universale») e di assistenza sanitaria («un servizio sanitario onnicomprensivo volto a garantire il miglioramento della salute fisica e psichica delle persone attraverso gli interventi di prevenzione, diagnosi e cura delle malattie»). I principi su cui si fondò il Nhs erano infatti: a) l'universalità, sia in termini di accessibilità che di onnicomprensività delle prestazioni; b) il finanziamento attraverso la fiscalità generale, in virtù del quale ognuno contribuiva in base alle proprie possibilità e riceveva i servizi in relazione al bisogno; c) la gratuità nel punto di erogazione delle prestazioni.

La nozione secondo cui l'accesso ai servizi ritenuti socialmente indispensabili dovesse essere garantito a tutti venne incorporata nella Dichiarazione universale dei diritti umani (Nazioni unite, 1948), dove all'articolo 25 si legge: «Ogni persona ha diritto a un adeguato livello di vita che assicuri a lui e alla sua famiglia la salute e il benessere, inclusi il cibo, il vestiario, l'abitazione, l'assistenza medica e i servizi sociali necessari, e il diritto alla sicurezza in caso di disoccupazione, malattia, disabilità, vedovanza e vecchiaia».

2. *L'istituzione del Servizio sanitario nazionale*

In Italia il Servizio sanitario nazionale viene istituito con la legge 23 dicembre 1978, n. 833, il cui il primo articolo recita: «Il Servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione».

ne senza distinzione di condizioni individuali e sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini di fronte al servizio. L'attuazione del Servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle Regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini». Lo Stato si riserva i compiti generali di programmazione e di finanziamento del sistema e alcune specifiche funzioni, come nel campo del controllo delle malattie infettive, nella definizione dei profili professionali degli operatori sanitari, nei rapporti internazionali e nell'organizzazione sanitaria militare. Le Regioni hanno il compito di predisporre la programmazione sanitaria pluriennale, di coordinare l'intervento sanitario con quello del settore economico e del settore sociale e di unificare l'organizzazione sanitaria su base territoriale e funzionale adeguando la normativa alle esigenze delle singole situazioni regionali. Ai Comuni, infine, è assegnata la gestione delle Unità sanitarie locali, definite come «il complesso dei presidi, degli uffici e dei servizi dei Comuni, singoli o associati, e delle comunità montane, i quali, in un ambito territoriale determinato, assolvono i compiti del Servizio sanitario nazionale».

Con l'istituzione del Servizio sanitario nazionale e con la creazione delle Unità sanitarie locali si realizza un assetto della sanità italiana atteso da lungo tempo, che traduce in pratica il principio della «salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività» sancito dalla Carta costituzionale, all'articolo 32, e che prende come modello di riferimento il Nhs britannico. Una traduzione che si sostanzia in tre punti fondamentali:

- viene superata la precedente frammentazione in una molteplicità di casse mutue e di istituzioni diverse con l'affermazione del principio dell'universalità e dell'eguaglianza di tutti i cittadini nell'accesso ai servizi e con la costituzione di un sistema sanitario unitario e integrato;
- il finanziamento del sistema è garantito dallo Stato attraverso il prelievo fiscale e la costituzione di un fondo specifico, il Fondo sanitario nazionale; tale fondo fluisce dallo Stato alle Regioni e da queste alle singole Usl;
- l'attribuzione ai Comuni, ovvero alle istituzioni più direttamente vicine ai cittadini, di tutte le competenze gestionali della sanità sottolinea il carattere democratico e partecipativo del nuovo ordinamento (su questo punto l'Ssn italiano si differenzia da quello inglese che è molto centralistico).

La nascita del Servizio sanitario nazionale – negli anni settanta e ottanta – coincide con una fase di tumultuosa trasformazione della sa-

nità determinata da tre principali fattori: *a*) la transizione demografica, con l'aumento della longevità e la crescita della popolazione anziana, a cui corrisponde un inevitabile aumento dei consumi di assistenza sanitaria e sociale; *b*) la transizione epidemiologica, con il definitivo spostamento nella prevalenza delle patologie da quelle infettive a quelle cronico-degenerative; *c*) lo sviluppo delle biotecnologie in campo farmaceutico e in quello diagnostico, analitico e strumentale. A questi fattori se ne aggiunge un quarto, non meno decisivo: la trasformazione sociale del paese (da agricolo a industriale) con un rapido aumento della ricchezza e con una diffusa richiesta di più servizi e di migliori prestazioni.

La miscela di questi fattori ha un effetto esplosivo sull'assetto del sistema e sui suoi costi. La rete ospedaliera, che aveva registrato il suo massimo sviluppo in termini di posti letto alla fine degli anni sessanta, si riduce progressivamente, ma si qualifica in termini di personale e di attrezzature. Diminuiscono gli ospedali e i posti letto (dai 562 mila, pari a 9,9 posti letto per 1.000 abitanti, del 1978 ai 398 mila, pari a 7,2 per 1.000 abitanti, del 1992) e si abbassa drasticamente il numero delle giornate di degenza e la degenza media, ma cresce nel contempo il numero dei dipendenti.

Negli anni ottanta la spesa sanitaria pubblica – Fondo sanitario nazionale – registra una crescita verticale: dai 28.237 miliardi di lire del 1982 ai 95.503 del 1992; un'impennata attribuibile in parte all'inflazione (molto robusta in quegli anni) e in parte all'aumento dei costi di produzione dei servizi e alla crescita dei consumi (nello stesso periodo la spesa farmaceutica lorda passa da 4.673 a 16.365 miliardi di lire). Depurata dall'inflazione la spesa sanitaria pubblica pro capite degli italiani passa da 1.131.000 (lire) del 1985 a 1.728.000 (lire) del 1992, con rilevanti differenze tra le varie regioni: 2.119.000 (lire) per l'Emilia-Romagna, 1.399.000 (lire) per la Calabria (anno 1992). Nel 1990, rispetto a una spesa programmata di 64.716 miliardi di lire, la spesa effettivamente sostenuta dalle Usl risulterà superiore agli 80.000 miliardi di lire. Gli organi di governo delle Usl, i Comitati di gestione, vengono apertamente accusati di non (sapere o volere) esercitare il dovuto controllo sulla spesa e di usare il loro potere a fini clientelari e di ricerca del consenso politico. Agli inizi degli anni novanta l'assetto istituzionale previsto dalla legge 833/78, incentrato sul ruolo dei Comuni, entra in una crisi irreversibile: la legge 111 del 1991 decreta lo «scioglimento dei Comitati di gestione» e, in vista di un generale riordino dei meccanismi organizzativi e gestionali del Sistema sanitario,

assegna a un «amministratore straordinario» tutti i poteri di gestione e di rappresentanza legale delle Usl.

3. Dalla Conferenza di Alma-Ata all'egemonia del neo-liberismo, anche in sanità

Nel settembre 1978 – lo stesso anno in cui viene approvata in Italia la legge 833, istitutiva del Servizio sanitario nazionale – si tiene ad Alma-Ata, la allora capitale della repubblica sovietica del Kazakistan, la Conferenza internazionale sull'assistenza sanitaria di base (International Conference on Primary Health Care). Promossa dall'Oms e dall'Unicef, e preceduta da una serie di conferenze regionali, la conferenza si poneva l'obiettivo di fare il punto sullo stato della salute e dei servizi sanitari nel mondo, di diffondere e di promuovere in tutti i paesi il concetto di assistenza sanitaria di base (in inglese, Primary Health Care, Phc), di definirne i principi e di stabilire il ruolo dei governi e delle organizzazioni internazionali nello sviluppo della Phc.

L'evento fu storico per diversi motivi: 1) è la prima volta che i rappresentanti di tutti i paesi del mondo si ritrovano per definire una cornice di riferimento per la promozione e lo sviluppo di un'assistenza sanitaria onnicomprensiva e per tutti; 2) è la prima volta che vengono affrontati in un consesso così ampio e qualificato i problemi sanitari dei paesi più poveri, molti dei quali recentemente usciti da un lungo periodo di oppressione coloniale, ed è quindi l'occasione per collegare fortemente i temi della salute con quelli dello sviluppo; 3) è la prima volta che compare il concetto di «tecnologie appropriate» e che si indica la sanità rurale come una priorità del sistema; 4) i temi della partecipazione comunitaria, dei determinanti sociali di salute e della protezione dei gruppi più vulnerabili sono alla base della filosofia del documento finale; 5) infine, si riafferma con forza che «la salute, come stato di benessere fisico, mentale e sociale, e non solo come assenza di malattia o di infermità, è un diritto fondamentale dell'uomo e l'accesso a un livello più alto di salute è un obiettivo sociale estremamente importante, d'interesse mondiale, e presuppone la partecipazione di numerosi settori socio-economici oltre che di quelli sanitari».

La conferenza si chiuse con un obiettivo-auspicio estremamente ambizioso: «Health for all by year 2000» («Salute per tutti entro l'anno 2000»), che non voleva certo significare che entro l'anno 2000 tutti dovevano essere sani, ma che per quell'anno nessun essere umano

avrebbe dovuto trovare ostacoli economici, geografici o culturali nell'accesso ai servizi sanitari essenziali. Purtroppo gli eventi che seguirono segnarono una strada completamente diversa: «Health for all» si trasformò in «Health for some» («Salute per pochi») e la salute da diritto diventò *commodity*, bene di consumo, da acquistare sulla base della volontà e, soprattutto, della capacità di pagare.

L'anno 1978, così denso di date significative per la salute a livello nazionale e internazionale, rappresenta una sorta di spartiacque della storia (anche nel campo della sanità), con un «prima» e un «dopo». Il «prima» è il periodo successivo alla fine della Seconda guerra mondiale, in cui si registra l'espansione del welfare universalistico – tratto comune dei governi liberaldemocratici e socialdemocratici europei – e si afferma il principio secondo cui alcuni servizi fondamentali, come l'istruzione e la sanità, debbano essere sottratti ai meccanismi di mercato e quindi essere garantiti dallo Stato, per offrire pari opportunità a tutti e per ridurre il rischio della dilatazione delle disuguaglianze all'interno della società (provocate per l'appunto dal mercato). Il «dopo» prende le mosse agli inizi degli anni ottanta, con l'elezione di alcuni leader ultra-conservatori – Margaret Thatcher in Gran Bretagna (1979) e Ronald Reagan negli Stati Uniti (1980) – e con l'affermarsi del neoliberismo, i cui principali argomenti sono: 1) i mercati sono i migliori e i più efficienti allocatori delle risorse, sia nella produzione che nella distribuzione della ricchezza; 2) le società sono composte di individui autonomi (produttori e consumatori), motivati principalmente o esclusivamente da considerazioni economiche e materiali; 3) il welfare state – di stampo liberaldemocratico o socialdemocratico, tendente a mitigare le disuguaglianze nella società – interferisce con il normale funzionamento del mercato e dev'essere, dove esiste, eliminato. Secondo l'ideologia liberista, infatti, le disuguaglianze sono il necessario sottoprodotto del buon funzionamento dell'economia e sono anche «giuste», perché rispondono al principio secondo cui se qualcuno entra nel mercato, qualcun altro ne deve uscire. Quindi le azioni del governo per correggere le «distorsioni» del mercato sono non solo inefficienti, ma anche ingiuste; e infatti il motto di Reagan era: «Il governo non è mai la soluzione, il governo è il problema».

Le politiche neo-liberiste si applicano anche alla sanità, che diventa terreno di conquista del mercato a livello globale, come si legge in un articolo di «The Lancet» del 2001: «Negli ultimi due decenni la spinta verso riforme dei sistemi sanitari basate sul mercato si è diffusa in

tutto il mondo, da Nord verso Sud, dall'Occidente all'Oriente. Il "modello globale" di sistema sanitario è stato sostenuto dalla Banca mondiale per promuovere la privatizzazione dei servizi e aumentare il finanziamento privato attraverso il pagamento diretto delle prestazioni (*user fees*). [...] Questi tentativi di minare alla base i servizi pubblici, da una parte, rappresentano una chiara minaccia all'equità nei paesi con solidi sistemi di welfare in Europa e in Canada, dall'altra costituiscono un pericolo imminente per i fragili sistemi dei paesi con medio e basso reddito» (Whitehead, Dahlgren e Evans, 2001).

Rudolf Klein (1995) ha paragonato le trasformazioni dei sistemi sanitari, avvenute dagli anni ottanta in poi in ogni parte del mondo, a una sorta di epidemia planetaria. Una potente motivazione alla ristrutturazione dei sistemi sanitari va ricercata nella necessità di far fronte ai costi derivanti dai crescenti consumi alimentati dall'estensione del diritto di accesso ai servizi, dall'invecchiamento della popolazione e dall'introduzione di nuove biotecnologie. Nel periodo intercorso tra il 1960 e il 1990 nei ventinove paesi più industrializzati appartenenti all'Ocse (l'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico) la spesa sanitaria mediana pro capite era passata da 66 a 1.286 dollari, mentre la mediana della percentuale della spesa sanitaria sul Pil passava nello stesso periodo dal 3,8 al 7,2%. L'esigenza di contenere i costi, eliminando le spese inappropriate o inutili e dando più efficienza al sistema, si accompagnò a un altro tipo di spinta, di ordine politico-ideologico: la tendenza alla privatizzazione e all'introduzione del libero mercato, secondo le linee di politica neo-liberista. La coincidenza cronologica dei due tipi di pressione («più efficienza» e «più mercato») ebbe l'effetto di dare più forza e giustificazione al secondo, attraverso il seguente ragionamento: solo applicando le regole del mercato, iniettando cioè potenti dosi di competizione e di privatizzazione, il sistema può diventare efficiente.

4. Dalle leggi di riordino del Ssn all'assalto all'universalismo

Nel dicembre del 1992 – sotto il Governo Amato – viene approvata la prima legge di riordino del Servizio sanitario nazionale (decreto legislativo n. 502/92, del 30-12-1992). Si tratta di un provvedimento che riforma profondamente la legge istitutiva del Ssn, la n. 833 del 1978. Il punto decisivo del cambiamento lo si trova all'articolo 1 della legge n. 502, dove si legge: «L'individuazione dei Livelli essenziali e uniformi

di assistenza assicurati dal Servizio sanitario nazionale, per il periodo di validità del Piano sanitario nazionale, è effettuata contestualmente all'individuazione delle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale, nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica nel Documento di programmazione economico-finanziaria». Viene per questo radicalmente modificato il meccanismo di finanziamento del Sistema sanitario: i fondi alle Regioni vengono erogati in relazione al numero degli abitanti (quota capitaria) e non più in base alla «spesa storica» e al «piè di lista». La responsabilità del pareggio di bilancio viene attribuita alle Regioni e i Comuni vengono privati di ogni competenza e responsabilità in campo sanitario.

Il secondo punto fondamentale del riordino è la trasformazione delle Usl in aziende («Art. 3.1-bis. In funzione del perseguimento dei loro fini istituzionali, le Unità sanitarie locali si costituiscono in aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale»). Anche qui, rispetto alla legge n. 833/78, si assiste a un cambiamento radicale: l'organo collegiale di governo (Comitato di gestione) viene sostituito da una figura monocratica (direttore generale); è prevista la separazione dalle Asl degli ospedali maggiori, che si costituiscono in aziende autonome che vengono remunerate a prestazione; si stimola l'ingresso del mercato nel settore sanitario e lo sviluppo della competizione tra pubblico e privato e anche all'interno dello stesso settore pubblico.

Questo secondo aspetto è invece legato al contesto globale, alla vittoria del neo-liberismo e all'affermazione dell'idea della salute come *commodity* e della sanità come fonte inesauribile di profitto. Proprio in quest'ottica uno dei principali leader del neo-liberismo di quel tempo, la britannica Margaret Thatcher, nel 1991 varò una legge di riforma sanitaria da cui il Governo Amato trasse non poche ispirazioni, tra cui quella dell'aziendalizzazione della sanità e della separazione degli ospedali dalle Asl.

Ma la novità più sconvolgente della legge n. 502/92 è anche quella meno nota: si trova all'articolo 9 (il cui titolo è: «Forme differenziate di assistenza») e prevede «l'affidamento a soggetti singoli o consortili, ivi comprese le mutue volontarie, della facoltà di negoziare, per conto della generalità degli aderenti o per soggetti appartenenti a categorie predeterminate, con gli erogatori delle prestazioni del Servizio sanitario nazionale, modalità e condizioni allo scopo di assicurare qualità e costi ottimali. L'adesione dell'assistito comporta la rinuncia da parte

dell'interessato alla fruizione delle corrispondenti prestazioni in forma diretta e ordinaria per il periodo della sperimentazione».

Articolo sconvolgente, dicevamo, perché prevede la possibilità per i cittadini di uscire dal Servizio sanitario nazionale (*opting out*) e prefigura la creazione di un sistema sanitario parallelo e alternativo in mano alle assicurazioni e alle mutue volontarie, di fatto sancendo la fine del sistema sanitario unitario e universalistico introdotto con la legge n. 833/78.

Nei fatti però l'articolo 9 non è stato mai applicato e il suo artefice, il ministro della Sanità del Governo Amato, Francesco De Lorenzo (Partito liberale) poco dopo si dimise. Infatti De Lorenzo fu implicato nello scandalo di Tangentopoli, subendo una condanna definitiva (a cinque anni) per associazione a delinquere finalizzata al finanziamento illecito ai partiti e per corruzione in relazione a tangenti, per un valore complessivo di circa 4 miliardi di lire, da industriali farmaceutici, dal 1989 al 1992, durante il suo ministero.

Anche per questo, nell'aprile del 1993, il Governo Amato si dimise e fu sostituito dal governo presieduto da Carlo Azeglio Ciampi (con ministro della Sanità Maria Pia Garavaglia). Il nuovo governo decise di mettere subito mano alla legge n. 502/92, con lo scopo principale di eliminare l'articolo 9. Per questo fu varato un nuovo decreto legislativo, il n. 517/93, del 7 dicembre 1993, in cui quel nocivo articolo fu rimosso e sostituito con un altro dedicato alle forme integrative di assistenza sanitaria («Fondi integrativi sanitari finalizzati a fornire prestazioni aggiuntive rispetto a quelle assicurate dal Servizio sanitario nazionale»).

L'idea dell'*opting out* in realtà non era mai stata abbandonata, pronta a essere riproposta alla prima occasione utile. Così la crisi economica ha offerto ai suoi sostenitori l'opportunità di rilanciarla in grande stile.

«La sostenibilità futura dei sistemi sanitari nazionali, compreso il nostro, di cui andiamo fieri, potrebbe non essere garantita se non si individueranno nuove modalità di finanziamento per servizi e prestazioni». Questa frase, pronunciata nel 2012 da Mario Monti, allora presidente del Consiglio, intervenendo in collegamento a Palermo durante l'inaugurazione di un centro biomedico, lasciava pochi dubbi sul suo reale significato: si trattava di trovare «nuove» modalità di finanziamento del sistema sanitario. E non destò stupore il fatto che, intervenendo al dibattito suscitato dalle dichiarazioni di Monti, Alberto Alesina e Francesco Giavazzi, in un articolo del «Corriere della Sera» (23 settembre 2012), affermassero, perfettamente in linea con il pen-

siero dell'*opting out*: «Dobbiamo ripensare più profondamente alla struttura del nostro stato sociale. Per esempio, non è possibile fornire servizi sanitari gratuiti a tutti senza distinzione di reddito. Che senso ha tassare metà del reddito delle fasce più alte per poi restituire loro servizi gratuiti? Meglio che li paghino e contemporaneamente che le loro aliquote vengano ridotte. Aliquote alte scoraggiano il lavoro e l'investimento. Invece, se, anziché essere tassato con un'aliquota del 50%, dovessi pagare un premio assicurativo a una compagnia privata, lavorerei di più per non rischiare di mancare le rate».

Con una certa sorpresa, invece, seguì la scia di questi ragionamenti il presidente della Regione Toscana, Enrico Rossi, con due ravvicinate dichiarazioni alla stampa: «In questo senso non è escluso che si arrivi a chiedere un contributo responsabile a chi può pagare, in rapporto al reddito. E che si possa pensare che certe categorie di lavoratori possano fare un'assicurazione privata finalizzata a garantirsi specialistica e diagnostica. Servizi che ormai si trovano nel privato allo stesso prezzo del pubblico con i suoi ticket. I tempi cambiano e in un quadro di crisi come quello attuale tutto gratis non può più essere» («Il Tirreno», 1° ottobre 2012). «Continueremo a razionalizzare le spese, ma bisogna andare oltre e con i sindacati già ne discutiamo: vanno create assicurazioni mutualistiche per diagnostica e specialistica; ormai la rete del privato sociale offre prestazioni a prezzi concorrenziali con il Servizio sanitario nazionale per chi non è esentato dal ticket. Mentre ospedali e medicina del territorio devono rimanere pubblici: questo è un principio irrinunciabile» («la Repubblica», 24 novembre 2012)¹.

Da allora la sanità italiana è stata attraversata da due processi, entrambi funzionali alla logica dell'*opting out*, entrambi apparentemente manovrati dalla stessa regia.

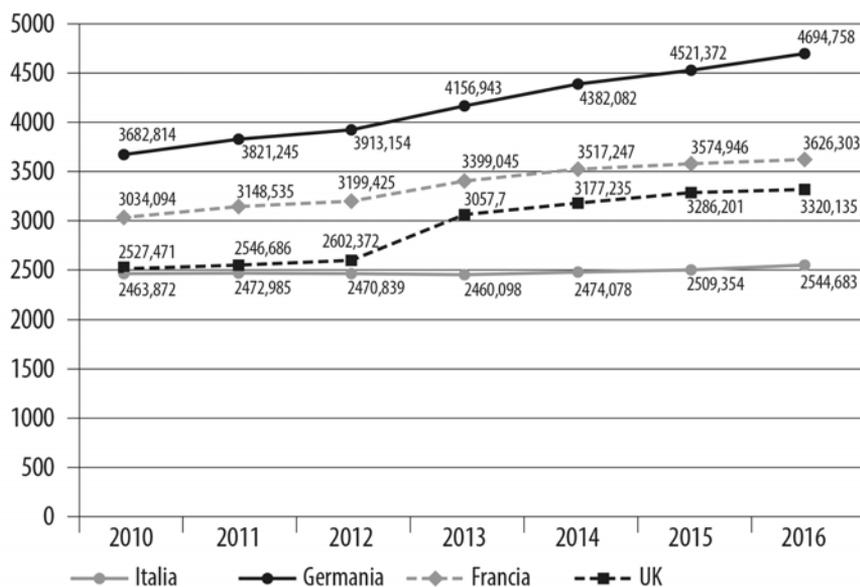
4.1 Il definanziamento del servizio sanitario pubblico

In Italia gli effetti della crisi sulla sanità si sono fatti sentire a partire dal 2011. Il nostro paese entrava sotto il controllo della Bce che dettava le dure regole dell'austerità, tra cui le «privatizzazioni su larga scala dei servizi pubblici locali» e la «riduzione significativa dei costi del pubblico impiego» (Lettera della Bce al governo italiano del

¹ Cfr. www.saluteinternazionale.info/2012/11/ssn-allarme-rosso/.

5 agosto 2011). Da allora il sistema sanitario – per ammissione della Ragioneria dello Stato – è stato uno dei settori pubblici maggiormente colpiti dalle politiche di austerità, con una riduzione della spesa sanitaria dello 0,1% l'anno dal 2010 al 2016 (come certificato dalla stessa Ragioneria dello Stato)². È impietoso e desolante notare come tutto ciò abbia fatto aumentare la distanza dagli altri paesi europei, come la Germania, la Francia e il Regno Unito, nella disponibilità di risorse pubbliche per la sanità, come dimostra chiaramente la figura 1.

Figura 1 - Andamento della spesa sanitaria pubblica pro capite in \$Ppp*. Anni 2010-2016. Italia, Germania, Francia, Regno Unito



* Parità di potere di acquisto.

Fonte: Oecd, 2017.

² Cfr. www.saluteinternazionale.info/2017/12/la-sanita-nella-legge-di-bilancio-la-strategia-del-nulla/.

Il definanziamento del servizio sanitario pubblico è stato particolarmente selettivo e ha penalizzato principalmente il personale attraverso il blocco del turnover e dei contratti dei dipendenti, la dilatazione del lavoro precario e l'esternalizzazione dei servizi. Di tutto ciò hanno sofferto – e soffrono sempre di più – la qualità e la pronta disponibilità dei servizi per i cittadini, ai quali oltretutto è richiesto il pagamento di un'odiosa e spesso salata tassa di accesso ai servizi, quale è diventata ormai il «ticket». Con due ordini di conseguenze: a) la rinuncia a curarsi da parte di milioni di cittadini a causa delle liste di attesa troppo lunghe, dei costi eccessivi e della distanza dal luogo di cura. Una rinuncia che ha colpito maggiormente (ma non solo) i gruppi più poveri della popolazione e le regioni meridionali; b) il ricorso sempre più frequente da parte dei pazienti al settore privato in diretta (e facile) competizione col settore pubblico sia sui tempi di attesa che sulle tariffe delle prestazioni.

4.2 La promozione del «secondo pilastro» assicurativo

Il progressivo indebolimento del pilastro pubblico del Servizio sanitario nazionale porta acqua al mulino del «secondo pilastro». Prospettato nel 2008 da Maurizio Sacconi, ministro del Governo Berlusconi, il pilastro assicurativo privato oggi riscuote entusiastiche adesioni *bi-partisan*. Intorno a questo disegno c'è una straordinaria e inedita convergenza di interessi³: dal mondo delle imprese sanitarie private *for-profit* (particolarmente florido in Lombardia e Lazio) a quello del cosiddetto terzo settore (un tempo *non-profit*, ma con la nuova legge destinato a cambiare rapidamente pelle), dal mondo della cooperazione a quello assicurativo. Tutti accomunati da un'idea: come poter lucrare sull'inefficienza del servizio sanitario pubblico. Intorno a questo disegno sembra esserci una convergenza di interessi anche tra Confindustria e sindacato visto che uno dei più noti esempi di welfare aziendale in campo sanitario è quello sottoscritto dal sindacato dei metalmeccanici, dal nome evocativo di «Fondo mètaSalute»⁴. Si tratta di un'assicurazione sanitaria privata che include gran parte delle prestazioni erogabili dal Servizio sanitario nazionale (quindi sostitutive rispetto a ciò che – secondo i Livelli essenziali d'assistenza – il servizio pubblico è tenuto a garantire), a cui si aggiunge l'offerta, senza prescrizione

³ Cfr. www.saluteinternazionale.info/2017/12/tutti-pazzi-per-il-secondo-pilastro/.

⁴ Cfr. www.fondometasalute.it/resource/piani-sanitari-2017.

medica, di una serie di accertamenti qualificati come preventivi, tra cui – ad esempio – l'ecodoppler agli arti inferiori ogni due anni, dai trenta ai trentanove anni; la Moc ogni due anni, sopra i cinquanta anni; la visita cardiologica, ogni due anni; il Psa, ogni due anni per gli over 50. Ci vuol ben poco a capire che in un'offerta del genere, che non richiede alcun filtro valutativo del medico, c'è poca prevenzione e molto, troppo, consumismo sanitario (Geddes da Filicaia, 2018).

5. Alma-Ata. Oggi più che mai

Nel 2008, a distanza di trent'anni dalla Dichiarazione di Alma-Ata, l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) intitolò il suo rapporto annuale «Primary Health Care: Now More Than Ever» (Who, 2008). Come abbiamo in precedenza accennato, la prospettiva di Alma-Ata fu duramente contrastata dalle istituzioni tecnocratiche internazionali (in primis dalla Banca mondiale), dal potere economico delle multinazionali della sanità (in primis Big Pharma) e dal potere corporativo dell'establishment medico e considerata utopica, mentre gli approcci selettivi e verticali per il controllo delle singole malattie prendevano il sopravvento.

Secondo il citato rapporto dell'Oms, dopo il 1978 si sono affermate tre diverse (ma alla fine convergenti) tendenze che hanno agito in direzione contraria alla strategia della *Primary Health Care*: a) accentrato sull'ospedale, sulle attività specialistiche e sull'assistenza terziaria: in molti paesi, anche quelli a basso e a medio reddito, gli investimenti nella sanità sono andati a finanziare ospedali collocati nelle aree urbane, soprattutto nelle capitali. Medici, attrezzature, innovazione tecnologica si sono concentrati soprattutto lì, sottraendo risorse dove maggiori erano i bisogni; b) commercializzazione e privatizzazione: la salute è diventata un business, le prestazioni sanitarie un bene di consumo. Pagare le cure, spesso anche sotto banco, pur di ottenere qualcosa, è diventata la norma. Ciò ha ridotto l'accessibilità ai servizi, ha dilatato le disuguaglianze nella salute e – a causa dei costi sostenuti – ha aggravato le condizioni di povertà di milioni di famiglie; c) frammentazione e moltiplicazione dei programmi «verticali», centrati su singole malattie (ad esempio, Aids, tubercolosi, malaria, ma anche diabete e tumori) o su singoli interventi (ad esempio, vaccinazioni). Ciò ha creato assurde competizioni tra differenti servizi e differenti organizzazioni, oltre a inefficienze, sprechi e duplicazioni, e alla fine

ha indebolito, in certi casi arrivando fino a distruggerla, la rete ordinaria dei servizi territoriali.

Tali tendenze a livello globale si sono manifestate più acutamente nei paesi a medio e a basso livello di reddito, con sistemi sanitari fragili e più esposti all'assalto del mercato, ma hanno interessato anche quelli ad alto reddito e con solidi sistemi sanitari. La penalizzazione delle cure primarie – assai meno attraenti di quelle secondarie e terziarie in termini di investimenti (e di profitti) nel campo farmaceutico e delle biotecnologie – si è verificata proprio nel momento in cui ve ne era più bisogno: nella fase più avanzata della transizione epidemiologica, caratterizzata dall'aumento della longevità (ma anche degli anni trascorsi non in buona salute) e dalla sempre maggiore prevalenza di malattie croniche. Oggi, com'è ampiamente noto, esse assorbono circa l'80% dell'assistenza e delle prestazioni dell'Ssn. Ma si tratta di prestazioni in larga parte tardive, inappropriate e inefficaci (e per questo anche inutilmente costose) perché basate su interventi specialistici e ospedalieri e quasi mai integrati con l'intervento sociale. Prevale ancora un modello di cura tipico delle malattie acute, basato sull'*attesa*. Sull'*attesa* che si manifesti un episodio grave su cui intervenire – uno scompenso, una complicazione. È necessario un grande cambio culturale, prima ancora che organizzativo, che sostituisca l'approccio basato sull'*attesa* con uno basato sull'*iniziativa*, cioè sulla prevenzione.

6. Conclusioni

The Assault on Universalism. L'articolo del «Bmj», pubblicato alla fine del 2011, fu scritto da due tra i più noti ed esperti analisti di politica internazionale, Martin McKee e David Stuckler (2011). Secondo gli autori⁵ la riforma del Nhs, allora in gestazione, voluta dal governo conservatore, mirava a smontare dalle fondamenta il glorioso National Health Service: si trattava di un vero assalto all'universalismo. La loro tesi era che si utilizzava la crisi economico-finanziaria per distruggere i sistemi di welfare universalistici, quali il Nhs e altri servizi sanitari nazionali: «La crisi economica ha offerto al governo l'opportunità che capita una sola volta nella vita. Come Naomi Klein ha descritto in molte differenti situazioni, quelli che si oppongono al welfare state non sprecano mai una buona crisi».

⁵ Cfr. <http://www.saluteinternazionale.info/2012/01/assalto-alluniversalismo/>.

Nel Regno Unito la temuta riforma del Nhs è entrata in vigore nel 2013 producendo la totale privatizzazione dei servizi sanitari⁶. Analogo destino è toccato alla Spagna: anche qui un governo conservatore non ha perso l'occasione fornita dalla crisi per sbarazzarsi – con un semplice decreto reale (aprile 2012) – del sistema sanitario universalistico, per consegnare tutto nelle mani delle assicurazioni⁷.

Anche in Italia c'è stato l'assalto all'universalismo. Ma a differenza di quello che è avvenuto in Gran Bretagna e in Spagna, nel nostro paese l'assalto non ha trovato un percorso politico e legislativo trasparente. In Italia l'assalto all'universalismo – e ai principi fondanti della legge 833 approvata quarant'anni orsono – si manifesta con un disegno *bi-partisan* fondato sul definanziamento del settore sanitario pubblico e sulla promozione del «secondo pilastro» assicurativo privato. Un disegno molto simile a quello ordito nel 1992 dal ministro De Lorenzo, ma reso oggi molto più pericoloso dalla convergenza di molteplici interessi e dall'assenza di qualsiasi resistenza a «sinistra».

C'è da augurarsi che le molteplici iniziative che sono in cantiere per ricordare i quarant'anni di vita del Servizio sanitario nazionale servano a risvegliare dal loro sonno le forze politiche e sindacali che hanno (o dovrebbero avere) nel loro bagaglio ideale il concetto di diritto alla salute e di uguaglianza di tutte le persone di fronte alla malattia.

Anche nel Regno Unito si celebra l'anniversario del Nhs (in questo caso gli anni sono settanta!), e anche qui si coglie l'occasione per una riflessione non solo sulla storia, ma anche sul futuro. Molte sono le questioni su cui discutere – afferma l'editoriale del «Bmj» (Appleby e Abbasi, 2018) –, ma un punto è inviolabile, il principio fondante del Nhs: tutte le persone devono avere accesso ai servizi sanitari gratuitamente nel punto di erogazione, in base al loro bisogno.

⁶ Cfr. www.saluteinternazionale.info/2013/04/il-big-bang-del-nhs/.

⁷ Cfr. www.saluteinternazionale.info/2012/10/controriforma-sanitaria-in-spagna-nel-mirino-anche-gli-immigrati/.

Riferimenti bibliografici

- Appleby J. e Abbasi K., 2018, *Nhs at 70: Loved, Valued, and too Costly*, «Bmj», 12 aprile, doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.k1540>.
- Geddes da Filicaia M., 2018, *La salute sostenibile*, Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Klein R., 1995, *Big Bang Health Care Reform - Does It Work?: The Case of Britain's 1991 National Health Service Reform*, «The Milbank Quarterly», vol. 73, n. 3, pp. 299-337.
- McKee M. e Stuckler D., 2011, *The Assault on Universalism*, «Bmj», n. 343, pp. 1314-1317.
- Whitehead M., Dahlgren G. ed Evans T., 2001, *Equity and Health Sector Reforms: Can Low-Income Countries Escape the Medical Poverty Trap?*, «The Lancet», n. 358, pp. 833-836.
- Who, 2008, *The World Health Report 2008: Primary Health Care: Now More Than Ever*, Ginevra.

I processi di aziendalizzazione in Italia. Le principali trasformazioni nel corso di un quarto di secolo

Emmanuele Pavolini

RPS

Il saggio si concentra sull'introduzione, a partire dagli anni novanta, di forme di aziendalizzazione e managerializzazione all'interno del Servizio sanitario nazionale (Ssn). La legge istitutiva del Ssn nel 1978 attribuiva un potere limitato alla componente tecnico-gestionale, lasciando sostanzialmente i poteri in mano ai due principali gruppi di attori, che avevano giocato un ruolo centrale nel precedente assetto mutualistico: quello politico e quello medico. Con l'aziendalizzazione si intendeva limitare il potere dei medici, sottoposti a rigorose forme di controllo, nonché estromettere dalla gestione sanitaria la componente politica, adottando

un modello di forte separazione delle attività di gestione da quelle di indirizzo politico. Il saggio mostra come il quadro che emerge a un quarto di secolo di distanza da tali riforme è profondamente differente. Se, da un lato, la managerializzazione ha permesso forme di razionalizzazione della spesa e notevoli risparmi ed efficientamenti del Ssn (che continua a funzionare con risorse nettamente inferiori a quelle di altri Ssn), dall'altro, l'idea dell'autonomia dei manager delle aziende si è andata perdendo fortemente nel tempo in molti territori e si è in presenza di un sistema sempre più ri-verticalizzato e ri-politicizzato.

1. Introduzione

Circa quindici anni dopo la sua introduzione, nel 1978 il Sistema sanitario nazionale (Ssn) si trovò coinvolto in una nuova importante stagione di cambiamento centrata attorno a tre pilastri di riforma: aziendalizzazione e managerializzazione, regionalizzazione e introduzione di norme volte a sviluppare concorrenza all'interno del Ssn, a partire da una maggiore apertura ai fornitori privati e a un utilizzo più articolato dei sistemi di remunerazione. Questi processi avvennero in maniera simile, ma con effetti differenti, anche in altri paesi occidentali (Pavolini e Guillén, 2013). In questa sede ci si concentre-

rà soprattutto sul primo aspetto e lo si farà adottando due livelli di lettura di quanto è accaduto: quello macro-istituzionale e quello meso-organizzativo.

In particolare, si cercherà innanzitutto di fare il punto sulle traiettorie di cambiamento di medio periodo (circa un quarto di secolo) negli assetti istituzionali relativi all'aziendalizzazione. Si focalizzerà poi l'attenzione sulle figure apicali, «manageriali» di tale processo. Tuttavia è opportuno rammentare come i tre pilastri della riforma sono strettamente collegati fra loro. In particolare il processo di regionalizzazione, così come quello di sviluppo delle logiche concorrenziali e di remunerazione, ha influenzato le traiettorie del processo di aziendalizzazione e di managerializzazione.

La legge istitutiva del Ssn nel 1978 attribuiva un potere limitato alla componente tecnico-gestionale, lasciando sostanzialmente inalterati i poteri in mano ai due principali gruppi di attori, che avevano giocato un ruolo centrale nel precedente assetto mutualistico: quello politico da un lato e quello medico dall'altro (Capano e Gualmini, 2011). In sostanza il Ssn si caratterizzava, prima delle riforme degli anni novanta, per un forte controllo diretto della politica locale sulla burocrazia (l'organo dirigenziale delle Usl era il «Comitato di gestione», altamente permeabile alle pressioni dei partiti, in cui si intrecciavano compiti politici di indirizzo con quelli tecnico-gestionali) e per il ruolo centrale dei medici sempre nei confronti di questa. Con i decreti 502/92 e 517/93 si sancì l'introduzione di logiche di riorganizzazione note con il termine di New Public Management (Npm).

Con l'aziendalizzazione l'obiettivo riformatore era duplice poiché si intendeva limitare il potere dei medici, sottoposti a rigorose forme di controllo, nonché estromettere dalla gestione sanitaria la componente politica, adottando un modello di forte separazione delle attività di gestione da quelle di indirizzo politico. Si prevedeva che le nuove aziende sanitarie (ospedaliere e territoriali) dovessero essere governate da un direttore generale (dg), affiancato da un direttore sanitario e da un direttore amministrativo, entrambi di sua scelta. In questa triangolazione del potere non solo si attribuiva al direttore generale funzioni preminentemente gestionali e organizzative, ma si metteva la direzione amministrativa sullo stesso piano di quella sanitaria, con il compito di governare strutture grandi e complesse.

I prossimi due paragrafi sono dedicati a considerare i livelli di lettura

«macro» e «meso» sopra indicati¹. L'idea di fondo del presente saggio è mostrare come, se nelle intenzioni dei riformatori degli anni novanta vi era l'idea di tante aziende «forti» e autonome a livello territoriale, in grado di promuovere, sulla spinta dei «manager», innovazioni ed efficienza (magari tramite forme di competizione e di «quasi mercati»), il quadro che emerge a un quarto di secolo di distanza da tali riforme è profondamente differente. Se, da un lato, la managerializzazione ha permesso forme di razionalizzazione della spesa e notevoli risparmi ed efficientamenti del Ssn (che continua a funzionare con risorse nettamente inferiori a quelle di altri Ssn), dall'altro, l'idea dell'autonomia dei manager delle aziende si è andata perdendo fortemente nel tempo in molti territori e si è in presenza di un sistema sempre più ri-verticalizzato e ri-politicizzato.

2. Aziendalizzazione e managerializzazione: accezioni diverse nel corso del tempo

Il processo di aziendalizzazione avviato con le riforme del 1992-93 in Italia avvenne all'interno di un dibattito, anche molto acceso, su quale direzione dovessero assumere la governance e il governo del Ssn. Durante quel decennio emersero due direzioni di cambiamento per il Ssn marcatamente differenti, associabili a visioni alternative della sanità pubblica (Vicarelli, 2005). Quella propugnata dal centro-sinistra era basata su forme di aziendalizzazione in grado di collegare una costellazione di attori pubblici, privati e del terzo settore in grado di connettersi e di articolarsi tra loro sotto la mano pubblica. L'altra, di centro-destra, mirava maggiormente alla liberalizzazione del sistema, enfatizzando la concorrenza sul mercato degli operatori economici e la mobilitazione delle risorse comunitarie (famiglia e soggetti privati in primo luogo). Se le riforme del 1992-93 spinsero verso questa se-

¹ Il presente saggio rappresenta il tentativo da parte di chi scrive di sintetizzare e di portare a unità una serie di ricerche compiute nel corso dell'ultimo quindicennio sulla sanità italiana e sulle trasformazioni istituzionali che l'hanno interessata a partire dai processi di aziendalizzazione. Questo percorso è stato compiuto assieme a un gruppo di colleghi con cui chi scrive ha lavorato in questi anni. Fra questi, Giovanna Vicarelli, Stefano Neri, Ana Guillén e Francesco Taroni sono stati particolarmente importanti nell'elaborazione delle idee e delle ricerche discusse in queste pagine.

conda soluzione, con il governo del centro-sinistra, nella seconda parte degli anni novanta, la discussione cambiò parzialmente di tono. Da un lato, la scelta di intraprendere la via dell'aziendalizzazione e della regionalizzazione non venne rimessa in discussione (semmai venne rafforzata da un dibattito sempre più orientato verso un ordinamento federale della Repubblica e verso una separazione quanto più netta possibile fra gestione e indirizzo politico). Dall'altro, emerse con maggior chiarezza la difficoltà del nuovo assetto del Ssn di favorire il collegamento fra le strutture ospedaliere e quelle socio-sanitarie sul territorio.

Se si rileggono gli ultimi venticinque anni di trasformazione del Ssn e del dibattito attorno a quale processo di aziendalizzazione promuovere, quello che emerge con chiarezza è che, mentre gli anni novanta sono stati un periodo di forti discussioni e di riflessioni sull'impostazione generale del sistema, in cui erano facilmente riconoscibili approcci politico-culturali differenti, a partire dagli anni 2000, e in misura sempre più chiara nell'ultimo decennio, la discussione è cambiata. Si è passati, infatti, da un'analisi centrata su due diverse visioni di quali siano gli assetti istituzionali più appropriati a una più centrata su aspetti «meso» e «micro» alla ricerca dell'efficienza economica e dell'efficacia clinica. Da un lato questo ha permesso di affrontare in maniera più pragmatica e meno ideologica una serie di nodi nel funzionamento del Ssn. Dall'altro, sempre negli stessi anni, si è andata progressivamente perdendo la volontà di riflettere su che cosa si voglia e su che cosa debba essere un Servizio sanitario nazionale. In altri termini, ci si trova sempre più in quella che Michels definiva la «tirannia dei mezzi sui fini»: l'attenzione sulle tecniche di efficientamento aziendale, fondamentale per permettere un equilibrio fra aumento dei bisogni sanitari e risorse economiche contenute, ha fatto, però, perdere progressivamente di vista i fini di equità e di universalismo che erano nel Dna del Ssn alla sua costituzione nel 1978, al punto tale che è ormai uscita dall'arena politica una discussione seria su quest'ultimo punto².

