

DALLA LEGGE 180 ALLE LINEE DI INDIRIZZO
PER LA SALUTE MENTALE

Premessa

L'interesse mostrato dalla Fondazione Smith Kline nei confronti della riforma psichiatrica italiana e della sua realizzazione è stato molto elevato ed ha portato alla pubblicazione, in occasione del ventennale della legge 180, di ben due volumi: *I servizi psichiatrici della Sanità riformata e Finanziamento e Management del Dipartimento di Salute Mentale*.

Pertanto non poteva mancare in questa opera, che vuole celebrare il trentennale della Fondazione e del Servizio sanitario nazionale, un capitolo importante riguardante un settore di grande delicatezza clinica ed umana come la psichiatria.

Mi sento ovviamente molto onorato di curare questa sezione.

Già dal titolo si evince la logica dell'impronta che ho voluto dare al capitolo: fare precedere ad una breve sintesi dei dati di ricerca sull'assistenza psichiatrica italiana, curata da Giovanni de Girolamo, Angelo Picardi, Giovanni Santone¹, un intervento strutturato di Bruno Orsini, psichiatra e relatore «in sede legislativa» alle Commissioni Igiene e Sanità della Camera e del Senato della legge 180; le interviste all'On. Mariapia Garavaglia, Ministro della

* *Direttore scientifico del Centro Studi e Ricerche in Psichiatria, Torino.*

¹ Giovanni de Girolamo, Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, Regione Emilia-Romagna, Bologna; Angelo Picardi, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma; Giovanni Santone, Clinica Psichiatrica, Ospedali Riuniti di Ancona e Università Politecnica delle Marche, Ancona.

Sanità, responsabile dell'emanazione del primo Progetto-Obiettivo, all'On. Rosy Bindi, Ministro della Sanità responsabile dell'emanazione del secondo Progetto-Obiettivo e all'On. Livia Turco, Ministro della Salute responsabile della recente emanazione delle linee di indirizzo.

A TRENT'ANNI DALLA 180/78

Bruno Orsini (psichiatra, relatore legge 180, Genova)

A trent'anni dalla legge 180/78 credo sia ormai da tutti riconosciuto che essa mutò radicalmente e positivamente il rapporto tra la società italiana e gli infermi di mente.

Cancellò le norme espulsive che li confinavano nei manicomi negando loro i diritti riconosciuti a tutti gli altri malati. Inserì la psichiatria nel nascente Servizio sanitario nazionale e, collocandone i presidi nel vivo contesto della sanità italiana e della società civile, pose fine ad una lunga ghezzante esclusione.

Credo, tuttavia, che soprattutto coloro che allora promossero quella legge, non debbano indulgere oggi a tentazioni celebrative, ma, piuttosto, contribuire ad una veritiera rievocazione storica di quella singolare vicenda culturale e politica. Sulla 180, infatti, permangono tuttora mitizzazioni e leggende metropolitane che nel tempo si sono radicate e diffuse.

Il modo più serio per liquidare tali vulgate, probabilmente interessate e comunque non vere, mi sembra quello di richiamare in modo documentato le vicende che hanno condotto alla radicale e liberatrice riforma del 1978.

Tale operazione dimostrerà con tutta evidenza che la 180 non fu, come sostennero i suoi detrattori, un improvvisato artificio legislativo, una specie di parto precipitoso, e quindi mal riuscito, finalizzato soltanto a contrastare il referendum abrogativo radicale e che non fu nemmeno un vittorioso sussulto rivoluzionario della contestazione anti-psichiatrica.

Quale relatore della legge posso serenamente affermare che la 180 fu, piuttosto, il punto di sbocco del

lungo cammino di una cultura riformista che aveva per lustri elaborato le sue tesi, guadagnato i suoi spazi, combattuto le sue battaglie.

Le pagine che seguono riprendono in parte una relazione da me svolta ad un Convegno milanese della Sip e pubblicata anni fa da «Redancia», ma credo opportuno utilizzare ancor oggi la minuziosa ricostruzione anche documentale dei fatti che allora condussi.

La necessità di radicalmente innovare le norme sull'assistenza psichiatrica, chiudendo la lunga fase in cui essa era stata concepita e gestita come entità scissa e diversa dal complessivo sistema sanitario italiano e marginalizzata da una legislazione speciale, era avvertita da decenni.

Si lamentava, soprattutto, l'esclusione della psichiatria e dei malati di mente della tutela mutualistica, la modestia delle risorse destinate ai ricoveri psichiatrici (il cui costo era radicalmente inferiore rispetto a quello per le altre degenze), la conseguente dequalificazione degli operatori, l'utilizzazione degli ospedali psichiatrici più come deposito di indesiderabili e di disturbatori che come strumento terapeutico.

Tale opposizione si rafforzò parallelamente all'evolversi delle conoscenze e delle tecniche terapeutiche che, sviluppando la comprensione delle dinamiche della sofferenza psichica e riducendo drasticamente nel tempo e nell'entità le più palesi manifestazioni psicopatologiche, rendevano sempre più inaccettabili, segregazioni, discriminazioni, misure repressive e poliziesche, esplicitandone il ruolo negativo sullo stesso evolversi della malattia.

Si diffuse così sin dagli anni '50 la pressione per riformare una legislazione ormai inaccettabile e palesemente in contrasto con la lettera e lo spirito della Costituzione varata nel 1947.

Tuttavia la crisi si fece esplosiva ed investì anche le aree non tecnicizzate della pubblica opinione a partire dal 1960, sotto la duplice spinta della contestazione da un lato e del riformismo psichiatrico dall'altro.

Tali spinte, del resto, erano presenti, almeno nei Paesi occidentali, su scala internazionale, e confluivano in una

perentoria richiesta di liberazione della psichiatria e dei malati di mente dalle coercizioni di cui erano oggetto ed in una diffusa (e, a volte, anche confusa, nella sua radicalità) domanda di deistituzionalizzazione.

Sono di quegli anni le opere di Goffman in Usa, di Laing in Gran Bretagna, di Basaglia in Italia, la nascita di associazioni e di gruppi, la presa di posizione di società scientifiche e di associazioni sindacali, (ricordo in particolare l'Amopi), il fiorire di convegni e proposte, in rapporto ai nuovi stimoli della sociologia, dell'antropologia culturale, della psico-analisi.

Né va sottovalutata la circostanza che l'avvento degli psicofarmaci mutando il quadro sindromico e prognostico delle psicosi, attenuava paure e pregiudizi.