² Lodevole da questo punto di vista è l'indagine conoscitiva sulla sostenibilità del Servizio sanitario nazionale, condotta e approvata dalla Commissione Igiene e sanità del Senato della Repubblica (Senato della Repubblica, 2018), sperando che abbia un seguito nell'attuale governo.

3. I cambiamenti a livello macro-istituzionale: da un'idea di aziendalizzazione diffusa territorialmente a un modello fortemente verticale e centralizzato

3.1 L'affermarsi del gigantismo aziendale

Discutere di aziende sanitarie e ospedaliere oggi è profondamente differente rispetto a quanto ipotizzato dalle riforme di un quarto di secolo fa. A partire dalle trasformazioni normative intervenute nei primi anni novanta si è, infatti, sviluppato nel tempo un processo di crescita delle dimensioni delle aziende (sanitarie e ospedaliere) grazie a fusioni e ad accorpamenti che si possono definire, soprattutto negli ultimi anni, di vero e proprio «gigantismo» (Pavolini e Taroni, 2016).

Il trend verso un crescente «gigantismo» aziendale nella gestione della sanità risulta evidente dalla riduzione del numero delle Asl e dall'aumento delle loro dimensioni (figura 1). Dagli anni novanta alla metà del decennio attuale si sono verificate quattro principali fasi di accorpamento territoriale di unità/aziende.

La prima e più importante è avvenuta a cavallo della metà degli anni novanta e si è realizzata soprattutto nel biennio 1994-95 in attuazione della norma che regolamentava le nuove Usl aziendaliizzate, mentre le successive sono avvenute a partire dal decennio scorso per iniziativa di singole Regioni.

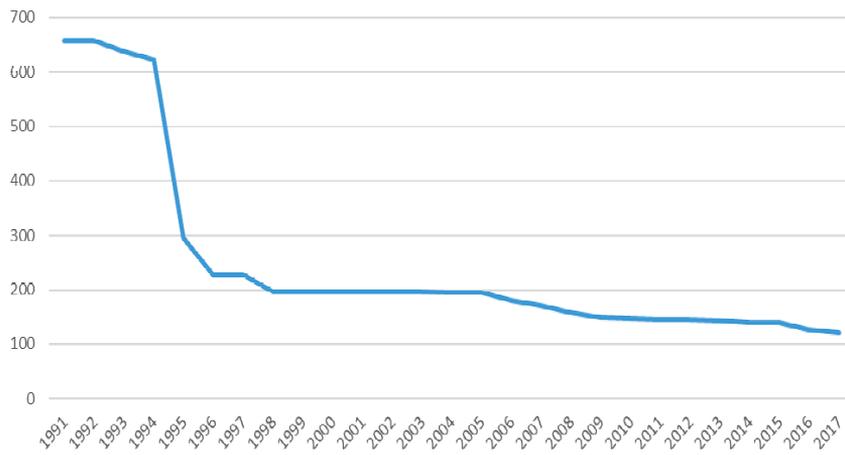
Il primo grande processo di fusione si è avuto con la normativa degli anni novanta, che segnò il passaggio a un approccio ispirato dal New public management e l'abbandono di un approccio più attento alla partecipazione (comunale): nel giro di pochi anni si passò dalle 659 Usl dei primi anni novanta alle 228 del 1996. In sostanza le Usl vennero ridotte di oltre due terzi (-70% dal 1991 al 1998) e trasformate in aziende. Questo è un processo che ha riguardato sostanzialmente tutta l'Italia.

A partire dagli anni 2000 sono avvenuti cambiamenti che, invece, hanno interessato in maniera selettiva alcune Regioni e non altre. Nei primi anni duemila prese corpo una seconda fase di cambiamento con la creazione di Asl regionali per le realtà di minori dimensioni (come ad esempio per quanto riguarda l'istituzionalizzazione dell'Azienda sanitaria unica regionale – Asur – delle Marche o di due aziende provinciali in Trentino-Alto-Adige).

Se la seconda fase aveva visto come protagonisti principali le Regioni più piccole, la terza, che si è sviluppata a partire dalla seconda metà

del decennio passato, ha avuto al centro soprattutto quelle del Sud, sottoposte ai Piani di rientro che hanno esercitato un forte effetto sui modelli organizzativi regionali, spingendo verso accorpamenti (in tali piani il tema dell'efficiamento e della razionalizzazione dell'offerta, intesa come compresenza di fusioni e tagli, è un punto centrale).

Figura 1 - Andamento del numero delle Usl-Asl in Italia nel corso del tempo



Fonti: Istat (2018); per il 2015-2017 Cergas (2017).

Una quarta fase ha preso forma durante gli anni di austerità dell'attuale decennio e ha comportato un ulteriore processo di accorpamento delle aziende a livello sovra-provinciale interessando buona parte delle regioni medio-grandi del Centro-Nord (le uniche ad aver risentito in minor misura dei cambiamenti avvenuti durante gli anni 2000 in Italia): ad esempio, fra il 2013 e il 2014 l'Emilia-Romagna ha creato un'unica Asl romagnola, al posto delle quattro preesistenti; la Toscana ha intrapreso fra il 2015 e il 2016 un processo simile prevedendo l'accorpamento delle dodici aziende in tre sole (Toscana centro, Toscana nord-ovest e Toscana sud-est); la Lombardia, che era la regione per eccellenza del modello dei «quasi mercati», con una molteplicità di *purchasers* e di *providers*, ha seguito un percorso simile. Altre Regioni stanno rivedendo la struttura organizzativa e istituzionale del proprio sistema sanitario, scegliendo opzioni che vanno nella direzione degli accorpamenti a livello sovra-provinciale (Cergas, 2017).

Complessivamente al 2017 erano presenti centoventi Asl (rispetto alle

659 Usl del 1991 e anche alle 228 Asl del 1996): l'assetto scelto in gran parte d'Italia è stato quello di aziende di dimensione mediamente provinciale con un numero più cospicuo di Asl nei grandi centri metropolitani. Queste trasformazioni hanno comportato un aumento consistente dell'ampiezza media delle Aziende sanitarie: si è passati dai circa 86 mila residenti per Usl del 1991 ai circa 505 mila per Asl nel 2017. Tale processo ha riguardato anche l'altro grande tipo di azienda introdotta dalle riforme degli anni novanta: le Aziende ospedaliere. Nel giro di poco più di due decenni si è passati dalle ottantadue del 1995 alle quasi cento del 2010 e infine alle quarantatré del 2017. Come si può notare in questo caso la grande trasformazione è intervenuta durante gli anni dell'austerità e ha riguardato in particolare le Regioni (a partire dalla Lombardia) che più avevano spinto verso la diffusione di tali organizzazioni.

3.2 Quale aziendalizzazione? I cambiamenti nei modelli di governance dagli anni novanta ad oggi

Uno degli obiettivi di base dei processi di aziendalizzazione negli anni novanta era quello di attribuire un potere autonomo ai nuovi «manager» delle varie aziende sul territorio (sia ospedaliere che sanitarie) rispetto alla direzione politica. Tale obiettivo si basava, da un lato, su una giusta preoccupazione di separare la politica dalla direzione aziendale e, dall'altro, su un'idea in parte *naïf* di che cosa fosse (e sia) un manager in sanità, soprattutto in termini di autonomia gestionale. Sul profilo effettivo dei manager in sanità si tornerà nel prossimo paragrafo. Quello che è importante qui sottolineare è che è durato relativamente poco il processo di concessione di autonomia «forte» a direttori generali di Asl e di Aziende ospedaliere nel Ssn: tale periodo è praticamente confinabile alla seconda parte degli anni novanta (Vicarelli, 2015). A partire dagli anni 2000, e in misura crescente negli anni successivi al 2007, ha preso forza un duplice processo di ri-politicizzazione e di ri-verticalizzazione delle decisioni importanti in campo sanitario a livello regionale prima e nazionale poi. Questo duplice processo si è articolato in due fasi.

Nella prima, che coincide sostanzialmente con il decennio passato, l'aziendalizzazione spinta e centrata sulle singole aziende, introdotta con le riforme degli anni novanta, ha lasciato spazio a un centralismo regionale, in cui il dominio della componente politica e di alcuni (pochi) dirigenti regionali è tornato ad accentuarsi in misura crescente. Il

Ssn è andato, quindi, nella direzione di un sistema di holding regionali con le reti di aziende, che in precedenza dovevano essere in parte in competizione fra loro e che progressivamente diventano sistemi di erogazione unitariamente coordinati dalla capogruppo regionale (Longo, 2017). Durante il decennio passato il Ssn è diventato, pertanto, una complessa struttura multilivello, con una centralità del ruolo regionale e compiti più esecutivi, anche se dotati di una certa autonomia a livello aziendale (Pavolini, 2011). Gli attori centrali del sistema appartenevano alla «triade politico-amministrativa» regionale (il presidente della Regione, l'assessore con deleghe alle Materie sanitarie e il direttore generale dell'assessorato alla Sanità) (*ibidem*). Era questa triade che nominava sostanzialmente i direttori generali ed era a essa che questi ultimi rispondevano in maniera molto diretta (Pavolini e Vicarelli, 2012).

A partire dagli ultimi anni dello scorso decennio si è entrati in una ulteriore nuova fase di ri-verticalizzazione delle decisioni. I Piani di rientro prima (per le Regioni interessate) e le politiche di austerità poi (per tutte le Regioni italiane) hanno visto progressivamente rispostarsi l'asse decisionale nella direzione del governo nazionale (Petmesidou e al., 2013).

È in questa ottica di regolazione e di contenimento della spesa che va inquadrato uno dei principali strumenti introdotti nella seconda parte degli anni duemila per controllare i deficit delle Regioni più strutturalmente in difficoltà sotto questo profilo. I Piani di rientro sono il prodotto di negoziazioni bilaterali fra lo Stato e le singole Regioni dichiarate «in difficoltà finanziaria» in quanto i loro disavanzi superano il 5% del finanziamento ordinario e delle entrate proprie. Con i Piani di rientro la Regione si impegna ad azzerare il disavanzo complessivo accumulato e a raggiungere l'equilibrio di bilancio in un periodo massimo di tre anni, indicando in dettaglio le azioni che intende attuare, previa approvazione e con la costante supervisione del Ministero dell'Economia e delle Finanze. Gli interventi includono provvedimenti strutturali (come la rideterminazione degli ambiti delle Aziende sanitarie e il riordino del sistema ospedaliero), amministrativi (per esempio il blocco delle assunzioni e la riduzione delle tariffe delle prestazioni) e finanziari (come l'innalzamento automatico delle addizionali Irapp e Irpef regionali e l'imposizione di nuovi ticket). Da metà degli anni 2000 al 2015 dieci Regioni italiane sono state finora assoggettate a Piani di rientro che sono risultati efficaci, avendo favorito forti riduzioni dei disavanzi (Corte dei Conti, 2015). Tuttavia i dati disponibili

mostrano anche come la riduzione dei disavanzi e il rallentamento del tasso di crescita della spesa sanitaria siano stati realizzati principalmente attraverso provvedimenti amministrativi (principalmente il blocco delle assunzioni del personale) e finanziari, come l'inasprimento delle addizionali regionali Irap e Irpef e l'aumento della compartecipazione al costo delle prestazioni (Pavolini, 2011). Sul piano dell'organizzazione, oltre all'accorpamento delle Aziende sanitarie, è stata osservata in tutte le regioni una riduzione nel numero dei ricoveri, spesso avvenuta in una situazione di carenza di strutture alternative territoriali (Taroni, 2014). Inoltre i Piani di rientro hanno comunque esercitato un notevole effetto indiretto di ri-centralizzazione sia sulle relazioni fra Stato e Regioni che fra queste e i loro territori. Infatti, all'interno delle Regioni, i Piani hanno favorito un ulteriore processo di neo-centralismo regionale «per necessità», pur di rispettare il vincolo esterno imposto dal governo centrale.

La focalizzazione sul controllo della spesa sanitaria delle Regioni sotto il diretto controllo dello Stato attraverso il Ministero dell'Economia aiuta a comprendere l'ulteriore passaggio avvenuto a partire dagli anni 2000 nel campo della *politics* delle politiche sanitarie: il loro progressivo assorbimento nell'ambito delle politiche di bilancio volte al più generale contenimento della spesa pubblica provocata dal deterioramento delle condizioni della finanza pubblica entro i vincoli dell'Unione europea. Accanto al ministro della Salute, e forse più dello stesso, un attore chiave è diventato il Ministero dell'Economia (Pavolini, 2011; del Pino e Pavolini, 2015).

In quest'ultimo decennio i governi nazionali hanno governato la sanità (formalmente regionalizzata) tramite tagli e attraverso il contenimento della spesa, mettendo ulteriormente sotto pressione le Regioni. Tutto ciò si è scaricato sui territori e sulle singole aziende rafforzando ulteriormente la richiesta di efficienza economico-finanziaria e gestionale di medio-breve periodo sulle spalle dei direttori generali e dello staff di supporto. Il lavoro fatto è stato innegabilmente buono se utilizziamo come strumento di valutazione e di misurazione il rapporto fra una spesa sanitaria pubblica di gran lunga più bassa di quella media dell'Europa occidentale (nel 2015, fatta pari a 100 la spesa media pro capite pubblica in sanità, quella italiana era pari a 69, praticamente un terzo più bassa)³ e gli indicatori di performance clinica (capacità di sopravvivenza a tumori e a malattie cardiocircolatorie ecc.) in media pa-

³ Elaborazione a partire da dati Oecd-Socx Online Database.

ri, se non migliori, a quelli di tanti altri paesi occidentali⁴. In altri termini l'Italia dell'ultimo decennio è riuscita a mantenere alti i suoi standard di cura pur impiegando molte meno risorse pubbliche rispetto ad altri paesi occidentali.

In misura crescente, quindi, l'ultimo ventennio ha rappresentato per l'aziendalizzazione una sfida per sviluppare strumenti efficaci di controllo della spesa e un tentativo di rilancio delle attività di cura in un contesto di fortissimi vincoli: da quelli dal lato decisionale a quelli relativi alle scarse risorse finanziarie e umane (soprattutto a partire dal blocco del turnover a inizio decennio).

Allo stesso tempo questa strada non è stata compiuta in maniera del tutto adeguata. In particolare è risultato largamente disatteso e inattuato quanto previsto dal d.lgs. n. 68/2011 rispetto al tema della definizione e dell'impiego dei costi standard, che avrebbe consentito di avviare un processo più virtuoso di responsabilizzazione gestionale fra i vari livelli di governo del Ssn (nazionale, regionale, aziendale) sia in termini di Lea da perseguire che dei relativi costi.

In questo quadro il dibattito sull'equità del sistema e sul rapporto tra equità ed efficienza si è sviluppato attorno a concetti difficili da tradurre sul piano operativo, come la definizione delle prestazioni sanitarie da includere nei Lea così come dei loro corrispettivi in ambito finanziario, i cosiddetti «costi standard», ovvero, a livello micro, su quello dell'appropriatezza degli interventi. In questo contesto l'aziendalizzazione ha, però, anche significato una razionalizzazione dei servizi ai limiti del sostenibile. In ottica comparata europea l'Italia è un paese che presenta attualmente un'ottima performance economico-finanziaria del proprio sistema sanitario, ma allo stesso tempo un livello di diseguaglianze nell'accesso alle cure (da quelle fra regioni diverse del paese a quelle per classe sociale) difficilmente rintracciabile in gran parte degli altri paesi dell'Ue-15 (Jessoula e al., 2018; Ocse, 2016; Osservasalute, 2018).

⁴ Su questo si possono leggere vari rapporti, fra cui Ocse (2016) e Osservasalute (2018), oltre all'indagine conoscitiva sulla sostenibilità del Servizio sanitario nazionale, condotta e approvata della Commissione Igiene e sanità del Senato della Repubblica (Senato della Repubblica, 2018).

4. Che cosa significare fare il «manager» nella sanità aziendalizzata italiana?

Nel 2017 nel Ssn italiano erano presenti 163 aziende. Il numero di dirigenti apicali si è, quindi, ridotto fortemente rispetto al passato e gestire una Asl o un'Azienda ospedaliera in molti territori italiani significa gestire, sotto il profilo del personale, una delle principali aziende della provincia o della regione. Gli ultimi dati disponibili del Ministero della Salute sul personale occupato nelle Asl⁵, riferiti al 2013, indicavano come 97 Asl su 143 avevano almeno duemila dipendenti, mentre in quaranta di queste il loro numero superava addirittura le 3.500 unità. Un discorso simile si può fare per le Aziende ospedaliere: sempre nel 2013 trentatré aziende su cinquantanove avevano almeno 2.000 dipendenti (di cui tredici almeno 3.000). Il processo di ulteriore accorpamento delle Asl e delle Aziende ospedaliere in questi ultimi anni può fare facilmente ipotizzare che tale valore sia cresciuto ulteriormente e che ormai gran parte delle Asl abbia dimensioni superiori ai 2.000 dipendenti (se non perfino ai 3.000).

Se si tiene presente che la dimensione di un'impresa privata in Italia è inferiore ai dieci addetti e che secondo i dati del Censimento Istat industria e servizi del 2011 vi erano nel nostro paese «solo» 610 imprese con almeno 1.000 addetti, ci si rende conto del ruolo delle Aziende ospedaliere e delle Asl nel mercato del lavoro italiano.

Accanto a questi 163 dirigenti sanitari va aggiunto probabilmente un gruppo relativamente ristretto di figure apicali degli assessorati regionali per un totale complessivo di dirigenti che si attesta attorno ai duecento professionisti. Ha circa queste dimensioni numeriche la punta di diamante della sanità territoriale italiana. Chiaramente se allarghiamo il cerchio anche ad altre figure (ad esempio, ai direttori sanitari e agli amministrativi), raggiungiamo probabilmente le cinquecento, seicento unità. Si tratta, quindi, di un gruppo relativamente ristretto di professionisti.

Le riforme degli anni novanta avevano come obiettivo quello di introdurre nel Ssn delle figure «manageriali», avendo in mente quanto (teoricamente) accadeva nelle imprese private. Possiamo provare a ragionare su tali manager sanitari a partire da una serie di dati e di ricerche sviluppati in questi anni. In particolare si utilizzano in queste pa-

⁵ www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2605.

gine i risultati di una *survey* su un campione di cento direttori generali italiani effettuata nel 2011⁶ e dati di tipo amministrativo.

Un primo risultato importante è che una metà di tali direttori generali (52%) non considera il proprio ruolo definibile come quello di un «manager» privato. Le ragioni di tale risposta vanno ricercate in varie direzioni. Da un lato una parte non maggioritaria, ma comunque consistente, di essi ritiene che la propria autonomia sia limitata in tema di gestione delle risorse finanziarie (34%) e che siano eccessive le interferenze da parte del mondo della politica (39%). La quota di direttori generali con autonomia contenuta è probabilmente più ampia di quanto queste prime risposte ci possano far pensare: a una domanda, in cui si chiedeva a tali figure dirigenziali di indicare quale sia la percentuale di budget aziendale su cui essi ritengono di avere margini di autonomia gestionale, il 52% del campione ha risposto di poter intervenire in maniera relativamente indipendente su meno del 10% di tale budget.

L'immagine che emerge da questo insieme di risposte è in chiaroscuro. Complessivamente sembra che circa una metà dei direttori generali riesca effettivamente a svolgere il proprio ruolo dentro un quadro che permette loro, seppur con una serie di vincoli, di esercitare capacità manageriali e una certa autonomia decisionale. Vi è, però, circa un'altra metà di dirigenti per i quali la definizione di «manager» mal si presta a descrivere il ridotto spazio di autonomia all'interno del quale agiscono. Questi risultati quantitativi sono sostanzialmente in linea con quelli ottenuti in una serie di studi qualitativi riferiti ad alcune Aziende sanitarie e ospedaliere italiane (Pavolini, 2011).

Secondo, il complesso rapporto con la politica si gioca, però, anche su un altro piano. Circa quattro direttori generali su dieci oltre a esperienze dirigenziali hanno ricoperto anche incarichi politici dentro ad amministrazioni pubbliche o all'interno di partiti. La commistione fra le due figure è forte e non risulta chiaro quale sia la direzione prevalente di tale intreccio: se siano i politici che diventano direttori generali o, all'opposto, se siano i direttori generali che entrino in politica. La casistica mostra la diffusione di entrambe le situazioni: si aprono spazi in politica probabilmente anche grazie alla propria esperienza di tecnici in sanità e per rafforzare tale ruolo di tecnici; si ottengono ruoli dirigenziali probabilmente

⁶ La *survey* è stata sottoposta a un campione stratificato per regione dei direttori generali coprendo circa il 40% dell'universo di quelli delle Aziende ospedaliere e delle Asl.

anche grazie alla propria collocazione nell'arena politico-partitica. Sicuramente la doppia collocazione è una risorsa relazionale che i direttori generali possono giocare per rafforzare o per cercare di ottenere una propria autonomia decisionale: non è un caso, ad esempio, che la percentuale di direttori generali insoddisfatti per il livello di autonomia nella gestione delle risorse finanziarie sia pari al 24% fra quelli con esperienze politiche e al 39% fra quelli senza tali esperienze.

Terzo, la presenza di manager con alle spalle la professione medica è ben diffusa. Nel 2015 oltre un direttore generale su due (55,3%) era medico. Tale percentuale era inferiore al 20% vent'anni prima, nel 1995. Questo successo dei medici nel porsi nelle posizioni apicali manageriali è spiegabile in varia maniera. In questo senso spesso hanno contato due risorse. Vi è, innanzitutto, una specializzazione fra i medici che si dedicano ad attività manageriali: sono soprattutto coloro formati in igiene, medicina preventiva ed epidemiologia che hanno accesso a tali posizioni amministrativo-dirigenziali. Le tematiche affrontate nel percorso di studi e durante la carriera professionale sono, infatti, quelle che più si avvicinano alle attività tipiche dei direttori generali. I medici che hanno aspirato a ricoprire incarichi manageriali in sanità sono persone in grado di muoversi all'interno di entrambe le due principali dimensioni dell'agire di un dirigente in questo settore: la dimensione più prettamente organizzativo-gestionale e quella afferente ai saperi e alle conoscenze strettamente sanitario-professionali. Questa doppia connotazione ha probabilmente facilitato molte carriere. Inoltre i medici manager sono figure che, spesso, meglio di altre riescono a costruire reti di relazioni collaborative con i professionisti della sanità, dato che provengono da questo mondo molto più che frequentemente dei dirigenti presi da altre esperienze esterne.

Complessivamente emergono tre figure ideal-tipiche di dirigenti apicali nella sanità contemporanea, che rispondono a tre profili specifici degli studi organizzativi (Vicarelli e Pavolini, 2017):

- ♦ Il *dirigente «in grigio»*. Nonostante la definizione possa far pensare a figure dallo scarso peso, in realtà Barnard (1958) definisce un buon manager colui che riesce a gestire organizzazioni e relazioni complesse, quali le Aziende sanitarie, svolgendo un'opera di facilitatore e di comunicatore. In particolare per Barnard il dirigente deve assicurare un efficiente sistema di comunicazione, all'interno del quale venga definita una struttura di ruoli adatta a garantire un flusso ottimale delle comunicazioni, e assicurare un equilibrio fra gli obiettivi dell'organizzazione e dei singoli soggetti che ne fanno parte, otte-

nendo tale equilibrio attraverso atti discreti e poco visibili piuttosto che con atti di imperio. È essenziale per una tale figura riuscire a comunicare, mediare, rappresentare, dirigere e infondere motivazioni.

- ♦ Il *dirigente «assediato»*. Anche se non sono esattamente questi i termini utilizzati dai due studiosi, si tratta nella sostanza delle figure descritte in maniera molto puntuale da Gouldner (1954) e da Selznick (1957) nei rispettivi studi inerenti ai processi di trasformazione (oggi li definiremmo di aziendalizzazione) avvenuti in due grandi aziende americane. Si tratta di dirigenti che ricevono un forte mandato dai governi politici e dai livelli sovra-locali per trasformare in senso più efficiente e manageriale l'organizzazione che viene loro affidata e che si trovano a tentare di promuovere un cambiamento in contesti spesso fortemente contrari al cambiamento per varie ragioni: da un lato vi è l'ostilità di una parte del personale dell'azienda e della politica locale, poco disponibile a vedersi imporre modelli diversi di intervento rispetto a quelli tradizionali (in cui questi gruppi giocavano un ruolo centrale), dall'altro vi sono le resistenze da parte della popolazione locale, che vive i processi di razionalizzazione e di trasformazione dell'offerta sanitaria come un rischio all'accesso alle cure (dalla chiusura dei piccoli ospedali alle modalità di riorganizzazione dei servizi). Dal punto di vista del dirigente, che non si definisce facilmente manager, vi è la sensazione di essere stato mandato in un contesto locale ostile, avendo ricevuto un mandato dal «Centro» (regionale). Spesso, però, lo scarso radicamento sul territorio rende il suo intervento meno efficace. Sia lo studio di Selznick che quello di Gouldner si concludono con il fallimento dell'esperienza di aziendalizzazione imposta dall'alto sui singoli territori.
- ♦ Il *dirigente «guardiano delle norme»*. Il termine è ripreso da Crozier (1969), il quale sottolinea come spesso una parte consistente delle figure apicali nelle organizzazioni pubbliche complesse agisca più come soggetto che sostanzialmente si limita a controllare la corretta implementazione delle indicazioni che vengono poste dai decisori al di sopra della singola azienda piuttosto che su iniziativa individuale. In questo contesto la direzione generale svolge sostanzialmente un ruolo di basso profilo: gli obiettivi sono fissati dall'esterno, i metodi e i processi di lavoro sono stabili e non è possibile assumere né licenziare liberamente, né intervenire più di tanto sull'organizzazione del lavoro.

La tabella 1, ottenuta tramite un'analisi di cluster, riporta la diffusione di queste tre figure e il loro profilo all'interno del campione di cento diret-

tori generali considerato nella *survey*. I direttori generali dirigenti «in grigio» sono il gruppo relativamente più numeroso, ma comunque pari a circa il 42% del campione. Si caratterizzano, appunto, per considerarsi dei «manager» e per ritenere di avere un buon grado di autonomia nella gestione delle risorse e un grado limitato di interferenza da parte della politica e valutano spesso positivamente il rapporto che hanno con il personale dell'azienda in cui operano. Frequentemente hanno un background medico e, soprattutto, sono concentrati nel Centro-Nord.

RPS

Emmanuele Pavolini

Tabella 1 - Profili e caratteristiche dei direttori generali di Aziende ospedaliere e Asl in Italia (anno 2011)

	Dirigente «in grigio»	Dirigente «assediato»	Dirigente «guardiano delle norme»
Diffusione (% su tot. dg)	42%	24%	34%
% dg che considerano la propria figura assimilabile a quella di manager (% su totale di ciascun profilo di dg)	77%	47%	4%
% dg che ritengono insufficiente il proprio livello di autonomia nella gestione delle risorse finanziarie (% su totale di ciascun profilo di dg)	4%	32%	64%
% dg che ritengono eccessive le interferenze dei politici (% su totale di ciascun profilo di dg)	8%	45%	54%
% dg che ritengono di avere autonomia gestionale su almeno il 10% del budget (% su totale di ciascun profilo di dg)	68%	47%	6%
% dg che ritengono collaborativi i rapporti con il personale della propria azienda (% su totale di ciascun profilo di dg)	64%	32%	56%
% dg che hanno ricoperto o ricoprono incarichi politico-partitici (% su totale di ciascun profilo di dg)	24%	36%	40%
% dg con laurea in medicina (% su totale di ciascun profilo di dg)	58%	44%	22%
% dg operanti in regioni del Centro-Nord (% su totale di ciascun profilo di dg)	91%	39%	70%
% dg operanti in regioni del Mezzogiorno (% su totale di ciascun profilo di dg)	9%	61%	30%

Fonte: Elaborazioni su micro-dati indagine *survey* su campione dg (2011).

Il secondo profilo relativamente più diffuso è quello dei direttori generali «guardiani delle norme», pari a circa un terzo del totale. Praticamente quasi nessuno di loro si autodefinisce «manager», mentre dichiara spesso una scarsa autonomia nella gestione delle risorse e lamenta effettive ingerenze da parte della politica. Si tratta in molti casi di professionisti che provengono da esperienze in politica, tratto che probabilmente assicura loro un rapporto fiduciario personale con gli amministratori a livello regionale. Nei due terzi dei casi sono persone impegnate nelle Regioni del Centro-Nord.

I direttori generali con profilo da dirigente «assediato» rappresentano circa un quarto del totale complessivo. Sono soprattutto presenti nel Mezzogiorno, subiscono in quasi la metà dei casi ingerenze della politica e dichiarano un grado medio di autonomia gestionale. Quello che li distingue dagli altri due profili è una presenza molto più conflittuale con il personale dell'azienda. Data la forte connotazione territoriale di tale profilo (concentrato perlopiù nel Sud), quest'ultimo dato non sorprende, in quanto si tratta spesso di figure professionali impegnate nei processi di managerializzazione in concomitanza con i Piani di rientro.

La ricostruzione qui presentata si riferisce ad alcuni anni fa, quando i direttori generali erano più numerosi di quelli attuali (circa 240 contro i 163 del 2018). È ipotizzabile, pertanto, che il primo profilo (i dirigenti «in grigio») sia oggi più diffuso rispetto al passato a seguito della necessità, con il «gigantismo» aziendale, di assicurarsi figure apicali sempre più preparate. Sarebbe, comunque, auspicabile una nuova indagine *ad hoc* su queste figure professionali.

5. Conclusioni

L'analisi articolata nel corso di questo saggio ha cercato di mettere in evidenza alcuni tratti di fondo del cambiamento nell'ottica di managerializzazione e di aziendalizzazione del Ssn nell'ultimo quarto di secolo.

Da un punto di vista macro-istituzionale, dopo la fase degli anni novanta caratterizzata da un certo grado di autonomia gestionale accordato alle (tante) Aziende sanitarie, si è passati in un primo momento a un modello che prevedeva la presenza di molte aziende a controllo regionale. Negli anni 2000 nella sanità il modello aziendale ha subito una trasformazione rilevante: le singole aziende hanno progressiva-

mente perso autonomia e il vero centro decisionale e gestionale è diventato quello regionale. A partire dalla fine degli anni 2000, e in particolar modo in quelli dell'austerità, ha invece assunto un tono ancora più forte il «gigantismo organizzativo» e cioè il processo di fusione e di accorpamento di singole Asl a livello spesso sovra-provinciale.

Dentro questo quadro buona parte delle figure apicali delle singole aziende (i direttori generali) ha assunto ruoli più assimilabili a figure di *middle management* che di *top management* o si è dovuta scontrare con forti resistenze locali (soprattutto nel Mezzogiorno). Allo stesso tempo va comunque sottolineato come la forte attenzione alla dimensione manageriale e a quella organizzativa ha assicurato, in questi anni di scarse risorse per il Ssn, la sua tenuta e un utilizzo quanto più efficiente possibile di quelle disponibili. Infine, un gruppo rilevante di aziende ha visto al proprio apice professionisti che, con fatica e tramite un'azione più di intermediazione e di mediazione fra esigenze differenti che di leadership carismatica, ha cercato di ricavarci un certo grado di autonomia e di innovazione dentro un modello che rimane comunque a forte controllo regionale.

Riferimenti bibliografici

- Barnard C., 1958, *Organization and Management: Selected Papers*, Harvard University Press, Cambridge.
- Capano G. e Gualmini E., 2011, *Le pubbliche amministrazioni in Italia*, il Mulino, Bologna.
- Cergas, 2017, *Rapporto Oasi 2017*, Egea, Milano.
- Corte dei Conti, 2015, *Rapporto 2015 sul coordinamento della finanza pubblica*, Corte dei Conti, Roma.
- Crozier M., 1969, *Il fenomeno burocratico*, Etas Kompas Editore, Milano.
- del Pino E. e Pavolini E., 2015, *Decentralisation at a Time of Harsh Austerity: Multilevel Governance and the Welfare State in Spain and Italy Facing the Crisis*, «European Journal of Social Security», n. 2, pp. 247-271.
- Gouldner A.W., 1954, *Patterns of Industrial Bureaucracy*, Glencoe, Free Press.
- Istat, 2018, *Health for All*, Roma.
- Jessoula M., Pavolini E., Raitano M. e Natili M., 2018, *Espn Thematic Report on Inequalities in Access to Healthcare. Italy*, Espn, Bruxelles.
- Longo F., 2017, *Trasformazioni istituzionali dei Ssr e delle aziende: dinamiche e impatti*, Cergas.
- Ocse, 2016, *Revisione Ocse sulla qualità dell'assistenza sanitaria in Italia. Sintesi dei dati*.

- Osservasalute, 2018, *Rapporto Osservasalute 2017*, Roma.
- Pavolini E. (a cura di), 2011, *Il cambiamento possibile. La sanità in Sicilia tra Nord e Sud*, Donzelli, Roma.
- Pavolini E. e Guillén A.M. (a cura di), 2013, *Health Care Systems in Europe under Austerity*, Palgrave, Basingstoke.
- Pavolini E. e Vicarelli G., 2012, *Una danza generativa: lo studio della sanità in Italia fra management, professioni e politica*, «la Rivista delle Politiche Sociali», supplemento n. 4, pp. 187-210.
- Pavolini E. e Taroni F., 2016, *Un difficile equilibrio: comuni e regioni fra politiche sanitarie e socio-sanitarie*, in Bolgherini S. e Dallara F. (a cura di), *La retorica della razionalizzazione. Il settore pubblico italiano negli anni dell'austerità*, Istituto Carlo Cattaneo, Bologna, consultabile all'indirizzo internet: www.cattaneo.org/wp-content/uploads/2017/05/Misure37_10.05.16.pdf.
- Petmesidou M., Pavolini E. e Guillén A.M., 2014, *Southern European Healthcare Systems under Harsh Austerity: A Progress-Regression Mix?*, «South European Society and Politics», vol. 19, n. 3, pp. 331-352.
- Selznick P., 1957, *Leadership in Administration: a Sociological Interpretation*, Row Peterson, Evanston.
- Senato della Repubblica, 2018, *Documento conclusivo dell'Indagine conoscitiva sulla sostenibilità del Servizio sanitario nazionale con particolare riferimento alla garanzia dei principi di universalità, solidarietà ed equità approvato dalla Commissione, Commissione Igiene e sanità del Senato*, Roma, gennaio 2018.
- Taroni F., 2014, *Salute, sanità e Regioni in un Servizio sanitario nazionale*, in Salvati M. e Sciolla L. (a cura di), *L'Italia e le sue Regioni. L'età repubblicana. Vol. I*, Istituto della Enciclopedia Italiana, Roma, pp. 411-427.
- Vicarelli M.G. (a cura di), 2005, *Il malessere del welfare*, Liguori, Napoli.
- Vicarelli M.G., 2015, *Healthcare: Difficult Paths of Reform*, in Ascoli U. e Pavolini E. (a cura di), *The Italian Welfare State in a European Perspective*, Bristol, Policy Press, pp. 157-178.
- Vicarelli M.G. e Pavolini E., 2017, *Dynamics between Doctors and Managers in the Italian National Health Care System*, «Sociology of Health & Illness», vol. 39, n. 8, pp. 1381-1397.

Farmaci (e tecnologie) come indicatore, didattico e complessivo, della storia del Sistema sanitario nazionale

Gianni Tognoni e Alice Cauduro

L'articolo sviluppa attraverso le tappe di evoluzione dello scenario del farmaco, in Italia, ma sullo sfondo delle trasformazioni della ricerca e del mercato a livello internazionale, la tesi enunciata nel titolo: contenuti, ruoli, criteri di uso di farmaci e di tecnologie possono, e devono, essere raccontati, compresi, valutati nella loro permanente e molto stretta relazione con il sistema sanitario complessivo. Le tappe ritenute più significative, dai due punti di vista complementari, degli sviluppi conoscitivi e istituzionali, nel corso degli ultimi quarant'anni guidano ad una lettura

complessiva del Ssn, che ne permette la comprensione in un contesto politico, sociale, istituzionale (ancora una volta e indissolubilmente a livello nazionale e globale) sempre più caratterizzato da una dipendenza da determinanti di tipo economico che si impongono sui principi e i dettati costituzionali che dovrebbero garantire prioritariamente il diritto individuale e collettivo ad una sanità non escludente soprattutto delle popolazioni/patologie che più direttamente mettono a rischio l'autonomia e la dignità delle vite-storie delle persone.

1. Quadro di riferimento¹

Classicamente, fin dalla formazione dei medici e del personale sanitario, l'area della farmacologia (la tecnologia più antica, diffusa ed esemplare di tutti gli interventi diagnostico-terapeutici) viene trattata

¹ La documentazione puntuale delle pubblicazioni e della letteratura che sostengono la logica generale del contributo, e le singole affermazioni, sarebbe ovviamente molto estesa, ed in ogni modo incompleta. Gli autori sono disponibili a fornire tutte le referenze bibliografiche pertinenti a coloro che fossero interessati a meglio comprendere, approfondire, contraddire, discutere il percorso di lettura proposto.

come una disciplina «a parte», tanto da essere insegnata per lo più prima della clinica. Anche a livello istituzionale, la normativa, l'economia, l'informazione relative ai farmaci occupano spazi e attività che appaiono, e vengono gestiti, come dotati di una loro autonomia, da valutare e controllare con strumenti e criteri che possono essere indipendenti da considerazioni epidemiologiche e di salute pubblica. L'ipotesi di lavoro che ha guidato la preparazione e lo sviluppo di questo contributo (formulata via via e sperimentata sul campo lungo i quarant'anni che sono lo scenario del Sistema sanitario nazionale) assume come contesto concettuale e operativo quello esplicitato nei tre punti che seguono e che propongono una prospettiva chiaramente diversa.

- A) Il farmaco (in quanto tale, come entità chimica, come strumento sanitario, come ambito di salute pubblica) non esiste di per sé: è una variabile dipendente dai tanti ambiti che incrocia, anche se con ruoli che sembrano averlo come protagonista.
- B) Più esplicitamente delle singole tecnologie, il farmaco è infatti tecnologia trasversale a tutte le discipline più o meno specialistiche, e corrisponde, nel suo fondo, a due dimensioni e due «rappresentazioni» molto diverse, ma tra loro indivisibili. La prima è quella conoscitiva-scientifica, caratterizzata da impressionanti modalità e dis-continuità di sviluppo innovativo: dalla farmacologia classica, a tutte le nuove «omiche», alle nanotecnologie, alla terapia, alle recenti «rivoluzioni» in ambito oncologico, cui corrispondono la staticità-ripetitività decennali di psicofarmacologia e invecchiamento, ecc. La seconda rappresentazione è strettamente qualitativa: ha a che fare con il mondo delle relazioni (tra medico e paziente, tra la diversità delle persone) e degli immaginari (delle attese, delle percezioni di sé, del rapporto con i valori del vivere, e così via).
- C) La storia, la comprensione, la narrazione, i risultati, gli impatti, il significato, le priorità del farmaco e soprattutto le sue «frontiere», coincidente con interlocutori-protagonisti obbligati, che contribuiscono in modo determinante a scelte, produzione, attribuzione di «valori» e «significati» solo indirettamente correlati con gli aspetti di salute-malattia del vivere, e molto di più con quelli della economia-democrazia della società. Le interazioni con queste frontiere – diritto, economia, modelli di sviluppo, diseguaglianze, marginalità, norme etiche, leggi di mercato – sono note: la loro gestione acritica e/o ben pianificata in termini di separazioni tra i vari punti di vista, fa della «variabile farmaco» un anello puramente «funzionale» a processi decisionali decisi «altrove» e per altro. Gli opera-

tori sanitari (medici e non), sono per lo più considerati (e si considerano) «utilizzatori finali» di quanto via via il mercato politico, economico, amministrativo propone.

La letteratura sui temi di questo quadro di riferimento, dai primi anni settanta ad oggi, è cresciuta e si è esplicitata più con un atteggiamento di «constatazione» e di «descrizione della evoluzione naturale» che come opportunità-necessità di cambiamento di direzione.

2. 1970 → 1978 → 1996: dal tempo di una nascita a lungo attesa, alla creatività delle origini, agli interrogativi duri dell'adolescenza del Ssn

Le caratteristiche della situazione italiana del farmaco, nel periodo che aveva visto il primo sviluppo accelerato dell'area della farmacologia del corrispondente mercato crescentemente promettente, possono essere riassunte in questi termini.

- 1) I farmaci «della mutua», gratuitamente accessibili, coincidevano con un mercato molto poco controllato in termini di efficacia (e di sicurezza). L'insegnamento della farmacologia a livello universitario era molto precario, con risorse-competenze di ricerca molto limitate (l'emergere nel 1963 di un gruppo uscito/espulso dall'accademia, indipendente, con originalità di ricerca e forti legami internazionali, quello del Mario Negri di Milano, rimaneva un'eccezione). L'industria italiana aveva pochi poli di riferimento (Farmitalia, Carlo Erba, Lepetit) in un regime di forte resistenza alle normative brevettuali, che si facevano sempre più esigenti a livello europeo.
- 2) La proposta nei primi anni settanta di una restrizione del «Pronuario Inam (Istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie)» da parte di una commissione tecnica, in vista di risparmi sulla spesa, ma soprattutto per fare un passo in avanti verso la razionalizzazione di un mercato invaso da prodotti inutili, ripetitivi, confondenti (si stimava allora, anche nella letteratura internazionale, che non più del 10% dei farmaci in commercio avesse a suo favore prove di efficacia), suscita una vera rivolta politica e sindacale che porta al rifiuto della proposta. Questa diviene tuttavia – anche con l'appoggio di gruppi professionali come i farmacisti della Sifo (Società italiana di farmacia ospedaliera), oltre che di nuclei di esperti molto orientati verso la salute pubblica – un punto di riferimento metodologico e culturale, che produce i suoi

frutti. Si stabiliscono Commissioni terapeutiche ospedaliere, che sono anche espressione di assunzione di responsabilità da parte delle Regioni, e il «problema del farmaco» si trasforma in uno dei capitoli centrali, concreto e simbolico, di un Ssn che è ormai alle porte. Anche da parte sindacale si apre un dibattito molto propositivo, in una stagione in cui i conflitti tra sigle rappresentative sono sempre forti, e in cui Farminindustria sta acquisendo sempre più peso e ruolo politico, con la comparsa di personaggi-protagonisti che occupano la scena delle alleanze politiche più diverse, per tutti gli anni a cui qui si fa riferimento.

- 3) L'accelerazione culturale, più ancora che politica, che caratterizza la società italiana degli anni settanta, coinvolge profondamente (nei contenuti sostanziali e con la formazione di gruppi collaborativi originali, per quanto quantitativamente limitati) pure l'ambito della sanità, e in particolare della ricerca medica. È di questi anni l'attività di G.A. Maccacaro, con tutto ciò che ha rappresentato, per una responsabilità etica che è profondamente ed esplicitamente politica. La «sua» collana dedicata a «Medicina e Potere» (nella quale una posizione critica sul farmaco a livello internazionale occupa un posto importante) diventa punto di riferimento per tutte le componenti «progressiste» aggregatesi nel frattempo intorno al grande movimento culturale e istituzionale inaugurato da Franco Basaglia, anche per la critica al farmaco, come componente repressiva ed escludente dei bisogni diversi e complessi della psichiatria. Sempre di questi anni è la politica anticipatoria della Regione Lombardia con la Commissione per la sperimentazione e una politica rigorosa e diffusa di prontuari ospedalieri.
- 4) Il collegamento con le conquiste della società civile negli anni che preparano il 1978 (legge 180 e legge 833 istitutiva del Ssn) è imprescindibile. Al di là degli aspetti normativi (tabella 1), l'identità del farmaco come «bene sociale», espressione concreta e fortemente simbolica della fruibilità del diritto alla salute sancito dalla Costituzione, diventa centrale. Si avvia una progettualità molto forte, con la Medicina generale, che si sta trasformando profondamente, con prontuari redatti collegialmente (ed in pediatria anche con i genitori), molto rigorosi, riconosciuti internazionalmente come modello, e con la prima rivista di informazione indipendente (Informazione sui farmaci, IsF), che diverrà poi membro fondatore della International Society of Drug Bulletins (Isdb). Soprattutto è il tempo, sulla base di iniziative che si sviluppano nel

contesto molto particolare di una Inghilterra che vive ancora a pieno la sua storia di Nhs, dello sviluppo di metodologie (che sono più ancora una «cultura») che mirano a togliere la valutazione di farmaci e interventi dall'empirismo allora largamente imperante, per farne uno strumento scientificamente rigoroso, con obiettivi di sanità pubblica, capace di essere indipendente, rispetto a un'industria farmaceutica che si è molto velocemente affermata a livello mondiale come potere crescente nel definire priorità di sviluppo e regole di mercato attraverso i primi farmaci «veri» che si sono sviluppati: dagli psicofarmaci, agli anticancro, ai beta-bloccanti, ecc. Si esprimono, si formano, si affermano in quegli anni tutti gli strumenti di lavoro, ricerca, valutazione, che sono alla base della rivoluzione terapeutica basata sugli «studi randomizzati di popolazione», con reti fortemente collaborative di ricerca, che contribuiscono a fare della medicina uno dei luoghi dove ci si educa (nei «servizi» più che nell'accademia) a essere «responsabili rispetto ai bisogni inevasi».

- 5) Gli sviluppi italiani sopra ricordati non passano inosservati a livello internazionale: la politica farmaceutica dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) sui farmaci essenziali vede gruppi italiani come protagonisti di quanto il direttore generale H. Mahler sta sviluppando con la lista di farmaci essenziali (1977) e la dichiarazione di Alma Ata (1978). È importante verificare quanto il linguaggio che prepara il Ssn in Italia e quello che si muove nella parallela stagione della «salute per tutti» dell'Oms si rincorrono e si rinforzano, certo a livello della ricerca e delle pubblicazioni culturali, ma anche nei primi anni di avvio della legge 833 e della legge 180. Il collegamento tra salute e diritti, personali e collettivi, è esplicito, ed è parte di estesi programmi di informazione. La dimensione economica del mercato farmaceutico è ben presente, ma proprio in settori così prioritariamente competitivi come quello dei farmaci cardiovascolari, fino dalla prima metà degli anni 80 è possibile creare reti nazionali collaborative che su base volontaria si affermano a livello internazionale con un progetto come il Gissi (Gruppo italiano per lo studio della sopravvivenza nell'infarto miocardico) che fa scuola ovunque e fa del Ssn italiano nel campo terapeutico un modello di laboratorio riconosciuto come esemplare.
- 6) La dissociazione tra questa realtà culturale, anche internazionalmente propositiva, e la gestione normativa anche della ricerca, da

parte della politica ministeriale e industriale italiana, non poteva essere più evidente. Quasi simbolicamente, al coordinamento dello studio Gissi sopra citato (non finanziato né dall'industria né a livello pubblico), già in pubblicazione, giunge la risposta ufficiale della Direzione farmaceutica del Ministero della Sanità alla richiesta inoltrata due anni e mezzo prima che nega sia il permesso che il sostegno allo studio. Da non dimenticare che in un'Italia che doveva sperimentare su larga scala la cultura della sanità come elemento di alfabetizzazione ai diritti fondamentali della vita quotidiana, l'interpretazione del ruolo di «indicatore» del farmaco era nelle mani a livello politico ufficiale di D. Poggiolini, in stretto «dialogo» con una Farindustria sempre più interessata a rafforzare la propria capacità di mercato, «utilizzando» il Ssn come efficiente rete di distribuzione e di pronta cassa, e non investendo praticamente nulla di sostanziale in ricerca.

- 7) Il settore del farmaco – che sta cambiando molto stili, contenuto, protagonisti a livello mondiale – va così incontro agli anni novanta che vedono le trasformazioni di un Ssn appena «adolescente» in una realtà obbediente, e solerte, nel trasformarsi in «azienda» con riferimento a criteri-priorità economici e non di diritto. La stagione di «Mani pulite» inevitabilmente tocca a fondo il mondo profondamente corrotto dei farmaci, facendo ri-scoprire la necessità di una nuova stagione di selezione, controllo, vigilanza. La famosa Commissione unica del farmaco (Cuf) funziona bene, mettendo a frutto quanto di meglio era stato sviluppato dal punto di vista metodologico ed epidemiologico negli anni ottanta. Quella che sembra essere una primavera nazionale che sperimenta una alleanza tra esigenze tecnico scientifiche e politiche pubbliche, deve essere tuttavia inquadrata nella trasformazione sostanziale dello scenario globale. Il peso economico e politico dell'industria farmaceutica è sempre più protagonista, sulla linea di una evoluzione complessiva che ha già visto nell'era Reagan-Tatcher la sottomissione della cultura e dell'organizzazione del Nhs agli stessi criteri di redditività di qualsiasi infrastruttura contesa tra pubblico e privato: si afferma una legislazione registrativa sempre più obbediente a criteri di globalizzazione dei mercati (le regole di Good Clinical Practice e dell'International Conference of Harmonization, Gcp-Ich, sono dei primi anni novanta), per assicurare la trasformazione sempre più strutturale dell'area farmaco e sanità in uno dei settori trainanti (da tutti i punti di vista) di quella Organiz-

zazione mondiale del commercio (Omc/Wto) che dal 1994 si dichiara protagonista di tutto il mondo dei «servizi». Con il rapporto sul Global Burden of Disease (Gbd) del 1996 (prodotto congiuntamente dalla Banca mondiale e dall'Oms) viene proposto uno scenario di un mondo globale in cui i «diritti» alla salute delle persone e delle popolazioni devono scomparire, anche dal linguaggio, per lasciare posto ai «costi» della malattia.

3. È possibile una politica che promuove cultura sperimentando soluzioni? L'Aifa 1998-2008

Il ruolo di indicatore del farmaco è in questi anni particolarmente interessante sebbene non sia molto noto e istituzionalmente cancellato. La storia ufficiale della politica farmaceutica in Italia, così come quella «dell'indicatore farmaco» nell'ambito della sanità o della società sembrava in qualche modo essersi conclusa con lo sviluppo degli scenari precedentemente evidenziati: «normale» dipendenza dai protagonisti «forti» (industria in primis, *lobbies* più o meno politiche, mercato sempre più internazionale), interfaccia occasionale, più o meno conflittuale con la società.

Il periodo che va dal 1998 al 2008 è invece da considerare come lo snodo di una riflessione sul ruolo del farmaco come possibile protagonista-indicatore pro-positivo di una politica sanitaria e culturale capace, nelle rapide evoluzioni del sistema industriale globale, di essere soggetto attivo di una sperimentazione che riguarda complessivamente i rapporti sanità/farmaci/società. Coerentemente con le radici e linguaggi nei tempi di nascita del Ssn la domanda è: può il farmaco, in quanto strumento più vicino e quotidiano nella vita e nell'immaginario delle persone, essere non un'area di promozione di consumi, di costi, di «dipendenza» culturale, bensì un'opportunità per restituire credibilità operativa a parole come cittadinanza, partecipazione, diritto che da «costituzionali» rischiavano di trasformarsi in «cosmetiche»?

Il periodo indicato coincide con la creazione della nuova Agenzia italiana del farmaco (Aifa) e la sua direzione da parte del dottor Nello Martini, già protagonista, con una generazione di farmacisti pubblici, della Società italiana dei farmacisti ospedalieri del Servizio sanitario nazionale (Sifo), chiamato a quel posto dalla ministro Bindi. La storia istituzionale è molto chiara, lunga, produttiva, e passa attraverso la gestione di ministri come Sirchia e Veronesi. La conclusione è un vero

«giallo» giudiziario e istituzionale. Dimissione obbligata dalla sera al mattino, voci tradotte in sospetti, e poi travestite da accuse di comportamenti informativi non corretti («rischio di strage»), mai neppure da lontano provati: il tutto ridicolizzato, per l'incredibilità e l'ignoranza delle ragioni addotte, da esperti indipendenti, italiani e internazionali, denunciati duramente come scandalo, una «Mani pulite» capovolta, da una rivista come «Nature», esaminato con ritardi procedurali infiniti e programmati, in sede giudiziaria, per terminare, dopo anni, nel più grande silenzio istituzionale, con una sentenza che dichiara che il fatto semplicemente non esisteva.

Non si vuole qui ripercorrere una delle pagine più brutte della recente storia sanitaria e di civiltà giuridica: oltre che dei certo non neutri intrecci di interessi personali e politici. È utile invece, e necessario, lasciar traccia di una storia che per alcuni anni (mentre la politica italiana non brillava certo di trasparenza e si avviava alla crisi) è stata di riferimento scientifico e istituzionale anche a livello europeo. Le proposte e le pratiche di allora a tutt'oggi rappresentano una opportunità per fare di questo indicatore quasi esclusivo di spesa, in questo senso perennemente controverso, un laboratorio di intelligenza e di democrazia, e per non rassegnarsi ad una gestione frammentata oltre che attraversata da «emergenze» che sono indicatori di livelli preoccupanti di «ignoranza» a livello politico-istituzionale. I casi (cui si fa un riferimento facilmente riconoscibile anche nella tabella 1) sono variegati e vanno dalla disponibilità e dai costi della terapia per l'epatite, alla gestione della vicenda vaccinale, alla tragicommedia di Stamina, alla scomparsa di ogni pratica di informazione indipendente; dall'andamento di quanto riguarda il ticket (alla frontiera tra area Aifa politiche relative ai Pdt e alla gestione della cronicità, all'evoluzione legislativa sulla sperimentazione clinica, che «interpreta» per l'Italia una normativa europea sempre più funzionale ad una dipendenza stretta della ricerca dalle scelte delle multinazionali.

Il pro-memoria, coinciso con iniziative concrete e documentate, include:

- 1) una politica attiva e dialettica di dialogo-confronto con l'industria per una gestione trasparente dei prezzi, dalla loro approvazione al loro «riconoscimento» basato su valore/efficacia documentati. In altri termini la farmaco-economia è chiamata, come tutte le competenze, a confrontarsi ed essere verificabile;
- 2) strategie regolari di informazione indipendente rivolta ai medici, con programmi mirati a fare delle linee guida uno strumento flessibile;

- 3) lo sviluppo di normative (e risorse) che creano spazi concreti alla ricerca indipendente, con finanziamenti generati da una «tassa» sulla propaganda industriale, e assegnazione tempestiva di fondi ad aree prioritarie per la salute pubblica;
- 4) una collaborazione trasparente con gruppi professionali e società scientifiche rappresentativi (insieme ad associazioni di pazienti) di una possibile-credibile «comunità scientifica»;
- 5) un rapporto con l'Europa caratterizzato a livello culturale, per una identità delle agenzie del farmaco come enti non principalmente di controllo, ma di monitoraggio-promozione di politiche innovative;
- 6) una presenza attiva nell'area della gestione dei «big-data» per fare dell'epidemiologia del farmaco una parte integrante e centrale dell'epidemiologia del paese, tenendo conto delle variabili socio-economiche, così da mettere in evidenza e rendere adottabili-evitabili, con interventi mirati, i problemi più marginalizzati che incidono sulla stessa sopravvivenza delle persone.

4. *La storia del farmaco attraverso leggi e norme*

Il pro-memoria per un auspicabile (im-probabile?) futuro su cui si è concluso il paragrafo precedente deve confrontarsi con la storia dell'evoluzione, lungo gli ultimi quarant'anni, del quadro normativo che ha accompagnato il mondo del farmaco a livello italiano e internazionale. Nient'altro che un'elencazione molto sintetica di ciò che è significativo nel determinare gli incroci dei vari scenari – prospettive positive, barriere, incertezze, distanze – con la «oggettività» dei provvedimenti legislativi, imprescindibili per comprendere la storia generale. Non è proponibile in questa sede un commento specifico, né un elenco anche solo lontanamente esaustivo di una realtà che si è espressa anche, e in modo spesso controverso, nella grande variabilità dei percorsi regionali (confronto Stato-Regioni, eterogeneità inter-regionali) tanto nel campo ristretto del «farmaco» quanto rispetto alla programmazione-gestione degli aspetti tecnologici del sistema sanitario. La tabella 1 riportata di seguito evidenzia le tappe principali della disciplina dei farmaci dal 1978 ad oggi.

Tabella 1 - Disciplina dei farmaci dal 1978 a oggi

1978

Corte costituzionale, sentenza n. 20/1978 - La Corte costituzionale dichiara l'illegittimità della norma che vieta la brevettabilità dei farmaci (Regio decreto 29 giugno 1939 n. 1127, art. 14). Il brevetto del farmaco viene considerato dalla Corte come necessario per la ricerca scientifica e per il progresso farmaceutico.

Legge 23 dicembre 1978, n. 833 - Il Ssn viene improntato ai principi dell'universalismo dell'accesso alle cure, dell'uguaglianza e della partecipazione (art. 1), supera lo stesso testo costituzionale (art. 32) che definisce il diritto alla salute come diritto fondamentale, ma condiziona la gratuità delle cure all'indigenza dell'individuo. Si sancisce la funzione sociale del farmaco e la prevalente finalità pubblica della produzione e la necessaria complessiva coerenza del settore farmaco con gli obiettivi Ssn (art. 29)

1993

Legge 23 dicembre 1993, n. 537, art. 8 co. 12 - Introduce il modello di determinazione del prezzo sorvegliato (per i farmaci non da banco) dal Cipe sulla base del prezzo medio europeo.

1994

Accordo Wto-Trips - Firmato a Marrakech il 15 aprile 1994, ratificato dall'Italia con legge 29 dicembre 1994, n. 747 e approvato dal Consiglio con decisione 94/800/Ce del 22 dicembre 1994. L'art. 27 par. 1 stabilisce che «possono costituire oggetto di brevetto le invenzioni, di prodotto o di procedimento, in tutti i campi della tecnologia, che siano nuove, implicino un'attività inventiva e siano atte ad avere un'applicazione industriale». Con la Dichiarazione, siglata a Doha il 14 novembre 2001 nell'ambito della Conferenza ministeriale della Wto si prevede la possibilità di derogare alle regole brevettuali per ragioni di sanità pubblica (es. licenze obbligatorie).

1996

Legge 23 dicembre 1996, n. 648, art. 1 co. 4 e 4 bis - Si stabilisce che «qualora non esista valida alternativa terapeutica, sono erogabili a totale carico del Servizio sanitario nazionale [...] i medicinali non ancora autorizzati ma sottoposti a sperimentazione clinica e i medicinali da impiegare per un'indicazione terapeutica diversa da quella autorizzata».

1998

Legge 8 aprile 1998, n. 94 - Misure in materia di sperimentazioni cliniche in campo oncologico e altre misure in materia sanitaria - Disciplina la cd. prescrizione *off label* dei farmaci. «In singoli casi il medico può, sotto la sua diretta responsabilità e previa informazione del paziente e acquisizione del consenso dello stesso, impiegare un medicinale prodotto industrialmente per un'indicazione o una via di somministrazione o una modalità di somministrazione o di utilizzazione diversa da quella autorizzata» (art. 3 c. 1-2).

2000

Regolamento (Ce) n. 141/2000 - Regolamento sui farmaci cd. orfani. La disciplina riguarda

quei farmaci necessari alla cura delle malattie rare per i quali i costi di sviluppo e commercializzazione rischiano di non essere recuperati con le vendite.

2001

Direttiva 2001/83/Ce - La Direttiva recante un Codice comunitario dei medicinali per uso umano è stata recepita in Italia con d.lgs. 24 aprile 2006, n. 219. Il Codice comunitario ha l'obiettivo di armonizzare le discipline nazionali degli Stati membri dell'Unione europea in materia di circolazione dei medicinali per quanto riguarda immissione in commercio, importazione, etichettatura, distribuzione all'ingrosso, pubblicità e farmacovigilanza.

2003

Legge 24 novembre 2003, n. 326 - Istituzione dell'Agenzia italiana del farmaco. L'Aifa ha anche poteri di negoziazione del prezzo dei farmaci di fascia A rimborsati dal Ssn.

2004

Regolamento Ue/726/2004 - Il Regolamento istituisce procedure comunitarie per l'autorizzazione e la sorveglianza dei medicinali per uso umano e veterinario. Viene istituita l'Agenzia europea dei medicinali (Ema) che non sostituisce le competenze degli Stati membri ma «affianca» le agenzie nazionali nelle procedure autorizzatorie e nella farmacovigilanza.

2014

Regolamento Ue/536/2014 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 aprile 2014 sulla sperimentazione clinica di medicinali per uso umano e che abroga la direttiva 2001/20/Ce, art. 84 rubricato «Sostegno dell'Agenzia e della Commissione» stabilisce che: «L'Agenzia [Ema, n.d.r.] sostiene il funzionamento della cooperazione tra gli Stati membri nel quadro delle procedure di autorizzazione [...] gestendo e aggiornando il portale Ue e la banca dati Ue conformemente all'esperienza acquisita durante l'attuazione del presente regolamento».

2014

Editoriale Aifa del 18/07/2014, Dall'Etica del profitto al profitto dell'Etica: sofosbuvir come esempio di farmaci dal costo insostenibile, una sfida drammatica per i sistemi sanitari e un rischio morale per l'industria - Con la circolare del Ministero della Salute. A partire dalla prolungata emergenza per questo farmaco modello, nella circolare ministeriale del 23 marzo 2017 si forniscono istruzioni operative in merito all'importazione per il solo uso personale di specialità medicinali registrate all'estero, autorizzabile in mancanza di valida alternativa terapeutica.

2016

Legge di bilancio 2017 - L'articolo 1, comma 400, legge 11 dicembre 2016, n. 232 stabilisce che «a decorrere dal 1° gennaio 2017, nello stato di previsione del Ministero della salute è istituito un Fondo per il concorso al rimborso alle regioni per l'acquisto dei medicinali innovativi».

2017

Determina Aifa 31 marzo 2017 n. 51 - L'Aifa determina, ai sensi della legge 11 dicembre 2016, n. 232 i criteri per la classificazione dei farmaci innovativi e dei farmaci oncologici

innovativi, adottando tre parametri di valutazione: il bisogno terapeutico, il valore terapeutico aggiunto, la qualità delle prove ovvero la robustezza degli studi clinici attribuendo ad ognuno dei parametri diversi gradi di valutazione (massimo, importante, moderato, assente, ecc.).

2017

Legge 31 luglio 2017, n. 119 - Prevede l'obbligatorietà e la gratuità di determinate vaccinazioni «per i minori di età compresa tra zero e sedici anni e per tutti i minori stranieri non accompagnati» e, in caso di mancata osservanza dell'obbligo vaccinale, una sanzione amministrativa pecuniaria per i genitori esercenti la responsabilità genitoriale, i tutori o i soggetti affidatari. Nel caso di mancata presentazione della documentazione vaccinale è prevista la decadenza dall'iscrizione scolastica «per i servizi educativi per l'infanzia e le scuole dell'infanzia, ivi incluse quelle private non paritarie».

2018

Legge 11 gennaio 2018, n. 3 - La legge delega al governo la disciplina delle sperimentazioni cliniche di medicinali in conformità del Regolamento (Ue) n. 536/2014, prevede, anche, l'istituzione presso l'Aifa di un «Centro di coordinamento nazionale dei comitati etici territoriali per le sperimentazioni cliniche sui medicinali per uso umano e sui dispositivi medici» e «l'individuazione dei requisiti dei centri autorizzati alla conduzione delle sperimentazioni cliniche dalla fase I alla fase IV, con preferenza per i centri che assicurino, nella fase IV, il coinvolgimento delle associazioni dei pazienti nella definizione dei protocolli di ricerca».

5. Punti di repere 2018

Ci si sofferma ora su alcuni spunti riassuntivi dei rapporti tra la «cultura» del mondo farmaci-tecnologie e quella di sanità-società. Per una documentazione tecnica più puntuale è utile fare riferimento agli ultimi anni del bimestrale IsF che ha cercato di mantenere il suo obiettivo di non essere solo una «bussola» rispetto alle singole novità farmaco terapeutiche ma un osservatorio sugli aspetti culturali e sul mercato, nella sua accezione più articolata di legislazione, consumo, economia, cultura, politica, attraverso un monitoraggio della letteratura internazionale.

Gli ultimi anni hanno visto innovazioni importanti in ambito diagnostico e terapeutico in particolare nel campo oncologico (al di là della ipernota vicenda della terapia per l'epatite C). Le informazioni essenziali, riviste criticamente per gli aspetti tecnici, di efficacia e di rilevanza di salute pubblica, sono ritrovabili in due dossier periodici di Isf. Importa sottolineare qui, coerentemente con un dibattito sempre più sviluppato sia nella letteratura scientifica che nei mass-media interna-

zionali, le implicazioni di questa vera e propria «rivoluzione». Il rapporto costi-benefici è diventato insostenibile in qualsiasi sistema sanitario: a «benefici» di sopravvivenza (spesso con impatto negativo sulla qualità di vita), nella maggior parte dei casi molto limitati (da pochissime settimane a pochi mesi), corrispondono costi/paziente/trattamento che possono andare da decine a centinaia di migliaia di euro. Tutto perché le entità regolatorie si sono sempre più «chiamate fuori» da qualsiasi responsabilità di ricondurre un «bene di mercato» a criteri di sostenibilità e accessibilità pubblica collettiva.

Secondariamente va rimarcato come il ruolo di «indicatore» del benefarmaco non potrebbe essere più evidente. La rotta di collisione tra diritti universali (ovvero di ognuno e di tutti) alla vita e compatibilità con l'economia è inevitabile ed è protagonista chiave anche della stessa «guerra» (ideologica, economica, istituzionale, epidemiologica, pseudo-scientifica) tra modelli di sistemi sanitari. La forza del «mercato» – quello concreto, della propaganda industriale, delle posizioni normative e dei comportamenti professionali, e quello dell'immaginario collettivo sull'affidabilità delle scienze e sulla speranza di vita – privilegia la tecnologia del farmaco, oggi oncologico, domani chi sa: le risorse sono sottratte ad altri capitoli sanitari, che non possono vantare «evidenze» comparabili con quelle proposte dalla santa alleanza tra scienza, industria, enti regolatori, interessi distribuiti lungo tutta la catena di produzione-distribuzione.

Le critiche sempre più esplicite al «degrado» e alla dipendenza degli enti regolatori, dalla Fda all'Ema, nel gestire le rivoluzioni tecnologiche, sono all'ordine del giorno, ma trovano sempre meno spazio nei programmi politici e nell'informazione all'opinione pubblica. La cosa non sorprende in fondo, visto che la «guerra sul farmaco» è una delle forme di guerra, giuridica, culturale, politica che è in pieno sviluppo-svolgimento sulla sostenibilità di una gerarchia di valori che abbia come soggetti e destinatari vita e dignità di persone-popolazioni, e non crescite non-controllate di beni consumabili a costi che garantiscono massimali di profitti.

Va poi evidenziato che il lavoro sull'immaginario si esercita sottolineando le attese di un futuro terapeutico caratterizzato da qualità attraenti e complementari: la «precisione» e la «personalizzazione». Gli strumenti che le renderanno possibili sono sempre più sofisticati, sia a livello diagnostico che terapeutico: molecolari e genetici, con nanotecnologie, intelligenze artificiali e robotiche, algoritmi che fanno parlare in modo mirato i big data, e permettono di predire il dove ed il

come investire in ricerca: sarà/è il tempo di una «human technology», e di decisioni e scelte «value based and shared». Il consenso su questo scenario ottimistico attraversa tutte le discipline «advanced», e coinvolge il mix dello spettro dei main/social/media. Conseguenza inevitabile, al di là di tutte le affermazioni-raccomandazioni al contrario, è la creazione di un mondo invisibile: quello del quotidiano della sanità e della vita. Questo mondo non ha il fascino delle promesse: è concreto, descritto-vissuto come luogo di malfunzionamento e di corruzioni, di incapacità e di disagi, non ha diritto-capacità di parola. Si dovrebbe chiamare, ma si esita a farlo, la frontiera dove la legalità coincide con la violazione di diritti. La sanità è parte di un processo di diseguaglianza, che si constata come dato evolutivo della società e come tale non modificabile. Le «liste di attesa» – non importa quanto e come i dati che le documentano siano inaffidabili e/o manipolabili, semplicemente perché non ne esplorano congiuntamente cause ed evitabilità – sono in questo senso il mantra perfetto. Il farmaco, ammantato delle promesse di cui sopra (anche con le caratteristiche dei Di Bella e di Stamina) si presenta come l'unica risposta: «è sempre disponibile, qui ed ora, si può anche pagare, ma almeno dà l'idea concreta di qualcosa che si fa. Se non succede niente si vedrà, si cambia, in farmacia c'è tutto».

In questo scenario – dominato dall'altro mantra: le risorse sono limitate – la creazione di problemi-gruppi umani «orfani», «dismessi», «espulsi» è facile, programmata, anche se non dichiarata, perché si realizza per «sottrazione», di attenzione e di investimenti. È un aspetto complementare del farmaco-indicatore. L'impotenza del farmaco in psichiatria è chiara e confermata: i bisogni rimangono, ma i servizi e le reti sociali non possono consumare «più» (casamai «meno») risorse personali e assistenziali. E non ha senso fare ricerca con logiche diverse da quelle «mainstream».

Gli scenari sono simili, così come l'assenza di risposte ai bisogni di dignità e di diritto: per gli anziani, che sono «complessi» non solo per patologie farmacologicamente trattabili, ma per la comorbidità cognitiva di solitudine, di condizioni socioeconomiche; per la disabilità ed i bisogni di riabilitazione; per alcune delle tante malattie rare.

Invece di costringere ad una presa di coscienza, l'assenza di risposte farmacologiche fa del farmaco l'indicatore e il portatore di un messaggio chiaro: è tempo per una medicina-sanità in cui le domande e i bisogni inevasi devono essere ignorati, o negati: ci pensino altri, meglio se portatori di bisogni.

6. Soluzioni-prospettive al futuro?

Dare una risposta positiva all'interrogativo del titolo non è certo facile ed i predittori nel breve-medio periodo non sono particolarmente incoraggianti. Non si danno risposte, ma si esplicitano domande aperte che impongono di cercare.

È recente la pubblicazione di un rapporto-documento della Who che qualifica *Essential Diagnostics*. Il rimando obbligato è quello al rapporto, sempre Who, ormai vecchio di più di quarant'anni, che aveva come oggetto gli *Essential Drugs*. Si può certo dire, avendo vissuto da vicino le problematiche di questo documento progettato da moltissimi anni, che fosse ormai tempo. Più importante tuttavia una riflessione. Per la tecnologia farmaco, la scelta di una qualificazione come «essential» era carica di progettualità, per rendere universalmente fruibile il diritto ad avere accesso a ciò che di fatto era un contributo a durata-qualità-dignità di vita (e dunque essenziale). Ora il tono e l'inquadramento sono nello spirito del tempo economico-normativo della Wto che in questo campo (informalmente, ma per questo molto efficacemente) è divenuta il vero punto di riferimento della Who. Il riassunto delle posizioni mainstream, allineate sull'enorme cambiamento prodotto con alleanze tra economisti e politici potrebbe essere: «la disuguaglianza è inevitabile, bisogna però evitare iniquità troppo macroscopiche; dobbiamo difenderci dalle aggressività del mercato e delle tecnologie, ma bisogna promuoverne il diritto ad uno sviluppo senza crisi. I dati, le informazioni, le preoccupazioni sull'accesso o meno delle persone-popolazioni a ciò che è essenziale, sono perciò legittimi, ma non è nostro compito. Tocca ai singoli paesi e ai loro contesti politici, economici. Come per i farmaci, possiamo solo impegnarci ad un aggiornamento periodico di raccomandazioni».

L'indicatore farmaco non è più comprensibile, né discutibile in contesti che non siano anche, o prioritariamente, globali. Per una cultura-politica che abbia come obiettivo e caratteristica la responsabilità informata delle persone, una alfabetizzazione permanente (articolata in tutti gli incroci di cui si è parlato) su quanto, come, perché sanità e farmaco si sviluppano nel mondo, sono imprescindibili. Non è un obiettivo facile. Tentativi più o meno parziali sono stati fatti e in modo più o meno frammentario sono in corso. Non si vedono tuttavia significativi passi in avanti a livello istituzionale-politico, ad esempio nella formazione universitaria. Si dà per acquisito che si debba sapere – e avere – l'ultimo dato sull'ultimo farmaco più o meno mira-

RPS

Gianni Tognoni e Alice Canduro

coloso prodotto dall'uno o dall'altro dei gruppi farmaceutico-scientifici che contano: ciò che sta dietro ad una crescente distanza nella fruizione dei diritti è marginale. Non si è responsabili. Nel mondo e perciò anche in Italia. Nord-Sud o qualsiasi altra stratificazione (si veda sopra sugli «orfani») di diseguaglianze.

Iniziative propositive per «buone pratiche» (non molte, specie sui farmaci) spuntano e scompaiono ovunque. Una delle più suggestive e recenti, *Choosing Wisely*, esplicita una domanda con realismo: mettere in posizione di essere «saggi» nel decidere sulla sanità e ancor più sui farmaci, non è un compito che inizia, né ha radici prioritarie in sanità. È una delle espressioni – «indicatore» forte, punto di arrivo e di partenza – dell'essere cittadini capaci-coscienti di autonomia in una democrazia che voglia mantenere una gerarchia trasparente tra diritti delle persone e diritti delle cose.

Ritualmente, si dovrebbe concludere sottolineando il bisogno prioritario di ricerca. Non c'è dubbio. Ma anche qui la risposta non viene dalla medicina-sanità-farmacologia, né può venire. Tutte le statistiche documentano con dati impressionanti che gli attori «diversamente privati» hanno occupato (quasi) tutti gli spazi disponibili. La ricerca, anche quella di base, ha a che fare con un «pubblico» in progressivo ritiro, che non ama e non promuove l'indipendenza. Quale è lo spazio per un confronto serio, sul lungo periodo, e una «saggezza» largamente condivisibile nella scelta e nell'uso dell'«indicatore» che ha guidato questa riflessione? Non si vede molto all'orizzonte.

Il welfare fa bene all'Italia

Rossana Dettori

RPS

Nel 1978, l'approvazione di tre grandi riforme sociali – la legge 180 di riforma della psichiatria, la legge 194 sulla tutela della maternità e sull'interruzione volontaria di gravidanza e la legge 883 di riforma sanitaria – contribuì a migliorare le condizioni di vita dei cittadini del nostro paese. L'articolo ricorda quale siano stati il contesto

politico e il percorso di mobilitazione sindacale e sociale che hanno accompagnato l'approvazione delle leggi; e sottolinea i punti di forza delle tre riforme ma non si limita a rievocarle come conquiste del passato, piuttosto segnala come siano ancora estremamente attuali, conservando tutto il loro potenziale innovativo.

1. Gli anni settanta, anni di lotta e di conquiste sociali

Gli anni settanta sono stati anni di grandi lotte sindacali e di grandi conquiste. Il 1978, in particolare, è stato un anno cruciale per il nostro paese: sono state approvate, in pochi mesi, tre leggi fondamentali nel percorso di riconoscimento e tutela dei diritti individuali e collettivi e di emancipazione delle persone. Esse hanno restituito cittadinanza e diritto di parola a persone che fino a quel momento non ne avevano avuti (i matti, ma anche le donne). Si provava a uscire dalla logica repressiva (che associa cura a custodia) all'origine dei manicomi e dell'assistenzialismo risarcitorio e classista delle mutue, per iniziare a parlare di salute e di diritti universali. Sono tre grandi riforme sociali, che hanno migliorato la vita di tutti i cittadini del paese e ridisegnato il welfare.

Queste leggi sono state rese possibili da quel terreno fertile di partecipazione collettiva, di discussioni e di lotte sviluppatesi negli anni sessanta e settanta in Italia e in Europa, che hanno visto uniti studenti e lavoratori con l'obiettivo di migliorare le condizioni materiali e di riconoscere piena cittadinanza a tutti, indipendentemente dal sesso, dalle condizioni economiche, dall'appartenenza a ceti o gruppi sociali. Basti ricordare l'importanza delle rivendicazioni del movimento femminista, o del movimento per il diritto alla salute, che molto deve alle

lotte operaie per un lavoro sicuro e salubre. Sono state leggi indirizzate e sostenute da un fertile dibattito scientifico e culturale. Si pensi, per esempio, alle tesi di Basaglia sull'istituzione negata o alle elaborazioni di Giulio Alberto Maccacaro e Giovanni Berlinguer su medicina e potere, nonché alla Dichiarazione Onu di Alma-Ata (12 settembre 1978) sulla salute globale.

Le tre leggi del 1978 di cui parliamo sono state sicuramente anticipate e rese possibili anche dalla legge n. 405 del 1975, che istituiva i consultori familiari. Si trattava (e si tratta ancora) di servizi assolutamente innovativi, non solo perché rappresentavano il primo luogo concreto per l'integrazione tra assistenza sociale e sanitaria, ma anche per il ruolo inedito, di soggetti attivi e non solo di utenti, che viene assegnato ai cittadini fruitori del servizio; si sperimentano, infatti, nuovi rapporti fra utenti e operatori, dando a entrambi la possibilità di intervenire nell'organizzazione degli spazi e dei servizi. Si prefigura così la *partecipazione* dei cittadini come determinante di salute e di buona assistenza.

2. La Riforma Basaglia, la legge 180: dall'esclusione sociale alla cittadinanza

La prima legge a essere approvata nel 1978, il 13 maggio, è stata la 180, che ha sancito la fine del manicomio vietando l'internamento delle persone malate di mente e liberando così i matti dall'istituzione totale, dalla segregazione in un luogo «altro», separato dal mondo reale, dalle pratiche custodialiste di esclusione, e aprendo le porte ad un'idea di salute mentale fatta di presa in carico e di inclusione sociale. Il punto di rottura è stato il riconoscimento del malato di mente come persona titolare di diritti e di cittadinanza. E quindi la nascita di un diverso rapporto fra le persone malate e gli stessi operatori con le prime assemblee in cui tutti avevano diritto di parola e di voto, con il riconoscimento del diritto al lavoro retribuito (al posto dell'«ergoterapia») e la nascita delle prime cooperative di operatori e utenti. Sappiamo che vi sono state resistenze al cambiamento, anche tra i lavoratori; ma complessivamente è prevalsa la spinta riformatrice, che ha visto come protagonisti della mobilitazione sindacato e operatori, anche con esperienze innovative nelle pratiche di salute mentale. Basti ricordare, fra i tanti episodi, l'autogestione da parte di un gruppo di infermieri di un reparto dell'Ospedale psichiatrico «Santa Maria della Pietà» di Roma

(raccontato nel film *Padiglione 25* del regista Massimiliano Carboni). Si è costituito così un movimento che ha portato alla «distruzione del manicomio come fatto urgentemente necessario», di cui parlava Basaglia a Londra nel 1964 in una memorabile relazione al congresso internazionale di psichiatria. Nella stessa relazione Basaglia dichiara che: «Isolato, segregato, reso inoffensivo dalle mura che lo rinchiodano, il ricoverato pare assumere un valore al di là di quello umano, fra un animale docile e inoffensivo e una bestia pericolosa, sempre finché si consideri la malattia come un male irreparabile contro cui non c'è niente da fare se non difendersene. Ma il manicomio – nato come difesa da parte dei sani contro la pazzia, come protezione dall'invasione dei "centri d'infezione" – sembra essere finalmente considerato il luogo dal quale il malato mentale deve essere difeso e salvato» (Basaglia, 1964). È questa la rivoluzione che compie la legge 180 abolendo il manicomio.

Perciò oggi preoccupano molto le dichiarazioni del ministro dell'Interno, quando afferma che con la legge 180 migliaia di famiglie sono state abbandonate al loro destino, che tutti i giorni è un bollettino di guerra e che lo Stato fa finta di niente. Paventando così un inaccettabile ritorno dei manicomi. La legge 180 è quella che ha aperto, pur con tante difficoltà, i servizi di salute mentale sul territorio. Il problema, come conferma anche una recente indagine del Ministero della Salute (2017), è che nei servizi psichiatrici ci sono novemila operatori in meno rispetto al fabbisogno, che troppo si spende in residenze che sempre più assomigliano a cronicari, mentre i tagli alla sanità hanno colpito i servizi di prossimità decisivi per fare inclusione sociale. Per questo è indispensabile investire in risorse, tracciare linee guida che parlino di qualità dei servizi, a partire dall'abolizione della contenzione, e di servizi territoriali aperti per ventiquattr'ore al giorno. La legge 180 va dunque applicata, non superata o modificata, e riempita di contenuti. Il problema sta nell'affrontare, finalmente, il tema delle risorse umane ed economiche necessarie alla qualità del lavoro e dei servizi. La recente chiusura degli Ospedali psichiatrici giudiziari (Opg) – gli ultimi baluardi del manicomio sopravvissuti alla Riforma Basaglia – è stata completata nel febbraio 2017 (grazie all'importante lavoro del comitato StopOpg, promosso tra gli altri dalla Cgil e dalla Fp Cgil nazionali), e ha certamente rappresentato una conquista nel solco della legge 180 (in controtendenza), ma necessita di essere sviluppata per superare ogni logica manicomiale. Per questo continua l'impegno per attuare la legge 81/2014, la riforma che ha chiuso gli Opg e av-

viato il difficile processo per il loro superamento, con la costituzione delle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (Rems) ma soprattutto con l'offerta di percorsi di cura alternativi alla detenzione in Rems.

Il modo migliore per celebrare la legge 180 è sfuggire alla retorica e alla demagogia. Occorre mobilitarsi per affermare principi e obiettivi della riforma: con un rilancio e una riqualificazione dei servizi di salute mentale – sofferenti per mancanza di risorse e di personale – e più in generale delle politiche sanitarie e sociali, insieme a una ripresa della battaglia culturale per sradicare lo stigma che associa pericolosità e follia, emarginando e discriminando le persone con disturbi mentali e i loro familiari. È anche per questo che un vasto cartello di associazioni (promosso anche dalla Cgil) ha lanciato a governo, Parlamento e Regioni un appello per la convocazione di una conferenza nazionale su «Diritti, libertà, servizi per la salute mentale» (maggio 2018).

3. Tutela sociale della maternità e interruzione volontaria di gravidanza, la legge 194

Alcuni giorni dopo l'approvazione della Riforma Basaglia, il 22 maggio 1978, il Parlamento vota la legge 194, che si ispira agli stessi principi di partecipazione e democrazia. Con la legge 194, pur contrastata da settori della chiesa cattolica, si superano le politiche moraliste e un pensiero che attribuiva alle donne una *minore* capacità di giudizio e di scelta. Infatti, il vero valore dirompente, innovativo, di quella legge è stato riconoscere alle donne la possibilità di scegliere se diventare madri, di autodeterminarsi e decidere del proprio corpo e delle proprie relazioni. È riduttivo e fuorviante sostenere che è solo la legge che consente alle donne di abortire; ciò sottende ancora un giudizio in qualche modo moralistico. È indubbiamente la legge che ha posto fine all'aborto clandestino (e alle morti delle donne), spesso eseguito da persone senza scrupoli con pratiche devastanti sul corpo delle donne, costrette magari a viaggi all'estero (peraltro solo coloro che potevano permetterselo), ma è anche e soprattutto la legge che ha dato diritto di parola e di scelta alle donne sulla propria salute e sul proprio corpo, e che ha promosso maternità e paternità responsabili.

Ed è la legge che ha messo in discussione i principi politico-culturali basati sulla morale, che spesso non tengono conto neanche delle evidenze scientifiche, affermando per la prima volta, di fatto, la laicità

dello Stato quale fondamento dell'attività legislativa, indispensabile per la garanzia e la tutela dei diritti di tutti i cittadini.

La legge 194 è stata, fin dalla nascita, una legge contrastata. Nel 1981 fu promosso persino un referendum abrogativo, che vide sconfitti i detrattori della legge e ne sancì un sostegno popolare largamente maggioritario. Tuttavia ancora oggi resta fortemente ostacolata la sua applicazione: l'elevato numero di medici obiettori presenti nei servizi mette a rischio, quando non rende impossibile, praticare l'interruzione volontaria di gravidanza (Ivg) e quindi l'esigibilità del diritto delle donne ad autodeterminarsi. E per questo che devono essere apprezzate e diffuse le scelte di quelle Regioni – il Lazio – che hanno deciso di affermare concretamente il diritto di vedere applicata la legge 194. Il 4 agosto 2016, il Tar del Lazio ha respinto i ricorsi presentati contro la delibera regionale che impone ai consultori pubblici di prescrivere, oltre agli anticoncezionali, anche la cosiddetta «pillola del giorno dopo» e di garantire alle donne che ne hanno bisogno i certificati per accedere all'interruzione volontaria di gravidanza. Ciò a conferma che la legge 194 non esonera gli obiettori dei consultori ad assicurare l'assistenza antecedente e successiva all'intervento di Ivg. Per questo la Cgil sostiene che nei consultori pubblici, da rafforzare e riportare almeno alla previsione di legge (uno ogni 20 mila abitanti), non ci debbano essere obiettori, e che nei servizi pubblici non dovrebbero essere loro affidati compiti di direzione e responsabilità, pena la non esigibilità per le donne di un diritto sancito per legge. Senza i consultori maternità e paternità responsabili rischiano di restare principi astratti. I consultori sono luoghi dove le trasformazioni della famiglia, le nuove coppie, le persone provenienti da altri paesi, possono trovare accoglienza e risposte, contribuendo così alle pratiche di inclusione e integrazione, indispensabili in una società in evoluzione, multietnica, dove nessuno è escluso o straniero.

Da tempo la Cgil è impegnata per la piena attuazione della legge 194, con il reclamo presentato nel 2015 e accolto dal Comitato europeo dei diritti sociali, che ha affermato come il diritto all'obiezione di coscienza non possa ostacolare il diritto all'Ivg, e ancora con l'impegno nel movimento #Save194 per la difesa e il rilancio della legge 194.

4. *La riforma sanitaria, la legge 833*

Conclude il ciclo riformatore del 1978 la legge 833 di riforma sanitaria, approvata il 23 dicembre, che ha abolito le mutue e istituito il Si-

stema sanitario nazionale, così come lo abbiamo conosciuto fino a oggi, universalistico e finanziato dalla fiscalità generale.

Anche questa legge è stata resa possibile da una grande mobilitazione di cittadini, utenti e operatori, che perseguiva il diritto per tutti ad una sanità uguale, e non diversificata a seconda del censo, del contratto di lavoro, o dell'appartenenza a categorie diverse, come stabiliva invece il sistema delle mutue. Il sistema mutualistico infatti riconosceva una copertura sanitaria più o meno generosa a seconda della mutua cui si era iscritti.

La legge 833, finalmente, mette in pratica l'articolo 32 della Costituzione, affermando che «la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività tramite il Servizio sanitario nazionale». La riforma sanitaria definisce i tre pilastri su cui si fonda il diritto alla salute e l'accesso alle cure e su cui si basa quindi l'organizzazione dei servizi sanitari: la prevenzione, la cura, la riabilitazione. Assegna così al sistema sanitario il mandato di prendersi carico della persona per perseguire obiettivi di salute e di benessere, e non più solo di cura e riparazione della malattia.