In questo quadro un primo modesto, ma significativo, successo fu colto dalle forze riformistiche. Dopo lunghe trattative fu varata la legge 18/03/66, n. 431, denominata «Provvidenze per l'assistenza psichiatrica» che limitava a 600 il numero massimo dei ricoverati in ciascun Op, stabiliva un rapporto numerico accettabile tra curante e malati, introduceva nuove figure professionali, disponeva la creazione di centri e servizi di igiene mentale territoriali, prevedeva ricoveri volontari, aboliva l'ignobile norma concernente l'iscrizione dei ricoveri nel casellario giudiziario.

Mentre la legge 431 conosceva la sua lenta applicazione, si aprì nel Parlamento e nel Paese la discussione sulla riforma sanitaria, che doveva ridisegnare l'impianto istituzionale della sanità italiana.

Dopo un primo fallito tentativo della VI legislatura (1972/1976), la Camera dei Deputati, forte di una larga convergenza delle maggiori forze politiche, affrontò il d.d.l. denominato «Istituzione del Servizio sanitario nazionale» all'inizio della VII legislatura (estate 1976).

Per quanto concerne la psichiatria, le iniziative legislative delle maggiori forze politiche erano per lo più generiche, dovendo esprimere posizioni assai esplicite sul piano negativo, ma non ancora consolidate su quello propositivo. Infatti, esaminandole analiticamente, si constata che:

- La proposta di legge n. 971 d'iniziativa dei deputati comunisti (Triva *et al.*), presentata il 22/12/1976, includeva esplicitamente «i servizi per la salute mentale» tra quelli dell'Unità sanitaria locale (art. 11) e includeva gli «ospedali psichiatrici» tra i presidi che «per la loro finalità specifica svolgono attività prevalentemente rivolte ad ambiti territoriali che comprendono più Unità sanitarie locali».

- La proposta di legge n. 1105 dei deputati demoproletari Gorla, Castellina, Magri ed altri, presentata il 3/2/1977, prevedeva all'art. 15, che gli

interventi di tutela della salute mentale... sono generalmente attuati nella forma ambulatoriale e domiciliare, ...qualsiasi trattamento può essere eseguito solo previo consenso dell'interessato. Gli ospedali psichiatrici, nonché i reparti psichiatrici degli ospedali generali e le strutture sia pubbliche che private che attualmente provvedono ai ricoveri dei soggetti che presentano disturbi psichiatrici devono essere eliminati e riconvertiti ad altre attività socio-sanitarie. È vietata l'apertura di nuovi ospedali e cliniche psichiatriche sia pubbliche che private, nonché di reparti psichiatrici negli ospedali generali. Il ricovero dei pazienti qualora si rendesse necessario deve avvenire sempre nei normali reparti di degenza degli ospedali generali...

- Il disegno di legge del governo (Dal Falco, Anselmi) cui ebbi occasione di collaborare, fu presentato il 16/3/1977. Esso, nella relazione introduttiva, prevedeva che «la cura delle malattie mentali deve trovare la sua collocazione nell'ambito delle Unità sanitarie locali. Inoltre, in considerazione del fatto che esistono peculiari trattamenti sanitari (vaccinazioni, misure quarantenarie, ricoveri coatti per malattie mentali) che possono essere imposte dalla legge, si prevede una delega del governo per riordinare l'intera materia nel rispetto rigoroso della Carta costituzionale.

Come si vede, la Commissione Sanità della Camera, di cui facevo parte, chiamata a deliberare sull'insieme delle iniziative legislative concernenti l'istituzione del Servizio sanitario nazionale, all'inizio del 1977, per quanto

concerne la psichiatria, si trovava di fronte a formalizzate posizioni dei diversi gruppi parlamentari in parte convergenti, ma in larga misura fortemente diversificate e persino divergenti.

Permanevano tuttavia pesanti nodi irrisolti. Il maggiore di essi, anche per le sue implicazioni costituzionali e comunque per il suo rilievo politico e sociale oltre che sanitario, era quello dell'ammissibilità e della regolamentazione del ricovero non consensuale. Alcuni, sulla scia del ricordato progetto di legge presentato dal gruppo di democrazia proletaria, ne sostennero rigorosamente l'inammissibilità. Altri, a cominciare da me, affermarono invece che non si potevano lasciare nell'abbandono coloro che, pur presentando gravi ed urgenti necessità di assistenza e cura, le rifiutassero proprio perché affetti da disturbi psichici che ne compromettevano la consapevolezza di malattia.

Il confronto su questo punto si risolse con la definizione di una norma generale sul complesso di tutti i trattamenti sanitari obbligatori, anche non psichiatrici, previsti dalla Costituzione, che potevano essere disposti solo in forza di legge e solo dall'autorità sanitaria nel rispetto della dignità della persona e dei suoi diritti civili e politici.

Una seconda più specifica norma affermava che tali misure potevano essere disposte, in condizioni di degenza ospedaliera, nei confronti di persone affette da malattie mentali, solo in presenza di alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici non accettati dall'infermo ed ove non esistessero condizioni e circostanze tali da consentire l'adozioni di tempestive ed idonee misure sanitarie extra-ospedaliere.

Da tale accordo si dissociarono autorevoli voci affermando che esso autorizzava una sorta di «fermo sanitario» (v. atti parlamentari, 15/12/77, Camera dei Deputati pp. 13362-13363).

Tuttavia la norma passò con larghe convergenze soprattutto perché liquidava l'inaccettabile formula della «pericolosità», motivava la misura solo con ragioni di tutela sanitaria del paziente e la accompagnava con disposizioni procedurali fortemente garantiste.

Un secondo punto controverso fu quello relativo all'organizzazione dei servizi psichiatrici negli ospedali civili, in cui sarebbero stati ammessi anche i soggetti sottoposti a trattamento sanitario obbligatorio. Molti temendo che tali servizi avrebbero potuto potenzialmente riprodurre aree di segregazione di tipo manicomiale e dare spazio alla contestata medicalizzazione della psichiatria, li avversavano o tendevano a ridurli al minimo e a privarli di qualsiasi specifica capienza ed entità. Il punto di equilibrio fu trovato riaffermando la loro caratteristica di servizio specifico, dotato quindi di propri spazi e di proprie capacità di ricovero, collocato all'interno dei Dipartimenti psichiatrici che le Regioni erano invitate ad istituire.