Negli anni successivi alla riforma si sono susseguiti ulteriori interventi legislativi: ricordiamo la legge 502 del 1992, che nasce con l'esplicita volontà di introdurre logiche e meccanismi di mercato in un modello fino a quel momento universale per rispondere – così dichiaravano i proponenti (l'allora ministro De Lorenzo in primis) – alle inefficienze del sistema pubblico. Questa legge, nei confronti della quale fin da subito la Cgil si è espressa con posizioni critiche, trasforma le Unità sanitarie locali (Usl) in aziende e dichiara utile una «competizione» tra strutture sanitarie pubbliche e strutture private in un sistema di «quasi mercato». Si apre così la strada ad una rischiosa privatizzazione del servizio sanitario. Con un decreto approvato dopo appena un anno – il d.lgs. 517/1993 – la privatizzazione del Ssn viene attenuata, visto peraltro che i primi effetti si erano rivelati assai problematici per la stessa tenuta finanziaria delle Asl.

Ma è solo nel 1999, con la legge 229, la cosiddetta Riforma Bindi (ministro della Salute nel Governo Prodi), che si compie l'ultima grande riforma per via legislativa del Servizio sanitario nazionale.

L'articolo 1 della legge 229/99 ristabilisce decisamente la funzione pubblica e universale del Ssn, dichiarando al comma 1 che: «La tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività è garantita, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana, attraverso il Servizio sanitario nazionale; e al comma

2 precisando che ciò avviene grazie all'istituzione dei Livelli essenziali di assistenza (Lea) e al loro finanziamento integrale: «Il Servizio sanitario nazionale assicura, attraverso risorse pubbliche e in coerenza con i principi e gli obiettivi indicati dagli articoli 1 e 2 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal Piano sanitario nazionale nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse». Con gli articoli dedicati al rapporto fra pubblico e privato – in particolare introducendo la regole delle «tre A»: Autorizzazione, Accreditamenti, Accordi – la legge ristabilisce la centralità della programmazione e della regolazione pubblica nel fissare obiettivi, volumi di attività e quindi spesa dedicata a prestazioni erogate nelle strutture private, nel tentativo di assicurare l'appropriatezza, e non il profitto ricavabile dalle attività, come criterio guida dell'offerta sanitaria. La questione, come sappiamo, resta di assoluta attualità, considerando che oltre metà delle prestazioni Ssn è assicurata oggi da strutture private. Ma la legge prova a rimettere ordine negli obiettivi del sistema ridefinendo la struttura del Distretto socio-sanitario e del Dipartimento di prevenzione e mirando all'integrazione tra sanità e sociale, l'altra grande questione irrisolta del welfare italiano. Non a caso pochi mesi dopo la legge Bindi viene approvata la riforma dell'assistenza sociale, con la legge 328/2000 (la cosiddetta Riforma Turco, l'allora ministro delle Politiche sociali), nata con l'obiettivo di creare un sistema integrato di interventi sociali per assicurare i Livelli essenziali di protezione sociale accanto a quelli sanitari. Riforma che non è mai stata compiutamente applicata.

5. Dopo la lenta erosione del Ssn il necessario rilancio

In questi anni, dopo la legge Bindi e la Riforma Turco del 2000, e nonostante la stipula di due Patti per la salute tra governo e Conferenza delle Regioni (per gli anni 2010-2012 e poi 2014-2016) avessero assicurato un finanziamento e una base programmatica più stabili, abbiamo continuato ad assistere a una lenta erosione del sistema sanitario nazionale universalistico. Da una parte, dovuta ad un'applicazione della riforma del Titolo V della Costituzione, che ha indebolito il ruolo dello Stato a garanzia del diritto alla salute e alle cure in tutto il

territorio nazionale, affidando enormi spazi alle scelte regionali (e non solo su aspetti meramente organizzativi), che hanno prodotto una frammentazione del Servizio sanitario nazionale e creato grandi differenze tra i sistemi sanitari regionali, dovute non solo alle diverse capacità dimostrate dalle amministrazioni ma anche dalla mancanza di un ruolo regolatore dello Stato. Dall'altra, la crisi è stata indotta da ripetute e pesanti riduzioni del finanziamento della sanità pubblica.

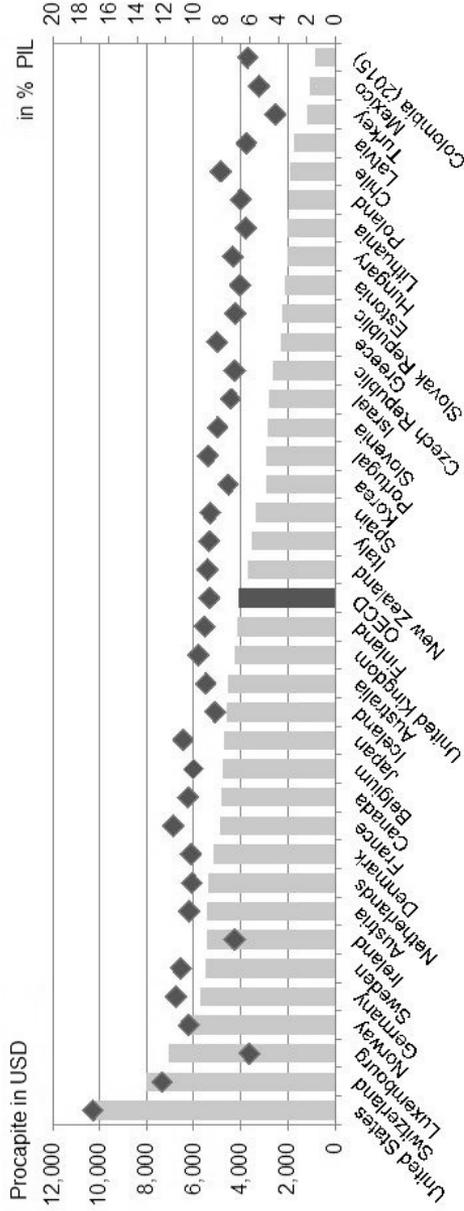
Il Servizio sanitario nazionale è oggi ferito dai tagli inferti da insensate politiche di austerità. Persino la Corte dei Conti ha lanciato ripetuti allarmi (cfr. Corte dei Conti, 2018). Solo grazie all'impegno quotidiano di tanti operatori che hanno smentito con i fatti le campagne denigratorie sui fannulloni, il Ssn è rimasto un baluardo fondamentale per la tutela della salute e ha impedito che la lunga crisi economica causasse danni ancora più profondi. Il Ssn, pubblico e universale, per quanto imperfetto e maltrattato, ha dimostrato di essere un vantaggio per tutti. Al contrario, nei paesi dove per rispondere ai bisogni sociali ci si è affidati a risposte di mercato gli effetti sono stati fallimentari. Per questo l'Organizzazione mondiale della salute (Oms) raccomanda una copertura sanitaria universale: per tutti e ovunque.

Peraltro questa è una urgente necessità: oggi più che mai, a fronte dei cambiamenti demografici, epidemiologici e sociali, che hanno fatto emergere nuovi bisogni di salute e di cure, accentuandone altri – si pensi alla drammatica carenza di risposte alle persone non autosufficienti –, e al protrarsi degli effetti della crisi economica da cui fatica a uscire il nostro paese, serve un Ssn pubblico fortemente integrato con un sistema di protezione sociale. Per questo bisogna insistere per riportare a unicità il sistema sanitario e garantire Lea uniformi e adeguatamente finanziati, affinché siano davvero esigibili, su tutto il territorio nazionale. Ed è necessario lavorare per una integrazione socio-sanitaria vera e compiuta, indispensabile per dare risposte concrete alla presa in carico globale delle persone in condizioni di fragilità, con cronicità, delle diverse forme di disabilità, in primo luogo con la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali, passo necessario per l'integrazione con quelle sanitarie.

Non è vero che il Ssn sia insostenibile, vi sono ampi margini di investimento. La spesa sanitaria italiana resta tra le più basse in Europa e nel mondo.

In ambito Oecd (2018) l'Italia ha una spesa sanitaria pubblica e complessiva inferiore alla media. La figura 1 mostra come la spesa dell'Italia, pro capite e in rapporto al Pil, è al di sotto di quella media Oecd e largamente al di sotto di quella di diversi paesi europei.

Figura 1 - Spesa sanitaria pro capite e in % sul Pil, Anno 2017



Nota: I dati del 2017 sono stati stimati dal Segretariato per quegli Stati che non hanno reso disponibili le informazioni. La spesa sanitaria è stata calcolata a parità di potere d'acquisto e in base alle differenze di prezzo tra i vari paesi.

Fonte: Oecd, Health Statistics 2018.

Lo stesso rapporto Oecd colloca l'Italia, per la speranza di vita e per gli indicatori di salute e di qualità dell'assistenza, in posizione migliore rispetto a molti altri paesi; ma è evidente che il mancato investimento alla lunga produce un peggioramento e lascia inevasa una parte della domanda di salute e di cure. In questo senso il rapporto Oecd indica nella prevenzione e nella non autosufficienza due carenze serie del nostro sistema socio-sanitario.

Infatti, di fronte a questo disinvestimento, il sistema pubblico arretra e i cittadini sono così costretti a pagare di più o a rinunciare alle cure (si stima una spesa *out of pocket* di circa 30 miliardi). L'aumento della compartecipazione ha portato un consistente spostamento di prestazioni verso il privato, favorito in molte Regioni, che hanno deciso di spostare dal pubblico, per affidarle al privato, parte delle prestazioni attinenti alla diagnostica e alla riabilitazione.

I tagli e le politiche di risanamento meramente economico, soprattutto nelle Regioni con piani di rientro, hanno indebolito i servizi sanitari. Con gli accorpamenti e gli accentramenti, che hanno creato aziende sanitarie gigantesche, il territorio si svuota, i servizi si allontanano dai cittadini e le periferie e i territori più lontani dai centri maggiori perdono servizi pubblici.

In questi anni il Ssn è stato oggetto di ripetuti interventi volti al mero contenimento, attuato per lo più con tagli lineari della spesa, più che ad una sua riqualificazione. In tal modo non si è riusciti a porre la dovuta attenzione alle esigenze di innovazione legate all'emergere di nuovi bisogni di salute dei cittadini. Soprattutto, la rincorsa al rispetto dei vincoli di finanza pubblica ha messo in crisi il sistema. Stretto nella morsa dell'economicismo e del risparmio a tutti i costi, il Sistema sanitario perde capacità di programmazione e di rinnovamento e vengono intaccati i principi della legge 833.

C'è da chiedersi ora se questa situazione è destinata a cambiare e se il livello di finanziamento del Ssn per i prossimi anni saranno adeguati alle sfide da affrontare. Per adesso i documenti di programmazione economica (ad esempio il Documento di economia e finanza 2018, Def) prevedono un crollo della spesa sanitaria, con una crescita ad un tasso medio annuo dell'1,4%, mentre per il Pil nominale si stima una crescita media annua del 3%. Ne deriva che il rapporto fra la spesa sanitaria e il Pil decresce e si attesta, alla fine dell'arco temporale considerato, a un livello pari al 6,3%, ovvero a un livello di guardia rispetto alla garanzia dei Lea, secondo molti esperti.

Alla ripresa dell'economia non conseguirà quindi un incremento pro-

porzionale del finanziamento pubblico del Ssn, che non viene considerato un investimento nonostante la raccomandazione del procuratore generale della Corte dei Conti Alberto Avoli (2018): «Non viene adeguatamente considerato il contributo che la sanità pubblica è in grado di offrire non soltanto con riferimento al benessere delle generazioni presenti e future, ma anche in relazione all'economia e alla crescita economica, soprattutto in termini, tra l'altro, di fonte di occupazione e di reddito, nonché quale importante ambito di ricerca scientifica e di innovazione tecnologica» (Corte dei Conti, 2018, p. 138).

Un altro elemento che potrebbe mettere in discussione il diritto universalistico nell'accesso al Ssn è la crescita di centinaia di fondi sanitari privati (cosiddetti) integrativi, che potrebbero riportare il sistema a quanto già vissuto con le mutue; cioè a differenti garanzie di copertura sanitaria – più meno ampia – a seconda dell'appartenenza a fondi sanitari forti o a fondi deboli, in ragione del contratto di lavoro applicato e delle capacità economiche degli iscritti ai fondi. Viene meno il principio che tutti i cittadini hanno diritto – universale in base ai bisogni e non alle capacità economiche – alla cura, alla prevenzione, alla riabilitazione. Viene meno, di fatto, il welfare solidaristico e inclusivo. E ancora preoccupa che diversi di questi fondi eroghino prestazioni non integrative bensì sostitutive di quelle già presenti nei Lea. Tutto ciò sta imponendo al sindacato un cambiamento, per orientare decisamente i fondi verso prestazioni integrative e non in concorrenza con quelle offerte dal Ssn pubblico.

6. Quarant'anni dopo, attualità e rilancio delle grandi riforme del welfare

Le tre grandi riforme del welfare italiano non sono storia passata da commemorare, ma conquiste da difendere e da rilanciare per la loro grande e spinta innovatrice. Sono ancora del tutto fondanti i principi che le caratterizzano: la centralità della persona, la libertà di scelta, la salute come diritto universale che non può soggiacere a logiche di mercato.

Dobbiamo continuare ad affermare che le condizioni di vita delle persone (reddito, lavoro, abitazione, ambiente, relazioni sociali) sono determinanti di salute e malattia, pertanto riguardano anche la medicina e l'organizzazione dei servizi.

Occorre riportare al centro dell'agenda politica e dell'investimento

RPS

Rossana Dettori

pubblico il rilancio del Servizio sanitario nazionale come patrimonio della nazione. Un patrimonio che è stato però indebolito: l'accesso ai Livelli essenziali di assistenza (Lea) non è assicurato in modo uniforme ed equo in tutto il territorio nazionale e per tutti. Sulla carta i cittadini italiani dispongono di un «set» di livelli essenziali di assistenza tra i più generosi d'Europa, ma intanto la nostra sanità è agli ultimi posti per finanziamento pubblico. Così i nuovi Lea, da positivo risultato, rischiano di trasformarsi in illusione collettiva, con un effetto boomerang sulla fiducia dei cittadini. Mentre le disuguaglianze e le povertà si sono acuite, fra territori e fra persone di diverse condizioni sociali ed economiche. Troppi cittadini rinunciano alle cure o sono costretti a viaggiare, o a pagare, per ottenere l'assistenza cui avrebbero diritto, spesso a causa dei ticket o dei tempi di attesa. Così come le carenze di personale si riflettono inevitabilmente sulla qualità dei servizi: mancano (e mancheranno) migliaia tra medici e infermieri.

Di fronte a tutto questo, la Cgil non condivide l'idea – che talora riappare – di creare un secondo pilastro privato che affianchi quello pubblico, e cioè di dare più spazio e risorse ad assicurazioni e fondi sanitari privati, ma piuttosto propone una grande mobilitazione, con Cisl e Uil, per ristabilire il rispetto in tutto il paese del diritto costituzionale alla tutela della salute e alle cure, con Livelli essenziali di assistenza di qualità, per tutti e senza distinzioni, per una profonda innovazione dell'offerta del welfare socio-sanitario. Lo reclamano le trasformazioni demografiche, epidemiologiche e sociali avvenute in questi quarant'anni. Le priorità riguardano la prevenzione, il rafforzamento delle cure primarie e l'integrazione sociosanitaria, la lotta agli sprechi e alla corruzione, una riorganizzazione dei servizi che risponda alle esigenze di salute dei cittadini, la valorizzazione del personale che in tutti questi anni ha comunque garantito la tenuta del sistema. Non dimenticando che ormai è riconosciuta l'esistenza di un impatto del genere e di tutte le variabili che lo caratterizzano (biologiche, ambientali, culturali e socio-economiche) sulla fisiologia, sulla fisiopatologia e sulle caratteristiche cliniche delle malattie (Ministero della Salute, 2016). Per questo la Cgil¹ ha rivendicato, nell'attuazione dei Lea e in tutte le attività, a partire dalla prevenzione, che siano considerate espressamente le questioni di genere, adeguando tutti gli strumenti di

¹ Si rinvia al convegno, *Una sanità pubblica, forte, di qualità per tutti*, organizzato dalla Cgil il 4 e 5 luglio 2017 a Roma. Per un approfondimento cfr. www.sossanita.it/una_sanita_per_tutti_cgil_2535.html.

programmazione, gestione e valutazione degli interventi. Riconoscere le differenze di genere (considerando l'esistenza di diversi orientamenti sessuali e identità di genere, oltre a quella maschile e femminile (Toniollo, 2018) nella tutela della salute e nella medicina, vuol dire dunque agire sia sui determinanti biologici che sui determinanti sociali, psico-sociali, culturali, economici che possono *creare salute o malattia* di genere. Questo vuol dire fare salute e assistenza sanitaria collegando diversi aspetti: la sfera biologica con la sfera socio-ambientale, che è dovuta all'irruzione del sociale nel campo medico (decisiva per le stesse leggi 180, 194 e 833). Fare salute e medicina di genere è certamente un bene per le donne, ma consente azioni di prevenzione, di diagnosi e di cura più efficaci e appropriate per tutti.

Occorre dunque restituire forza e risorse al Ssn pubblico e universale, anche per riorganizzarlo verso i crescenti bisogni di cura, legati alle cronicità e alla non autosufficienza, alla salute mentale e alle dipendenze. È indispensabile valorizzare il personale, la principale forza del Ssn, con la stabilizzazione dei precari, sbloccando le assunzioni, garantendo sempre più sia la formazione universitaria che quella continua. L'assistenza sanitaria consiste essenzialmente nel lavoro umano e, per quanto sia cresciuta la componente strumentale e tecnologica, rimane centrale la prestazioni professionale delle lavoratrici e dei lavoratori. Lavorare per garantire la salute, la cura, persino la vita delle persone, è una grande responsabilità, non sempre riconosciuta adeguatamente. Servono indubbiamente competenze e «gesti tecnici», ma senza capacità di relazione umana e sensibilità la qualità dell'assistenza peggiora. Le tantissime lavoratrici e lavoratori che in sanità operano con serietà e dedizione vanno valorizzati come una delle risorse più preziose che il nostro paese possiede (Cgil, 2008).

Questi sono i motivi per cui il 19 settembre, a Salerno, nel quarantesimo della legge 833, è stata avviata una campagna di mobilitazione Cgil, Cisl e Uil, con iniziative sindacali in tutto il paese per il rilancio del nostro Servizio sanitario nazionale dal titolo «Salute: diritti, lavoro, sviluppo: l'Italia che vogliamo». Per confermare ancora una volta che il diritto alla salute e alle cure deve essere assicurato in modo uniforme su tutto il territorio nazionale, come vuole la stessa riforma sanitaria e, soprattutto, la nostra bella e preveggenza Costituzione.

RPS

Rossana Dettori

Riferimenti bibliografici

- Basaglia F., 1964, *La distruzione dell'ospedale psichiatrico come luogo di istituzionalizzazione*, in Basaglia F. (a cura di Ongaro Basaglia F.), 2005, *L'utopia della realtà*, Einaudi, Torino.
- Cgil, 2008, *Legge 833, una grande conquista un impegno da attuare*, disponibile all'indirizzo internet: <http://old.cgil.it/Archivio/Welfare/CGIL%20per%20%20XXX%20LEGGE%20833.pdf>.
- Corte dei Conti, 2018, *Giudizio sul Rendiconto finanziario dello Stato 2017*, giugno, disponibile all'indirizzo internet: www.corteconti.it/export/sites/portale/cdc/_documenti/documenti_procura/giudizio_di_parifica/2018_giudizio_sul_rendiconto_generale_dello_Stato_2017_pg_avoli.pdf.
- Ministero della Salute, 2016, *Il genere come determinante di salute*, «Quaderni del Ministero della Salute», n. 26, aprile, disponibile all'indirizzo internet: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2490_allegato.pdf.
- Ministero della Salute, 2017, *Rapporto sulla salute mentale 2016*, disponibile all'indirizzo internet: www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&cid=2731.
- Oecd, 2018, *Health Statistics 2018*, disponibile all'indirizzo internet: www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm.
- Toniollo M.G., 2018, *Un welfare italiano che non discrimini per orientamento sessuale e identità di genere*, «la Rivista delle Politiche Sociali», n. 1, pp. 233-247.

ATTUALITÀ
Contrasto alla povertà
e politiche di reddito minimo in Europa

Da politiche di reddito minimo a sistemi integrati nel contrasto alla povertà? Un'analisi di dieci paesi europei

Massimo Baldini, Gianluca Busilacchi e Giovanni Gallo*

RPS

L'articolo presenta una comparazione delle politiche di reddito minimo in alcuni paesi europei focalizzandosi sulle differenze nell'accesso, sui livelli di condizionalità previsti, sulla generosità e sulle innovazioni introdotte negli ultimi anni, in particolare nel passaggio da singole misure di reddito minimo a sistemi integrati di vari trasferimenti monetari. La tesi sostenuta è che nel contrasto alla povertà si stia passando a misure di reddito minimo fortemente condizionate, ma sempre più integrate a strumenti di altra natura. Con l'ausilio dei dati

Eu-Silc è stato valutato in che modo i sistemi di trasferimento hanno reagito alla crisi economica, mettendo in luce le differenze esistenti tra alcuni paesi europei in termini di composizione della spesa e di efficacia nel contrasto alla povertà. I risultati mostrano grandi differenze tra i diversi paesi, sia dal punto di vista strutturale sia come risposta agli effetti prodotti dalla crisi. Ciò che emerge, in generale, è il ruolo marginale assunto dai trasferimenti finalizzati al contrasto della povertà e dell'esclusione sociale in senso stretto, da cui l'importanza di una visione allargata a un insieme più ampio di trasferimenti.

1. Introduzione

Le politiche di reddito minimo (Rm) hanno iniziato a diffondersi in Europa fin dal secondo dopoguerra, quando, durante le riforme beveridgiane del welfare state inglese, venne introdotta la National Assistance (1948). Da quel momento gli altri paesi europei, con rarissime eccezioni, hanno seguito l'esempio inglese dotandosi di misure di universalismo selettivo per le persone in povertà, consistenti in un trasfe-

* Pur essendo questo articolo frutto del lavoro congiunto degli autori, la sezione 2 è stata curata da Gianluca Busilacchi e la sezione 3 da Massimo Baldini e da Giovanni Gallo. Introduzione e conclusioni sono attribuibili congiuntamente agli autori.

rimento monetario per tutti quei nuclei familiari che, in seguito a una prova dei mezzi, dimostravano di trovarsi sotto un determinato livello di reddito. Nel corso dei decenni l'evoluzione delle condizioni sociali ha prodotto alcune trasformazioni in queste politiche, la più rilevante delle quali è stata, in seguito alla disoccupazione di massa degli anni settanta, l'affiancamento del trasferimento monetario a misure di inserimento attivo del beneficiario: nascevano così i «Rm di inserimento» o Rmi, che rappresentano la più recente «generazione» di politiche di Rm (Ayala, 2000).

Allo stesso tempo va notato che le politiche di Rm sono inserite, in ogni paese, in diversi contesti di politiche di mantenimento del reddito e, più in generale, in diversi scenari di welfare state. Da molti decenni ad esempio in alcuni paesi politiche di universalismo selettivo poco generose sono affiancate da misure categoriali, così da determinare un quadro di contrasto alla povertà soddisfacente sul piano dell'efficacia (Cantillon e Vandenbroucke, 2014). Più recentemente, invece, si stanno verificando casi in cui le politiche di Rm sono inserite all'interno di schemi di ammortizzatori sociali di cui costituiscono il livello «base» o addirittura di schemi integrati di detrazioni fiscali e di crediti di imposta per poveri, come avviene ad esempio in Gran Bretagna, dove l'Universal Credit rappresenta la massima integrazione tra una tradizionale misura di Rm, l'indennità assistenziale di disoccupazione e le politiche di sostegno al reddito dei *working poors* (Toso, 2016). In sostanza potremmo chiederci se si stia prefigurando una trasformazione delle politiche di reddito minimo verso *sistemi integrati di reddito minimo* in cui varie misure, nate con scopi e natura differenti, vengono coordinate tra loro per garantire in modo più efficace la tutela del reddito delle persone meno abbienti.

Per tentare di rispondere a questo interrogativo analizzeremo le tendenze attuali delle politiche di reddito minimo, la loro capacità di integrazione con altre misure di mantenimento del reddito e l'efficacia complessiva nel contrastare la povertà in dieci Stati europei: la scelta è motivata da ragioni metodologiche sia di natura funzionale che sostanziale. Sul piano funzionale si tratta di nazioni rispetto alle quali le basi dati consentono una piena comparabilità: sul piano sostanziale è stato scelto un gruppo di paesi in cui le misure di Rm esistono da tempo in modo strutturato a fianco di altre misure categoriali (Gran Bretagna, Germania, Paesi Bassi e Svezia), paesi in cui la loro storia è più recente (Francia, Spagna e Portogallo) e i due paesi «ritardatari» (l'Italia e la Grecia). Ci è parso interessante inserire anche uno Stato

dell'Europa dell'Est (la Polonia) in cui la soglia di povertà non è così bassa ma confrontabile con alcuni Stati sud-europei.

La sezione 2, dopo aver illustrato l'evoluzione storica delle politiche di Rm, mira a evidenziare le importanti differenze ancora oggi esistenti nella condizionalità e nella generosità dei vari interventi di Rm e la loro capacità di integrarsi con altre misure di sostegno al reddito dei poveri, che influiscono in modo significativo nel determinare la diversa efficacia complessiva di questi strumenti (Immervoll, 2010). La sezione 3 è invece dedicata a comprendere come la spesa e l'efficacia complessiva delle politiche di mantenimento del reddito siano mutate nel tempo: come è cambiata in particolare negli anni della crisi economica la composizione della spesa in trasferimenti sociali e l'efficacia di questi ultimi nel contrasto della povertà? Per rispondere a questa domanda, tramite un'analisi dei dati Eu-Silc (European Union Statistics on Income and Living Conditions), metteremo a confronto le caratteristiche strutturali e i cambiamenti registrati nel sistema dei trasferimenti sociali dei paesi europei in esame. La sezione 4 conclude, riepilogando le trasformazioni in atto nei dieci paesi considerati sia sul piano istituzionale che su quello dell'efficacia nel contrasto alla povertà.

2. Sistemi di reddito minimo a confronto

In tutti i ventotto paesi dell'Unione europea sono oggi presenti misure che possiamo definire come politiche di contrasto alla povertà, tramite la garanzia di un Rm per chi versa in condizioni di particolare bisogno. Grecia e Italia hanno da poco recuperato lo storico gap, introducendo nel corso degli ultimi due anni trasferimenti rivolti a tutti coloro che si trovano sotto una certa soglia di reddito.

Tra le varie misure di Rm esistono molti tratti in comune, ma anche alcune importanti differenze, a partire naturalmente dalla più significativa, la generosità della misura, che, vista la natura differenziale di tutte le politiche di Rm – il cui importo non è fisso, ma in tutti i paesi è pari alla differenza tra una determinata soglia e il reddito del beneficiario –, ne determina anche l'estensione della platea dei beneficiari.

Per prima cosa si analizzerà l'evoluzione delle politiche di Rm in modo da poter individuare le principali tendenze che storicamente hanno determinato il contesto politico in cui le misure si sono sviluppate ed evolute cercando di comprendere perché oggi può avere sen-

so parlare di «sistemi di Rm» e che cosa si intende con questo termine per concentrarci successivamente sull'analisi comparativa delle misure nei dieci paesi.

RPS

2.1 *Da politiche di Rm a sistemi di Rm? La storia di un cambiamento*

Le politiche di Rm hanno iniziato a diffondersi in Europa a partire dal secondo dopoguerra in seguito alle riforme impresse da Beveridge al welfare state, che fino a quel momento era costituito esclusivamente da politiche di assicurazione sociale. Le riforme beveridgiane, che miravano a sconfiggere tra le altre cose anche la povertà, consentirono infatti l'introduzione, prima in Gran Bretagna e poi, sull'esempio inglese, nel resto del continente, di strumenti di assistenza e di sicurezza sociale.

È per l'appunto inglese la prima politica di reddito minimo, la *National Assistance* (1948), a cui seguirono il *Socialhja* svedese (1956), il *Sozialhilfe* tedesco (1961), il *Sociale Bijstand* olandese (1963) e poi via via tutti gli altri (Ferrera, 2006). In questa prima fase l'intento delle misure era quello di fornire una protezione di ultima istanza per tutti coloro che si trovavano in condizioni di povertà estrema e, a causa della scarsa anzianità contributiva, erano esclusi dalle politiche di sostegno al reddito di tipo bismarckiano, di natura previdenziale. In questa fase, oltre a misure di universalismo selettivo come il Rm, iniziano a diffondersi in tutti i paesi europei anche minimi categoriali di natura assistenziale, prevalentemente rivolti ad anziani e a disabili, che solitamente ricevono trasferimenti più generosi rispetto a quelli del Rm, per il fatto che si rivolgono a soggetti inabili al lavoro.

Negli anni settanta l'avvento della disoccupazione di massa e il conseguente impoverimento di molti cittadini spinge alcuni paesi che non si erano ancora dotati di strumenti di contrasto alla povertà a intervenire con misure di reddito garantito: è dunque la volta della Finlandia (1971), del Belgio (1973), della Danimarca (1974) e dell'Irlanda (1975). In questi casi, pur intervenendo alcuni decenni dopo i paesi apripista, le politiche di Rm non presentano significative differenze rispetto alla fase precedente.

Bisognerà aspettare la fine degli anni ottanta per trovare un mutamento sostanziale in queste misure. La «terza ondata» delle politiche di Rm (Busilacchi, 2013), di cui è stato pioniere il *Revenu minimum d'insertion* francese (1988), è infatti caratterizzata dall'introduzione, a fianco del trasferimento economico, di misure di inserimento sociale e la-

vorativo del beneficiario volte a contrastare l'esclusione sociale, oltre che la povertà economica.

L'accompagnamento di misure di inserimento all'erogazione del sussidio è un vero punto di svolta nella storia delle politiche di Rm europee: da questo momento infatti non solo i paesi che ancora non avevano introdotto strumenti di universalismo selettivo seguiranno il modello francese, ma via via anche in tutti i casi in cui vi era già stato un intervento legislativo in materia saranno apportate correzioni e integrazioni volte a non caratterizzare il Rm dal solo intervento «passivo» di natura economica.

Questo fenomeno si accentua con il passare del tempo a causa del diffondersi, sul piano politico e culturale, della logica dell'attivazione dei beneficiari e del welfare attivo come strumento per contrastare da un lato la dipendenza dal welfare dei beneficiari, rafforzando gli strumenti e le capacità degli esclusi di reinserirsi sul versante sociale e occupazionale, e dall'altro per contenere la spesa sociale (Esping-Andersen, 2002).

Tra i ventotto paesi membri dell'Ue gli ultimi a essersi dotati di uno strumento di universalismo selettivo sono stati la Grecia e l'Italia. La Grecia ha introdotto nel febbraio 2017 un reddito minimo su scala nazionale, con importi molto limitati, dopo che due diverse sperimentazioni di Rm si erano succedute a partire dal 2014 (Matsaganis, 2017). L'Italia negli ultimi anni ha lavorato per step successivi al rafforzamento di una misura di contrasto alla povertà (Granaglia e Bolzoni, 2016), trasformando dapprima la «Carta acquisti sperimentale» nel Sostegno per l'inclusione attiva (Sia) e infine il Sia nel Reddito di inclusione (Rei), entrato in vigore il 1° dicembre 2017. Nei suoi primi sei mesi di vita il Rei ha avuto ancora natura categoriale. Dal luglio 2018 è diventato una misura di universalismo selettivo, anche se non sono state ancora previste le coperture finanziarie adeguate, lasciando qualche dubbio sulle concrete possibilità di estensione universalistica delle misure. Quanto infine ai paesi entrati più di recente nell'Unione, in particolare quelli maggiormente poveri, essi rappresentano un caso abbastanza specifico data la bassa natura dell'importo, la recente introduzione di queste politiche, che quindi sono ancora in una fase di rodaggio, e la loro scarsa efficacia, tanto da poterle definire forme «primitive» di Rm.

È importante sottolineare che negli ultimissimi tempi è emersa un'innovazione nelle politiche di reddito minimo che potrebbe far pensare a una «quarta fase»: si sta assistendo, in recenti interventi legislativi, al passaggio da singole politiche di Rm a veri e propri *sistemi di reddito mi-*

RPS

Massimo Baldini, Gianluca Busilacchi e Giovanni Gallo

nimo. Cosa intendiamo con questa espressione? In alcuni paesi le tradizionali politiche di reddito minimo, nate come misure fondamentalmente passive, hanno prima subito, durante gli anni novanta, sulla scorta del caso francese, una trasformazione, con la previsione di strumenti di inserimento socio-lavorativo dei beneficiari, e poi ulteriormente rafforzato la loro natura «attiva» durante il diffondersi delle politiche di attivazione nella prima decade del XXI secolo, fino a diventare dei veri e propri strumenti di «quasi *workfare*», laddove le sanzioni previste per chi non partecipava attivamente alle misure di inserimento comportavano la sospensione della misura stessa. L'accentuazione del dualismo diritto-dovere si è affiancata d'altro canto a un irrigidimento della condizionalità delle misure stesse. Oggi in alcuni paesi tale evoluzione si è completata trasformando il Rm di fatto in una misura prevalentemente indirizzata ai poveri abili al lavoro e tesa alla loro attivazione, combinandola con altri minimi categoriali rivolti a coloro che, per età o per disabilità, non sono in grado di lavorare. In realtà, come già ricordato in apertura, in molti paesi misure categoriali di reddito minimo hanno da sempre affiancato strumenti di universalismo selettivo come il Rm: ciò che però sembra ora avvenire è una crescente integrazione tra le politiche di reddito minimo e altre misure, nate anche con scopi differenti, che sembrano prefigurare una sorta di sistema integrato di politiche di reddito minimo, a cui è demandata complessivamente l'efficacia nel contrasto alla povertà.

Un caso esemplare da questo punto di vista è quello inglese, in cui il tradizionale *Income Support* è stato affiancato negli anni novanta dalla *Jobseeker's Allowance*, una misura fortemente orientata all'inserimento lavorativo dei beneficiari e poi da altre misure categoriali e persino, negli ultimi anni, da un sistema di detrazioni fiscali per i *working poor*. Questo «sistema di reddito minimo» inglese è stato talmente integrato che a fine 2018 tutti i singoli interventi verranno accorpati in un'unica misura, l'*Universal Credit*. Ecco perché oggi più che di politiche di reddito minimo sembrerebbe aver senso parlare di un sistema di reddito minimo composto da varie politiche per sostenere le entrate dei meno abbienti. Prima di tentare di rispondere a tale interrogativo, analizzando i dati sull'efficacia delle politiche contro la povertà e di altri strumenti di mantenimento del reddito, vediamo ora nel dettaglio quali sono i casi più innovativi e quelli in cui questo ulteriore passaggio non è avvenuto.

2.2 *Analisi comparata dei dieci casi di Rm*

Per analizzare in modo comparato le varie politiche di Rm dei dieci paesi considerati, e per poter comprendere se stia avvenendo sempre più una trasformazione della loro natura, tale da consentirne una integrazione «armonizzata» con altre politiche categoriali, ci si soffermerà dapprima sulla condizionalità richiesta per l'accesso alla misura per esaminare successivamente la generosità complessiva degli strumenti e infine concludere cercando di verificare se sia possibile suddividere i paesi analizzati in clusters.

Le misure di Rm sono strumenti di universalismo selettivo; dunque, per poter parlare a pieno titolo di Rm la condizionalità della misura non dovrebbe limitare l'accesso a specifiche categorie ed escluderne altre. In tutti i paesi in cui è presente un Rm, però, esistono alcuni requisiti di accesso di natura socio-anagrafica legati all'età e alla necessità eventuale di essere residenti o cittadini di quel paese, condizioni legate al soddisfacimento degli impegni previsti dal progetto di inserimento e ad altri aspetti di natura economica.

Trattiamo brevemente le prime due categorie per poi concentrarci con più attenzione sull'ultima.

Anzitutto va chiarito che quasi ovunque le misure di Rm sono rivolte a tutta la famiglia, ma l'accesso è individuale, quindi le condizioni riguardano le caratteristiche del beneficiario che presenta la domanda e che firmerà il progetto di inserimento.

Sul piano delle condizioni socio-anagrafiche che determinano l'accesso agli strumenti di reddito minimo ormai quasi tutti i paesi tendono a condizionare la misura al limite anagrafico dei diciotto anni di età e alla residenza nel paese; in alcuni casi, come per il Rei italiano, è previsto espressamente il numero minimo di mesi di residenza (ovvero 24). Tutte le misure di Rm cessano al raggiungimento dei 65 anni di età, quando si passa alle misure categoriali per anziani poveri (pensione sociale). Da questo punto di vista l'integrazione armonica tra Rm e redditi minimi riservati agli anziani è massima, ma del resto è sempre esistita, almeno in quei paesi in cui è presente una misura assistenziale per tutti gli over 65 poveri, mentre l'armonizzazione non è garantita nei paesi che prevedono solo l'integrazione al minimo delle pensioni, che esclude chi non ha mai lavorato (Marx e Nelson, 2012; Busilacchi, 2013).

Eccezioni alla condizione della residenza sono il caso inglese, in cui addirittura basta vivere nel paese, e quello svedese, in cui è sufficiente

il diritto di soggiorno. Una maggiore rigidità si verifica nel caso olandese, in cui i beneficiari sono tenuti anche a parlare la lingua e se non la conoscono devono acquisire brevemente tale competenza: la ragione sta nel fatto che si ritiene impossibile favorire un inserimento occupazionale per chi non ha tale capacità. In Germania, invece, sebbene la misura di Rm (rivolta ai disoccupati abili al lavoro) contempra la sola residenza come condizione, gli altri minimi categoriali richiedono invece il requisito della nazionalità: in questo senso, ad esempio, l'armonizzazione tra misura universalistica e minimi categoriali è scarsa, perché prevede condizionalità differenziate.

Per quanto riguarda invece le eccezioni al limite della maggiore età, in Germania l'accesso avviene già a 15 anni (quando termina l'obbligo scolastico), mentre in Francia è portato a 25 (di meno solo se si è *care-givers* di minore). Anche nelle *Rentas minimas autonomicas* spagnole solitamente il limite è di 25 anni (ma l'indennità di disoccupazione nazionale assistenziale parte dai 16). Infine, due paesi non indicano esplicitamente la soglia anagrafica di accesso: si tratta della Svezia e dell'Italia, ma di fatto l'età in cui si inizia a percepire la misura è 18 anni, perché prima si è a carico della famiglia.

A proposito delle condizioni legate all'impegno per il progetto di reinserimento, in realtà non si può parlare di vera condizionalità *ex ante*: tutte le misure prevedono, con termini e norme diversi, che sia dovere del beneficiario impegnarsi a rispettare il progetto personalizzato (in molti casi esteso alla famiglia, come in Italia, in Polonia, in Germania e in Portogallo) per uscire dalla condizione di bisogno. Nella maggior parte dei casi si prevede la registrazione al collocamento, l'impossibilità di rifiutare i lavori offerti (anche per il partner, nel caso olandese) e il prendere parte alle attività formative e di attivazione previste per sé e per i familiari; in qualche caso sono pensate sanzioni per chi non rispetta questi doveri, fino alla sospensione della misura. È interessante notare come nel caso svedese si faccia particolare attenzione alla «valutazione della capacità della persona di supportare se stessa», in molti casi le singole parole indicate nelle norme sono già indicative dell'approccio e della visione politica alla base di misure solo in apparenza molto simili tra loro. In generale però, al di là di queste differenze, si può affermare che in tutti i paesi analizzati l'irrigidimento nel corso degli anni della condizionalità all'inserimento lavorativo ha portato i redditi minimi europei ad assumere sempre più nei fatti la natura di politiche di «quasi *workfare*» destinate ai poveri senza lavoro, in cui, più che sulla garanzia al reddito minimo, l'accento è posto sulla con-

troprestazione diritto-dovere. Ed è esattamente questo aspetto che sembra trasformare la natura delle politiche di reddito minimo, aprendo lo spazio a crescenti integrazioni «armonizzate» con altre misure (assistenziali, categoriali o di sostegno al reddito dei lavoratori poveri) verso veri e propri «sistemi integrati di reddito minimo».

Tornando alla condizionalità, esistono infine alcuni requisiti economici che *ex ante* impediscono l'accesso alla misura, al di là ovviamente del godere di un reddito superiore alla soglia reddituale prevista: si tratta solitamente di vincoli legati al patrimonio. Ad esempio nel Regno Unito non si ha accesso al Rm in caso di capitale superiore ai 19.382 euro (oltre i 7.268 euro, invece, si hanno decurtazioni nell'importo); in Svezia non bisogna disporre di alcun patrimonio; in Grecia il valore della casa di proprietà non può essere superiore a 90 mila euro (sono anche previsti altri limiti patrimoniali per auto e altri beni) e in Portogallo il patrimonio non può superare di sessanta volte l'indice di «aiuti sociali». Anche nel Rei italiano esiste un vincolo legato al patrimonio immobiliare (20 mila euro), esclusa la casa di proprietà, e mobiliare (6 mila), né si possono possedere auto acquistate di recente o barche.

Trattandosi di misure a importo differenziale, determinato dalla distanza tra la condizione economica del beneficiario e del suo nucleo familiare e la somma stabilita, è chiaro che la valutazione sulla generosità della misura riguarda in realtà il valore della soglia e le modalità con cui essa è calcolata.

Ad esempio, la casa di proprietà non viene considerata nella valutazione della condizione economica in Gran Bretagna, Spagna, Germania, Italia e Polonia (se non di valore eccessivo), mentre da questo punto di vista è prevista una franchigia nei Paesi Bassi.

Analogamente in molti casi esiste una franchigia rispetto ai redditi da lavoro per disincentivare eventuali trappole della povertà: così, piccoli redditi da lavoro (solitamente indicati in valore assoluto o in percentuale rispetto al reddito complessivo) non vengono tenuti in considerazione in Gran Bretagna, Svezia, Paesi Bassi, Portogallo e Italia. In alcuni casi non vengono computati modesti trasferimenti sociali, che risultano dunque cumulabili al Rm.

La condizione economica presa in considerazione è quella del nucleo familiare e la soglia (e dunque l'importo) è rapportata alla sua ampiezza e, in alcuni casi, anche ad altri parametri, come la presenza di minori disabili. Detto ciò, per comodità compariamo la generosità del valore delle politiche di Rm tenendo conto dei nuclei costituiti da una persona sola. Per rendere confrontabile il valore del Rm in paesi molto

RPS

Massimo Baldini, Gianluca Busilacchi e Giovanni Gallo

diversi tra loro per condizioni economiche complessive ci è parso utile rapportare il valore della soglia-importo di Rm alla soglia della povertà relativa dei vari paesi (tabella 1).

RPS

Tabella 1 - Generosità delle politiche di Rm all'anno 2017 (valori espressi in euro)

Paese	Soglia di povertà	Importo Rm per persona sola	Ratio copertura %	Benefit aggiuntivi per bisogni fondamentali
Francia	994	535	54	Housing benefit (variabili a seconda delle condizioni)
Germania	1018	409	40	Possibile variabilità importo, a seconda del costo della vita nelle varie zone del paese. Supplementi per bisogni quotidiani e casa
Gran Bretagna	886	356	40	Aiuti per affitto e altre spese in caso di necessità
Grecia	440	200	45	70-220 euro mese per bisogni di cibo e affitto (legge n. 4320/2015), housing benefit di 362 euro per over 65
Italia	770	190	25	Interventi dei Comuni
Paesi Bassi	969	983	100	Assistenza per affitto (711 euro mese per over 23, 414 per under 23)
Polonia	497	94	19	Benefit per beni fondamentali (cibo, medicine, vestiti)
Portogallo	516	184	36	-
Spagna	723	428*	59	-
Svezia	1061	417	39	Combinabile con altre misure

* Media.