Le norme psichiatriche sin qui ricordate, furono inserite agli articoli 30 e 54 del testo unificato del d.d.l. sulla «Istituzione del Servizio sanitario nazionale» approvato, in sede referente, dalla Commissione Sanità della Camera, e che, nel dicembre 1977, fu votato in seduta plenaria.

Intervenendo nell'aula di Montecitorio nella seduta del 15/12/1977, presieduta dall'On. Scalfaro, illustrando alla Camera dei Deputati le norme che stavo per votare in materia psichiatrica, usai espressioni che, scusandomi dell'autocitazione, vorrei qui testualmente ricordare (atti Camera, 15/12/77, pp. 13356-57):

la legge che abbiamo dinnanzi è basata su principi che non sono frutto di improvvisazione, bensì di un lungo travaglio, di una lunga storia, di una lunga lotta culturale ed operativa condotta da quanti a questo settore hanno dedicato la loro vita e condotta anche da quanti in questo settore hanno vissuto la loro difficile condizione umana», «la liquidazione della legislazione speciale e delle strutture custodialistiche manicomiali, l'inserimento dei pazienti psichiatrici nel Servizio sanitario nazionale, alla pari di tutti gli altri malati, susciterà resistenze, soprattutto per i casi di psicosi croniche... Per dare un volto più civile alla politica della salute mentale, si dovranno quindi superare posizioni e talvolta pregiudizi che appartengono al passato; ma si dovranno anche evitare errori gravi che potrebbero essere indotti dalle posizioni pseudo-moderne di chi... contesta la stessa nozione di malattia mentale e sembra ritenere che

l'unico intervento terapeutico ammesso sia quello collettivo e politico. La legge in esame rifiuta queste posizioni estremistiche ed erronee: anche per questo essa è strumento valido per porre fine, in termini realistici, ad una lunga ingiustizia e per far sì che in termini economici, legislativi ed umani, i malati psichici vengano trattati come tutti gli altri malati...

Noi non vogliamo la vittoria dell'anti-psichiatria, vogliamo l'umanizzazione della psichiatria e consideriamo questa legge come un passo importante verso questo obiettivo.

Dopo quel dibattito e quel voto, il testo legislativo, a fine dicembre 77, passò al Senato per l'esame di competenza, essendo peraltro già chiaramente acquisito non solo il consenso di un ramo del Parlamento ma soprattutto la convergenza di una larga maggioranza parlamentare su norme precise di grande significato riformatore.

Mentre il disegno di legge sull'intero Servizio sanitario nazionale già approvato dalla Camera (che includeva anche le ricordate misure riformatrici dell'assistenza psichiatrica), era all'esame del Senato, si profilò la celebrazione di numerosi referendum promossi dal partito radicale. Uno di essi richiedeva l'abrogazione della legge manicomiale, n. 36 del 14/02/1904. Richiesta inutile, essendo chiara la volontà del Parlamento, già espressa dalla Camera con il voto del dicembre 1977, di abolire tale legislazione. Tuttavia il voto referendario sarebbe stato irrilevante solo se la richiesta approvazione fosse stata approvata dagli elettori. Se, invece, essa fosse stata respinta ne sarebbe derivata una inequivocabile, se pur indiretta, conferma della legge manicomiale del 1904. In presenza di tale responso elettorale sarebbe, infatti, divenuto assai arduo e probabilmente impossibile abolire o drasticamente modificare una legge manicomiale di cui il corpo elettorale avesse rifiutato l'abrogazione.

Del resto in quel tempo, la pubblica opinione era orientata a mantenere e a rafforzare le misure, almeno apparentemente tendenti all'ordine e alla sicurezza essendo profondamente turbata dai drammatici e sanguinosi eventi posti allora in essere da bande eversive. Non a caso, quando gli elettori furono chiamati a votare sulla

proposta radicale di abrogazione dell'ergastolo, la respinsero a larga maggioranza.

Per queste ragioni quanti si erano battuti per la riforma psichiatrica giustamente temevano che il loro impegno, giunto ormai sulle soglie della definitiva approvazione legislativa, fosse vanificato da un voto referendario emotivamente influenzato in senso negativo da eccezionali vicende.

Personalmente ricordo di aver espresso al Ministro della Sanità e al Presidente del Consiglio del tempo l'opportunità di stralciare dal disegno di legge istitutivo del Servizio sanitario nazionale le norme già approvate dalla Camera, nella parte che abrogava la legge manicomiale del 1904 e riformava l'assistenza psichiatrica.

Esse, attraverso uno specifico strumento legislativo, potevano essere approvate dal Parlamento entro l'11/05/78, termine ultimo per evitare il referendum abrogativo.

Poiché tale orientamento si rivelò condiviso, il governo approvò un disegno di legge denominato «accertamenti sanitari volontari e obbligatori» e lo presentò alla Camera il 19/04/78 (atto 2130). Si aprì così il dibattito parlamentare che condusse all'approvazione della legge 16/05/78 n. 180. Dalla ricostruzione dei fatti, risulta quindi, con estrema chiarezza, che l'iniziativa referendaria radicale fu del tutto ininfluenza nel determinare le scelte di merito della nuova legislazione psichiatrica. Esse, infatti, furono il risultato di una lunga battaglia culturale e politica antecedente all'ammissibilità del referendum che fu vissuto come un pericolo dalle forze riformiste perché, se approvato, sarebbe stato superfluo (essendo già sostanzialmente acquisito il risultato riformatore) mentre, invece, se respinto, avrebbe blindato l'abroganda legge del 1904.

Possiamo quindi dire, a posteriori, che il referendum radicale, ebbe, in sostanza, l'unico effetto di determinare lo stralcio delle norme psichiatriche dal generale disegno di riforma sanitaria, norme che peraltro in essa tornarono a confluire pochi mesi dopo allorché l'istituzione del Servizio sanitario nazionale, approvata definitivamente

dal Senato il 21/12/1978, divenne la legge dello Stato n. 833/78.

Come si è detto, il d.d.l. approvato dal Consiglio dei Ministri e presentato al Parlamento il 19/04/78 era denominato «accertamenti e trattamenti sanitari volontari obbligatori».

Il titolo non conteneva, quindi, alcun riferimento diretto alla malattia mentale. Ciò accogliendo una nostra richiesta: quella di tendere, in ogni circostanza, a colmare l'antica separatezza delle questioni psichiatriche e a far sì che esse non divenissero oggetto, per quanto possibile, di una legislazione speciale, ma fossero invece inserite nel complessivo quadro normativo dei problemi sanitari di assimilabile natura.