Fonte: Dati Eurostat per le soglie di povertà e Missoc per gli importi di Rm (all'1-1-2017).

Ciò che appare davvero rilevante, ma spesso poco considerato nelle analisi comparative, è che in alcuni paesi i beneficiari del Rm hanno accesso automatico ad altre misure di natura ben diversa dal reddito minimo, come le politiche di *housing* (sia per sostegni all'affitto che per spese legate al riscaldamento, piuttosto rilevanti nel budget dei meno abbienti in alcuni paesi nord-europei) o per trasferimenti connessi all'acquisto di beni fondamentali, spesso legati alle politiche sanitarie (ad esempio per le spese farmaceutiche). Da un lato è quindi molto importante considerare anche questi benefit supplementari (se cumulabili) perché spesso incidono

in modo significativo sulla generosità delle misure. D'altro canto va specificato che questi benefit «correlati», che talvolta superano per importo il Rm stesso, non rappresentano il trasferimento di reddito minimo, ma l'integrazione tra la misura di Rm in senso stretto e un sistema di tutela del reddito dei meno abbienti, di cui abbiamo parlato in apertura.

Come si può evincere dalla tabella 1, infatti, in alcuni casi le misure di Rm sono integrabili con altre politiche di diversa natura, che aiutano nel pagamento di spese fondamentali (cibo, casa, medicine). Gli *housing benefits* sono a volte molto significativi, come ad esempio nei Paesi Bassi, ma anche in Francia, Germania e Gran Bretagna c'è un'attenzione particolare alla copertura dei costi della casa (e del riscaldamento). Il caso inglese appare particolarmente rilevante e potrebbe rappresentare, come già avvenuto in passato, una sorta di «avanguardia», poiché qui l'integrazione tra le varie misure è perfettamente «armonizzata», anche sul piano amministrativo, così da escludere da un lato incompatibilità tra i sistemi di condizionalità richiesti e dall'altro evitando iniquità orizzontali. L'armonizzazione è tale che è in fase sperimentale un'unica misura, l'*Universal Credit*, che sostituisce sia il Rm inglese che le misure di sostegno ai *working poors* e alcuni minimi categoriali (Toso, 2016).

Venendo al rapporto tra importo della misura e soglia di povertà, come mostrato dai dati, solo nei Paesi Bassi la soglia di Rm è pari alla soglia di povertà, con una copertura del 100%. Negli altri Stati i valori sono molto più bassi, allineandosi in linea di massima su quella che è la media europea del 50% (Busilacchi, 2013), con Francia e Spagna di poco superiori e con un gruppo di paesi di poco al di sotto (Germania, Gran Bretagna, Grecia e Svezia). Davvero scarsa la copertura italiana e quella polacca.

Va precisato che questi dati non danno indicazioni sull'efficacia della misura, che è altra cosa, e ancor meno sull'efficacia del complesso delle misure di contrasto alla povertà, che come detto è rappresentato da un insieme più articolato di policy. Sono però valori molto indicativi di quanto la politica di Rm sia centrale nel sistema di welfare e di quale valore si voglia dare a strumenti di universalismo selettivo nel contrastare la povertà.

3. L'impatto dei trasferimenti sulla povertà

Nei sistemi europei di welfare dunque il reddito minimo non è mai l'unica misura di sostegno al reddito, ma è generalmente affiancato da

RPS

Massimo Baldini, Gianluca Busilacchi e Giovanni Gallo

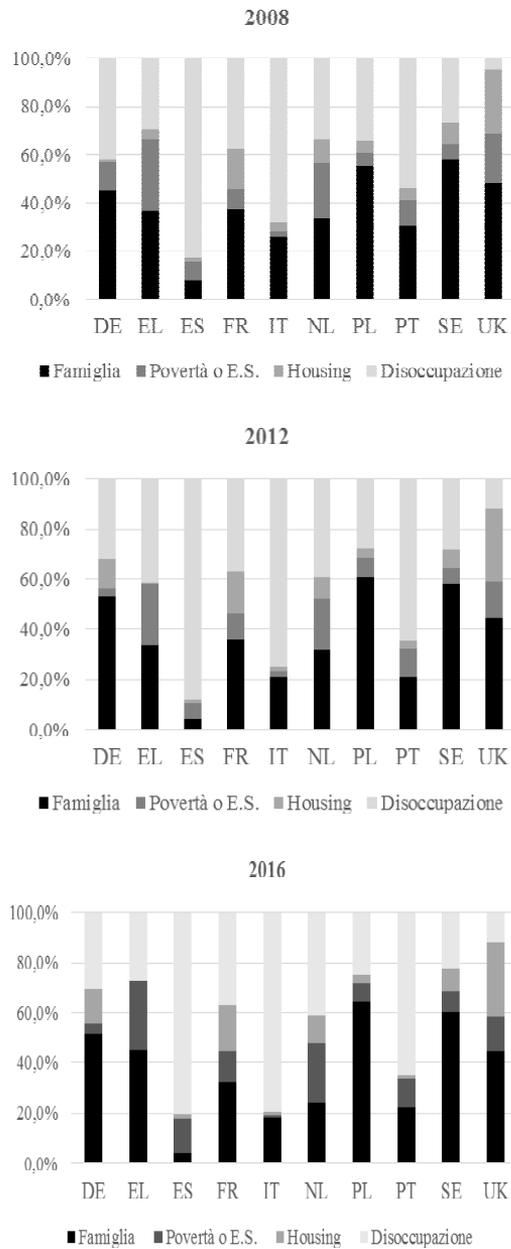
altre politiche di natura assistenziale o assicurativa, spesso a esso integrate o armonizzate. In questa sezione si valuterà l'impatto del complesso di queste misure sulla povertà e i suoi eventuali mutamenti a seguito della Grande Recessione. Per questo motivo usiamo l'indagine Eu-Silc, che fornisce molteplici informazioni sui redditi e sulle condizioni di vita delle famiglie europee, nonché sui trasferimenti monetari percepiti, pur non contenendo indicazioni sul solo impatto delle misure di Rm (va precisato che non esistono micro-dati capaci di «isolare» l'impatto delle sole misure di Rm). Con riferimento ai dieci paesi finora considerati, usiamo i dati trasversali di tre anni dell'indagine: 2008 (momento pre-crisi), 2012 (crisi in corso) e 2016 (momento post-crisi)¹. L'unità di analisi è la famiglia. Le variabili monetarie sono espresse a parità di potere d'acquisto e a prezzi costanti. La definizione di povertà adottata è, come nella sezione precedente, quella standard Eurostat (reddito equivalente inferiore al 60% della mediana nazionale).

3.1 La composizione della spesa in trasferimenti

Benché i sistemi di reddito minimo abbiano tutti uno scopo analogo, ovvero contrastare la povertà, questi possono differenziarsi tra loro nel mix di politiche assistenziali offerte, nonché nella spesa pro capite impiegata. La figura 1 mostra che vi sono grandi differenze, come atteso, nella composizione del mix di sussidi che nei vari paesi forma quello che abbiamo chiamato il sistema di reddito minimo. Nella maggioranza dei casi la quota principale della spesa in trasferimenti va ai sussidi per la disoccupazione. Ciò è particolarmente vero nell'Europa meridionale, ad esclusione della Grecia in cui le risorse impiegate contro la disoccupazione non superano il 30% nei periodi pre e post-crisi. La seconda voce di spesa per entità è quella dei trasferimenti per famiglia e figli, mentre l'*housing* e il contrasto alla povertà e all'esclusione sociale in senso stretto rappresentano una quota rilevante del totale solo in Grecia, Paesi Bassi e Regno Unito.

¹ Si utilizzano qui le versioni Eu-Silc cross-sectional Udb 2008, 2012 e 2016 dell'ottobre 2017. Si ricorda che nell'indagine Eu-Silc le variabili reddituali sono riferite all'anno precedente a quello di rilevazione. Di conseguenza nell'indagine Eu-Silc 2008 i redditi sono riferiti all'anno 2007, nell'indagine 2012 al 2011 e nell'indagine 2016 al 2015.

Figura 1 - Quota della spesa totale per categoria di trasferimento sociale



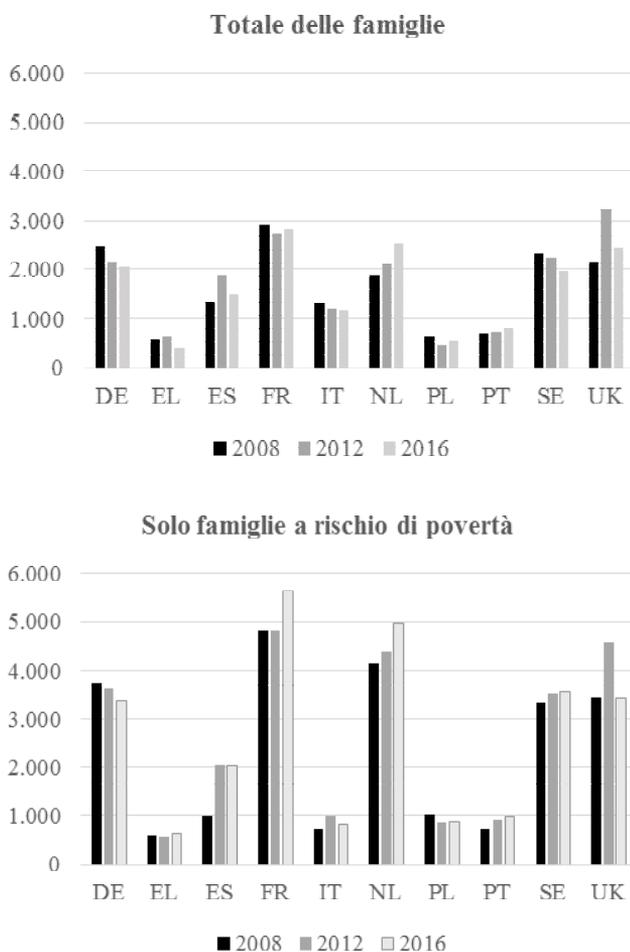
Fonte: Elaborazioni degli autori su dati Eu-Silc cross-sectional Udb 2008, 2012 e 2016.

Il confronto temporale (2008-2016) nella composizione della spesa evidenzia un certo cambiamento probabilmente imputabile alla crisi economica, nonché due diverse velocità da parte dei paesi nel transitare fuori dalla crisi stessa. Nel periodo 2008-2012 è infatti cresciuto il peso dei trasferimenti contro la disoccupazione – soprattutto in Grecia e in Portogallo – a discapito delle altre tre categorie. Unica eccezione è la Germania, dove non a caso la crisi è stata meno intensa: nello stesso periodo la spesa per famiglia e *housing* aumenta mentre le altre voci si contraggono. Come atteso, nel periodo 2012-2016 si rileva un rientro della spesa pubblica per la disoccupazione e un graduale ritorno alla composizione di spesa pre-crisi nella maggior parte dei casi. Solo tre Stati in questo periodo continuano a registrare una spesa crescente per i disoccupati: Italia, Paesi Bassi e Portogallo. Mentre però in Portogallo cresce anche la spesa per trasferimenti alle famiglie e nei Paesi Bassi aumenta quella in *housing* e contrasto alla povertà, l'Italia vede diminuire tutto il resto.

I paesi mediterranei e dell'Est Europa sono caratterizzati da bassi livelli della spesa pro capite totale per trasferimenti (figura 2), mentre gli altri (in particolare la Francia) mostrano valori ben più elevati. La crisi economica e le conseguenti scelte nazionali di policy sembrano aver inciso anche su questa dimensione. Tra gli Stati più «virtuosi» si assiste in generale a una stretta sulla spesa pro capite, tranne che nei Paesi Bassi e nel Regno Unito; in quest'ultimo caso la spesa è cresciuta soprattutto nel pieno della crisi. Similmente Spagna e Portogallo si distinguono dagli altri paesi del Sud ed Est Europa per una spesa crescente durante e dopo la crisi. La Grecia ha il record per riduzione della spesa pro capite nel periodo 2008-2014 (-33%), con tutta probabilità a causa della massiccia *spending review* avviata per far fronte alla crisi del proprio debito sovrano.

La distanza tra Nord e Sud-Est Europa si intensifica in termini di spesa pro capite quando si fa riferimento alla sola popolazione di famiglie a rischio di povertà (figura 2), con la Spagna a occupare una posizione intermedia dal 2012. La spesa pro capite tra le famiglie povere è tra il 2008 e il 2016 in forte aumento nei paesi considerati, ad esclusione di Regno Unito, Germania e Polonia. La nazione dove si registra la maggiore crescita della spesa media per le famiglie povere è la Spagna, con un aumento del 106% nel periodo considerato. Le diverse dinamiche assunte dalla spesa pro capite in trasferimenti nel confronto tra il totale delle famiglie e le sole famiglie in povertà testimoniano una probabile e generale tendenza da parte dei governi nazionali, in periodo di crisi, ad abbandonare un approccio «universalistico» per assumerne uno più efficiente e mirato sui poveri.

Figura 2 - Spesa pro capite in trasferimenti



Nota: Valori espressi in euro a Ppp e indicizzati al 2015. Per «spesa pro capite» si intende la spesa media per famiglia e non a persona, poiché l'unità di analisi è qui sempre il nucleo familiare.

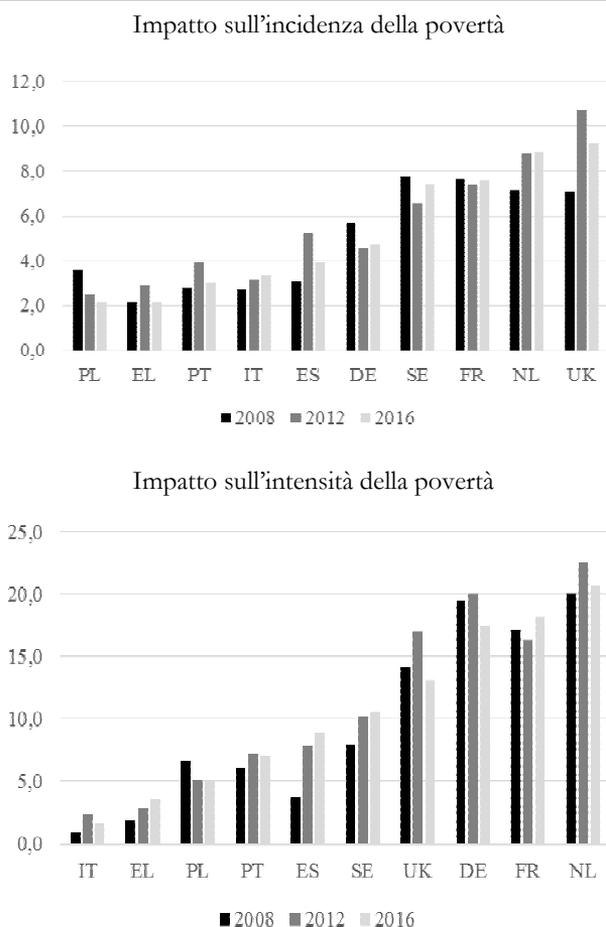
Fonte: Elaborazioni degli autori su dati Eu-Silc cross-sectional Udb 2008, 2012 e 2016.

Il confronto offerto dalla figura 2 fa emergere un ulteriore, interessante risultato. L'Italia infatti è l'unico paese, insieme solo alla Spagna nel 2008 e alla Grecia nel 2010, con una spesa pro capite tra le famiglie in povertà inferiore a quella che si osserva nel complesso della popolazione, sebbene queste siano più bisognose di supporto economico.

3.2 L'efficacia dei trasferimenti sociali nel contrasto alla povertà

Per valutare infine l'efficacia dei trasferimenti sull'incidenza e sull'intensità della povertà si adotta qui l'analoga metodologia applicata da Eurostat, che consiste nel comparare, mantenendo fissa la soglia di povertà, gli indici di povertà con quelli ottenuti sotto l'ipotesi dell'assenza nei redditi delle famiglie dei trasferimenti sociali oggetto dell'analisi. Nel 2008 i trasferimenti più efficaci sono quelli della Svezia e della Francia, le quali determinano una riduzione dell'incidenza della povertà (percentuale di persone povere) di quasi otto punti (figura 3).

Figura 3 - Efficacia dei trasferimenti sociali su incidenza e intensità della povertà



Fonte: Elaborazioni degli autori su dati Eu-Silc cross-sectional Udb 2008, 2012 e 2016.

Dall'altra parte, a fronte di una spesa pro capite inferiore e pertanto spesso non sufficiente per permettere di oltrepassare la soglia di povertà, i sistemi con meno efficacia sono quelli dell'Europa meridionale e della Polonia. In risposta alla crisi economica nel 2012 si assiste a un generale aumento dell'efficacia dei trasferimenti, tranne che in Polonia, Germania, Svezia e Francia. I paesi dove l'efficacia cresce di più nel periodo 2008-2012 sono la Spagna e la Gran Bretagna, sebbene la prima si sia concentrata in prevalenza sui sussidi per la disoccupazione mentre la seconda sui trasferimenti per le famiglie e sull'*housing*. Nel 2016 si rileva un complessivo assestamento dell'efficacia dei trasferimenti sull'incidenza della povertà, ad esclusione della Polonia dove la stessa si contrae ulteriormente, lasciando tuttavia pressoché immutato il divario Nord-Sud.

Con riferimento all'impatto dei trasferimenti sull'intensità della povertà, la figura 3 evidenzia una maggiore efficacia nei sistemi di Francia, Paesi Bassi e Germania, con un *poverty gap* ridotto di quindici punti percentuali e più grazie ai trasferimenti, mentre i sistemi italiano e greco risultano i peggiori. Similmente all'impatto sull'incidenza anche quello sull'intensità è cresciuto in quasi tutti i paesi in esame a seguito della crisi economica, soprattutto in Spagna, per poi ritornare nel complesso ai valori iniziali nel 2016.

Guardando all'efficacia nel contrasto alla povertà dei singoli tipi di trasferimento nell'ultimo anno di rilevazione (2016), quelli per povertà o esclusione sociale in senso stretto (che dovrebbero contenere al proprio interno le misure di reddito minimo) hanno il minor impatto sull'incidenza della povertà nel totale dei paesi considerati (tabella 2)². In Italia, ad esempio, i trasferimenti per povertà o esclusione sociale riducono l'incidenza della povertà di soli 0,1 punti percentuali, mentre molto maggiore è l'effetto dei trasferimenti contro la disoccupazione. Le uniche nazioni in cui questi trasferimenti riescono a ridurre l'incidenza per più di un punto percentuale sono la Gran Bretagna e i

² Alcuni degli impatti dei trasferimenti sociali sull'intensità della povertà in tabella 2 hanno segno negativo. Sebbene ciò sia inusuale, questo fenomeno rimane comunque possibile poiché, mentre la soglia di povertà considerata è la medesima, nel confronto tra scenari «pre e post trasferimenti» la platea di individui poveri (e conseguentemente il loro reddito medio) cambia. Un trasferimento può avere effetto negativo sull'indice di intensità se le famiglie che grazie ad esso escono dalla povertà hanno un reddito pre-trasferimento vicino alla soglia.

Paesi Bassi, in cui però non rappresentano comunque le misure più efficaci. L'impatto di questa categoria di trasferimenti è invece significativo sull'intensità della povertà in diversi Stati analizzati, in particolare modo nei Paesi Bassi, con una riduzione di 19,4 punti percentuali dell'indice complessivo. La tabella 2 conferma quindi l'importanza di una visione delle politiche di contrasto alla povertà che non sia limitata ai soli trasferimenti specificamente diretti contro la povertà, ma che consideri anche tutti gli altri schemi indirizzati ai redditi bassi.

Tabella 2 - Riduzione in punti percentuali degli indici di incidenza e di intensità della povertà per categoria di trasferimento sociale (anno 2016)

Paese	Impatto sull'incidenza della povertà				
	Famiglia	Povertà o esclusione sociale	Housing	Disoccupazione	Totale
Germania	2,5	0,4	1,2	2,1	4,7
Grecia	1,1	0,6	0,0	0,6	2,2
Spagna	0,1	0,7	0,1	3,1	3,9
Francia	2,0	0,9	2,3	3,3	7,6
Italia	1,1	0,1	0,1	2,1	3,3
Paesi Bassi	1,5	3,0	4,4	2,5	8,9
Polonia	1,4	0,2	0,2	0,5	2,2
Portogallo	0,5	0,3	0,0	2,1	3,0
Svezia	1,9	0,6	3,7	1,9	7,4
Regno Unito	3,9	2,0	5,2	0,5	9,2
Totale	2,0	0,8	1,8	2,0	5,6
Paese	Impatto sull'intensità della povertà				
	Famiglia	Povertà o esclusione sociale	Housing	Disoccupazione	Totale
Germania	1,2	1,1	6,7	7,6	17,4
Grecia	2,0	0,9	0,0	0,7	3,6
Spagna	0,1	1,8	0,0	6,6	8,9
Francia	3,3	5,9	4,7	5,5	18,2
Italia	-0,4	0,2	0,1	1,7	1,7
Paesi Bassi	1,2	19,4	-1,0	4,8	20,7
Polonia	1,9	1,7	0,4	1,2	5,1
Portogallo	1,3	2,3	0,0	3,9	7,0
Svezia	0,9	4,8	1,9	4,4	10,6
Regno Unito	3,0	0,7	2,9	1,7	13,1
Totale	1,2	2,4	2,6	4,4	11,7

Fonte: Elaborazioni degli autori su dati Eu-Silc cross-sectional Udb 2016.

4. Conclusioni

Non possiamo ancora affermare con certezza di essere di fronte a una «quarta fase» nella storia delle politiche di Rm, ma certamente negli ultimi anni si sono verificate in diversi paesi alcune trasformazioni importanti e innovative che, come avvenuto altre volte in passato, potrebbero indicare una tendenza a cui poi si uniformeranno anche altri Stati. Solo con il tempo potremo scoprirlo.

In alcuni dei paesi che abbiamo analizzato è in atto una tendenza a passare da singole misure di universalismo selettivo a sistemi integrati e armonizzati nel sostegno al reddito dei meno abbienti in cui la misura di Rm, indirizzandosi prevalentemente a persone abili al lavoro, diventa a tutti gli effetti una sorta di indennità di disoccupazione assistenziale fortemente condizionata che, combinata ad altri minimi categoriali per anziani e disabili e soprattutto all'integrazione armonizzata con altre politiche di natura differente (*housing*, sanitarie ecc.), consente di sostenere le necessità quotidiane dei più poveri. Sembra configurarsi in tal senso una sorta di sistema integrato di reddito minimo più che una politica di reddito minimo in senso stretto, con una efficacia complessiva superiore rispetto ad alcuni anni fa (Busilacchi, 2013; Figari, Matsaganis e Sutherland, 2013). Questa ci pare la novità più interessante che sembra emergere. A fianco di questo aspetto possiamo anche notare altri due tratti innovativi. In primo luogo i progetti di inserimento, nati nel 1988 con il Rmi francese e sviluppatisi in tutta Europa nei due decenni successivi, oggi in molti casi coinvolgono tutta la famiglia e non solo il richiedente. Infine un tratto di maturità di queste misure è legato all'attenzione che spesso si nota per il complessivo sistema di assistenza rivolto ai bisogni fondamentali dell'individuo e della sua famiglia, non limitandosi all'erogazione del Rm ma combinandola con aiuti e sostegno alle necessità vitali (ad esempio, sostegno alle spese per la casa e per il riscaldamento o per i beni di prima necessità).

In particolare in Gran Bretagna, Francia, Germania e Spagna si sta delineando un sistema con un Rm prevalentemente pensato come attivazione per disoccupati, affiancato a misure di minimo categoriale.

Dentro a questo gruppo di paesi esistono ovviamente differenze interne e specificità: ad esempio in Gran Bretagna l'*Income Support* è diventato di fatto una misura di Rm per coloro che per varie ragioni non sono in grado di lavorare più di sedici ore alla settimana, affiancato da indennità di disoccupazione assistenziale (*Jobseeker's Allowance*)

e da misure assistenziali per anziani (pensione sociale a over 65) e disabili e da *housing benefits*, con particolare attenzione alla copertura delle spese per l'affitto e per il riscaldamento. Il sistema di reddito minimo inglese appare oggi il più articolato. Al Rm si affiancano misure di minimo categoriale, uno schema di ammortizzatori sociali molto orientati all'inserimento lavorativo e un sistema di detrazioni fiscali per *working poors*: a fine 2018 tutte queste misure saranno accorpate in un'unica politica, l'*Universal Credit*.

Anche in Francia il passaggio dal Rmi al Rsa (*Revenu de solidarité active*) ha nei fatti incoraggiato maggiormente la componente *pro-activation* della misura che, pur rimanendo a tutti gli effetti un Rm, sembra però rivolgersi prevalentemente agli abili al lavoro ed è affiancato da minimi categoriali per anziani e disabili e da *housing benefits* (cumulabili con il *Revenu de solidarité active*) che variano a seconda delle condizioni del beneficiario.

I casi tedesco e spagnolo hanno la specificità di combinare misure nazionali e locali. In Germania qualche anno fa il *Sozialhilfe* aveva avuto una tendenza alla omogeneizzazione nella valutazione dell'importo (un tempo differenziato tra i vari Länder) (Busilacchi, 2013); oggi questa storica misura è suddivisa tra una nazionale per i disoccupati (e per le loro famiglie), in cui i progetti di inserimento occupazionale sono coordinati dall'importante Agenzia federale per il lavoro tedesca, e da altre misure di reddito minimo per chi non può lavorare, gestite a livello di Länder. L'importo del Rm è deciso in linea di massima a livello nazionale, ma per determinare le misure aggiuntive si fa riferimento al *Regelbedarfe* (standard di ciò che è necessario per la sussistenza), che varia a seconda delle diverse zone del paese.

Anche in Spagna si assiste alla combinazione delle tradizionali *Rentas minimas autonomicas*, le politiche di Rm messe in campo dalle Comunità autonome, con una indennità di disoccupazione (nazionale) introdotta nel 2006, di natura assistenziale, rivolta agli over 16 senza lavoro in difficoltà economica (con redditi sotto i 531 euro), che non abbiano i contributi minimi per avere il *paro* (ammortizzatore contributivo) o per il reinserimento lavorativo di disoccupati di lungo periodo o di over 45 (in questo caso prende il nome di *Renta activa de inserción*). Anche in Spagna sono poi presenti misure di minimo categoriale per anziani e disabili gestite dalle Comunità autonome.

In sostanza in questi due paesi le politiche attive del lavoro combinate a un reddito minimo per disoccupati sono di competenza centrale e le misure di welfare senza legami con le politiche del lavoro sono gestite a livello regionale.

In due nazioni, Svezia e Paesi Bassi, il Rm è inteso come una assistenza sociale di ultima istanza per soddisfare i bisogni della persona. Nel caso olandese, come abbiamo visto, un importo molto alto, unito a una grande importanza attribuita al sostegno alle spese per la casa, consente alla misura di Rm, piuttosto orientata all'inserimento lavorativo, di fronteggiare da sola in modo significativo la povertà. Il caso svedese si caratterizza per essere più *social-oriented* che *work-oriented*, dunque in controtendenza rispetto al trend attuale, e per il grande valore attribuito al tema della auto-sostenibilità delle persone tramite le loro capacità. La misura svedese ha ad ogni modo un importo modesto, non ha una sua precipua identità ed è inserita dentro una rete più ampia di servizi sociali.

I restanti quattro casi sono riferiti a paesi rimasti più indietro in queste trasformazioni, seppur con significative differenze. Il Portogallo non ha presentato negli ultimi anni particolari cambiamenti alla propria misura, salvo la previsione del coinvolgimento dell'intero nucleo familiare nel contratto di inserimento, mentre per il resto il *Rendimento social de inserção*, adottato nel 1996, è un classico esempio di reddito minimo di inserimento.

Il Rm polacco è costituito da due benefit (uno periodico e uno permanente per chi è incapace di lavorare) e, oltre a un livello molto basso dell'importo, contiene elementi discrezionali nella determinazione del suo valore: in generale possiamo dire che si tratta di una misura piuttosto «primitiva» e molto poco efficace.

Da ultimo trattiamo i due casi «ritardatari». Grecia e Italia fino a poco tempo fa, come noto, erano gli ultimi due paesi a non avere una misura di universalismo selettivo. In Grecia nel 2015 è stata varata una legge (la n. 4320/15) per aiutare le persone in povertà estrema con buoni cibo e aiuti per affitti ed elettricità; analogamente in Italia è stata introdotta una «carta acquisti» con le stesse finalità. Nel 2016 entrambi i paesi hanno fatto uno step successivo: in Grecia è stata avviata una sperimentazione in trenta municipalità del Reddito di solidarietà sociale, che combina trasferimento monetario, servizi sociali e attivazione per i poveri estremi, che poi nel 2017 è stata estesa a tutto il paese. In Italia è stato introdotto il Sia, dal 2017 sostituito dal Rei. Quest'ultimo presenta tutte le caratteristiche di un Rm e, dopo una prima fase limitata solo ad alcune categorie di poveri, dal 1° luglio 2018 è finalmente diventato una misura universalistica.

Con l'ausilio dei dati Eu-Silc è stato possibile valutare il contributo che le misure di Rm e le altre forme di sostegno al reddito a esse af-

RPS

Massimo Baldini, Gianluca Busilacchi e Giovanni Gallo

fiancate forniscono al contrasto del rischio di povertà, mettendo in luce le grandi differenze esistenti tra i sistemi dei paesi europei analizzati in termini di composizione della spesa e di efficacia. I risultati mostrano come la crisi economica iniziata nel 2008 sembra finora aver prodotto contraccolpi modesti sulla struttura dei sistemi di sostegno al reddito. L'unica eccezione di rilievo è l'aumento della spesa nei sussidi di disoccupazione, anche se questa sembra essere tornata recentemente ai livelli pre-crisi. Ciò non è vero per l'Italia dove nel 2016 (redditi 2015) la spesa in disoccupazione risulta ancora in crescita, a discapito dei trasferimenti sociali per famiglie, *housing* e contrasto alla povertà in senso stretto. L'analisi dell'efficacia dei trasferimenti su incidenza e intensità della povertà fa emergere in particolare due considerazioni. La prima è che i trasferimenti contro povertà ed esclusione sociale assumono nel contrasto alla povertà un ruolo marginale o comunque in decrescita durante il periodo, se confrontati con le altre tre categorie di trasferimenti in esame. Ciò conferma che una valutazione sensata dell'efficacia contro la povertà di un sistema di welfare si può effettuare solo prendendo in considerazione tutte le forme di trasferimento indirizzate ai soggetti a basso reddito. La seconda è che, nonostante i cambiamenti avvenuti nel periodo 2008-2016, permane un forte divario tra i sistemi del Nord e del Sud-Est Europa.

L'Italia conferma di avere un sistema di trasferimenti monetari diversi dalle pensioni ancora poco sviluppato, con bassa efficacia nel sostenere i redditi più bassi. La crisi ha prodotto innovazioni significative nel disegno delle politiche, in particolare con l'introduzione di un reddito minimo, che devono però ancora manifestare i propri effetti sui dati campionari. In questo campo sono attese altre novità associate al recente cambio di governo. Altri ambiti, in particolare il sostegno ai redditi familiari, non sono stati per nulla interessati da innovazioni, malgrado una diffusa insoddisfazione sia per il loro disegno che per i loro effetti distributivi.

Riferimenti bibliografici

- Ayala L., 2000, *Las rentas minimas en la reestructuración de los estados de bienestar*, Consejo Economico y Social, Madrid.
- Busilacchi G., 2013, *Welfare e diritto al reddito. Le politiche di reddito minimo nell'Europa a 27*, Franco Angeli, Milano.
- Cantillon B. e Vandenbroucke F. (a cura di) , 2014, *Reconciliating Work and Poverty Reduction*, Oxford University Press, Oxford.

- Esping-Andersen G., 2002, *Why We Need a New Welfare State*, Oxford University Press, Oxford.
- Ferrera M. (a cura di), 2006, *Le politiche sociali. L'Italia in prospettiva comparata*, il Mulino, Bologna.
- Figari F., Matsaganis M. e Sutherland H., 2013, *Are European Social Safety Nets Tight Enough? Coverage and Adequacy of Minimum Income Schemes in 14 EU Countries*, «International Journal of Social Welfare», vol. 22, n. 1, pp. 3-14.
- Granaglia E. e Bolzoni M., 2016, *Il reddito di base*, Ediesse, Roma.
- Immervoll H., 2010, *Minimum-Income Benefits in Oecd Countries: Policy Design, Effectiveness and Challenges*, Oecd - Social, Employment and Migration Working Papers, n. 100, Oecd Publishing, Parigi.
- Marx I. e Nelson K. (a cura di), 2012, *Minimum Income Protection in Flux*, Palgrave Macmillan, Londra.
- Matsaganis M., 2017, *The Contorted Politics of Guaranteed Minimum Income in Greece*, paper presentato alla Conferenza annuale di Espanet Europa, Lisbona, 14-16 settembre.
- Toso S., 2016, *Reddito di cittadinanza. O reddito minimo?*, il Mulino, Bologna.

Contrasto alla povertà, tra reddito e welfare locale

Nicola Marongiu

RPS

La discussione intorno agli strumenti di contrasto alla povertà a volte non sfugge alla sovrapposizione con il dibattito di natura politica non consentendo di affrontare il tema alla radice e con attenzione alle concrete possibilità d'intervento. Obiettivo di questo contributo è provare a ridefinire un indice di questioni per inserire, almeno dal punto di vista di un'organizzazione sindacale

come la Cgil, il tema nell'agenda politico-sociale dei prossimi tempi. Per questa ragione l'articolo è strutturato secondo uno schema di domande e risposta, senza avere la pretesa di essere esaustivi vista la complessità della materia e le diverse sfaccettature attraverso le quali questa può essere discussa, ma con l'intento di ricollocarla in una dimensione più ampia.

1. Povertà: una riflessione sui fattori determinanti

L'ultimo rapporto Istat relativo all'anno 2017 (Istat, 2017) conferma le tendenze in atto in termini di crescita della povertà assoluta sia riferita alle famiglie che agli individui (dal 6,3% al 6,9% per le famiglie, dal 7,9% al 8,4% per gli individui). Un aspetto da rimarcare, e che spesso non è particolarmente citato nei dibattiti che si concentrano sulla dimensione del fenomeno, è quello delle determinanti. In altre parole occorre ragionare non solo su chi siano i soggetti in povertà ma anche a quali categorie appartengano, a quali territori, quale è il titolo di studio conseguito, quale è la loro condizione lavorativa. Una lettura quindi complessiva e trasversale delle condizioni sociali, lavorative ed economiche del paese.

Tale valutazione è necessaria per far sì che un intervento, qualificabile come integrazione al reddito anche se condizionato a un percorso di attivazione e di inclusione, non assuma soltanto le caratteristiche riparatorie delle disegualianze o dei differenziali che naturalmente – secondo alcuni – si producono nella società. Intorno al condizionamento del reddito sono state spesso attivate – forzatamente – delle contrapposizioni tra ambiti territoriali, tra territori con differenti vo-

cazioni produttive e tra le persone dati i limiti imposti nell'accesso alle prestazioni che risentono di tali elementi di condizionamento, quali ad esempio i criteri per i cittadini stranieri che nell'attuale previsione del Reddito d'inclusione (Rei) includono la sola categoria dei cosiddetti lungo-soggiornanti.

In sostanza, occorre domandarsi se lo strumento di contrasto alla povertà possa limitarsi alla presa d'atto delle diseguaglianze che si producono nella società oppure vada inteso come elemento complementare a una politica più complessiva sulla produzione del reddito, della sua distribuzione e sulla redistribuzione da operare anche attraverso i sistemi di welfare e di protezione sociale.

Potrà sembrare una domanda retorica ma guardare al fondo delle questioni è necessario anche rispetto alla stessa efficacia delle misure, da valutare non solo sulla entità degli interventi finanziari ma anche rispetto alle dinamiche sociali che possono generarsi.

Alcune questioni emergono dai dati resi disponibili con il rapporto Istat 2017. Anzitutto, la diversa incidenza territoriale tra le aree del paese: nel Mezzogiorno la povertà assoluta è pari al 10,3% contro il 5,1% del Centro e il 5,4% del Nord; la povertà relativa invece si attesta rispettivamente al 24,7 % contro il 7,9% e il 5,9%. Al Sud cresce inoltre l'intensità della povertà che si conferma sostanzialmente stabile nelle altre aree. E sebbene non si tratti di una fotografia nuova del paese, continua a restare centrale la necessità di superare le condizioni di svantaggio e di mettere in essere politiche di coesione più efficaci per superare i diversi divari territoriali. Spesso relativamente agli strumenti di contrasto alla povertà si è utilizzato il termine di «ultima istanza» che se da un lato si può considerare superato rispetto alla stessa evoluzione degli stessi schemi di reddito minimo condizionato dall'altro rinvia al presupposto che la risposta debba articolarsi su diversi piani d'intervento: Occorre prevedere misure di protezione sociale da rivolgere alle persone e politiche più complessive volte a rendere più efficace la stessa misura d'intervento. In altri termini, bisogna adottare quindi un approccio soggettivo, che guarda alle persone, dentro un contesto d'interventi più ampio (le politiche).

Si è citato il caso della distribuzione per aree del paese soltanto in termini esemplificativi del ragionamento ma tale riflessione è trasversale ai diversi contesti territoriali. Nelle aree metropolitane del Nord e nei grandi comuni si registra un peggioramento (dal 4,2% al 5,7%) dato presente anche nelle aree metropolitane del Mezzogiorno (dal 5,8% al 10,1%) e nei comuni più piccoli fino a 50.000 abitanti. In tale

contesto sarebbe utile effettuare un incrocio con alcuni dati circa i fenomeni d'inurbazione che caratterizzano le aree metropolitane e la relazione con le politiche abitative e i costi dell'abitare.

Sempre ragionando in termini di valutazione della incidenza della povertà è opportuno considerare il titolo di studio della persona di riferimento: per chi è in possesso della licenza elementare si passa dall'8,2% del 2016 al 10,7% del 2017 mentre le famiglie con persona di riferimento almeno diplomata si attestano su valori di incidenza molto più contenuti e precisamente pari al 3,6%.

Chiaramente una determinante dalla quale non si può prescindere è quella relativa al lavoro con una incidenza dell'11,8% relativa alla condizione professionale di operaio e assimilato e del 26,7% tra i soggetti in cerca di occupazione.

Eclatante il punto relativo alla intensità di povertà nelle famiglie dove sono presenti cittadini stranieri: in quelle di soli stranieri è del 34,5%, nelle famiglie miste è pari al 23,9% mentre in quelle di soli italiani è del 10,5%.

Quando saranno disponibili i dati sarà utile verificare la percentuale di famiglie straniere che percepiscono il Rei considerato il rigidissimo doppio vincolo di accesso (residenza da almeno 24 mesi e permesso di lungo soggiorno).

2. Schemi di reddito minimo: potenzialità e limiti

Dato il quadro e viste le premesse è senz'altro utile dotarsi di uno strumento di contrasto alla povertà. L'Italia con la misura del Rei supera un ritardo cronico. Pur con alcuni limiti di carattere oggettivo, che si analizzeranno più avanti, ci sono diversi aspetti positivi che occorre evidenziare. Innanzitutto non costituisce una misura sperimentale ma strutturale che ha assunto carattere universale, sebbene resti la forte e ingiustificata restrizione nell'accesso dei cittadini stranieri; è un livello essenziale delle prestazioni sia nella componente economica che in quella relativa ai servizi (il fondo prevede una dotazione crescente fino al 20% per finanziare interventi di rafforzamento dei servizi territoriali); prevede la presa in carico del nucleo familiare; è condizionata a percorsi di attivazione.

Si tratta dunque di uno schema di reddito minimo condizionato del tutto necessario per rafforzare il nostro sistema di protezione sociale. Prima di approfondire alcuni limiti e gli spazi di necessario potenzia-

mento occorre però una valutazione rispetto al ragionamento prima avanzato sulla complementarità con le altre misure di politica economica, fiscale, dello sviluppo e del lavoro.

Una delle valutazioni che vengono operate sugli schemi di reddito minimo per valutarne l'efficacia è relativa alla possibilità di uscita dalla condizione di povertà al cessare della erogazione della misura.

Oltre al punto relativo ai percorsi di attivazione, al vincolo forte o debole di condizionamento, alle capacità da parte del sistema di offrire percorsi di reale inclusione è necessario porsi nell'ottica di valutare l'efficacia di uno schema rapportandolo al complesso degli interventi necessari per ridurre l'entità della incidenza della povertà.

Per fare in modo che presa in carico, condizionamento e percorsi di attivazione siano lo strumento per costruire o ricostruire la possibilità di partecipazione attiva della persona e non soltanto un vincolo di carattere formale, come spesso purtroppo viene inteso, proprio perché è complesso costruire gli elementi di relazione con le politiche che hanno riflesso sulle determinanti della povertà e che ne sono spesso la causa.

Questo è un punto di valutazione da approfondire e che spesso genera equivoci rispetto alla stessa valutazione sull'efficacia delle misure.

Può sussistere una valutazione sull'efficacia sulla misura se non si opera un ragionamento più complessivo sullo stato dei servizi territoriali? Sul piano per le politiche attive del lavoro? Sul dimensionamento e sul funzionamento dei servizi per l'impiego? Sulla necessità di un piano efficace d'intervento sui divari territoriali? Sull'offerta complessiva di servizi? Sul come si relazionano tali diversi aspetti considerato che generalmente sono deboli o poco efficaci i luoghi dove si esercitano i processi di governance.

Il punto non è sviare la domanda attraverso la formulazione di altre domande ma evitare che a uno schema di reddito minimo siano affidati compiti che non può avere, specie se inserito in un contesto complesso come quello italiano, in una duratura congiuntura economica che ha le attuali caratteristiche, in una frammentazione e in un impoverimento del lavoro leggibile anche attraverso il progressivo scivolamento sociale che incide sulla nostra società. Gli interventi di contrasto alla povertà vanno quindi considerati all'interno di un contesto più ampio che deve essere attraversato da una diversa dinamicità anche sugli altri ambiti d'intervento: lavoro, coesione territoriale, fisco, istruzione, welfare territoriale.

L'esigenza di tale vincolo di relazione, in un'ottica di politica integrata, apre però altri interrogativi che rischiano di muoversi sul piano della

convenienza del momento e soprattutto della risposta orientata forzatamente sull'individuo e non sulle politiche più complessive. Il rischio da evitare è di rispondere al bisogno individuale senza porsi il problema delle cause che lo generano tale e dei necessari interventi.

Per chiarezza non si vuole muovere una critica a come sia stato disegnato il Reddito d'inclusione, che anzi ha un vincolo forte di attivazione, o a misure annunciate come il Reddito di cittadinanza (in cui condizionalità sono previste), ma bisogna evitare ragionamenti che possono essere sottesi e che – nel tempo – possono disimpegnare chi ha la responsabilità pubblica di individuare soluzioni strutturali alle diseguaglianze. Questa è la domanda di fondo e anche il necessario confine di un adeguato sistema di protezione sociale.

Superate le questioni di contesto e di collocazione complessiva di una misura di contrasto alla povertà veniamo ad analizzare quale dovrebbe essere a nostro giudizio la traiettoria entro la quale provare a muoversi.