Il testo fu, in prima lettura, presentato alla Camera e cioè al ramo del Parlamento che aveva già approvato, sin dal dicembre 1977, con gli artt. 30 e 54 del d.d.l. «Istituzione del Servizio sanitario nazionale», norme analoghe a quelle che venivano proposte a stralcio.

Come si è detto, i tempi per l'approvazione erano strettissimi. Infatti se entro l'11/05/78 – e cioè in 20 giorni – il disegno di legge non fosse stato approvato dai due rami del Parlamento, si sarebbe celebrato il Referendum abrogativo, con i rischi di cui abbiamo diffusamente già detto.

Era fuori discussione che, se si fosse seguito l'iter ordinario previsto per i disegni di legge, sarebbe stato assolutamente impossibile, non fosse altro che per ragioni di calendario, ottenere l'approvazione della norma in meno di tre settimane.

Perciò l'unica soluzione possibile era quella di autorizzare le Commissioni Igiene e Sanità della Camera e del Senato a provvedere «in sede legislativa», a concedere loro, cioè, in via eccezionale, il potere di approvare la legge, anziché, come di solito accade, quello di proporre all'esame e al voto del *plenum* delle due Camere i testi da essi elaborati.

Per adottare una tale procedura occorre una de-

cisione dei Presidenti delle Camere, su proposta delle Commissioni, all'unanimità dei gruppi parlamentari. In pochi giorni, con la collaborazione del Presidente del Senato Fanfani e del Presidente della Camera Ingrao, la questione fu positivamente risolta. Il 28/04/78 la presidente Maria Eletta Martini fu così in grado di convocare la Commissione Igiene e Sanità della Camera per l'esame del disegno di legge in sede legislativa. Al delicatissimo incarico di relatore fu chiamato il sottoscritto, probabilmente perché, pochi mesi prima, era riuscito a condurre a sintesi le diverse posizioni quando si erano votati gli articoli «psichiatrici» del d.d.l. sulla riforma sanitaria. I problemi da risolvere erano di straordinaria complessità e delicatezza. Non solo bisognava condurre all'approvazione norme drasticamente innovative e fronteggiare l'opposizione dei radicali (che si ritenevano «scippati» del referendum), ma anche elaborare e votare norme transitorie del tutto nuove. Infatti il disegno di legge su cui dovevamo decidere non poteva limitarsi allo stralcio degli artt. 30 e 54 del testo sulla riforma sanitaria, già «passato» alla Camera e, in quel momento, all'esame del Senato. Quegli articoli, infatti, inserivano i Servizi psichiatrici nell'ambito complessivo di un Servizio sanitario nazionale che ancora non c'era e quindi presupponevano la presenza di servizi e strutture di là da venire.

Noi dovevamo, quindi, non solo tutelare e difendere le grandi riforme sostanziali che erano il fine della nostra battaglia culturale e politica, ma anche definire ed approvare le disposizioni idonee a rendere immediatamente operative le nuove norme, attraverso una disciplina-ponte che potesse essere poi riassorbita all'atto dell'approvazione della riforma sanitaria.

Anche per queste ragioni, quale relatore, fui chiamato a rielaborare e, spesso, a completamente riscrivere mediante emendamenti interamente sostitutivi, gran parte del testo, valutando naturalmente, osservazioni e rilievi proposti dai colleghi deputati, dai gruppi parlamentari e dallo stesso governo.

Il testo stenografico delle sedute fornisce documentata-

zione rigorosa di tali passaggi, che furono particolarmente ardui sui due punti critici della legge: i trattamenti sanitari obbligatori ed i servizi psichiatrici di diagnosi e cura negli ospedali civili.

Vorrei ricordare, con un qualche autocompiacimento postumo, che tutti gli emendamenti sostitutivi proposti dal relatore ebbero una larga approvazione. In un solo caso non fu così: la capienza massima dei servizi psichiatrici di diagnosi e cura fu limitata a 15 pazienti, non essendo stata approvata la proposta di portarli a 20. Il che peraltro avvenne negli anni successivi.

Scorrendo, con gli occhi di oggi, il resoconto stenografico emergono alcuni punti degni di commento.

Per quanto concerne la disciplina transitoria in attesa dell'istituzione del Servizio sanitario nazionale, si decise di mantenere provvisoriamente alle Province la titolarità amministrativa di alcuni servizi, fissando però la competenza programmatica alle Regioni sul complesso della materia. Fu previsto inoltre il progressivo adeguamento delle responsabilità, dei compiti e dei trattamenti economici e normativi degli operatori psichiatrici a quello di tutti gli altri operatori sanitari di pari livello, ponendo fine, anche in questo ambito, ad una ingiusta discriminazione.

Fu esplicitamente sancito il prevalente carattere territoriale dei servizi e fu affidata alle Regioni l'adozione delle misure idonee a superare gli ospedali psichiatrici, nei quali erano vietati nuovi ricoveri, e nei quali potevano essere riammessi «esclusivamente coloro che vi erano stati ricoverati in passato». Con le importantissime «norme finali» si ripristinavano i diritti elettorali dei ricoverati negli Ospedali psichiatrici e si stabiliva che le «disposizioni contenute negli artt. 1-2-4-5-6 della presente legge vigono sino alla data di entrata in vigore della legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale».

Nella seduta del 2 maggio 1978 l'esame della legge si concluse alla Camera con le dichiarazioni dei gruppi e con il voto finale a scrutinio segreto. È bene ricordare l'esito che dimostra come il consenso sia stato fornito da una larghissima maggioranza (30 voti favorevoli, 1 contra-

rio, 1 astenuto), aggregata da un lavoro di mediazione e di sintesi di cui ho ancor viva memoria.

Cade così un'altra «leggenda metropolitana», un'altra «vulgata» di comodo: quella secondo cui la legge sarebbe stata «strappata» da una decisa minoranza capace di sconfiggere una maggioranza ostile. Non fu così. La legge segnò il successo di una battaglia riformista che riuscì ad elaborare sintesi vincenti, votate, alla fine, da tutti, eliminando proposte estreme e superando resistenze conservatrici.

Il 10 maggio successivo il Senato, dopo aver affidato l'esame del testo alla sua Commissione di merito, presieduta da Adriano Ossicini, lo approvò senza emendamenti.