Sulla misura del Reddito d'inclusione dovranno essere effettuate le necessarie azioni di monitoraggio e valutazione, distinguendo gli aspetti legati al numero dei percettori dalla entità del contributo, dalle modalità di realizzazione del progetto personalizzato, dalla effettiva attivazione dei componenti il nucleo.

Su alcune questioni possono sin d'ora essere avanzate delle valutazioni che partono dal come la misura è stata disegnata.

Come detto la misura ha assunto un carattere universale ma per la dotazione economica del Fondo povertà, anche se incrementato fino al 2020, non sarà in grado di raggiungere tutti i nuclei familiari in condizioni di povertà assoluta. Si stima che il grado di copertura non supererà il 50%. Sarebbe stato opportuno, già dalla fase di definizione della misura, definire con un criterio di gradualità l'incremento del fondo con un obiettivo certo di copertura totale.

La stessa entità del contributo economico, per come definita, non copre la differenza tra il valore soglia e il reddito disponibile considerato che in sede di prima applicazione viene riconosciuto il 75% di tale importo. In altri termini si può evidenziare che anche per «definizione» l'entità del contributo economico non permette di dotare il nucleo familiare di un reddito disponibile pari almeno al valore soglia individuato.

Sono noti gli atteggiamenti prudenziali che hanno determinato tale scelta del legislatore ma per le due ragioni richiamate è evidente che si è in presenza di una misura incompleta che solo parzialmente, tanto rispetto ai nuclei quanto rispetto al contributo economico, risponde alla condizione economica delle persone.

RPS

Nicola Marongiu

Altro punto problematico è quello relativo alla temporalità della misura prevista in dodici mesi e rinnovabile fino ai diciotto mesi. Con tutta probabilità si osserverà che il nucleo percettore del Rei non sarà uscito dalla condizione di povertà e quindi si è in presenza non di un intervento strutturale ma solamente temporaneo. Sarebbe stato più opportuno rafforzare le condizionalità dopo il primo periodo di fruizione, anche attraverso l'aggiornamento/adeguamento del progetto personalizzato, garantendo comunque la continuità nella erogazione della misura. Questo è un grande limite nella strutturazione del Rei.

Rispetto ai servizi territoriali, presa in carico, progetto personalizzato e attivazione occorre operare una distinzione primaria tra gli aspetti teorico-progettuali e la loro concreta possibilità di realizzazione anche guardando alla esperienza del Sia (Sostegno inclusione attiva) e ai primi mesi di introduzione del reddito d'inclusione. Da un lato occorre evidenziare diversi passi avanti che sono stati fatti: in primis considerare la componente dei servizi quale livello essenziale delle prestazioni per arrivare alla destinazione di una quota del fondo povertà per il suo rafforzamento. Già dal Sia furono previste le linee guida per la presa in carico che come indicato descrivono un profilo d'intervento a regime che però nella fase di avvio della misura non è concretamente disponibile. Rispetto al dibattito sulla condizionalità e sul tipo di condizionalità da introdurre all'interno degli schemi di reddito minimo riteniamo che sia innegabile il fatto che occorra dotarsi di una infrastruttura per la gestione della misura di contrasto alla povertà quando la si mette in relazione con i percorsi di attivazione e di inclusione ma questo non è un limite quanto una opportunità per rafforzare i servizi territoriali, per l'interazione tra diversi ambiti di attività, per fornire una risposta che non si limiti alla sottoscrizione del solo patto di servizio, nonché per garantire una presa in carico rivolta ai diversi componenti del nucleo familiare non considerando come causa della povertà solo la determinante economica.

È evidente che tali presupposti sconteranno difficoltà di realizzazione e anche di approccio nella fase iniziale perché la costruzione di una infrastruttura, oggi non disponibile o disponibile solo in alcune parti del paese, non è un percorso semplice e mette in gioco la necessità di un intervento coordinato tra i diversi livelli istituzionali (Ministero, Regioni, Comuni) e partecipato con gli attori sociali ed economici presenti nei diversi livelli territoriali.

Si può dire che la vera sfida si gioca su questo terreno, quale che sia la denominazione della misura.

Il punto più complesso infatti non è l'impatto finanziario, il finanziamento a regime di sette miliardi previsti dalla proposta del Reddito di inclusione sociale (Reis) avanzata dalla Alleanza contro la povertà (Gori C. e al., 2016), può essere raggiunto con la gradualità necessaria in un tempo definito.

La complessità sta nel rendere efficace l'intervento, valutandolo non soltanto dal punto di vista del sostegno al reddito ma da quello relativo ai percorsi di attivazione dei componenti il nucleo familiare.

Con un'attenzione da rivolgere sia alla determinante economica, che chiama poi in gioco nel caso di non occupazione i centri per l'impiego, ma gli altri ambiti dei servizi territoriali con particolare riferimento all'istruzione, alla formazione e al contrasto alla dispersione scolastica. Questo costituisce l'aspetto più complesso, anche se si considera la sperimentazione del Sia prima e la sua introduzione poi.

Come rilevato nelle azioni di monitoraggio condotte sulla precedente misura, che ha uno schema di condizionalità pressoché simile al Rei, i punti di criticità attenevano principalmente alla realizzazione dei progetti personalizzati, al coinvolgimento dell'équipe multidisciplinare e non solo dei centri per l'impiego per una presa in carico che si muova su più livelli d'intervento, al ventaglio di misure da rivolgere al complesso del nucleo familiare, alla disponibilità per gli ambiti territoriali di misure complementari.

Innanzitutto un processo complesso che, come si è prima evidenziato, sconta le difficoltà che insistono nella dimensione territoriale nel rafforzamento e nella integrazione tra i servizi.

Sul terreno del contrasto alla povertà si muovono anche le regioni. Alcune hanno avuto nel tempo misure di reddito minimo come la Campania, poi interrotte, e la Basilicata. Altre hanno più di recente introdotto delle misure con un certo grado di diversificazione tra loro sia prima dell'introduzione del Rei che successivamente. Al di là delle valutazioni sulle politiche regionali la questione principale è il grado di integrazione tra una misura di carattere nazionale con il suo grado di complessità e le misure regionali che in alcuni casi presentano criteri di accesso differenti e che solo per alcune realtà hanno visto completarsi il processo di convenzionamento tra Regione e Ministero per la gestione ordinata di misure distinte alimentate da fondi con provenienza diversa.

Integrazione tra le misure che dovrebbe guardare nella direzione dell'estensione della platea di beneficiari e del rafforzamento del contributo economico: la complementarità tra misure nazionali e interventi

RPS

Nicola Marongiu

delle Regioni avrebbe allora il senso di un percorso utile a dotare i cittadini di un rafforzamento delle misure di protezione sociale. Assume, invece, a volte il carattere di conferma o di ulteriore restringimento dei criteri di accesso attraverso i vincoli di anzianità di residenza nella regione che di fatto diviene lo strumento per limitare ancor più l'accesso ai cittadini provenienti da paesi stranieri. Con il rischio – presente anche nella discussione relativa alla misura nazionale – che il profilo degli interventi assuma più il carattere di norma manifesto agito anche in un'ottica di ricerca del consenso e della visibilità a scapito di una progettazione efficace e coordinata delle misure.

Anche per queste ragioni è opportuno che la riflessione sugli strumenti relativi alla protezione sociale nell'ottica di un profilo orientato al rapporto con le altre politiche d'intervento assuma le caratteristiche di una dibattito maggiormente ancorato alla valutazione in se degli strumenti. Occorre un ragionamento «maturo» che attribuisca il corretto peso alla necessità del giusto intervento onde evitare di produrre nella discussione e nel dibattito elementi di distorsione che nel tempo potrebbero determinare difficoltà nel procedere al consolidamento anche delle esperienze in essere e alla loro auspicabile e necessaria evoluzione.

Riferimenti bibliografici

Istat, 2017, *La povertà in Italia. Anno 2016*, 13 luglio.

Gori C. e al., 2016, *Il reddito d'inclusione sociale (Reis). La proposta dell'Alleanza contro la povertà in Italia*, il Mulino, Bologna.

DIBATTITO
Populismo, democrazia
e sistema politico italiano

Ilvo Diamanti e Marc Lazar, *Popolocrazia*,
Laterza, Roma-Bari, 2018

I populisti al governo e la ridefinizione dello spazio politico

Roberto Biorcio

RPS

L'articolo si propone di sviluppare una riflessione approfondita dei rapporti fra l'affermazione delle formazioni populiste e le trasformazioni della democrazia, analizzando i cambiamenti in corso nel sistema politico italiano dopo le recenti elezioni nazionali. Il Movimento 5 stelle e la Lega hanno ottenuto un ampio consenso elettorale e successivamente hanno formato un governo

di coalizione. Per la prima volta in Europa due tipologie molto differenti di populismo si sono coalizzate in un governo nazionale. Se riuscirà a durare e a realizzare alcuni dei suoi obiettivi più importanti, il governo di coalizione può provocare, una significativa ridefinizione del sistema politico italiano, facendo emergere un nuovo tipo di bipolarismo.

1. Populismo e democrazia

I cambiamenti in corso del sistema politico italiano dopo le recenti elezioni nazionali del 4 marzo offrono la possibilità di un'analisi più approfondita dei rapporti fra l'affermazione delle formazioni populiste e le trasformazioni della democrazia. L'Italia rappresenta da molti anni un osservatorio importante per studiare le diverse forme di populismo e le loro relazioni con la democrazia, come hanno chiaramente messo in evidenza Diamanti e Lazar (2018).

I cambiamenti emersi dopo le elezioni politiche del 2018 propongono però nuovi interrogativi su questi temi. Il Movimento 5 stelle (M5s) e la Lega, che si erano contrapposte nella campagna elettorale, hanno ottenuto un ampio consenso elettorale e successivamente hanno formato un governo di coalizione. Per la prima volta in Europa due tipologie molto differenti di populismo si sono coalizzate in un governo nazionale. Le altre forze politiche non sono invece riuscite ad offrire risposte credibili alle domande di cambiamento sempre più diffuse fra gli elettori.

Come sono riuscite due formazioni populiste a ottenere il consenso di più della metà degli italiani che hanno votato? Come possono coesi-

stere e collaborare al governo formazioni politiche molto diverse? A questi interrogativi, se ne intrecciano molti altri, relativi ai rapporti dei partiti tradizionali con la nuova coalizione di governo. Come gestiscono il ruolo di opposizione i partiti che, dopo la fine della Prima repubblica si erano alternati alla guida dei governi? Nel sistema politico italiano può emergere un nuovo tipo di bipolarismo?

Negli ultimi anni sono sempre più numerosi i movimenti e i partiti europei che vengono definiti populistici perché condividono un'analoga matrice concettuale (Albertazzi e McDonnell, 2008; Mudde, 2012). I rapporti fra il populismo e la crisi dei regimi democratici sono stati perciò molto dibattuti. Spesso il populismo è considerato come una malattia che può gravemente danneggiare il funzionamento delle istituzioni democratiche. Questa tesi rappresenta però un curioso rovesciamento dei rapporti fra «causa» ed «effetto». L'analisi attenta di molti casi dimostra che è l'insoddisfacente funzionamento delle democrazie rappresentative a creare le condizioni più favorevoli per l'affermazione del populismo. Se i governanti non ascoltano e non soddisfano le aspettative dei cittadini, possono emergere proteste e si possono formare movimenti e partiti populistici che conquistano significativi consensi elettorali.

L'azione delle formazioni populiste può naturalmente avere effetti molto importanti sulla trasformazione dei regimi democratici (Diamanti e Lazar, 2008). Sono però molto diversi i movimenti e i partiti che si sono affermati facendo appello al «popolo», contro i partiti tradizionali. Si possono distinguere forme di populismo di destra, forme di populismo di sinistra e altre tipologie di soggetti politici non riconducibili a queste collocazioni. E sono di conseguenza differenti gli effetti dell'azione di questi partiti sui sistemi politici nazionali.

La Lega e il Movimento 5 stelle sono formazioni populiste diverse per la storia, le forme organizzative e il profilo politico. La Lega era stata fondata da Umberto Bossi come partito regionalista, ma era riuscito a conquistare un significativo consenso elettorale solo gestendo la protesta e le domande di cambiamento contro il ceto politico e i partiti politici nazionali. Il Carroccio aveva trasformato il regionalismo in una forma di populismo regionalista, inizialmente estraneo alla contrapposizione destra/sinistra. La partecipazione ai governi guidati da Berlusconi ne aveva però modificato il profilo politico, ricollocando il partito nell'ambito della coalizione di centro-destra. Gli scandali che avevano investito anche la famiglia Bossi nel 2012 provocarono però una grave crisi politica del Carroccio, con una elevata perdita di con-

sensi elettorali. Solo dopo la svolta guidata da Matteo Salvini i voti per la Lega sono ritornati a crescere. Il nuovo leader ha però notevolmente cambiato il profilo del partito, la sua strategia e la sua collocazione politica, assumendo come riferimento politico il Front National di Marine Le Pen. Erano di fatto abbandonate le richieste di autonomia per le regioni del Nord, mentre assumevano un ruolo centrale le campagne per frenare l'immigrazione e la lotta contro le politiche decise a Bruxelles. Il secondo cambiamento introdotto da Salvini rispecchiava invece le tendenze alla personalizzazione e alla mediatizzazione della politica. Il leader leghista ha fortemente valorizzato la propria presenza personale in tutte le campagne politiche. I consensi elettorali per la Lega sono fortemente aumentati, e Salvini ha potuto proporsi come leader per l'intera coalizione di centro-destra e candidarsi alla guida del governo.

Molto diverso è stato il percorso del M5s per arrivare al successo elettorale e poi al governo (Corbetta e Gualmini, 2013; Biorcio e Natale, 2013). Il Movimento 5 stelle era stato fondato da Beppe Grillo e da Gianroberto Casaleggio per creare un'alternativa al tradizionale sistema dei partiti. Ha perciò assunto e mantenuto per lungo tempo una struttura organizzativa molto informale, tipica dei movimenti sociali. Nelle fase iniziale si era limitato a promuovere mobilitazioni sul web e sul territorio, senza entrare direttamente nell'arena elettorale. Dopo i crescenti successi elettorali, il M5s è molto cambiato, prima per assumere ruoli di rappresentanza nelle istituzioni e poi per candidarsi alla guida del governo nazionale. Il movimento si era presentato come un soggetto politico anomalo rispetto ai tradizionali parametri con cui la scienza politica ha definito le forme-partito nel corso del tempo. Da molti ricercatori il M5s è stato considerato una delle manifestazioni italiane del populismo che ha avuto successo in diversi paesi europei (Santoro, 2012; Corbetta, 2017). E indubbiamente il movimento ha riproposto, adattandolo al contesto italiano, il quadro interpretativo e la retorica tipici dei partiti populistici. Il M5s ha però proposto programmi e una cultura molto diversi rispetto alla destra populista europea. Per queste ragioni, altri ricercatori considerano la formazione politica fondata da Grillo e Casaleggio più simile ai cosiddetti «partiti-movimento» che si sono impegnati nell'arena elettorale in diversi paesi europei, come la Germania, la Spagna e la Grecia (Kitschelt, 2006; della Porta e al., 2017). Questi soggetti politici hanno avuto successo non solo come portavoce di proteste e domande popolari, ma perché proponevano importanti innovazioni per cambiare i rapporti fra i cit-

RPS

Roberto Biorcio

tadini e le istituzioni. Il M5s ha utilizzato alcuni schemi interpretativi tipici del populismo, ma li ha trasformati e combinati con le idee e le forme organizzative che caratterizzano i partiti/movimento. Ed è riuscito così, in pochi anni, a coinvolgere nella partecipazione politica migliaia di persone prima disinteressate e a conquistare il voto di molti elettori appartenenti a tutte le aree sociali e politiche.

2. *La diffusione e il successo del populismo in Italia*

Il populismo aveva avuto possibilità di affermarsi molto limitate in Italia nel secondo dopoguerra, perché esisteva un sistema di partiti molto forte e consolidato. Il regime democratico che si era formato dopo la Resistenza era stato definito da molti studiosi una «repubblica dei partiti» (Farneti, 1973; Scoppola, 1991). Non erano mancate mobilitazioni contro la «partitocrazia», ma avevano avuto un ruolo marginale.

Nella prima metà degli anni novanta il sistema dei partiti che avevano governato l'Italia dal dopoguerra si sfaldò completamente, dopo la fine della guerra fredda e dopo le inchieste della magistratura milanese sulla corruzione politica (Tangentopoli). Scomparvero, o si trasformarono radicalmente tutte le formazioni politiche esistenti, mentre cresceva la sfiducia nei confronti del ceto politico e delle istituzioni rappresentative.

Si era aperto così uno spazio politico molto esteso per l'agitazione e la politica populista, uno spazio più ampio di quello esistente negli altri paesi europei (Biorcio, 2015). In Italia si erano intrecciate e rafforzate reciprocamente le tre dinamiche che favoriscono l'affermazione dei movimenti populistici: a) l'indebolimento della capacità di mediazione dei partiti; b) il peso crescente della leadership personale; c) la crescita dell'influenza dei media sulla politica (Mény e Surel, 2000).

Lo spazio disponibile alla mobilitazione populista era stato scoperto dalla Lega Nord, ma in seguito fu utilizzato con successo, con altri mezzi e strategie anche da Berlusconi. L'Italia fu il primo paese europeo in cui partiti populistici avevano formato un governo (nel 1994), determinando una ristrutturazione dell'intero sistema partitico. Negli anni successivi, le forze di opposizione crearono la coalizione di centrosinistra, che si contrapponeva al centro-destra. Per molti anni le due coalizioni si sono alternate alla guida del governo nazionale.

Questo schema di competizione bipolare è stato messo in crisi dall'af-

fermazione del M5s nelle elezioni del febbraio 2013. Il Movimento era riuscito a raccogliere buona parte della domanda di cambiamento che emergeva dai cittadini, conquistando elettori da tutte le aree politiche. Il suo elettorato era caratterizzato soprattutto da una forte critica contro i partiti e il ceto politico, accusati di avere di fatto sottratto ai cittadini la sovranità popolare.

La Lega e il Pdl erano riusciti ad attrarre solo una parte limitata degli elettori più scontenti e critici rispetto alla gestione della politica e dell'economia italiana. Ma avevano una credibilità nettamente inferiore rispetto al M5s per la loro partecipazione ai governi precedenti. Nella XVII legislatura il Partito democratico era riuscito a formare e guidare tutti i governi, grazie al sostegno di una parte dei parlamentari eletti con la coalizione di centro-destra. La Lega si era d'altra parte sempre mantenuta all'opposizione.

L'esperienza degli ultimi governi ha però largamente deluso gli elettori italiani. Era sempre più diffusa l'insoddisfazione per il funzionamento della democrazia, mentre gli effetti della crisi economica erano ancora rilevanti in diversi settori della società come confermano dei dati sulla povertà rilevati dall'Istat.

Tra i cittadini si è estesa ancora di più la disaffezione rispetto ai partiti e al ceto politico che si era già manifestata nel 2013. Era ormai consolidata nell'opinione pubblica italiana la frattura che molti commentatori e studiosi hanno definito come la contraddizione fra popolo ed establishment.

Si è manifestata così, nelle elezioni del 4 marzo, tra gli elettori un'estesa volontà di cambiamento delle politiche pubbliche e la ricerca di soggetti politici in grado di realizzarlo. I partiti che avevano guidato il paese negli ultimi venticinque anni, talvolta anche con le larghe intese, sono stati penalizzati soprattutto dagli elettori più in difficoltà.

Le domande di cambiamento non si sono però orientate solo sul M5s, come nelle precedenti elezioni, ma anche sulla Lega. Il partito di Salvini ha quadruplicato i voti ottenuti nel 2013 presentandosi come parte della coalizione di centro-destra in grado di attuare trasformazioni radicali delle politiche italiane.

Il M5s ha consolidato l'area elettorale che lo aveva votato in passato, e al tempo stesso ha attirato nuovi elettori. Il livello di fedeltà elettorale per il movimento è risultato molto elevato, in una fase in cui i due partiti che avevano a lungo governato nella seconda repubblica – il Pd e Fi – sono stati abbandonati, secondo tutte le stime, da più di metà degli elettori che li avevano votati nel 2013.

3. Analogie e differenze fra il Movimento 5 stelle e la Lega

Il M5s e la Lega hanno raccolto molte domande di cambiamento diffuse tra gli elettori italiani. I cambiamenti proposti dalle due formazioni politiche hanno però non poche differenze che si ritrovano non solo nei programmi presentati, ma anche negli orientamenti e nella distribuzione territoriale dei loro elettorati.

Esistono infatti analogie, ma anche rilevanti differenze tra gli elettori del M5s e quelli che hanno scelto la Lega. Si possono rilevare opinioni simili sul rapporto fra i cittadini e la politica. Gli elettori delle due formazioni politiche, infatti, esprimono i giudizi più critici rispetto ai comportamenti del ceto politico e denunciano spesso la crescita della corruzione. La valutazione critica sull'azione dei governi della precedente legislatura è molto diffusa tra gli elettori del M5s e della Lega, a un livello nettamente superiore a quello che si può rilevare negli elettorati del Pd e di Fi. Queste opinioni mettono in evidenza la netta frattura fra gli elettori dei due partiti che hanno governato l'Italia negli ultimi venticinque anni e quelli più orientati a cambiamenti radicali della politica italiana.

Il M5s ha offerto una rappresentanza non solo alla protesta ma anche alle domande di cambiamento delle politiche governative, soprattutto nelle regioni meridionali e tra gli elettori più in difficoltà per gli effetti della crisi economica. Nelle regioni meridionali sono quasi raddoppiati, mentre una crescita più limitata si è registrata nell'area del Centro Italia. Nelle regioni del Nord il voto per il M5s è rimasto al livello delle elezioni del 2013. In queste regioni è stata soprattutto la Lega a raccogliere la protesta e la volontà di cambiamento rispetto ai governi precedenti.

Le differenze più rilevanti fra gli elettori del M5s e della Lega si possono però rilevare se si analizza il loro personale orientamento politico. In generale, il movimento ha ottenuto consensi estesi fra gli elettori che si collocano su posizioni di sinistra, di centrosinistra o di centro: in queste aree politiche ha raccolto i voti di molti elettori che in passato votavano per il Partito democratico (figura 1). Il M5s ha però ottenuto consensi significativi anche nelle aree di destra o di centro-destra. E soprattutto fra gli elettori che rifiutano di collocarsi rispetto alla contrapposizione sinistra-destra. Si è così riconfermato il profilo politicamente differenziato della base elettorale del M5s. Molto diverso è stato invece il consenso per la Lega che ha ottenuto voti soprattutto tra elettori che si dichiarano di centro-destra e di

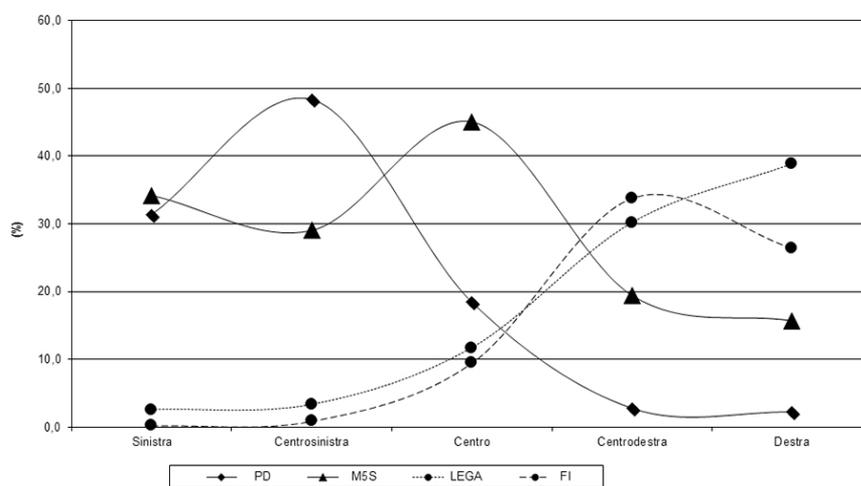
destra. In queste aree politiche Salvini ha sottratto molti voti al partito di Berlusconi, diventando il leader della coalizione di centro-destra.

Significative differenze fra gli elettorati del M5s e della Lega si possono poi rilevare anche in relazione alle opinioni su diversi temi.

RPS

Roberto Biorcio

Figura 1 - Voti alla Camera nel 2018 in relazione all'autocollocazione politica



Fonte: Elaborazione a cura dell'autore sui dati dei sondaggi disponibili.

Sono molto diffuse tra gli elettori del movimento le richieste di politiche finalizzate a ridimensionare le disuguaglianze sociali. Su questo tema, gli orientamenti degli elettori del M5s manifestano differenze significative non solo rispetto all'elettorato di centro-destra, ma anche a quello del Pd. La richiesta di intervento delle istituzioni politiche per ridurre le differenze di reddito dei cittadini è un classico tema che in passato caratterizzava i partiti di sinistra. Si potrebbe dire che la base elettorale del M5s mostra orientamenti più simili a quelli tradizionali di quei partiti.

Gli elettori leghisti si differenziano invece nettamente dagli elettori del Movimento per gli atteggiamenti sulla questione dell'immigrazione, un tema riproposto continuamente da Salvini nella campagna elettorale.

Tra gli elettori della Lega sono diffusi a un livello elevato tutte le opinioni critiche o comunque ostili rispetto agli immigrati. Su questo tema gli elettori del M5s esprimono opinioni diverse, in generale vicine a quelle del complesso degli italiani.

Differenze significative fra gli elettori delle due forze politiche si possono poi rilevare su altri temi politici importanti, come la richiesta di leader forti per governare, la possibilità di estendere i diritti civili e la tutela delle minoranze. L'autoritarismo, combinato con l'impegno per contenere l'immigrazione, con il sovranismo e con la polemica contro l'establishment caratterizzano tutti i partiti della destra populista europea, che sono diventati riferimenti privilegiati del partito di Salvini.

4. Il governo del cambiamento

Il Pd e Fi avevano proposto e fatto approvare una legge elettorale per favorire le coalizioni e soprattutto per ridimensionare le possibilità di successo dei «populisti» del M5s. La coalizione di centro-destra ha ottenuto buoni risultati, ma non dispone della maggioranza dei voti nelle due Camere. Il movimento ha incrementato notevolmente il consenso elettorale e anche la propria rappresentanza istituzionale, ma i suoi parlamentari non sono sufficienti per sostenere un governo autonomo.

Per evitare il ritorno a una nuova consultazione elettorale, era necessaria la formazione di un governo di coalizione, anche se tutte le possibili convergenze erano difficili da realizzare. Per il M5s la costruzione di una maggioranza con uno dei partiti presenti in Parlamento rimetteva di fatto in discussione la diffidenza per le alleanze con le altre forze politiche, sempre espresso in passato. E d'altra parte, se il Movimento avviava una collaborazione privilegiata con un partito, avrebbe potuto venire a questo assimilato, perdendo di fatto la sua specificità, di soggetto politico diverso da tutti gli altri. La Lega era d'altra parte vincolata alla coalizione di centro-destra, e poteva incontrare non poche difficoltà a convergere in un'alleanza senza il partito di Berlusconi.

Di Maio ha aperto trattative sia con la Lega che con il Partito democratico, per riaffermare l'estraneità del M5s rispetto alle tradizionali contrapposizioni fra destra e sinistra. La trattativa con il Pd è stata però rapidamente bloccata, dopo un primo momento di apertura, dall'intervento dell'ex segretario Matteo Renzi, che si è molto impegnato

per impedire il confronto e ogni possibile alleanza del suo partito con il Movimento. Anche le trattative del M5s con la Lega hanno incontrato non poche difficoltà, ma Salvini ha poi accettato la possibilità di formare un governo, senza coinvolgere gli altri partiti di centro-destra. Sia il M5s che la Lega si erano proposti agli elettori impegnandosi per il cambiamento radicale delle politiche dei precedenti governi, ma i loro programmi presentavano differenze rilevanti. L'alleanza è stata perciò definita e delimitata sulla base di un «contratto di governo», che presenta in forma attenuata le proposte più importanti delle due formazioni politiche: per il M5s, il reddito di cittadinanza, la riduzione dei costi della politica e le misure anticorruzione; per la Lega un piano per contenere l'immigrazione, la «flat tax» con la riduzione delle aliquote fiscali e le misure per aumentare la sicurezza dei cittadini.

L'alleanza per il nuovo governo italiano è molto diversa dalle «grandi coalizioni» che in alcuni paesi hanno permesso la formazione dei governi nazionali. Mentre con le «grandi coalizioni» i partiti principali possono continuare a governare grazie a un accordo con le forze politiche di opposizione, molto più difficile da gestire appare il progetto di affidare a un governo di coalizione il compito di attuare cambiamenti significativi della politica italiana. Il progetto può essere frenato dalle differenze fra i programmi delle due forze politiche e deve affrontare i vincoli economici e politici che hanno sempre condizionato le decisioni dei governi italiani.

Il M5s e la Lega hanno affidato la guida del governo a Giuseppe Conte, un professore universitario senza precedenti esperienze politiche. Il nuovo presidente del Consiglio non ha respinto le accuse di guidare un governo populista e anti-sistema, ma ne ha ribaltato i significati, come in passato aveva già fatto lo stesso Beppe Grillo. La definizione di populista può essere accettata se qualifica un governo o una forza politica che ascolta i bisogni dei cittadini. E anche l'accusa di essere un governo anti-sistema può essere accolta se sottolinea l'impegno a trasformare i sistemi di potere esistenti, rimuovendone i vincoli e i privilegi tradizionali.

Restano aperti i problemi delle coperture finanziarie delle proposte presentate. E anche molti punti del «contratto di governo» sono ancora poco definiti, perché rilevanti sono le differenze tra i programmi delle forze politiche che lo hanno sottoscritto. Il nuovo governo dovrà d'altra parte scontrarsi con l'opposizione delle altre forze politiche e con la diffidenza delle istituzioni europee e delle organizzazioni economiche transnazionali.

RPS

Roberto Biorcio

5. *Le trasformazione delle forze di governo*

Il M5s e la Lega si rapportano al «governo del cambiamento» in modi diversi. L'alleanza fra le due forze politiche può avere effetti importanti anche sulla loro identità e sugli orientamenti dei loro elettorati.

Matteo Salvini e in generale la Lega partecipano e sostengono il governo Conte, ma al tempo stesso riconfermano sempre l'appartenenza alla coalizione di centro-destra. Il leader del Carroccio cerca di occupare quotidianamente la scena mediatica, moltiplicando le dichiarazioni per suscitare polemiche, reazioni e critiche. Con questa strategia, può affermare la propria centralità nel governo e al tempo stesso connotarlo sulle questioni più importanti per l'elettorato di centro-destra: la paura dell'immigrazione, la gestione dell'insicurezza, la riduzione delle aliquote fiscali, la difesa della sovranità nazionale.

Questa strategia di comunicazione è stata finora molto efficace: si è esteso rapidamente il consenso elettorale per il partito di Salvini, che potrebbe decidere in futuro di cambiare le alleanze. E non a caso, sia Fratelli d'Italia che Forza Italia si impegnano per appoggiare le proposte del governo coerenti con il programma elettorale presentato dalla coalizione di centro-destra.

Molto diversi sono i rapporti e le aspettative del M5s, rispetto al governo Conte. Per la leadership e per la base del movimento il «governo del cambiamento» rappresenta un punto di svolta importante per il percorso del soggetto politico fondato da Grillo e da Casaleggio. Il M5s può dimostrare la propria capacità di tradurre le proposte del programma in decisioni del governo nazionale, a servizio dei cittadini. Con un impegno orientato soprattutto a estendere i diritti sociali, a ridimensionare la disoccupazione e a combattere la corruzione. Un progetto più ambizioso di quello che era stato avviato nelle città conquistate con le elezioni amministrative.

La necessità di concordare una coalizione di governo con la Lega ha però creato, e può creare anche in futuro, una serie di problemi e difficoltà per il M5s. La stessa identità del movimento può essere trasformata dall'alleanza con il partito di Salvini, che rivendica la propria collocazione, politica e culturale, nell'ambito del centro-destra. Il M5s può perciò rischiare di venir percepito, anche da una parte del suo elettorato, come un partito più vicino alla destra. Inoltre, il Movimento deve dimostrare non solo di essere in grado di governare, ma anche di riuscire a trasformare in modo significativo le politiche pub-

bliche per soddisfare le attese dei cittadini. La partecipazione al governo può d'altra parte favorire una maggiore istituzionalizzazione del M5s, con una ridefinizione delle sue strutture organizzative e una trasformazione significativa delle motivazioni per l'impegno degli attivisti. La durata e le politiche del nuovo governo di coalizione possono modificare le identità delle forze politiche che lo sostengono, e anche quelle dei partiti schierati all'opposizione.

6. *Verso un nuovo bipolarismo?*

I principali partiti e in generale il ceto politico tradizionale hanno perso credibilità e legittimazione politica agli occhi di molti elettori italiani. Per queste ragioni, nelle recenti elezioni nazionali si sono fortemente ridimensionati sia i voti per il Partito democratico che per Forza Italia. I due partiti che avevano guidato quasi tutti i governi della seconda Repubblica non hanno saputo arginare il successo del M5s e della Lega di Matteo Salvini e hanno perso milioni di voti rispetto alle elezioni precedenti: negli ultimi dieci anni il loro elettorato si è più che dimezzato.

Dopo le elezioni del 4 marzo e la formazione del governo sostenuta dal M5s e dalla Lega si è perciò avviata una trasformazione profonda del sistema politico italiano. I possibili cambiamenti possono essere influenzati in modo significativo anche dalle strategie adottate dalle forze politiche che non partecipano al governo.

Forza Italia e Fratelli d'Italia hanno rapidamente preso atto dei cambiamenti del contesto politico italiano e hanno definito una nuova linea politica. Non hanno votato la fiducia al «governo del cambiamento», ma hanno sempre offerto un forte sostegno a tutte le scelte e le posizioni espresse da Salvini e dalla Lega. E hanno invece manifestato una totale opposizione rispetto a tutte le proposte del M5s e dei suoi ministri, qualificandole spesso come «comuniste». Non si tratta solo di una riesumazione del linguaggio utilizzato in passato da Berlusconi, ma di una possibile ridefinizione della tradizionale contrapposizione fra destra e sinistra. Una tendenza già emersa in molti paesi europei. La perdita di consensi che ha colpito gran parte dei partiti «moderati» di centro-destra ha favorito la loro alleanza con i partiti populistici di destra. Si sono così formati governi che accolgono le principali idee della destra populista: la lotta contro gli effetti della globalizza-

zione neoliberista viene gestita soprattutto con la costruzione di «muri» per bloccare l'immigrazione e con l'introduzione di dazi e misure protezionistiche per l'economia nazionale.

Per Forza Italia e Fratelli d'Italia il «governo del cambiamento» rappresenta solo un temporaneo ostacolo prima di una possibile conquista della maggioranza parlamentare da parte del centro-destra. Non viene solo valorizzato il ruolo di Salvini al governo, ma anche completamente ridefinito il quadro dei principali avversari. La battaglia politica non si rivolge più contro il Pd o le altre formazioni del centro-sinistra, ma soprattutto contro i dirigenti e i ministri del M5s, attaccati come «populisti» e come «comunisti».

Più incertezze, contraddizioni e difficoltà incontra invece il Partito Democratico a ridefinire la propria linea politica dopo la grave sconfitta elettorale. Il percorso seguito dal partito guidato da Renzi era molto simile a quello già sperimentato da molti partiti della sinistra europea, a partire dal New Labour di Blair. Nella fase iniziale, la forte personalizzazione e la diversa collocazione politica dei partiti aveva favorito la conquista di nuovi elettori, mentre si conservava la fedeltà dell'elettorato tradizionale. Successivamente, molti elettori di sinistra si sono allontanati, mentre i nuovi elettori di centro e centro-destra sono tornati a votare i loro partiti tradizionali.

La rinuncia dei partiti di sinistra a contrastare l'aumento delle disuguaglianze e ad affrontare i problemi sociali posti dalla globalizzazione ha aperto un ampio spazio per l'affermazione dei partiti populistici.

I partiti popolari e conservatori hanno formato in diversi paesi europei coalizioni con le formazioni politiche populiste di destra. I partiti socialisti hanno invece sempre rifiutato qualsiasi convergenza con i partiti populistici più orientati a sinistra: queste alleanze avrebbero rimesso in discussione le loro politiche economiche e sociali, quasi sempre allineate rispetto alle tendenze neoliberiste della mondializzazione. Anche in Italia queste tendenze si sono riproposte. Il Partito democratico ha rifiutato ogni confronto con il M5s perché avrebbe dovuto rimettere in discussione le politiche attuate dagli ultimi governi, in particolare il *Jobs Act*. E si trova in una fase di isolamento politico, paralizzato dalle divergenze sulle possibili strategie da seguire. Una parte del partito vuole soprattutto riaffermare il ruolo di principale barriera contro il «populismo», coinvolgendo nel conflitto anche un possibile fronte allargato a formazioni di centro e di centro-destra. Da altri dirigenti emergono proposte per recuperare almeno una parte dei valori tradizionali della sinistra e per offrire risposte alle domande di cam-

biamento dell'economia e della società, sempre più diffuse. Senza escludere possibilità di confronto e convergenza con il M5s.

Il Governo Conte raccoglie per ora una fiducia molto ampia tra gli elettori. Se riuscirà a durare e a realizzare alcuni dei suoi obiettivi più importanti, il «governo del cambiamento» può provocare una significativa ridefinizione del sistema politico italiano, facendo emergere un nuovo tipo di bipolarismo.

Riferimenti bibliografici

- Albertazzi D. e McDonnell D. (a cura di), 2008, *Twenty-first Century Populism. The Spectre of Western European Democracy*, Palgrave, New York.
- Biorcio R., 2015, *Il populismo nelle politica italiana*, Mimesis, Milano.
- Biorcio R. e Natale P., 2013, *Politica a 5 stelle. Idee, storia e strategie del movimento di Grillo*, Feltrinelli, Milano.
- Corbetta P. e Gualmini E. (a cura di), 2013, *Il partito di Grillo*, il Mulino, Bologna.
- Corbetta P. (a cura di), 2017, *M5s. Come cambia il partito di Grillo*, il Mulino, Bologna.
- della Porta D., Fernández J., Kouki H. e Mosca L., 2017, *Movement Parties Against Austerity*, Polity Press, Malden.
- Diamanti I. e Lazar M., 2018, *Popolocrazia. La metamorfosi delle nostre democrazie*, Laterza, Bari-Roma.
- Farneti P. (a cura di), 1973, *Il sistema politico italiano*, Bologna, il Mulino.
- Kitschelt H., 2006, *Movement Parties*, in Katz e Crotty (a cura di) *Handbook of Party Politics*, Sage, Londra, pp. 278-290.
- Mény Y. e Surel Y., 2000, *Par le peuple, pour le peuple*, Fayard, Parigi (trad. it.: *Populismo e democrazia*, il Mulino, Bologna, 2001).
- Mudde C., 2012, *Tree Decades of Populist Radical Right Parties in Western Europe: So What?*, «European Journal of Political Research», vol. 22, n. 1, pp. 1-19.
- Santoro G., 2012, *Un Grillo qualunque. Il Movimento 5 stelle e il populismo digitale nella crisi dei partiti italiani*, Castelvecchi, Roma.
- Scoppola P., 1991, *La Repubblica dei partiti. Profilo storico della democrazia in Italia*, Bologna, il Mulino.

La popolocrazia e l'ossimoro di un populismo di sinistra

Michele Prospero

RPS

Il concetto di populismo è ambiguo e polisemico e abbraccia fenomeni molto eterogenei. In una definizione minima, la categoria di populismo rinvia a un atteggiamento e a una pratica ostile alla mediazione politica e alle istituzioni della rappresentanza. Il fondamento ideologico del populismo

come strategia di conquista e conservazione del potere è la volontà di andare oltre la distinzione tra destra e sinistra, e oltre il conflitto tra capitale e lavoro. La formula di un populismo di sinistra appare per questo come contraddittoria negli assunti teorici e subalterna sotto il profilo della cultura politica.

1. Un concetto multiuso

Pochi sono i concetti politici che, al pari della locuzione di populismo, sono al tempo stesso ricusati come schemi-contenitori fluidi e multiuso (da molti studiosi giudicati persino tendenziosi nella loro formulazione), e nondimeno vengono utilizzati come insurrogabili strumenti di indagine. Accanto a una copertura elastica, che abbraccia ogni fenomeno politico in apparenza eccentrico, il termine ha assunto una valenza assiologica, prevalentemente negativa. In molti casi rinvia a una etero-definizione il cui intento è di norma quello di criticare, stigmatizzare gli altri indirizzi e movimenti in nome di una forma politica ritenuta altrimenti minata. Come ogni studio politico dedicato al populismo, anche quello di Ilvo Diamanti e Marc Lazar (2018) contiene una dimensione analitico-descrittiva e un'apertura verso asserzioni di carattere più valutativo. Sul piano empirico-descrittivo, la questione definitoria del populismo rimane irrisolta e anzi pare in gran parte complicata dalla trama eterogenea costituita dalla multiforme fenomenologia di atteggiamenti, stili, comportamenti credenze classificate come populiste. Se il riferimento discriminante per isolare la specificità del fenomeno è alla opposizione del basso contro l'alto, dei molti contro le élite, non si esce dall'equivoco teorico che accompagna il populismo. La frattura moltitudine-élite è per certi versi origina-

ria, si pone al centro del modello teorico di Machiavelli¹ sottile indagatore degli «omori» in contrasto nella vita civile, e che per la sua celebrazione della costruttività del conflitto sociale arduo sembra definibile come un pensatore populista, nel senso deteriore e spregiativo che si accompagna alla nozione.

Il fatto è che si trovano oggi in circolazione populismi dall'alto e dal basso. Non sono soltanto le moltitudini piene di rancore a essere mobilitate in contrapposizione ai pochi che comandano. Sono anche i piani alti del potere a proporsi al pubblico come figurazione autentica della massa che richiede la soppressione delle fastidiose mediazioni istituzionali. La stessa polarità dentro-fuori risulta sfuggente poiché le versioni contemporanee di populismo sono collocate sia dentro il sistema, sia fuori del sistema. Se il riferimento discriminante è alla collocazione dei movimenti nello spazio politico, la rassegna del campionario populista ne svela esemplari di destra, di sinistra e anche di centro. Una caratteristica precipua dei movimenti populistici è quella di rigettare il sapere, la competenza, l'autoreferenzialità della tecnica come rifugio delle élite che mascherano, occultano le cose per celare il vero al cospetto del più genuino sentimento della gente. Ma questa versione tardo-bucolica del mondo della tecnica convive con la maturazione speculare di un tecno-populismo che esalta invece le magnifiche virtù della rete quale strumento di una immediata relazione politica degna di un'agorà ritrovata. Accanto al tecno-pessimismo e alla nostalgia del semplice, al rimpianto dei valori della terra si presenta il tecno-ottimismo con l'elogio del cyberspazio della rete come dissolutore di ogni enigma metafisico. La tecnocrazia che spoliticizza le questioni in nome della complessità e il populismo che spoliticizza i problemi collettivi in nome del semplice (uno vale uno) condividono la riduzione del governo a amministrazione affidata al cittadino-portavoce. La dicotomia centro-periferia sembra anch'essa suggestiva dinanzi a un variopinto mondo di movimenti che non nascono solo dalla periferia, dai territori per sfidare il potere ma che già annidati al potere si propongono dalla postazione del centro e invadono la sfera pubblica.