Si compiva così un piccolo miracolo: il varo di una legge, di grande significato tecnico, sociale e politico, a meno di tre settimane dalla data della sua presentazione in Parlamento. Firmato il 13 maggio dal Capo dello Stato Leone, dal Guardasigilli Bonifacio e dal Ministro della Sanità Anselmi, il testo, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale, n. 133 del 16/05/78 divenne legge dello Stato ed entrò in vigore il giorno successivo.

Fu così evitato il referendum abrogativo della legge manicomiale del 1904 che, come si è più volte ricordato, se fosse stato respinto, avrebbe mummificato il vecchio assetto legislativo. E, soprattutto, si aprì la via ad una nuova concezione e ad una nuova fase del rapporto tra i malati psichici e la società italiana.

Quanti prevedevano che l'applicazione della legge sarebbe stata conflittuale e difficile, furono ben facili profeti. Non rientra nell'ambito della presente nota l'analisi, la valutazione ed il commento delle vicende degli ultimi decenni.

Certo la riforma fu varata in un quadro politico – il governo di «unità nazionale» – che si dissolse pochi mesi dopo, e che fu seguito da una fase di radicalizzazione del confronto culturale e politico.

In tale clima, l'applicazione di una legge che poteva travalicare i suoi aspetti tecnici e coinvolgere generali «categorie» culturali, sociali e politiche (libertà e ordine, sicurezza e diritto alla soggettività, dovere di curare e au-

togestione della salute e del corpo ecc.) divenne talvolta terreno di contrapposizioni semplificate e strumentali caratterizzate non raramente da un rozzo manicheismo aggressivo.

Su un punto si verificò una sospetta convergenza: nel denominare «Legge Basaglia» il complesso delle misure riformatrici del 1978.

Tale denominazione fu inizialmente usata dalla «destra» per attaccare la riforma omologandola interamente ad una linea vigorosamente e globalmente contestativa la cui valenza travalicava l'ambito psichiatrico.

Ma tale denominazione era accettata e gradita anche da coloro che, sin dagli anni '60, avevano sostenuto e praticato con grande impegno, prospettive e pratiche anti-istituzionali in collegamento con gli scritti e le iniziative di Basaglia e con la sua complessiva proposta politica.

Per parte sua Franco Basaglia, nell'arco di tempo assai breve, che intercorse tra il varo della 180 e la sua prematura scomparsa, certo non si attribuì la paternità di una legge alla cui stesura, di fatto, non aveva concorso e che si discostava, in ambiti rilevanti, da alcune delle sue tesi di fondo. Tuttavia è certo che la legge passò, anche perché, sul concreto terreno dei fatti, a Gorizia, a Trieste, ad Arezzo ed altrove, sulla sua linea, numerosi operatori psichiatrici avevano dimostrato che la deistituzionalizzazione era fattibile.

La riforma psichiatrica fu, quindi, frutto di spinte culturali, morali, teoriche e pratiche, scientifiche e sociali molteplici, complesse e diverse.

Essendone stato partecipe, per vocazione, per vicende personali e per il ruolo di «relatore» alla Camera, credo di poter affermare che la «180» fu punto di arrivo – o, almeno, tappa decisiva – di un lungo cammino che ha conosciuto apporti diversificati e preziosi spesso non convergenti e talvolta persino conflittuali, ma, anche per questo, essenziali per evitare semplificazioni arbitrarie ed estremizzazioni pericolose.

Nella fase finale (1976-78) fu il risultato di una mediazione alta cui dedicai impegno e passione, raggiunta

con il contributo di uomini noti ed oscuri, di società scientifiche e sindacali (Sip, Amopi, Psichiatria democratica), di intellettuali, di forze politiche, di parlamentari di grande onestà intellettuale e di limpido rigore morale.

I PASSAGGI NORMATIVI PIÙ RILEVANTI PER L'ATTUAZIONE DELLA LEGGE 180

Intervista con gli Onorevoli Maria Pia Garavaglia, Rosy Bindi e Livia Turco, predisposta da Paolo Francesco Peloso, Luigi Ferrannini

Premessa

La legge 180, poi tradotta negli articoli 33, 34 e 35 della Riforma sanitaria, la legge 833, fa paura. Perché? Be', crediamo principalmente perché traduce in legge alcune verità inquietanti che la scienza (dalla scoperta della follia ragionante, a quella della guaribilità della psicosi) e la cultura (da Dostoëvskij a Pirandello, ecc.) avevano già da tempo fatto emergere: che la malattia mentale nasce tra noi, e dentro di noi, nessuno può considerarla roba d'altri. Il malato di mente, oggetto di una legislazione separata, non esiste. Esiste, semmai, la malattia mentale, che deve essere affrontata con gli altri problemi di salute. Ed esistiamo noi, i cittadini, che possiamo ammalarci di una malattia mentale come, purtroppo, di qualsiasi altra malattia; e che, in caso di malattia, abbiamo diritto di sapere quali sono i nostri diritti, e i nostri doveri, in quella situazione e quali i servizi che la collettività, lo Stato, è disposto a mettere a nostra disposizione. E che, quindi, la malattia mentale esiste (e nessuno in Italia lo ha mai negato), ma che salute e malattia mentale non sono campi separati in modo dicotomico, che nessuno è certo di essere per sempre del tutto sano di mente o del tutto malato, e che chiunque può ammalarsi di una malattia mentale anche in modo improvviso, o può guarirne, attraversando quel confine che talvolta fa comodo ritenere invalicabile.

La seconda verità della quale la 180 prende atto è una constatazione di carattere scientifico: che il contesto ha una grande importanza tanto nell'insorgenza, che nel decorso e gli esiti, che nella cura della malattia mentale, e che il manicomio anziché rappresentare un luogo e uno strumento fa male a coloro che ne sono affetti. Non era certamente una nuova constatazione: è una consapevolezza che già allora tendeva continuamente ad affiorare nella storia della psichiatria, da un secolo almeno: già alla fine dell'Ottocento uno psichiatra definiva i manicomi fabbriche di cronici! Ma certo Franco Basaglia si era dedicato nei vent'anni precedenti a studiare scientificamente quali erano i meccanismi psicosociali attraverso i quali il manicomio privava gli psichiatri e gli altri operatori della possibilità di svolgere la funzione di cura loro demandata, e faceva peggiorare clinicamente i pazienti. Una volta identificati questi meccanismi, Basaglia invitò gli psichiatri a mettere per qualche anno «tra parentesi» la malattia mentale, che comunque in quel luogo non avrebbe potuto essere curata, e occuparsi in primo luogo di ottenere la distruzione del manicomio e costruire al suo posto nuovi luoghi e strumenti che permettessero di curare davvero la malattia mentale.

Che questo fosse l'obiettivo di Basaglia già a metà degli anni '60 è evidente in molti suoi scritti: nel 1967, ad esempio auspicava per il futuro una situazione – che doveva sembrare in quel momento alla maggioranza dei suoi colleghi del tutto irrealizzabile – in cui il paziente potesse:

restare nelle nostre case, coinvolgendo nella sua problematica la nostra vita reale, così che la sua presenza richiederà strutture terapeutiche vicine a lui, psichiatri a domicilio, organizzazioni comunitarie in cui possa sentirsi protetto, luoghi di lavoro dove possa trovare un ruolo, una funzione che giustifichi – davanti a se stesso – la sua presenza nel mondo.

La legge 180 stabilisce essenzialmente due cose: cosa succede della libertà – non del «folle», ma di quella di chiunque – nel caso si sia colpiti da una malattia mentale,

e quali caratteristiche, per linee molto generali, dovranno avere i nuovi servizi sanitari dopo la chiusura del manicomio perché nocivo alla salute di coloro che pretenderebbe di curare.

Sentendo le obiezioni alla 180 che ogni volta che qualcosa di doloroso che ha a che fare con la malattia mentale si verifica vengono sollevate, abbiamo talora la sensazione che alcune di esse rimandino a una delusione, certo inconsapevole: che la legge non sia stata in grado di abolire la malattia mentale, con tutto il carico di sofferenza, di angoscia, di pericolo che in molti casi la accompagna. Ma questo, non era mai stato promesso, e non poteva essere realizzato per legge, purtroppo, da nessuno.

Critiche più consapevoli ritengono che quelle sofferenze, quelle angosce, quei pericoli dopo il 1978 siano aumentati, a fronte di un'impostazione della cura psichiatrica eccessivamente fragile. Ma anche questo non ci sembra vero. Innanzitutto perché sono stati eliminati, se non altro, le sofferenze e i fattori patogeni che erano dovuti al manicomio, e non erano certo piccola cosa. E poi perché angosce e pericoli che sono strettamente collegati alla malattia c'erano prima, come e se non più di adesso: un'importante rivista italiana di psichiatria degli anni '20 e '30 portava una rubrica dal titolo significativo *Martirologio psichiatrico*, nella quale venivano registrati tutti gli incidenti e i fatti di violenza messi in atto o subiti da persone affette da malattia mentale, e non erano pochi. E se ci si prende la briga di sfogliare i quotidiani degli anni precedenti il '78, si vede che episodi di cronaca nera legati alla malattia mentale, suicidi ed omicidi, erano presenti esattamente come sui nostri giornali, anche perché spesso queste «follie» riguardano persone sane, o episodi di aggravamento improvviso e inatteso in persone malate che non sarebbero comunque state in manicomio, e rappresentano quindi almeno in gran parte uno dei rischi col quale non si può, purtroppo, evitare di convivere qualunque sia il sistema di cura.

Altre critiche, certo più fondate delle precedenti, in-

vestono invece, senza rimpiangere il manicomio, il fatto che i servizi offerti dal nostro sistema sanitario sarebbero, sotto il profilo quantitativo e/o qualitativo, inadeguati. Bene, ci permettiamo di rilevare che queste critiche dovrebbero investire, qualora fondate, non tanto la 180 in se stessa, che come abbiamo già ricordato entra poco nel merito della realizzazione concreta del trattamento sanitario obbligatorio e dell'organizzazione complessiva dei servizi e si limita a offrire la cornice giuridica all'interno della quale essi devono essere realizzati, ma semmai gli strumenti normativi (per lo più di natura amministrativa) della sua attuazione, strumenti che dovrebbero essere per giunta, tanto più dopo la recente riforma dello Stato in senso federalista, in gran parte di carattere regionale.

Abbiamo poc'anzi citato un passaggio nel quale Franco Basaglia immaginava nel 1967 quale avrebbe dovuto essere la psichiatria italiana del futuro. Di questo passaggio ci preme sottolineare due affermazioni.

La prima riguarda il fatto che il malato mentale (e, in gran parte, crediamo, ogni malato, soprattutto se affetto da patologie destinate a non risolversi nell'acuzie), può essere curato soltanto «coinvolgendo nella sua problematica la nostra vita reale». Quest'affermazione era, dal nostro punto di vista, destinata a dimostrarsi molto vera, ma anche densa di problemi. Non è vero che la malattia mentale si può affrontare e curare «tra la gente»; essa può essere curata soltanto «nella comunità». Di qui il concetto di «psichiatria di comunità» che rappresenta oggi, in tutto il mondo, il modello prevalente della psichiatria. Una società costituita dalla gente, nella quale ciascuno si tiene i propri problemi e si arrangia come può, rappresenta un contesto nel quale la cura della malattia mentale, e di molte altre condizioni di sofferenza e disabilità, è un percorso in salita. E non esiste nessuna legge che possa trasformare la gente in una comunità: si tratta semmai di un faticoso percorso culturale denso di molte implicazioni, rispetto al quale la direzione assunta dallo sviluppo della società italiana dopo gli anni '80 appare per molti aspetti quella contraria. Questo è certamente

uno degli elementi che hanno reso l'applicazione della 180 in questi anni più difficile di quanto si potesse prevedere, ma non può esserle evidentemente addebitato.