¹ «Popolari» contro «cittadini grandi», molti contro i potenti sono gli «omori» opposti che da Machiavelli (1999) vengono analizzati come fonti di divisioni, inimicizie, zuffe (conflitti sociali orizzontali che istituiscono ordini e nuove libertà). La differenza delle declinazioni populiste è che nella polarità alto-basso si rinviene la costruzione di «formule» ingannevoli con le quali i poteri reali si nascondono, deviano.

Contro i simboli delle integrazioni sovranazionali, sorgono i movimenti identitari di protesta contaminati dall'euroscetticismo, alimentati dalla richiesta di referendum sull'euro, ma di stampo populista sono anche le élite dell'amministrazione e della finanza «en Marche» che conquistano il potere in nome dell'Europa o il premier conservatore che sottopone al plebiscito la permanenza inglese all'Unione europea.

La fenomenologia del populismo è molto ampia e, senza predisporre efficaci restringimenti concettuali, dinanzi alla proliferazione dei casi coinvolti si approda nell'insignificanza euristica. Frequente è la spiegazione del populismo in termini di comunicazione politica. Se però si resta impressionati dallo strumento adottato, dal video, dalla rete o da twitter, quale preciso indizio di identità di un movimento, lo conforto teorico segue subito dall'apprendere che campioni della politica a 140 caratteri possono essere conservatori, liberali, e populistici. Se l'ottica esplicativa privilegia il momento culturale-identitario, accanto al populista che esalta l'etnos, il recinto culturale, la tradizione si agita sempre il populista che postula la virtù del meticcio, che condivide le sensibilità civico-ambientali-culturali proprie del catalogo valoriale del post-materialismo. Accanto a un populismo dal forte retroterra patrimonialista (rivolta contro il fisco, nascita di partiti azienda, forme di privatizzazione del politico) esiste un populismo che, tra le sue stelle polari, esibisce quella dei beni comuni. Un tratto rilevante delle insorgenze populiste è stato spesso rinvenuto nella mobilitazione della gente comune in vaste campagne contro la corruzione dei capi politici (Curini, 2018)². Ma nelle cose politiche si sono osservate anche espressioni di un populismo in lotta contro il giustizialismo e le toghe rosse colpevoli di un accanimento giudiziario contro il leader del partito azienda. Se un'avversione verso la separazione dei poteri contraddistingue gli attori populistici, non sono mancati nelle vicende politiche europee anche movimenti populistici per la legalità.

All'apertura fenomenologica, che si mostra così ad ampia gittata, delle tendenze populiste, occorre rispondere con una contestuale restrizione categoriale. Il problema è alquanto complesso poiché non sembra valere, in questo ambito, un canone classico, quello dell'autodefinizione di un movimento politico. Riferito ai partiti, ovvero ai non-partito

² Esiste un populismo etico che con istanze anticorruzione esalta il popolo puro e combatte l'élite corrotta. Oltre al populismo dell'onestà esiste anche il populismo a sostegno del capo liquidato dai magistrati politicizzati. Al populismo giustizialista si affianca un populismo antigustizialista ostile alla separazione dei poteri.

o agli anti-partito appartenenti alla galassia populista, il criterio della autodefinizione non pare risolutivo. In base a questo filtro dell'auto-classificazione, il populismo riguarderebbe una esperienza del passato, avrebbe cioè una esclusiva valenza storiografica riferita alle vicende storiche russe o americane tra fine Ottocento e primi del Novecento che quel nome divenuto oggi polisemico assumevano in termini del tutto univoci. Ma il populismo non ha solo coloriture antiche, mostra sfumature che si affacciano nelle vicende della tarda modernità. Il nodo problematico è costituito dal fatto che invece dell'autodefinizione (che riguarda solo una polemica confessione di populismo fatta da leader in vena di provocazione), per i populistici contemporanei è invalsa la consuetudine ad adottare un riferimento esterno, che spesso veicola un giudizio carico di volontà di censura, stigmatizzazione. I populistici diventano così oggetto di incasellamenti altrui che non risultano asettici, sgombri da intenzioni esplicitamente polemiche. Il piano normativo del censore assorbe i profili di un soggetto capace di definirsi da sé e anebbia gli indicatori oggettivi utilizzabili per l'inquadramento di un fenomeno controverso. Se per taluni organismi politici la qualifica di populista costituisce un'aggravante che ne mina la credibilità tra le cancellerie, per altre aggregazioni la formula rappresenta un'attenuante, peraltro non generica. Molte formazioni di destra radicale (Il Fronte nazionale francese ha una chiara genesi neofascista) con l'appellativo populistico sono affrancate dalle riprovazioni che ricadono sulle culture nere e consegnate a un purgatorio concettuale (Lochocki, 2018, p. 7)³.

2. I presupposti assiologici

Il momento normativo, in ogni indagine politica, rimane un corollario inevitabile, e anche Diamanti e Lazar (2018) ne fanno uso. Sotto il

³ Mentre il populismo della destra radicale nel suo primitivismo identitario ha un impianto illiberale, le versioni populiste delle formazioni conservatrici (oltre le ideologie, le dottrine) rimangono nello spettro democratico occupando nella competizione politica lo spazio comunitario-identitario-tradizionale proprio dei partiti di centro-destra più moderati. Studiando «le cause dietro le cause» (Lochocki, 2018, p. 151) si comprende come la formula «for the nation, against the elite» si avvalga di efficaci tecniche di comunicazione politica per veicolare messaggi populistici (aspettative, identità) che consentono a partiti di nicchia di espandersi in tempi di crisi.

profilo assiologico, il loro libro può essere considerato come un tentativo di difesa della categoria politica della liberaldemocrazia, minacciata dalle tendenze degenerative che scuotono i sistemi costituzionali occidentali. In alcuni passi del volume si tende, in sintonia con una tale ottica valoriale, a contrapporre la calma ragione liberale-discorsiva alla confusa passione-interesse. «Per esistere, il populismo ha bisogno di eccitare le passioni, cosa che si manifesta nel suo linguaggio, mentre la democrazia liberale e rappresentativa cerca di prosciugarle, al fine di far trionfare la ragione». Questo schematismo ragione-passione non pare risolutivo. Così anche Hume sarebbe da considerare un filosofo populista. La sua geometria delle passioni, che contiene una lucida analisi dei moventi reali o interessati dell'agire, andrebbe setacciata con sospetto e denunciata come un fondamento etico-politico del populismo. Nella loro genesi reale, i movimenti populistici sorgono in Occidente proprio quando una pretesa ragione si separa dagli interessi e quindi con i ritrovati procedurali banalizzati non riesce a contenere, integrare, dare forma.

Più persuasiva, rispetto al fuorviante schema assiale ragione-passione, è l'indicazione che il libro suggerisce per definire in termini politici il populismo come avversione alla mediazione. Sia il capo, che si appella al popolo contro la lencrazia delle assemblee, sia il movimento dal basso che si mobilita reclamando momenti di democrazia diretta, la revoca dei mandati condividono un paradigma: il culto dell'immediato, il sogno di un legame solo orizzontale e senza più forme, limiti. Non ogni teoria del capo carismatico è annoverabile tra le espressioni del filone populista (Weber è più propriamente un conservatore) e non ogni istanza per un allargamento degli spazi di partecipazione e controllo diffuso è indice di una mentalità populista (Gramsci o lo stesso Kelsen non appartengono alla famiglia teorica del populismo). A questo riguardo, pesa un equivoco teorico connesso all'impiego del termine populismo assunto nella sua accezione americana. Nella cultura politica d'oltreoceano, populista è da intendere ogni declinazione della democrazia come regime provvisto di un catalogo partecipativo più ampio rispetto a quello ristretto al puro momento competitivo-elettorale. Una tendenza diffusa nella cultura americana è ben resa dal titolo di un libro di Wiker, *Liberalism Against Populism*. Il suo nucleo ideale consiste nel contrapporre una democrazia «liberale» (elettorale-competitiva) e una «populist democracy» con sensibilità verso la partecipazione, il referendum, la volontà generale, le domande sociali (Dacombe, 2018, p. 7). Sull'uso equivoco che prevale in ambito ame-

ricano, si costruiscono definizioni non esaustive del fenomeno populista, confuso anche con tendenze verso lo sviluppo di nuove istituzioni di democrazia deliberativa.

La figura della mediazione, che viene oltrepassata e combattuta in nome della identità «immediata» da realizzare attorno al trascinarsi di un capo, non è solo quella ristretta alla dimensione elettorale-competitiva ma abbraccia la rappresentanza come essa si è storicamente strutturata nelle democrazie ispirate al modello del costituzionalismo novecentesco. Il populismo non è quindi la pura contrapposizione della massa all'élite ma l'espressione di una specifica crisi della forma politica che ha perso i soggetti, gli strumenti, i principi. La mediazione che si è infranta è quella storicamente maturata dall'apporto di molteplici tendenze e processi politici. Essa prospetta una democrazia pluralista, che, oltre il quadro liberale classico, fa la sintesi di eterogenei apporti culturali: suffragio universale, rappresentanza, controlli di legalità e di costituzionalità, diritti sociali e centralità del lavoro. La democrazia è quel progetto che ha un fondamento (il lavoro, i diritti, la finalità sociale imposta dal pubblico potere alla stessa attività d'impresa), che è mediata (dai soggetti collettivi della rappresentanza politica e sociale), che definisce un compromesso tra partecipazione e capitalismo. Si tratta quindi di una inedita formazione politica che aggiusta la «forma» e la «sostanza» modellando la democrazia oltre che come sistema istituzionale di governo anche come assetto sociale. La democrazia che è in crisi in Occidente non è stata ferita dalla invasiva «popolocrazia» ma sfidata dai «nuovi barbari» che sono entrati in scena dopo la decomposizione del nesso tra forma e sostanza che ne aveva definito il volto tardo novecentesco del politico.

Le forze che avevano definito la forma e la sostanza della democrazia nel secondo dopoguerra sono decomposte dalla grande disintermediazione richiesta dalle nuove dinamiche dell'economia globalizzata. Quando le espressioni sociali e politiche del lavoro si presentano molto indebolite sino a perdere autonomia organizzativa, la sintesi novecentesca appare infondata e salta così la «forma» della politica invasa da micropratiche dissolutive. Il populismo è non già la causa della crisi ma l'espressione di una forma de-formata. Da dialetto marginale, che esita a presentarsi nella sfera pubblica con i suoi simboli ancestrali e aggressivi, il populismo diventa la rude lingua ufficiale perché è caduta la «forma» per dare una rappresentazione alle domande, ai conflitti. Mancano traduttori, soggetti che mobilitano e al tempo stesso trattengono (la zona dell'indicibile prima presidiata dai partiti che non

politicizzavano questioni «culturali» legate all'etnia, alla identità di fede) e gli attori populistici si insediano come portatori dei nuovi codici del tutto disinibiti. Quando si parla di crisi della rappresentanza bisogna intendersi. È caduta la costruzione politica della rappresentanza, cioè l'idea di una funzione positiva della élite politica che mobilita interessi collettivi, che dalle istanze particolari definisce visioni generali, che dal conflitto progetta alternative di società. Questo profilo della rappresentanza e della produttività della contesa sociale in uno spazio organizzato dai soggetti del pluralismo è in gran parte sfumato. Ma non è scomparsa la funzione rappresentativa-passiva della politica. Anzi proprio questo passivo aderire a ciò che già esiste negli umori più diffusi è il tratto distintivo dei populismi contemporanei. Entrare in sintonia con i rancori, i pregiudizi esistenti, i timori di discesa repentina nella gerarchia sociale sempre più fluida, in un quadro che non contempla alcuno sforzo di cambiamento, di sfida ai poteri dominanti è la preoccupazione cruciale delle forze populiste che assumono la rappresentanza come fotografia statica della paura.

Nel contesto della crisi della democrazia rappresentativa novecentesca, occorre leggere le dinamiche del populismo (ostilità alla mediazione in nome di non-partiti e leader carismatici) di cui l'antipolitica (la rivolta del cittadino-portavoce contro la «casta» responsabile del declino, dell'impoverimento, dei costi esorbitanti del professionismo politico) è un aspetto rilevante. In questa cornice, che vede infranta la sintesi storica che in Europa e in America aveva connesso economia, politica e diritti, Y. Mounk interpreta il populismo che, nella sua indagine, appare come un fenomeno che matura quando la «colla che univa in un mix unico diritti e regole democratiche si sta rapidamente assottigliando». Dalla decomposizione della democrazia novecentesca «stanno nascendo due nuove forme di regime: una *illiberal democracy*, o democrazia senza diritti, e un *undemocratic liberalism*, o diritti senza democrazia» (Mounk, 2018, p. 43). In un tale processo di lunga durata, la riconduzione della fenomenologia del populismo a una conseguenza generalizzata della grande recessione economica del 2007 obbedisce a una spiegazione troppo monocausale che, pur cogliendo un tratto essenziale, trascura l'esistenza di una decostruzione lenta che si avvale di molteplici variabili⁴.

⁴ La grande recessione, con la sua contagiosa ansia di discesa per l'impoverimento dei ceti medi, è la causa immediata di rivolte anti-establishment, ma il trend della ribellione del populismo identitario e antipluralista è più lungo. La

3. Il caso italiano

Per quanto riguarda l'Italia, nell'insediamento di un populismo diventato ormai tratto di sistema, ha inciso molto un lavoro antipolitico di professione che, anche prima della grande contrazione economica, aveva immesso il verbo dell'antipolitica come asse strategico, con una operazione egemonica risultata vincente ma distruttiva delle condizioni generali della politica. Con la guerra della innocente società civile contro la casta dei politici corrotti e ritenuti, proprio come casta, arroccati in una inaccessibile posizione di dominio, situata al di fuori del gioco competitivo, la borghesia italiana ha rimediato alla sua minore attitudine a esportare merci di qualità con una invidiabile capacità di aprire la fabbrica delle cattive ideologie di esportazione (la fortuna mondiale della parola «casta» in tutti i movimenti populistici conferma la vitalità del *mady in Italy* nelle degenerazioni della forma politica)⁵.

La proposta politico-culturale che Diamanti e Lazar (2018) avanzano è quella di reagire alle manifestazioni distruttive della popolocrazia (ostilità alla separazione dei poteri, ai limiti formali dell'esercizio dell'autorità, proliferazioni di stili, mentalità, pratiche antipolitiche e esibizioni pseudocarismatiche) confidando nella virtù adattiva-trasformativa della rappresentanza. Questo auspicabile ritrovamento della forma politica, per non restare sul piano del puro dover essere, esige però, attorno alla rappresentanza come istituto imprescindibile del moderno, una ricomposizione dei soggetti sociali e politici. Una sinistra sociale e politica, da questo punto di vista, è una condizione minimale per la riprogettazione della forma democratica in Occidente.

destra è pragmatica nel convertire istanze economico-patrimoniali in domande identitarie e la sinistra è altrettanto scaltra nel tramutare le tematiche sociali in diritti civili. Cfr. Lochocki (2018, p. 157).

⁵ Lo schematismo dentro-fuori non è adottato solo da forze esterne ma anche da figure istituzionali, da soggetti interni che dal governo organizzano referendum istituzionali contro le poltrone, la casta. Anche la polarità alto-basso non copre le sole formazioni populiste irregolari ma le élite del potere. Sono gli abitanti dei piani alti dell'edificio del potere a scagliarsi contro il potere in nome del basso. Il sistema si fa antisistema. Se forze esterne costruiscono la rappresentanza in nome della rinuncia alla rappresentanza, forze interne al palazzo agitano la rottamazione delle élite come valore. La forma dell'antipolitica non è esclusiva delle forze populiste. L'antipolitica come resistenza contro la casta è il profilo della cultura liberale ufficiale in Italia. La lotta contro la nomenclatura, contro la partitocrazia e poi contro la casta è l'ideologia della borghesia rispettabile.

Convincenti paiono le considerazioni critiche che il libro dedica alle diffuse inclinazioni a ripensare la sinistra in Europa sul solco dell'ossimoro raffigurato nella proposta di un populismo di sinistra. Un vero ossimoro: se la condizione basilare del populismo è la dichiarazione di essere oltre destra e sinistra, che senso ha l'autoproclamazione di «populismo di sinistra» per occupare una posizione ben precisa nella divisione assiale dello spazio politico? Pensare di ricostruire i pilastri della forma politica europea con l'importazione di un peronismo di sinistra⁶ pare non solo irrealistico (come ogni artificiale prodotto di laboratorio sganciato da dinamiche effettuali, culture, esperienze) ma estremamente riduttivo come formula ideologica imposta come novità a un continente che ha scoperto la forma della razionalità politica occidentale.

Molto pertinente è pertanto il rilievo critico avanzato da Diamanti e Lazar (*ivi*, p. 104) secondo i quali «il marxismo ostacola l'espansione del populismo. Il populismo di sinistra, quindi, appare solo come una forma degradata dell'ideologia dei partiti di sinistra». Il pensiero di Marx si inserisce lungo una tendenza duplice che prima spinge a differenziare (la classe) e poi ad astrarre politicamente dalle diversità (il popolo quale sfera politico-giuridica). Lo stesso dispositivo teorico era già presente in Machiavelli che distingueva tra la plebe (connotazione sociale di una parte) e il popolo (ricomposizione politica). L'asse verticale (critica dell'astrazione politica) in Marx si accompagna sempre all'asse orizzontale (conflitto di classe). La politica organizzata è, in tale prospettiva, un punto irrinunciabile per ogni impostazione critica nella tradizione della sinistra. Spiegava proprio Marx, alludendo ai soggetti sociali dispersi, che finché «l'identità dei loro interessi non crea tra di loro una comunità, un'unione politica su scala nazionale e un'organizzazione politica, essi non costituiscono una classe» (Marx, 2015, p. 239). E se i ceti sociali subalterni, il discorso vale anche per quelli frammentati della postmodernità, non dispongono di una organizzazione politica «non possono rappresentare se stessi; debbono farsi rappresentare» (*ibidem*). I delegati sindacali, i lavoratori precari e frantumati hanno rinunciato a costruire una loro coalizione sociale, con una organizzazione politica autonoma, credendo di essere rappresentati da una microimpresa che maneggia in solitudine la magia occulta della rete. Sono vittime in tal senso di forme di falsa coscienza. Il marxismo è indeclinabile secondo gli schemi racchiusi nel gergo po-

⁶ Sul peronismo di sinistra, sull'abbraccio di Laclau con il Kirchnerismo, e sull'autodefinizione di Chàvez come peronista, cfr. Agustín e Briziarelli (2018).

pulista perché la sua ambizione teorica è proprio quella di cogliere l'effettiva natura dei rapporti sociali di dominio e subordinazione che vengono invece deformati dalle maschere dell'ideologia del sotto e del sopra. Anche per una sorta di eccesso di dipendenza dall'effettuale, come si ricava dalla descrizione-amplificazione di disagi rispetto ai quali non si scava in profondità per cogliere la radice sociale, il populismo è una maschera che inganna, deforma, riduce cose complesse a schemi semplificati. Il codice populista si mantiene assai lontano dal vero anche quando parte dalla reale situazione di disagio e però ne nasconde la genesi, ne occulta il fondamento. Il tratto peculiare del populismo è quello di inventare soluzioni ingannevoli perché, per raccogliere sostegno, rivolge il disagio contro nemici irreali o caricaturali. Anche sulla cruciale tematica dell'Europa, affiora un paradosso costitutivo che vede il populismo reagire, in nome del basso, alla vocazione tecnocratica dei vertici burocratici, o fase del funzionalismo che decide le politiche senza giustificazione elettorale e neutralizzandole (Innerarity, 2018). Agitando lo schema alto-basso per scagliarsi contro le neutralizzazioni della tecnocrazia (che, in nome della tecnicità delle questioni, transcende l'asse destra-sinistra) il populismo non fa altro che recuperare la stessa struttura cognitiva della tecnocrazia (le cose vanno scrutate oltre la lente deformante di destra e sinistra) per ridurre i problemi controversi a semplice amministrazione. Confluendo nelle acque della ormai alluvionale corrente della «popolocrazia» che invoca referendum (anche un «normale» leader conservatore ha affidato al popolo la scelta sul destino dell'Europa), direttismo, dispositivi del *recall* in funzione anti-élite, annichilimento delle classi dirigenti e dei contropoteri, depotenziamento del pluralismo con opachi non-partiti, abbattimento della rappresentanza e delle verticalizzazioni con il capo pseudocarismatico, la sinistra diventerebbe un subalterno fattore di accelerazione ulteriore della crisi della democrazia. Sfigurata e scivolata a pura «autocrazia elettiva», la pratica democratica sarebbe declassata in un paradigma che postula un mondo minimo di procedure indifferenti a scopi (Bovero, 2015)⁷. Essenziale è invece una sini-

⁷ Il sistema democratico generato in autocrazia elettiva è già populista. Le ribellioni populiste confermano l'ossatura del populismo di sistema. Il risvolto della mitologia orizzontalista è infatti la dimensione plebiscitaria di un capo che, con il supporto dei media vecchi e nuovi, verticalizza l'esercizio del potere e lo indirizza contro la rappresentanza. La debolezza del liberalismo politico è la conseguenza di una rottura della forma novecentesca che precipita nella complessiva geografia dei poteri.

stra di parte, con un'analisi di classe e un diffuso radicamento nel conflitto sociale, capace di ricostruire forme organizzate indispensabili per interrompere il sentiero della destrutturazione di ogni autonomia della politica inghiottita dalle potenze dell'economia in un processo di espropriazione che pudicamente viene definito democrazia del pubblico. La rottura della mediazione o forma non è la semplice conseguenza della democrazia del pubblico e delle nuove tecniche della comunicazione, è connessa invece al tramonto della soggettività politica del lavoro e alla metamorfosi delle democrazie del mercato che archiviano la questione sociale. Per questo non c'è più forma: si sono eclissati i soggetti. L'industria del rancore come «nuova» politica così riesce a soppiantare la critica, sostituire il conflitto e azzerare la capacità di costruire, rappresentare oltre la pura fotografia di passioni tristi, paure, sentimenti ostili. Il populismo, nel vuoto della mediazione, vince con l'amplificazione di emozioni e pronunciando l'indicibile. L'attitudine del populismo è quella di essere al tempo stesso sistema e antisistema. La ridefinizione di una nuova «forma» della politica non può consistere nel puro e semplice recupero della democrazia procedurale liberata dai barbari ma nella progettazione delle condizioni sociali, culturali, istituzionali di un governo pubblico dei disagi dell'età del capitalismo della globalizzazione.

RPS

Michele Prospero

Riferimenti bibliografici

- Agustin O.G. e Briziarelli M. (a cura di), 2018, *Podemos and the New Political Cycle*, Palgrave Macmillan, Basingstoke.
- Bovero M., 2015, *Autocrazia elettiva*, «Costituzionalismo.it», n. 2, disponibile all'indirizzo internet: www.costituzionalismo.it/download/Costituzionalismo_201502_529.pdf.
- Curini L., 2018, *Corruption, Ideology, and Populism*, Palgrave Macmillan, Basingstoke.
- Dacombe R., 2018, *The Theories, Concepts and Practices of Democracy*, Palgrave Macmillan, Londra.
- Diamanti I. e Lazar M., 2018, *Popolocrazia*, Laterza, Roma-Bari.
- Innerarity D., 2018, *Democracy in Europe. A Political Philosophy of the EU*, Palgrave Mcmillan, Basingstoke.
- Lochocki T., 2018, *The Rise of Populism in Western Europe*, Springer, Berlino.
- Machiavelli N., 1999, *Discorsi*, in *Opere*, vol. I, a cura di R. Rinaldi, Utet, Torino.
- Marx K., 2015, *Il 18 Brumaio di Luigi Bonaparte*, Editori Riuniti University Press, Roma.
- Mounk Y., 2018, *The People vs. Democracy*, Harvard University Press, Londra.

APPROFONDIMENTO

Immigrati e servizi socio-sanitari nell'evento nascita: i risultati di un'indagine empirica a Torino

Rosy Musumeci

L'articolo analizza le esperienze degli utenti immigrati dei servizi sanitari pubblici in area perinatale a Torino. Gli studiosi del fenomeno migratorio si sono sempre più interessati all'impatto delle politiche sociali sul processo di integrazione, anche per quanto riguarda l'accesso ai servizi sanitari. Secondo gli studi incentrati sui servizi di salute materna e infantile, la burocrazia e le barriere linguistiche sono alcune delle cause di un accesso ridotto a informazioni o servizi sanitari dei genitori immigrati. Ci sono pochi studi che esplorano tali problemi nel contesto italiano. Lo scopo di questo articolo è iniziare

a colmare questa lacuna. In primo luogo, l'articolo descrive sinteticamente il recente processo di riorganizzazione dell'assistenza pubblica dei servizi sanitari perinatali a Torino e le principali caratteristiche degli utenti di questi servizi con particolare riguardo alla presenza di immigrati. Quindi, analizza le esperienze con i servizi sanitari locali perinatali di un gruppo di trentasei immigrati provenienti da Perù, Romania e Marocco. In conclusione, l'articolo sottolinea i principali aspetti critici nel sistema sanitario pubblico perinatale locale emerso dall'analisi.

1. Introduzione

Il presente lavoro analizza le esperienze di utenti immigrati dei servizi sanitari pubblici nell'assistenza perinatale a Torino.

Gli studiosi che si occupano delle migrazioni sono stati sempre più interessati all'impatto delle politiche sociali sul processo di integrazione, con riguardo anche all'accesso ai servizi sanitari (Delvaux e al., 2001; Norredam e al., 2004; Lay e al., 2006, Hernandez-Quevedo e Jimenez-Rubio, 2009; Bollini e al., 2009), ma ci sono pochi (e recenti) studi, soprattutto per il caso italiano, che esplorano l'uso dei servizi pubblici per la salute materna e infantile. L'aumento dell'immigrazione è una delle sfide più importanti per i sistemi di assistenza sanitaria di molti paesi che la sperimentano. Secondo diversi studi internazionali gli immigrati e le minoranze etniche, in generale, si trovano ad

affrontare condizioni di salute considerevolmente peggiori quando diventano genitori e utilizzano meno i servizi sanitari materno-infantili rispetto ad altri gruppi di popolazione in molti paesi d'accoglienza (Alderliesten e al., 2007; Rowe e al., 2008; Kuo e al., 2008; Malin e Gissler, 2009; Choté e al., 2011; Feijen-de Jong e al., 2012), inclusa l'Italia (Istituto superiore di sanità, 2011; Lariccia e al., 2013; Lauria e al., 2013): si sottopongono a un numero inferiore di visite e partecipano meno ai programmi educativi per genitori.

Diseguaglianze nell'accesso a tali servizi non soltanto costituiscono un indicatore del livello di integrazione sociale delle persone nate in un altro paese, ma non devono nemmeno essere sottovalutate per le conseguenze che esse possono avere sui tassi di mortalità materno-infantile (Who, Regional Office for Europe, 2005) e sul più generale livello di salute di queste persone (Bollini e al., 2009).

Sul versante dell'organizzazione, le barriere linguistiche, la burocrazia e la difficoltà di interagire con persone provenienti da culture diverse sono alcune delle cause del perché, dal punto di vista del personale, i programmi e i servizi per la salute materna e infantile hanno difficoltà a raggiungere gli immigrati (Euractiv Network, 2006). I motivi delle difficoltà di interagire con culture diverse per alcuni studiosi risiedono nella struttura normativa dei servizi sanitari materno-infantili, che sono basati su valori circa la maternità tipici della classe media bianca (Pettersson K., Pettersson C. e Håkansson, 2004). È per questo motivo che numerose organizzazioni sanitarie hanno predisposto servizi *ad hoc* per l'utenza di origine straniera o hanno comunque provveduto a facilitarne l'accesso per allineare la propria offerta alle sue specifiche richieste (Rossi e Tognetti, 2014).

Sul versante degli utenti, inoltre, non può essere ignorato il fatto che le decisioni, i tempi, le modalità d'uso dei servizi perinatali da parte degli immigrati (e in particolare delle immigrate dato il tipo di servizio preso in esame in questo articolo), il livello di soddisfazione e le relazioni (di cura) che intercorrono tra gli utenti stranieri e i professionisti che erogano la loro prestazione in tali servizi sono influenzati dall'operare di una molteplicità di fattori e di condizioni: da quelli più specificamente *socio-economici* a quelli più *culturali*.

Non solo la classe sociale d'appartenenza e le differenti risorse economiche, personali ed educative di cui gli individui dispongono possono determinare differenti abitudini, comportamenti e aspettative verso i servizi sanitari degli stranieri rispetto ai nativi, ma anche la diversità culturale nelle visioni (oltre che nelle definizioni femminili

soggettive) del parto e della nascita, visti come processi fisiologici e naturali che non richiedono l'intervento medico o, al contrario, come esperienza che necessita di medicalizzazione per essere vissuta al riparo da rischi per la salute della donna e del bambino, influenzando le credenze circa quando e quante volte è considerato «ragionevole» sottoporsi a visita medica, chiedere consiglio agli esperti e, in definitiva, sull'importanza stessa attribuita all'assistenza sanitaria.

Ci sono pochi studi che esplorano tali questioni nel contesto italiano. Lo scopo di questo articolo è quello di cominciare a colmare questa lacuna.

In primo luogo, sulla base delle informazioni raccolte attraverso una mappatura (relativa a tre anni: 2010, 2011 e 2012) di dati (micro) quantitativi e di interviste e di *focus groups* con testimoni qualificati, esso descrive brevemente il recente sviluppo e i principi cardine del processo di riorganizzazione dell'offerta pubblica di servizi socio-sanitari in area materno-infantile a Torino e le principali caratteristiche delle utenti di questi servizi, con particolare riguardo alla presenza immigrata. Successivamente sono analizzati i vissuti assistenziali e le esperienze personali con i servizi sanitari locali in area perinatale di un gruppo di genitori immigrati provenienti dal Perù, dalla Romania e dal Marocco. Il materiale empirico è composto da interviste qualitative longitudinali condotte con ciascun partner di coppie immigrate (con la stessa traccia di intervista) durante la gravidanza e un anno e mezzo dopo la nascita del loro primo figlio e da interviste con genitori immigrati con figli (almeno uno) di età compresa fra gli zero e i sei anni. Gli intervistati coinvolti sono in tutto trentasei e le interviste effettuate in totale quarantaquattro. In conclusione, l'articolo evidenzia alcuni aspetti critici, emersi dall'analisi, nell'implementazione del modello organizzativo e assistenziale locale in area materno-infantile con riguardo agli utenti immigrati.

2. Diritto all'assistenza sanitaria e comportamenti riproduttivi degli immigrati nel contesto italiano

L'uso dei servizi sanitari da parte degli immigrati è influenzato dalle specifiche politiche del paese ospitante (Solé-Auró e al., 2009, 2011). Il Servizio sanitario nazionale italiano (Ssn) garantisce assistenza a tutti i cittadini italiani e anche agli stranieri (compresi quelli non in regola con le norme di ingresso o di soggiorno) che si trovino a vario

titolo sul territorio nazionale (legge n. 40/1998) (Toth, 2014). La tutela della maternità e della salute del minore è garantita a parità di trattamento con i cittadini italiani (legge n. 176/1991).

Per quanto riguarda i comportamenti riproduttivi e l'allattamento, nel periodo a cui si riferisce il nostro studio (2010-2015), il tasso di fecondità delle donne straniere oscilla da 2,43 figli per donna nel 2010 a 1,94 nel 2015 ed è più alto di quello delle italiane (1,34-1,27) (Istat, 2017¹). L'età media al parto delle donne italiane, negli stessi anni, è di 31,9-32,3 anni, quella delle straniere di 28,1-28,7. Per entrambi i gruppi si osserva un trend verso la riduzione del tasso di fecondità e un aumento dell'età media al parto nel tempo. Tra le immigrate è maggiore sia la quota di donne che allatta (l'89,4% contro l'84,6 delle italiane) sia la durata dell'allattamento (9,2 mesi in media, contro 8,1 delle italiane). Per quanto riguarda l'uso dei servizi, in confronto alle italiane, le donne straniere residenti in Italia, in gravidanza, tendono a effettuare più tardi la prima visita (nel 2013 eseguiva la prima visita dalla dodicesima settimana di gravidanza il 12,3 per cento delle donne con cittadinanza straniera contro il 2,6 delle italiane), facendo inoltre ricorso a un numero inferiore di controlli (Ministero della Salute, 2015) similmente a quanto osservato in altri paesi «sviluppati». E questo sembra essere correlato con un più elevato rischio di mortalità perinatale per le madri immigrate (Lariccia e al., 2013).

3. Dati e metodo

Le fonti per ricostruire il processo di riorganizzazione e lo stato dell'offerta assistenziale pubblica in area perinatale a Torino, nel periodo in cui sono state realizzate le interviste, sono molteplici: rapporti di ricerca, siti internet, colloqui e *focus group* con testimoni qualificati e con operatori sanitari. Le caratteristiche delle utenti dei servizi pubblici in area materno-infantile per il triennio 2010-2011-2012, in particolare dei consultori familiari e dei Punti nascita pubblici cittadini, sono tracciate a partire, rispettivamente, dai dati forniti su richiesta dai dipartimenti materno-infantili S.C. Ost-Gin, dai consultori familiari e pediatria di comunità di ciascuna delle due Asl torinesi e dai certificati di assistenza al parto (Cedap) forniti dal Servizio sovrazonale di

¹ Database online http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_FECONDI TA1.

epidemiologia della Regione Piemonte. Infine, per analizzare esperienze personali concrete, motivazioni, significati e livello di soddisfazione per i servizi sanitari pubblici in area materno-infantile, è stato realizzato uno studio qualitativo a Torino che ha comportato la conduzione di quarantaquattro interviste semi-strutturate con trentasei padri e madri immigrati nell'ambito del progetto «Practices and Policies around Parenthood. Work-Family Balance and Childcare Policies in Multicultural Contexts», co-finanziato dalla Compagnia di San Paolo e dall'Università di Torino e coordinato dalla professoressa Manuela Naldini. Il principale canale di reclutamento degli intervistati sono stati gli ospedali e i consultori familiari pubblici. Le interviste sono state registrate, trascritte e, una parte di esse, codificate attraverso il programma di analisi dei dati qualitativi Atlas.ti.

4. *Percorso nascita e Agenda di gravidanza*

Il contesto in cui sperimentano l'assistenza alla nascita i nostri intervistati è caratterizzato da un processo di riorganizzazione che ha riguardato l'offerta pubblica di assistenza in area materno-infantile nella regione Piemonte, avviato a partire dal d.g.r. 34-8769 del 12 maggio 2008 e dalla pianificazione regionale che definiscono il cosiddetto «Percorso nascita».

Nella documentazione ufficiale sopra citata, si definisce Percorso nascita «l'insieme di tutte le prestazioni offerte dalla Regione Piemonte per promuovere la salute della donna e del bambino e per fornire assistenza in gravidanza, all'atto del travaglio e del parto e, successivamente, durante l'allattamento e il puerperio. Si tratta di un modello organizzativo e assistenziale il cui obiettivo è quello di accompagnare la donna/coppia e il neonato durante la gravidanza, il travaglio, il parto e il dopo parto nel loro contesto di vita».

Per quanto riguarda il rapporto paziente-servizio, il modello di assistenza alla nascita introdotto in Piemonte nel 2009 mira a rifondare la collaborazione tra la donna e i servizi socio-sanitari al fine di promuovere il diritto alla salute, una migliore assistenza e scelte consapevoli da parte della donna veicolando un «rapporto terapeutico» e una «relazione di cura» maggiormente orientati a logiche di *empowerment* piuttosto che di *compliance* e promuovendo una cultura assistenziale più responsabilizzante. Per quanto concerne il rapporto dei servizi tra di loro, tale modello assistenziale mira a promuovere l'integrazione, il col-

legamento tra servizi ospedalieri ed extra-ospedalieri e la continuità dell'offerta assistenziale.

Al fine di implementare il Percorso nascita l'Assessorato alla Tutela della salute e sanità ha ideato e introdotto la cosiddetta Agenda di gravidanza. Distribuita gratuitamente alle donne, sia italiane che immigrate, in attesa di un bambino dal 1° ottobre 2009 (e rieditata nel 2012) presso i circa duecento consultori del Piemonte, l'Agenda di gravidanza è sia uno strumento degli operatori sanitari per riportarvi (e archiviare in modo sistematico) i dati clinici da monitorare durante la gravidanza, e che costituiscono un patrimonio di informazioni necessarie per un'assistenza appropriata e personalizzata, sia un mezzo informativo per la donna. Essa contiene inoltre sedici impegnative mutualistiche per gli esami di base, tutte esenti da ticket e già firmate, utilizzabili dalle donne (esclusivamente) presso i laboratori e gli ambulatori pubblici. Le prestazioni gratuite previste per il Percorso nascita sono quelle indicate nel Profilo assistenziale per la gravidanza fisiologica (cioè a basso rischio di patologia) concordato tra gli operatori consultoriali e ospedalieri della Regione Piemonte.

5. Utenti straniere dei Punti nascita e dei consultori pubblici torinesi: caratteristiche socio-demografiche ed epidemiologiche

I dati provenienti dai Certificati di assistenza al parto (Cedap)² consentono di evidenziare le principali caratteristiche dell'utenza dei Punti nascita pubblici cittadini che sono gli ospedali Maria Vittoria, Martini, Mauriziano Umberto I e l'ospedale ostetrico ginecologico Sant'Anna. Il primo è di appartenenza della Asl 2, il secondo della Asl 1, il Mauriziano e il Sant'Anna sono invece delle Ao (Aziende ospedaliere). Tranne il Martini, che è un ospedale di secondo livello, tutti gli altri sono di terzo livello³. In particolare dai certificati Cedap relativi agli

² I dati sono stati forniti, su richiesta, dal Servizio sovrazonale di epidemiologia Asl To 3 Regione Piemonte e trasferiti, codificati ed elaborati attraverso il software statistico Spss.

³ I livelli si riferiscono alle disposizioni del Progetto Obiettivo Materno-Infantile 1998-2000, alla legge regionale n. 61 del 12 dicembre 1997 e al d.g.r. n. 4-270 01, aprile 1999. Il primo livello dovrebbe assistere un numero non inferiore a quattrocento parti l'anno da gravidanze fisiologiche che si espletano oltre le trenta-quattro settimane di età gestazionale; il secondo livello dovrebbe assistere un

anni 2010, 2011 e 2012 si evince che nel contesto locale torinese la quota di donne straniere che hanno partorito nel 2012 in uno dei quattro Punti nascita pubblici della città subalpina va da un minimo di circa un quarto a un massimo di quasi il 47%. La quota di parti riguardanti donne straniere è di gran lunga più elevata al Martini e al Maria Vittoria, dove supera il 40%, e addirittura nel 2012 al Martini è stata quasi la metà del totale (46,8%). Al Sant'Anna è straniera una madre su quattro; percentuali analoghe si riscontrano al Mauriziano.

Le donne immigrate che hanno partorito in uno di questi Punti nascita sono in genere più giovani delle italiane (hanno un'età media di ventotto anni contro i trentatré delle italiane), posseggono titoli di studio più bassi (in tutti gli ospedali la quota di straniere laureate è più bassa di quella riscontrata tra le italiane di 16,9-22,2 punti percentuali) e più frequentemente dichiarano di essere disoccupate o casalinghe. In particolare tra le immigrate la quota di casalinghe supera la metà in due Punti nascita su quattro, mentre fra le italiane tale quota va dal 7 al 17,3%. È al primo figlio il 49,2% delle straniere contro il 56,9 delle italiane. Il fenomeno che qui definiamo della *young motherhood* (cioè avere il primo figlio sotto i diciotto anni) è relativamente più diffuso tra le straniere (1,2% contro 0,3 delle italiane), mentre quello della *late motherhood* (averlo dai quaranta anni in su) interessa più frequentemente le italiane (8% contro 2,4 delle immigrate).

I dati Cedap consentono anche di stabilire il numero di visite effettuate nell'arco della gravidanza dalle madri che hanno partorito in uno dei quattro Punti nascita pubblici torinesi. Nel triennio considerato, tra le straniere la percentuale di donne che hanno effettuato sino a un massimo di quattro visite in gravidanza è doppia rispetto a quella riscontrata tra le italiane (14%), confermando il minor ricorso all'assistenza in gravidanza evidenziato da altri lavori (Istituto superiore di sanità, 2011; Lariccia e al., 2013; Lauria e al., 2013).

Similmente al dato nazionale i servizi più utilizzati dalle donne immigrate a Torino risultano essere, com'è noto, i consultori, strutture sanitarie territoriali istituite dalla legge n. 405/1975 cui si accede gratuitamente e senza impegnativa del medico curante e che si occupano di

numero non inferiore a ottocento parti l'anno e accogliere gravidanze a rischio «medio» e neonati che nascono dopo le trentadue settimane di età gestazionale; il terzo livello è dotato di terapia intensiva neonatale e dovrebbe accogliere gravidanze ad alto rischio e patologiche e neonati che nascono anche al di sotto delle trentadue settimane di età gestazionale.

informazione, consulenza, prevenzione, diagnosi e terapia di competenza del Sistema sanitario nazionale. A Torino esistono sedici consultori dislocati sulle due Asl cittadine. Negli anni dell'implementazione dell'Agenda di gravidanza si registra un aumento del numero delle utenti gravide, specie straniere, siano esse regolari, Eni (Europeo non iscritto) o temporaneamente presenti sul territorio torinese. Nel 2012 le donne complessivamente seguite durante la gravidanza dai consultori torinesi sono state 2.955 (con un trend in aumento rispetto all'anno precedente: +116). Di queste, sono straniere il 69,2%. Nonostante siano la stragrande maggioranza dell'utenza consultoriale, le straniere costituiscono però una quota minoritaria, rispetto alle italiane, tra le frequentanti i corsi di preparazione alla nascita erogati dai consultori nel 2012 (37,2 contro 62,8%).

6. I vissuti dell'assistenza nell'evento nascita

6.1 Il campione qualitativo

Il campione coinvolto nello studio qualitativo a Torino è composto da:

- ♦ nove coppie eterosessuali a doppia partecipazione nel mercato del lavoro in transizione alla genitorialità in cui sia la futura madre sia il futuro padre sono stati intervistati durante la gravidanza e alcuni (quattro coppie) anche dopo circa diciotto mesi dalla nascita del loro primo figlio (per un totale di ventisei interviste semi-strutturate).
- ♦ genitori immigrati di bimbi di età compresa tra gli zero e i sei anni (per un totale di diciotto interviste).

Sono quindi trentasei, in tutto, gli intervistati e quarantaquattro le interviste effettuate. Dei trentasei intervistati, la gran parte (ventuno) è costituita da immigrati comunitari provenienti dalla Romania e da extracomunitari provenienti dal Marocco (nove) e dal Perù (cinque).

Al momento delle interviste realizzate durante la gravidanza la maggior parte delle future madri e dei futuri padri immigrati ha meno di trent'anni, diploma di maturità o di laurea e lavori poco qualificati nel settore dei servizi. Solo in un caso entrambi i partner hanno un contratto di lavoro a tempo indeterminato; negli altri almeno un partner ha un contratto temporaneo o è un lavoratore autonomo o un disoccupato.

Tabella 1 - Intervistati*

	Sesso		Età		Livello di istruzione (Isced)			Reddito individuale medio (mensile - euro)		Provenienza geo-culturale		
	Maschile	Femminile	Sotto i 30 anni	31 o più	I	II	III	<1500	>1500	Marocco	Perù Romania	
Persone intervistate nello studio longitudinale con coppie immigrate in transizione alla genitorialità (su 18)	9	9	13	5	8	5	5	17	1	3	2	12
Interviste con genitori immigrati con uno o più figli (interviste non longitudinali) (su 18)	5	13	4	14	7	6	5	16	2	6	3	9
Totale (intervistati n. = 36; interviste n. = 44)	14	22	17	19	15	11	10	33	3	9	5	21

* Nel caso delle interviste longitudinali le informazioni si riferiscono alle interviste precedenti alla nascita. Il totale degli intervistati per provenienza geo-culturale è di trentacinque anziché di trentasei perché una delle coppie intervistate è mista (uno dei due partner è cioè italiano e quindi non è conteggiato tra gli intervistati stranieri).