La seconda riguarda il fatto che «la sua presenza richiederà strutture terapeutiche vicine a lui, psichiatri a domicilio, organizzazioni comunitarie in cui possa sentirsi protetto, luoghi di lavoro dove possa trovare un ruolo». Si tratta di un'affermazione estremamente realistica e quanto più possibile lontana da un approccio ideologico ai problemi, che pone anzi con molta evidenza la questione, amministrativa più che legislativa, di definire *quante* strutture terapeutiche, *quanti* psichiatri e altri operatori, *quante* organizzazioni comunitarie, *quanti* luoghi di lavoro accessibili per il suo grado di disabilità. E *quali caratteristiche* queste risorse debbano avere, e *come debbano essere tra loro articolate*. Quesiti, tutti, ai quali le risposte non possono essere date dalla legge, perché destinate a evolvere nel tempo in rapporto alle modifiche delle caratteristiche della domanda, alla quantità di risorse socio-sanitarie via via disponibili, alla trasformazione dei modelli scientifici di riferimento, ecc. Ma che avrebbero dovuto trovare nel tempo risposte in strumenti amministrativi di carattere attuativo, che sono invece, dopo la legge 180, a lungo mancati. E questo fatto, non la 180, dovrebbe essere da un punto di vista storico oggetto di critica e di rimpianto. Le Regioni si sono organizzate in modo autonomo, qualcuna rispondendo in modo più adeguato, altre meno; qualcuna dandosi autonomamente strumenti attuativi fondati sulla rilevazione epidemiologica dei bisogni e sul censimento dell'offerta, altre no. Ne è derivata una navigazione spesso a vista, priva di strumenti di orientamento delle politiche sanitarie, un'organizzazione sanitaria eterogenea spesso fondata su iniziative episodiche e disarticolate di singoli soggetti, senza la capacità di una visione d'insieme, che è stata spesso definita con ragione «a pelle di leopardo». Nessuna legge avrebbe potuto sviluppare al meglio le proprie potenzialità in queste condizioni.

Mentre da molte parti si è continuato in questi trent'anni – e si sarebbe ritornati in seguito – a inse-

quire in modo, questo sì, davvero pregiudiziale e ideologico, l'obiettivo della «riforma della 180», solo nella seconda metà degli anni '90 è stato possibile assistere a un fenomeno di importanza storica secondo soltanto, per la psichiatria italiana, all'emanazione della legge stessa. Ci riferiamo ai due tentativi di focalizzare, con sano pragmatismo, i problemi e le carenze normative e cercare risposte concrete, rappresentati dai Progetti-obiettivo nazionali 1994-1996 e 1998-2000, che hanno finalmente offerto agli amministratori, agli operatori e agli altri soggetti interessati l'opportunità di un confronto concreto sui *modelli organizzativi* e sui *numeri* delle risorse necessarie.

Il progetto-obiettivo 1994-96 nasceva, come ci ricorda Fortunato Marino in una completa rassegna della legislazione nazionale e regionale in tema di salute mentale dal 1968 al 1997, dall'esigenza di rispondere all'estrema eterogeneità venutasi a creare nei primi quindici anni di applicazione della 180 tra le normative, ma soprattutto tra le realtà concrete dei servizi, tra le varie Regioni, focalizzando quattro aree prioritarie: organizzazione delle strutture; formazione professionale degli operatori; organizzazione dipartimentale; superamento degli ex Ospedali psichiatrici. Il secondo obiettivo nazionale, 1998-2000, era reso necessario dall'ulteriore eterogeneità con la quale il primo progetto era stato recepito nelle diverse Regioni. Strettamente collegato al primo sul piano concettuale, esso interviene a definire con maggiore chiarezza l'articolazione interna delle diverse strutture del Dsm; propone, cosa particolarmente importante, standard numerici minimi di riferimento per la definizione delle strutture e dei professionisti; enfatizza l'importanza del coinvolgimento degli utenti nella direzione dell'autoaiuto e dei familiari; focalizza alcuni problemi specifici da affrontare, tra i quali ricordiamo in particolare la carenza di attività preventiva in infanzia-adolescenza, l'eccesso di istituzionalizzazione nella terza età, la carenza di valutazioni sistematiche degli interventi e della spesa, il carente coordinamento degli interventi, l'eterogeneità di risposta al fenomeno del *drop-out* nei casi di disturbo grave.

Ciascuno ricorderà come entrambi i Progetti-Obiettivo siano stati accompagnati da un momento di particolare vitalità dei servizi, e di sforzi per la realizzazione di azioni «a ventaglio» volte al compimento di passi avanti nelle molteplici direzioni che venivano individuate.

Dopo il 2000, pur essendosi alternati al Ministero della Sanità politici di orientamento politico diverso, il discorso sull'organizzazione dell'assistenza psichiatrica si è interrotto: è sceso di nuovo sul piano della normativa nazionale, come prima del 1994, un grande silenzio, interrotto solo qua e là dal riaffiorare, come da un passato ormai arcaico, di proposte di riforma che rappresentavano in realtà un'inversione di tendenza su punti qualificanti e fondamentali della legge.

Solo dal 2006 si è ritornati ad affrontare le tematiche connesse alla salute mentale in tutte le fasi della vita ed i sistemi di psichiatria di comunità, attraverso un complesso di iniziative: un ciclo di Seminari per mettere a fuoco – con interlocutori appartenenti alle varie aree: tecnici, amministratori, famigliari e soprattutto utenti – le aree di maggiore cambiamento e di criticità dell'attuale sistema assistenziale ed un lavoro coordinato con il Gruppo Tecnico Interregionale per la Salute Mentale, istituito dalla Commissione Salute della Conferenza Stato-Regioni, per delineare le possibili soluzioni.

Il tutto tenendo presente che la modifica del Titolo V della nostra Costituzione non consentiva il ricorso allo strumento del Progetto-Obiettivo (focalizzato su norme organizzative, diventate area di intervento autonomo delle Regioni e delle Ppaa), ma imponeva di arrivare ad Atti d'Intesa con le Regioni, attraverso complessi percorsi di confronto, mediazione e condivisione.

Tali iniziative, messe in moto anche dalla ricorrenza del trentennale della legge 180 e della Riforma Sanitaria, si sono mosse nella logica della continuità e della innovazione ed hanno portato alla emanazione di Atti d'Intesa della Conferenza Stato-Regioni e di d.p.c.m. di particolare importanza: le Linee di indirizzo nazionale per la Salute Mentale; il d.p.c.m. sulla sanità penitenziaria e sul supe-

ramento degli Opg; il Sistema Informativo Nazionale; il d.p.c.m. sui Lea; il Piano Nazionale Autismo.

Abbiamo scelto di rivolgere alcune domande ai due Ministri della Repubblica responsabili dell'emanazione dei Progetti-Obiettivo, Maria Pia Garavaglia e Rosy Bindi, nonché al Ministro Livia Turco, responsabile della recente emanazione delle Linee di indirizzo e degli atti soprari-chiamati.