Fonte: Elaborazione a cura dell'autrice.

In quasi tutti i casi (sette su nove) il reddito netto di coppia non supera i 1.500 euro.

Quanto all'altro gruppo di intervistati immigrati, cioè i genitori di bambini di età compresa fra gli zero e i sei anni, in maggioranza sono madri (tredici su diciotto) con due o più figli, di cui il più piccolo con meno di tre anni e, fatta eccezione per l'età, che in questo caso mediamente è superiore rispetto a quanto riscontrato nel primo gruppo (si concentrano nella coorte 30-39 anni), presentano caratteristiche socio-demografiche simili al primo gruppo: hanno un livello di istruzione medio-alto, svolgono lavori irregolari⁴ e poco qualificati nel settore dei servizi (soprattutto colf e badanti) e dispongono di un reddito medio di coppia al massimo di 1.900 euro. La tabella 1 riporta le principali caratteristiche socio-demografiche degli intervistati.

6.2 Conoscenza e utilizzo dei servizi

Dai dati relativi a ventisei dei trentasei genitori intervistati, ricavati da batterie di domande a risposta chiusa somministrate a conclusione dell'intervista qualitativa⁵, si evince che quasi tutti gli immigrati intervistati dichiarano di aver usufruito dei servizi. La situazione è diversa per i corsi di accompagnamento alla nascita (in ospedale o presso i consultori) e per quelli post-nascita: in proporzione, meno intervistati immigrati dichiarano di conoscerli e di usarli. Sia questo dato che il precedente confermano quanto già rilevato nei paragrafi precedenti a proposito della tendenza degli immigrati, rispetto agli italiani, a usare i consultori più frequentemente e al contempo a partecipare poco ai corsi pre e post-nascita.

Anche nel gruppo di immigrati intervistati solo in *I wave* (durante la gravidanza), ma caduti in *II* e ai quali quindi non è stato possibile

⁴ Soltanto un intervistato su tre ha un contratto di lavoro regolare a tempo indeterminato.

⁵ Nel caso delle coppie straniere si tratta dell'intervista di *II wave* successiva alla nascita. La domanda era formulata così: «Per concludere e sintetizzare quanto detto prima, di seguito troverà un elenco di servizi che potrebbero essere presenti nella Sua zona; Le chiediamo di indicare, per ciascuno di essi, se ne conosce l'esistenza, se lo ha utilizzato e, nel caso di risposta affermativa, di indicare il Suo grado di soddisfazione in riferimento all'utilizzo che ne ha fatto. Nel rispondere può scegliere tra: 1) per nulla soddisfatto; 2) poco soddisfatto; 3) abbastanza soddisfatto; 4) molto soddisfatto; 5) del tutto soddisfatto».

somministrare le batterie di domande a risposta chiusa, emerge che i servizi/professionisti più usati in gravidanza sono quelli consultoriali e che sono scarsamente usati i corsi pre e post-parto.

Quanto ai livelli di soddisfazione associati all'uso di un certo servizio, per «misurarli» sono state usate scale Likert dove a 1 corrisponde il dichiararsi «Per nulla insoddisfatto/a» e a 5 «Del tutto soddisfatto/a». Gli intervistati immigrati che hanno usato il consultorio (che come abbiamo visto sono più numerosi in percentuale) si dichiarano più frequentemente (= valore modale) «Abbastanza soddisfatti» (= 3).

6.3 Il desiderio di «umanizzazione» nella relazione terapeutica

L'analisi delle interviste qualitative effettuate con gli intervistati originari del Perù, della Romania e del Marocco ci consente di esplorare più a fondo i vissuti, i significati e le motivazioni dei percorsi assistenziali intorno all'evento nascita. Nel complesso, l'analisi conferma il buon livello di soddisfazione per i servizi fruiti e per i percorsi assistenziali seguiti emerso dalle batterie di domande.

Ad esempio Renata⁶, rumena, così racconta la sua esperienza con un consultorio dell'Asl To 2:

[Mi sono trovata] benissimo, sono proprio in gamba. Quando sono arrivata lì c'era solo l'ostetrica, una ragazza molto giovane [...] Una ragazza molto in gamba e molto, molto preparata. Mi ha fatto piacere che ci sono persone così preparate [*sorride*]. (Renata)

E Clarissa, peruviana:

Il consultorio familiare mi ha aiutato tanto, pure dopo la nascita. Mi hanno spiegato l'allattamento e c'era anche la ginnastica per il parto. Cioè loro mi hanno aiutato tanto. Non posso lamentarmi, sono stati tanto bravi. (Clarissa)

Nel caso di molti stranieri le istanze di «umanizzazione» dell'assistenza in gravidanza, parto e post-parto appaiono ricorrenti. Esse emergono attraverso l'espressione del desiderio e dell'apprezzamento di un atteggiamento «umano» da parte del personale sanitario, di una relazione più comunicativa ed empatica con i professionisti e nel riconoscimento dell'importanza che questo può avere nella determinazione di un vissuto positivo del parto e dell'allattamento per la madre (ma anche per il padre) e per il bambino.

⁶ I nomi degli intervistati sono inventati per tutelarne l'identità e la privacy.

Ad esempio Flaminia, rumena, commenta così la sua esperienza di parto cesareo in un ospedale cittadino:

Trovarmi lì da sola, con l'ambiente freddo, con quindici medici che mi giravano attorno [...] con l'anestesista che mi diceva «stai ferma» anche se quella puntura lì fa un male [ride] quindi non è stata proprio una bella esperienza. (*Flaminia*)

Avrebbe voluto godere, in particolare, di un maggior supporto ospedaliero nelle primissime fasi dell'allattamento, che ricorda come traumatiche:

Il giorno più terribile è stato il secondo giorno quando lei [la figlia] strillava che voleva la pappa [...] e la montata latte non arrivava [...] non mi sono trovata molto bene [...] cioè se mi avessero spiegato «guardi che l'acqua zuccherata o anche il latte artificiale è normale, glielo diamo noi se non ce l'hai», magari sarei stata un po' più tranquilla. [...] Sono rimasta un po' traumatizzata per quello, perché non mi hanno spiegato. [...] Anzi, mi hanno fatto sentire in colpa. (*Flaminia*)

Il compagno, Marco, peruviano, commenta così la loro esperienza:

Sembra che per loro si dà per scontato che ogni giorno nascono dieci, venti bimbi e tutti sono uguali. [...] Lei ha avuto difficoltà e il personale invece di incoraggiarla e farle vedere come si fa le hanno detto «lascia perdere, non sei capace, lasciami a me» e lei l'ha preso male perché si aspettava un altro atteggiamento. (*Marco*)

E Chiara, rumena, afferma di aver apprezzato molto l'atteggiamento e la relazione instaurata con il personale del consultorio che l'ha seguita durante la sua gravidanza e di quello ospedaliero durante il parto, soprattutto perché non si è sentita discriminata, per la sua diversa provenienza geografica, dal personale incontrato:

Al consultorio la ginecologa che mi ha seguito era una persona bravissima, proprio brava brava. Si è sempre preoccupata anche dopo, quando sono andata e tutto, è stata proprio brava brava. [...] E nelle ultime settimane che ero con questa pressione alta mi faceva venire ogni settimana per controllare il bambino per vedere come sta eh... [...] Anche in ospedale mi hanno trattata uguale a tutti gli altri pazienti, anche chi mi assistito durante il parto. (*Chiara*)

I (futuri) genitori immigrati intervistati in certi casi non riconoscono, non considerano utili più di tanto i saperi esperti e i servizi come i consultori. Ad esempio Giulia, marocchina, afferma:

R: Consultorio. Quello dove ti dà... ti aiuta a capire le cose. Sono andata una volta, e non sono più andata [...].

I: Non lo trovavi utile?

R: No, perché tanto sapevo già più o meno cosa che ti dicevano. Di comprare latte non quello con la marca ma quello senza marca, tanto cambiava solo che quello aveva la pubblicità e l'altro no. (*Giulia*)

Tuttavia in altri casi si riscontra la spinta a informarsi e a saperne di più, che si traduce e si esaurisce però frequentemente nel reperimento di informazioni sulla Rete, soprattutto tra le rumene e le peruviane, forse per la sua natura di essere un canale che consente di reperire informazioni a costo zero, in modo rapido e aggirando le barriere linguistiche o – dichiarano alcune intervistate – le difficoltà legate alla non facile reperibilità del personale sanitario. Ad esempio Claudia, peruviana, dichiara:

Riguardo alla mia gravidanza, diciamo a parte il consultorio, sì, sono molto collegata a Internet, quindi qualsiasi cosa, qualsiasi dubbio, vado sempre a cercare lì. È un buono strumento per le informazioni. (*Claudia*)

E Clarissa, peruviana:

Qualsiasi cosa aveva il mio bambino andavo su Internet [*ride*], perché chiedere alla dottoressa... Uno perché a volte non mi rispondevano al telefono, due perché mi dicevano «chiama dopo che la dottoressa adesso è impegnata», e io volevo risposte subito. (*Clarissa*)

Altri canali ricorrenti tra i nostri intervistati immigrati per il reperimento di informazioni, per i consigli sul parto e su come allevare il bambino sono quelli informali delle amicizie e della parentela. Alcune madri straniere intervistate fanno anche riferimento, considerandolo utile, al sapere esperto veicolato dai mass media attraverso specifici programmi televisivi⁷. Ad esempio Lamy, marocchina, afferma:

La vita ti fa imparare senza studiare. Non importa studiare. [...] tu senti i programmi di qua in televisione, le mamme, e così impari per forza. (*Lamy*)

⁷ Alcuni studiosi mettono in evidenza la proliferazione di prodotti dell'industria culturale (libri, riviste, film, siti Internet, programmi televisivi) che «portano» il cosiddetto sapere esperto in area perinatale al grande pubblico (Martin, 2014). Per il caso italiano, a titolo esemplificativo, si possono citare i reality tv *Sos Tata, Ostetriche, 24 ore in sala parto, Il mondo segreto dei bambini*.

L'Agenda di gravidanza, che nel paragrafo 4 si è detta essere il principale strumento di implementazione del nuovo Percorso nascita in Piemonte, è considerata utile dalle madri immigrate, quando l'hanno ricevuta: non tutte le intervistate seguite dai consultori, infatti, l'hanno avuta; alcune l'hanno ricevuta in italiano, nessuna nella propria lingua. Micaela, peruviana, ad esempio afferma:

Li potevo per esempio vedere l'evoluzione della bambina e certe cose che magari uno, essendo la prima volta, non le sa. Mi mettevo a leggere tutto il giorno per capire, anche due o tre volte [*sorride*]. (*Micaela*)

7. *Discussione e conclusioni*

Le analisi sin qui condotte consentono di individuare alcuni nodi critici nell'implementazione del modello assistenziale locale in area materno-infantile, nell'esperienza che ne fanno in particolare gli utenti stranieri.

Tra le problematiche (formali e informali) che gli immigrati si trovano ad affrontare per accedere a questi servizi si segnalano i percorsi di accesso, la circolazione dell'informazione e il rapporto con il personale sanitario. In particolare, nonostante la deliberazione della giunta regionale 38-11960 del 4 agosto 2009 (nella quale si stabiliva la distribuzione dell'Agenda a tutte le donne residenti o temporaneamente presenti nelle singole Asl) prevedesse esplicitamente la traduzione dell'Agenda nelle lingue più diffuse tra gli stranieri residenti in Piemonte (inglese, francese, spagnolo, arabo e rumeno), le versioni in lingua non sono state sempre disponibili (né in versione cartacea né online) nella stessa misura di quelle in versione italiana e ogni consultorio si è a lungo organizzato con dei fogli aggiuntivi di accompagnamento forniti alla consegna dell'Agenda sintetizzanti i passaggi cruciali del percorso assistenziale e, in realtà, già in uso presso le realtà pubbliche territoriali prima dell'arrivo dell'Agenda di gravidanza. Le intervistate straniere o non l'hanno ricevuta affatto o l'hanno ricevuta unicamente in italiano. Soltanto un'intervistata peruviana dichiara di aver visto (ma non è chiaro dove e come) le versioni in lingua straniera, ma di aver ricevuto in consultorio l'Agenda in italiano perché le è stato detto (dagli operatori) che mancava quella in spagnolo.

Laddove non conoscano ancora bene la lingua del paese di arrivo, ciò potrebbe ostacolare la fruizione da parte delle immigrate delle infor-

mazioni e delle evidenze scientifiche contenute nell'Agenda di gravidanza e con questo compromettere non soltanto una più adeguata erogazione dei servizi sanitari (Rossi e Tognetti, 2014), ma il perseguimento stesso degli obiettivi dichiarati da questo modello di politica pubblica in ambito materno-infantile: ovvero la promozione sia della collaborazione tra le donne (tutte incluse, italiane e immigrate, quindi) e il servizio/professionista sia delle scelte assistenziali, di cura e terapeutiche consapevoli, rischiando di praticare modelli assistenziali differenziati a seconda della provenienza geografica della donna assistita, *empowerment* con le italiane e *compliance* con le immigrate.

Pare stridere anche nell'ambito dell'implementazione di un modello assistenziale improntato non solo alla flessibilità, all'accoglienza e al rispetto della varietà dei valori sociali e culturali, delle attitudini e dello stile di vita delle donne (si pensi ad esempio all'erogazione di pasti differenziati per le partorienti di diverse provenienze geografiche e confessioni religiose in molti Punti nascita pubblici torinesi) e delle loro famiglie, ma alla stessa equità. L'Agenda di gravidanza, infatti, in quanto strumento di politica pubblica, rimanda al significato dei Lea (Livelli essenziali di assistenza), volti a garantire ai cittadini e alle cittadine percorsi di assistenza e di cura appropriati ed equi, cioè utilizzabili da ognuna/o, indipendentemente dalle condizioni socio-economiche e dalle differenti provenienze geografiche (Perosino, Dotta e Musumeci, 2010).

Dalle interviste con padri e madri immigrati, poi, emerge che le istanze di «umanizzazione» dell'assistenza in gravidanza, parto e post-parto appaiono ricorrenti; emergono attraverso l'espressione del desiderio e dell'apprezzamento di un atteggiamento «umano» del personale sanitario, di una relazione più comunicativa ed empatica con i professionisti e nel riconoscimento dell'importanza che questo può avere nella determinazione di un vissuto positivo del parto e dell'allattamento per la madre (ma anche per il padre) e per il bambino. In questo senso appare cruciale nella loro esperienza assistenziale la relazione con i professionisti che operano nei servizi perinatali.

L'analisi dei discorsi degli intervistati sull'importanza della relazione assistita-medico/professionista fa riflettere sull'opportunità di inserire figure di mediazione, laddove non presenti, e di potenziarle, laddove già presenti, che agevolino la relazione di cura tra operatore sanitario/medico e paziente. Tali discorsi inoltre, più in generale, fanno riflettere sul ruolo della fiducia come meccanismo non soltanto assicuratore di un migliore vissuto dell'assistenza all'evento nascita e dello

stesso esito perinatale, ma anche preveniente comportamenti da parte del professionista rientranti nella cosiddetta medicina difensiva. Com'è noto una cattiva relazione con le persone assistite può innescare atteggiamenti di reciproca sfiducia e la paura del contenzioso medico-legale con la persona assistita condurre alla (iper)medicalizzazione dell'assistenza.

L'attenzione per l'aspetto comunicativo e relazionale tra assistita ed esperto appare quindi cruciale, specie se nella relazione terapeutica i soggetti che si confrontano sono stati socializzati a culture assistenziali e della nascita differenti e se si tiene conto che da un lato il modello «locale» di assistenza alla nascita, in cui l'esperienza della maternità viene di norma gestita all'interno di un quadro di riferimento medico-sanitario (pur all'interno di un trend generale verso la promozione della fisiologia della nascita), può modificarsi a partire dall'incontro con concezioni provenienti da paesi diversi e dall'altro che anche la cornice culturale circa (l'assistenza a) parto e nascita di cui sono portatori gli immigrati può andare incontro ad analogo destino, producendo forme innovative di ibridazione di modelli (Pennacini, 2012).

La consapevolezza di questa crucialità, con riguardo a tale fenomeno, appare, a parere di chi scrive, evidente anche nell'ambito della riorganizzazione dell'assistenza pubblica alla nascita in Piemonte e dell'adozione stessa dell'Agenda di gravidanza pensata appunto, anche, come strumento volto a migliorare la comunicazione e l'interazione tra assistita e professionista. Pertanto un ulteriore investimento nell'adeguato addestramento del personale sanitario per migliorarne abilità comunicative, relazionali e informative e presenza/incremento di mediatori culturali potrebbe essere utile al fine di assicurare migliori qualità dell'assistenza sanitaria e dell'esito perinatale e un accesso più equo e soddisfacente ai servizi perinatali per le donne immigrate.

Riferimenti bibliografici

- Alderliesten M.E., Vrijkotte T.G., Van Der Wal M.F. e Bonsel G.J., 2007, *Late Start of Antenatal Care among Ethnic Minorities in a Large Cohort of Pregnant Women*, «Bjog», vol. 114, n. 10, pp. 1232-1239.
- Bollini P., Pampallona S., Wanner P. e Kupelnick B., 2009, *Pregnancy Outcome of Migrant Women and Integration Policy: A Systematic Review of the International Literature*, «Social Science & Medicine», n. 68, pp. 452-461.
- Choté A.A., Koopmans G.T., Redekop W.K., de Groot C.J.M., Hoefman R.J., Jaddoe V.W.V., Hofman A., Steegers E.A.P., Mackenbach J.P.,

- Trappenburg M. e Foets M., 2011, *Explaining Ethnic Differences in Late Antenatal Care Entry By predisposing, Enabling and Need Factors in the Netherlands. The Generation R Study*, «Maternal and Child Health Journal», vol. 15, n. 6, pp. 689-699.
- Delvaux T., Buekens P., Godin I. e Boutsen M., 2001, *Barriers to Prenatal Care in Europe*, «American Journal of Preventative Medicine», vol. 21, n.1, pp. 52-59.
- Euractiv Network, 2006, *Immigrants - A Challenge for European Health Care Systems*, Londra, disponibile all'indirizzo internet: www.euractiv.com/en/health/immigrants-challenge-european-health-care-systems/article-145349.
- Feijen-de Jong E.I., Jansen D.E., Baarveld F., van der Schans C.P., Schellevis F.G. e Reijneveld S.A., 2012, *Determinants of Late and/or Inadequate Use of Prenatal Healthcare in High-Income Countries: a Systematic Review*, «European Journal of Public Health», vol. 22, n. 6, pp. 904-913.
- Hernandez-Quevedo C. e Jimenez-Rubio D., 2009, *A Comparison of the Health Status and Health Care Utilization Patterns between Foreigners and the National Population in Spain: New Evidence from the Spanish National Health Survey*, «Social Science & Medicine», n. 69, pp. 370-378.
- Istituto superiore di sanità, 2011, *Percorso nascita e immigrazione in Italia: le indagini del 2009*, in Lauria L. e Andreozzi S. (a cura di) «Rapporti Istituzionali», n. 11/12.
- Kuo T.M., Gavin N.I., Adams E.K. e Ayadi M.F., 2008, *Racial Disparities in Medicaid Enrollment and Prenatal Care Initiation among Pregnant Teens in Florida: Comparisons between 1995 and 2001*, «Medical Care», vol. 46, n. 10, pp. 1079-1085.
- Lariccia F., Mussino E., Pinnelli A. e Prati S., 2013, *Differenze negli esiti perinatali in Italia: il ruolo della cittadinanza*, in Colombo A. (a cura di), *Figli, lavoro, vita quotidiana*, il Mulino, Bologna.
- Lauria L., Bonciani M., Spinelli A. e Grandolfo M.E., 2013, *Inequalities in Maternal Care in Italy: The Role of Socioeconomic and Migrant Status*, «Annali Istituto superiore sanità», vol. 49, n. 2, pp. 209-218.
- Lay B., Lauber C., Nordt C. e Rossler W., 2006, *Patterns of Inpatient Care for Immigrants in Switzerland. A Case Control Study*, «Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology», n. 41, pp. 199-207.
- Malin M. e Gissler M., 2009, *Maternal Care and Birth Outcomes among Ethnic Minority Women in Finland*, «Bmc Public Health», n. 20, pp. 9-84.
- Martin C., 2014, *«Mais que font les parents?» Construction d'un problème public*, in Martin C. (a cura di), *«Être un bon parent»: une injonction contemporaine*, Presses de l'Ehesp, Rennes.
- Ministero della Salute, 2015, *Certificato di assistenza al parto (Cedap). Analisi dell'evento nascita - Anno 2013*.
- Norredam M., Krasnik A., Sorensen T.M., Keiding N., Michaelsen J.J. e Nielsen A.S., 2004, *Emergency Room Utilization in Copenhagen: a Comparison*

- of Immigrant Groups and Danish-Born Residents*, «Scandinavian Journal of Public Health», n. 32, pp. 53-59.
- Pennacini C., 2012, *Prefazione*, in Bonfanti S., *Farsi madri. L'accompagnamento alla nascita in una prospettiva interculturale*, «Quaderni di donne & ricerca», Cirsde (Centro interdisciplinare ricerche e studi delle donne), n. 27.
- Perosino A., Dotta A. e Musumeci R., 2010, *Culture e prassi nella gestione dell'evento nascita a Torino*, Research Report.
- Petersson K., Petersson C. e Håkansson A., 2004, *What is Good Parental Education?*, «Scandinavian Journal of Caring Sciences», n. 18, pp. 82-89.
- Rossi P. e Tognetti M., 2014, *Ospedali e consultori familiari come street-level organizations: l'incidenza della discrezionalità organizzativa nell'accesso degli utenti stranieri ai servizi sanitari*, intervento al convegno Espanet, *Sfide alla cittadinanza e trasformazione dei corsi di vita: precarietà, invecchiamento e migrazioni*, Università di Torino, 18-20 settembre.
- Rowe R.E., Magee H., Quigley M.A., Heron P., Askham J. e Brocklehurst P., 2008, *Social and Ethnic Differences in Attendance for Antenatal Care in England*, «Public Health», vol. 122, n. 12, pp. 1363-1372.
- Solé-Auró A., Guillén M. e Crimmins E.M., 2011, *Health Care Usage among Immigrants and Native-Born Elderly Populations in Eleven European Countries: Results from Share*, «European Journal of Health Economics», vol. 13, n. 6, pp. 741-754, doi: 10.1007/s10198-011-0327-x.
- Solé-Auró A., Montserrat G. e Crimmins E.M., 2009, *Health Care Utilization among Immigrants and Native-Born Populations in 11 European Countries. Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*, Research Institute of Applied Economics, Working Papers, n. 20, disponibile all'indirizzo internet: www.ub.edu/irea/working_papers/2009/200920.pdf.
- Toth F., 2014, *La sanità in Italia*, il Mulino, Bologna.
- Who - World Health Organization, Regional Office for Europe, 2005, *The European Health Report 2005. Public Health Action for Healthier Children and Populations*, Copenhagen, disponibile all'indirizzo internet: www.euro.who.int/ehr2005.

English Abstracts

RPS

What is Psychiatry Today? Light and Shade in Global Mental Health

Benedetto Saraceno

During the years 1993-2009 a new discipline called Global Mental Health has been developed. The global mental health «discourse» has been driven by guidelines of the World Health Organization, the European Union, the Un Convention on the Rights of Persons with Disability, and a limited number of prestigious research centres based in English-speaking countries. Even though the global discourse looks well documented and advanced, its strong advocacy orientation has not had any substantial impact on the reality of mental health care. The need to create consensus does not contribute to a very critical thinking beyond the rather generic goal of scaling-up mental health care. Resuming the radical thinking and action of Franco Basaglia is especially urgent and needed to counterbalance global mental health discourse in spite of its important normative contributions.

The Challenges of the Reform of Psychiatric Treatment

Pietro Pellegrini and Daniele Pulino

The Italian reform of psychiatric treatment in 1978 (law no. 180) marked a complete break with the paradigm of interning the patient which dominated the relation between modern society and psychic suffering. The Italian reform also brought the law into line with the Constitution, opening the way to a new system in which that did not have the asylum behind them. The aim of this contribution is to analyse the challenges that Italian mental health services have had to face in reaching their present organization and the new problems it is faced with today, forty years after the reform. The reform came about thanks to various local experiences that anticipated its content, creating already systems of mental

health services that were able to respond to people's needs and resisting and form of exclusion. In the last twenty years mental health services have developed in a fragmented system that has led to significant differences in various parts of the country, both as regards available resources and cultural models and organization. In addition, the reform had to deal with the gap between the extension of individual rights and the subordination of social rights to the economy. This created a contradictory situation, with changes to the «social pact» and the growth of new forms of marginalization. In this difficult context mental health services are trying to realizzare l'inclusione dei pazienti and have supported the closure of Judicial Psychiatric Hospitals (Opg). The future of «law 180» requires a capacity to see mental health as an essential component of health and the relative services as being more and more integrated in the community and given adequate resources and instruments (such as health budgets).

Towards a Caring City

Franco Rotelli

The article discusses the dialectic between closed and open institutions and the need to tear down walls – between different branches of knowledge, disciplines, powers and specialist fields – to build a system that meets the needs and rights of the person and may become a «caring city», a city that can find answers to individual needs, dealing with them as laboratories of responses to problems and collective demands. It is a concrete perspective that can be enriched in the future if the social and health districts find a way of becoming open places – mobile, flexible institutions in which to organize intersectional responses to health needs.

Living with Mental Illness. What Families and Sufferers Say

Claudia Demichelis, Carlo Gnetti and Gisella Trincas

The article deals with books written by families and people with mental illness. They show awareness of the current debates about mental health, as well as a lucid analysis of how society regards and interacts with mental illness. These voices are present today in the

initiatives promoted by national associations involved in defending the values of Law 180.

An only Partial Right to Self-Determination

Chiara Saraceno

The problems posed by mass recourse to conscientious objection by gynecologists and medical staff exemplify an unsolved question debated within the women's movement when the law was debated and then approved: whether women's right to and capacity for self-determination was better guaranteed by the introduction of a law regulating the conditions under which it could be performed or by simply canceling voluntary abortion from the list of penal crimes. After summarizing the various positions in the debate within the women's movement during the process which eventually resulted in the approval of the law, the author discusses whether and how the discussions around reproductive technologies, and the introduction of the RU46 and the «day after» pill have changed the terms of the issue. In the conclusion, following a debate initiated in the second half of the nineties among both feminists and jurists, the author discusses whether abortion might be considered a case for the law taking a step back and adopting a less prescriptive approach.

Sexual Health Clinics Today: Origins, Experiences, Stocktaking

Franca Bonichi and Rossana Trifiletti

The paper gives an account of the sexual health clinics (*«consultori familiari»*) from when they were first created by Law 405/75 down to the developments of recent years, trying to take stock of how far they have carried out their original mission. There is a summary account of the social and political climate of the 1970s and the role of the social movements, of the compromise expressed in the Law between Catholic and secular forces, of the innovations introduced, and of the regional implementation laws. As regards the present situation, the data available is not always wholly coherent, but they enable us to identify some negative and positive aspects in the pro-

cess of regionalization that would be useful for relaunching the service.

The Fortieth Anniversary of the National Health Service

Rosy Bindi

Health protection, as a political question, has long been relegated to the sidelines of public debate or emerges occasionally when there is some case of dysfunction or corruption in the health service. But the forty years of the National Health Service are an important opportunity for reflecting on one of the most significant public works that has been created in Italy since the 1970s, and to give both the general public and those who work in it renewed respect for the value and relevance of that choice. We do indeed need to mobilize a new cultural and political alliance to overcome the indifference and disengagement that risk compromising the future of the right to health in Italy. We need the commitment to tackle and overcome the mistrust that has grown up in this period, due to the inequalities and shortcomings in many aspects of the system. This commitment will also be a challenge to boldly recover the spirit and purpose of Law 833.

40 Years after the Establishment of the National Health Service. The Assault on Universalism

Gavino Maciocco

In Italy, the assault on universalism – and on the founding principles of law 833 approved 40 years ago – appears in a «bipartisan» design based on the defunding of the public health sector and the promotion of the «second pillar» of private insurance. This is very similar to the minister Di Lorenzo's plan in 1992, but is now more dangerous as a result of the convergence of multiple interests and the absence of any resistance by the «left». It is to be hoped that the many initiatives that are in the pipeline to commemorate the 40 years of life of the National Health Service, serve to awaken from their sleep the political and trade union forces that have (or should have) in their store of ideals the concept of the right to health and the equality of all people facing ill-health.

Managerialization Processes in Italy. The Main Changes in the Last Twenty-five Years

Emmanuele Pavolini

The essay focuses on the introduction, from the 1990s on, of forms of managerialization within the Italian National Health Service (Nhs). The law establishing the Nhs in 1978 gave managers limited power, leaving power essentially in the hands of the two main groups of actors, who had played a central role in the previous mutualistic structure: politicians and doctors. Managerialization was intended to limit the power of doctors, who were subject to strict forms of control, and to oust the political component from health management, adopting a model of sharply separating management activities from those of general political decision-making. The contribution shows how the picture that emerges a quarter of a century after these reforms is profoundly different. If, on the one hand, managerialization has allowed forms of rationalization of expenditure and considerable savings and efficiency in the Nhs, on the other, the autonomy of managers in healthcare has remained limited within an increasingly re-verticalized and re-politicized Nhs.

Drugs (and Technologies) as a Comprehensive Educational Indicator of the History of the National Health Service

Gianni Tognoni and Alice Cauduro

The article discusses the stages in the development of the drugs system in Italy, but against the background of the changes in research and the market at international level, to elaborate the thesis indicated in the title: content, roles and criteria for the use of drugs and technologies can and should be described, understood and evaluated only in their permanent, extremely close relation with the health system overall. The most significant stages in the last 40 years, from the two complementary points of view of the developments in knowledge and in the institutions, guide us to an overall reading of the health service, which enables us to understand it in a political, social and institutional context (once again indissolubly linked nationally and globally) that is more and more marked by a dependence on economic factors that impose themselves on the principles and provisions of the Constitu-

tion, which should guarantee as a priority the individual and collective right to a non-exclusive health service – particularly as regards the populations/pathologies that most directly put at risk the autonomy and dignity of the life histories of people.

RPS

English Abstracts

Welfare is Good for Italy

Rossana Dettori

In 1978 the approval of three great social reforms – law 180 reforming psychiatric treatment, law 194 on the protection of maternity and the voluntary interruption of pregnancy, and law 883 reforming the health system – contributed to improving the living conditions of Italians. The article recalls the political context and the trade-union and social mobilization that accompanied the approval of the laws; and underlines the strong points of the three reforms. It does not, however, merely re-evoke them as past victories, but points out how they are still extremely relevant to the present, still with a significant innovative potential.

From Minimum Income Policies to Integrated Systems to Fight Poverty? An Analysis of ten European Countries

Massimo Baldini, Gianluca Busilacchi and Giovanni Gallo

The article compares the minimum income policies in some European countries, focusing on the differences in access, conditions envisaged, generosity and the innovations of recent years, particularly in the transition from individual measures of minimum income to integrated systems of various monetary transfers. It argues that in combating poverty we are moving towards minimum-income measures that are highly conditioned, but increasingly integrated with other kinds of tools. With the help of the Eu-Silc's data we have verified how the systems of transfer have reacted to the economic crisis, bringing out the existing differences between European countries in terms of what the money is spent on and its effectiveness in combating poverty. The results show great differences between the various countries, both structurally and as a response to the effects of the crisis. What emerges in general is the marginal role of transfers aimed at

combating poverty and social exclusion in the strict sense. Hence the importance of extending our vision to a broader set of transfers.

Tackling Poverty through Income and Local Welfare

Nicola Marongiu

Sometimes discussion as to how to tackle poverty ends up overlapping with the political debate, which prevents us from getting to the root of the problem with forms of intervention that are also feasible. The aim of this paper is to try and redefine an index of questions to be included in the future political-social agenda, at least from the point of view of a trade union like the Cgil. For this reason the article is organized as a series of questions and answers, without claiming to be exhaustive, given the complexity of the subject and the various aspects that can be discussed, but with the aim of setting it in a broader dimension.

Populists in Charge and the Redefinition of the Political Space

Roberto Biorcio

The article examines the relations between the affirmation of the populist groupings and the developments in democracy, analyzing the ongoing changes in the Italian political system after the recent national elections. The Five-Star Movement and the League gained widespread support from the electorate and went on to form a coalition government. This was the first time in Europe that two very different types of populism had done this. If it manages to last and to achieve some of its most important objectives, the coalition government may bring about a significant redefinition of the Italian political system, bringing out a new type of bipolarism.

Populocracy and the Oxymoron of Left-wing Populism

Michele Prospero

The concept of populism is an ambiguous and polysemic notion that claims to embrace very heterogeneous political phenomena. Accord-

ing to a minimal definition in the literature, the category of populism refers to an attitude and practice that is hostile to political mediation and to the institutions of representation. The ideological foundation of populism as a strategy of conquest and conservation of power is the will to go beyond the distinction between right and left, and the claim to overcome the conflict between capital and labour. The formula of a left-wing populism therefore appears to be contradictory in the theoretical and subaltern assumptions from the standpoint of political culture.

Immigrants and Social and Health Services in the Birth Event: The Results of an Empirical study in Turin

Rosy Musumeci

This article analyses the experiences of immigrant users of public health services in perinatal care in Turin. Researchers specializing in migration have been increasingly interested in the impact of social policies on the integration process, including access to healthcare services. According to those studies focusing on maternal and child health services, bureaucracy and language barriers are some of the causes of reduced access to health-related information or services for immigrant parents. There are few studies that explore such issues in the Italian context. The aim of this article is to start to fill this gap. Firstly, the article briefly describes the recent process of reorganization of the public supply of services in perinatal healthcare in Turin, and the main characteristics of the users of these services with particular regard to the immigrant population. Then, it analyses the personal experiences with the local public perinatal healthcare services of a group of thirty-six immigrants from Peru, Romania and Morocco. In conclusion, the paper underlines the main critical aspects in the public local perinatal healthcare system that emerged from the analysis.

Le autrici e gli autori

Massimo Baldini è professore associato di Scienza delle finanze nel Dipartimento di Economia «Marco Biagi» dell'Università di Modena e Reggio Emilia e membro del Centro analisi politiche pubbliche (Capp), che ha sede presso lo stesso Dipartimento. Fa parte della redazione del sito web di informazione economica www.lavoce.info e del comitato scientifico della Fondazione Gorrieri. I suoi interessi di ricerca riguardano gli effetti delle politiche pubbliche, la distribuzione del reddito, la povertà e le imposte sul reddito.

Franca Bonichi, docente di Sociologia e di Sociologia dei movimenti presso l'Università di Firenze, ha partecipato a ricerche sulle istituzioni educative, sulla militanza sindacale, sull'uso del tempo. Ha scritto saggi di sociologia politica sulla teoria di Pierre Bourdieu, sui movimenti sociali, sul concetto di cittadinanza democratica, sulla teoria delle élite.

Rosy Bindi, ricercatrice universitaria, entra in politica nel 1989, eletta al Parlamento europeo. Nel 1994 viene eletta alla Camera dei deputati, di cui è stata vicepresidente dal 2008 al 2013. Ministro della Sanità dal 1996 al 2000 ha varato nel 1999, in profonda discontinuità con la riforma De Lorenzo del 1992, il d.lgs. 229 di riordino del Ssn. Dal 2006 al 2008 ha ricoperto l'incarico di ministro per le Politiche per la famiglia. Nel 2013 è stata nominata presidente della Commissione parlamentare antimafia, incarico che ha ricoperto fino al 2018. Nel corso della sua lunga carriera politica è stata presidente del Partito democratico dal 2009 al 2013.

Roberto Biorcio è docente di Scienza politica presso l'Università degli studi di Milano-Bicocca. Svolge attività di ricerca sulla partecipazione politica e sociale, i partiti, le associazioni e i movimenti sociali.

Gianluca Busilacchi è ricercatore di Sociologia economica all'Università di Macerata, dove insegna Sociologia del welfare europeo e dei paesi del mediterraneo, e direttore scientifico di Nens. I suoi interessi di ri-

cerca riguardano le politiche sociali in chiave comparata, con una particolare attenzione alle politiche di contrasto alla povertà.

Alice Cauduro, dottoressa di ricerca in Diritti e Istituzioni nell'Università di Torino, è assegnista di ricerca nell'Università di Roma Tre. I suoi interessi di ricerca riguardano l'accesso al farmaco, l'abuso del diritto, la regolazione, il servizio idrico, il diritto di accesso alle informazioni.

Claudia Demichelis è dottore di ricerca in Antropologia. Ha raccolto e ordinato un archivio audiovisivo di testimonianze sulla storia del superamento dell'Ospedale psichiatrico Santa Maria della Pietà. Collabora con la Fondazione Franca e Franco Basaglia.

Rossana Dettori è componente dal 2016 della segreteria nazionale della Cgil. Inizia il suo impegno nel sindacato come delegata Fp Cgil al Policlinico Umberto I di Roma, successivamente svolge incarichi nella categoria Fp Cgil del Lazio e nazionale. Nel 2003 diventa segretaria nazionale della categoria e nel 2010 ne viene eletta segretaria generale, ruolo che ricopre fino all'estate 2016.

Nerina Dirindin è docente di Scienza delle finanze e di Economia e organizzazione dei sistemi di welfare presso l'Università di Torino e nella Scuola di Management ed economia. Senatore della Repubblica nella XVII Legislatura, è attualmente presidente del Coripe Piemonte, presidente Cipes Piemonte, presidente Forum nazionale salute carcere.

Giovanni Gallo è assegnista di ricerca presso il Dipartimento di Economia «Marco Biagi» dell'Università di Modena e Reggio Emilia. È membro del Centro analisi politiche pubbliche (Capp) ed editor del «Glossario delle disuguaglianze sociali» della Fondazione Ermanno Gorrieri di Modena. Si occupa in particolare di povertà, disuguaglianze e valutazione delle politiche pubbliche.

Maria Grazia Giannichedda, fra i più stretti collaboratori di Franco Basaglia e di Franca Ongaro, ha insegnato Sociologia dei fenomeni politici nell'Università di Sassari e ha lavorato per la Commissione europea, l'Organizzazione mondiale della sanità e altri organismi delle Nazioni unite occupandosi di salute mentale, legislazione, diritti umani, esclusione sociale, democrazia e partecipazione. Autrice di diversi

saggi, ha recentemente curato e introdotto la nuova edizione delle *Conferenze brasiliane* di Franco Basaglia (Cortina, 2018).

Carlo Gnetti, giornalista, è presidente dell'Associazione Volontari ospedalieri di Roma.

Gavino Maciocco, medico, dal 2000 è docente di Sanità pubblica presso l'Università di Firenze. Esperto di politica sanitaria internazionale, dirige la rivista online «saluteinternazionale.info».

Nicola Marongiu ricopre attualmente l'incarico di coordinatore dell'Area Welfare della Cgil nazionale. Fino al settembre del 2013 ha ricoperto l'incarico di segretario generale della Camera del lavoro metropolitana di Cagliari.

Rosy Musumeci è ricercatrice post-doc in Sociologia presso l'Università di Torino. È stata co-coordinatrice del network internazionale «Practices and Policies Around Parenthood: Towards New Models of Fatherhood?». Tra i suoi interessi di ricerca vi sono le carriere lavorative, l'insicurezza occupazionale, la genitorialità, la conciliazione famiglia-lavoro.

Emmanuele Pavolini è professore ordinario in Sociologia economica presso l'Università di Macerata. I suoi interessi di ricerca sono fondamentalmente concentrati su tematiche riguardanti il funzionamento dei sistemi di welfare in ottica comparata.

Pietro Pellegrini, psichiatra, ha maturato esperienze in tutti i campi della salute mentale nei servizi pubblici dagli adolescenti agli adulti, alle dipendenze patologiche. Attualmente è direttore del Dipartimento assistenziale integrato salute mentale dipendenze patologiche dell'Ausl di Parma. Ha partecipato attivamente alla campagna per la chiusura degli Opg e ha curato l'apertura della Rems di Parma avvenuta nell'aprile 2015. È docente presso la scuola di specializzazione in psichiatria dell'Università di Parma.

Michele Prospero è professore di Filosofia politica presso la Facoltà di Scienze politiche Sociologia e Comunicazione della «Sapienza», Università di Roma. La sua ricerca segue due linee principali. La prima si occupa della filosofia del diritto di proprietà, delle questioni teoriche

del marxismo. La seconda si indirizza verso l'analisi dei partiti, del sistema politico italiano, dei linguaggi della politica.

Daniele Pulino è assegnista di ricerca presso il Dipartimento di Storia, scienze dell'uomo e della formazione dell'Università di Sassari. Dottore di ricerca in Scienze sociali, collabora dal 2009 con la Fondazione Franca e Franco Basaglia e dal 2014 è membro dell'Osservatorio dell'Associazione «Antigone» sulle condizioni di detenzione.

Franco Rotelli è stato tra i protagonisti della riforma psichiatrica in Italia e uno dei principali collaboratori di Franco Basaglia prima a Parma e poi a Trieste. Dopo il trasferimento a Roma di Basaglia, dal 1979 è stato direttore dell'Ospedale psichiatrico di Trieste e in seguito alla sua chiusura, fino al 1995, direttore del Dipartimento di Salute mentale. Dal 1998 al 2010 è stato direttore generale dell'Azienda sanitaria di Trieste (dal 2001 al 2004 dell'Asl di Caserta). Dal 2013 è consigliere regionale e presidente della Commissione Sanità e Politiche sociali della Regione Friuli - Venezia Giulia. È il fondatore della «Conferenza permanente per la salute mentale nel mondo Franco Basaglia».

Benedetto Saraceno, psichiatra formatosi a Trieste con Franco Basaglia e Franco Rotelli, ha diretto per quattordici anni il Dipartimento di Salute mentale e abuso di sostanze dell'Organizzazione mondiale della sanità a Ginevra. Attualmente è professore di Global Health nell'Università di Lisbona.

Chiara Saraceno è *honorary fellow* presso il Collegio Carlo Alberto di Torino. I suoi studi riguardano le famiglie, i modelli e rapporti di genere, i regimi di welfare e le politiche sociali, la povertà.

Gianni Tognoni, ricercatore, ha svolto la sua attività nell'ambito dell'Istituto Mario Negri di Milano e nel Consorzio Mario Negri Sud con interessi prevalenti nel campo della farmacologia, della politica dei farmaci, in cardiologia, terapia intensiva, psichiatria, medicina generale. Ha svolto attività di ricerca soprattutto in epidemiologia comunitaria in diversi paesi dell'America Latina e in Africa. Dalla sua fondazione, nel 1979, è segretario generale del Tribunale permanente dei popoli.

Rossana Trifiletti è professoressa associata di Politiche sociali e Politiche della famiglia nella Facoltà di Scienze politiche «Cesare Alfieri»,

Università di Firenze. I suoi interessi di ricerca principali sono la sociologia qualitativa, le politiche sociali, i *gender studies*, i metodi qualitativi di comparazione e analisi dei dati. Ha partecipato all'Osservatorio nazionale sulla famiglia del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali e a numerosi *networks* europei di ricerca.

Gisella Trincas è presidente dell'Unione nazionale associazioni per la salute mentale.

RPS

Le autrici e gli autori