INTERVISTA CON L'ON. MARIAPIA GARAVAGLIA

Dal 1978 al 1994 si è lungamente discusso dell'applicazione incompleta ed eterogenea della legge 180, ipotizzandone addirittura spesso la riforma, senza che sia mai stata emanata una linea d'indirizzo nazionale forte e condivisa con le amministrazioni locali, col mondo scientifico e le organizzazioni dell'utenza: come si spiega questo fenomeno?

Lo spiego prima di tutto con la forte impronta ideologica assunta fin dall'origine dalla 180, che condizionò ampi settori della vita culturale e politica del Paese e che ancor oggi, a trent'anni di distanza, per alcuni aspetti ancora mantiene. Per moltissimi anni le due anime pro/contro 180 si sono infatti contrapposte essenzialmente sul piano ideologico, sacrificando sull'altare di questa antinomia qualsiasi progetto politico centrato sulla ricerca unitaria di adeguate modalità di applicazione di una legge accettata e condivisa. Ma credo che maggior peso abbia avuto, sul piano reale, la titolarità delle Regioni a disciplinare i complessi procedimenti attuativi disposti dall'art. 34 della 833. Esso recita al primo comma: «La legge regionale, nell'ambito della Unità sanitaria locale e nel complesso dei servizi generali per la tutela della salute, disciplina l'istituzione di servizi a struttura dipartimentale che svolgono funzioni preventive, curative e riabilitative relativa alla salute mentale». Questa delega piena rese ardua, inizialmente, la possibilità di un intervento centrale, la cui precocità sarebbe parsa politicamente inopportuna

se non addirittura impropria. Con la 833 si era infatti stabilito un forte investimento politico sul ruolo legislativo e programmatico delle Regioni in Sanità. Per ragioni comprensibili questo ruolo stentò inizialmente ad affermarsi, e ciò determinò rallentamenti e difficoltà, in modo particolare nei settori più innovativi, come quello della salute mentale che doveva misurarsi addirittura con la creazione *ex novo* di una struttura dipartimentale. Non si dimentichi che il Dipartimento di Salute Mentale (Dsm), benché giunto a compimento sul piano legislativo solo nel 1994, fu comunque il primo dipartimento strutturale costituito nel Ssn.

Dall'inizio degli anni '80 alla metà degli anni '90 assistiamo a una rimozione da parte della psichiatria e delle amministrazioni sanitarie italiane, a tutti i livelli, degli ex Ospedali Psichiatrici, e delle migliaia di cittadini che avrebbero dovuto essere in breve dimessi e vi erano invece rimasti per vent'anni intrappolati: quali sono state a suo avviso le ragioni e come si è giunti a individuare in questo problema una priorità da affrontare?

Ritengo che le ragioni vadano cercate, aspecificamente, nella prevalente importanza assegnata alla costruzione del nuovo rispetto alla decostruzione di ciò che già c'è e che è destinato ad esaurirsi per vie naturali. Occorre tener presente che, eseguita la prima ondata di dimissioni «tecnicamente semplici», ciò che rimaneva nel manicomio (non a caso definito con lo sgradevole termine di *residuo manicomiale*) era rappresentato da un'umanità non collocabile nel tessuto sociale, per la quale occorre prevedere una diversa e ben più dignitosa assistenza asilare. Le motivazioni di amministratori ed operatori ad occuparsi di questa umanità erano ovviamente molto basse, ed ognuno cercava per sé impegni professionali più gratificanti. Va tenuto inoltre presente che l'onere di un impegno destinato alla «nuova cronicità» era sempre sperequato rispetto ai risultati ottenibili e ciò aumentava ulteriormente la disaffezione verso tale tipo di impegno.

Queste resistenze potevano essere superate solo con una forte attenzione politica al problema, che fu posta per la prima volta con il Progetto-Obiettivo 1994-1996 e si concretizzò nelle leggi finanziarie di quel triennio.

Già la legge Mariotti del 1968 e poi la legge 180 stabilivano, tra i pochi criteri organizzativi fissati, che l'organizzazione dei servizi psichiatrici avvenisse in forma dipartimentale. Come si spiega le resistenze incontrate da questa prescrizione, che sono giunte in alcune Regioni alla divisione della responsabilità organizzativa, clinica e gestionale dei reparti ospedalieri da quella dei servizi territoriali?

La legge Mariotti del 1968 non fa alcun cenno all'organizzazione dipartimentale dei servizi psichiatrici. Questa idea nasce nella cultura sanitaria territoriale della 833, di cui la 180 rappresentò uno stralcio finalizzato ad impedire il referendum sui manicomi. Al riguardo non parlerei propriamente di resistenze, che starebbero ad indicare un'opposizione concettuale all'idea di dipartimento di salute mentale, che non ho mai riscontrato nel corso della mia attività politica. Nella risposta alla prima domanda ho accennato alle difficoltà di avvio che l'art. 34 della 833 ebbe per ragioni storiche che riguardarono però l'attività legislativa sanitaria regionale nel suo complesso e non il contenuto specifico di quell'articolo della legge. E debbo dire anche che, da parte delle Regioni, l'accoglienza del modello di Dsm indicato dal Progetto-Obiettivo 1994-1996 fu piena. Tutte recepirono integralmente, nella loro legislazione, quel modello. Oggi, dopo la riforma del titolo V della Costituzione, qualche crepa si è indubbiamente manifestata. Ritengo che l'assunzione della totalità delle competenze in materia di sanità da parte delle Regioni stia progressivamente rafforzando la loro specificità operativa ed ampliando la loro ricerca di nuovi modelli organizzativi. In tal senso credo che il discorso sia più complesso della secca antitesi *dipartimento-sì/dipartimento-no*, e riguardi piuttosto il tipo di dipartimento verso cui alcune Regioni si stanno orientando.

Come è nata l'idea dell'emanazione di un Progetto-Obiettivo sulla salute mentale?

L'idea nacque dalla percezione dello stallo politico che si era determinato nell'applicazione della 180. Da parlamentare, avevo ormai perso il conto dei disegni e dei progetti di legge che, ad ogni nuovo inizio di legislatura, venivano presentati per riformare la legge. Le Regioni, a loro volta, erano sì andate avanti nell'edificazione legislativa ed amministrativa prevista dal ricordato art. 34 della 833, ma procedendo ognuna per suo conto in ragione non solo delle loro specificità culturali e storiche ma soprattutto della loro condizione di partenza. Vi erano infatti Regioni che non avevano mai avuto un manicomio nel loro territorio, come il Molise, altre che avevano avuto una grossa presenza manicomiale privata, altre (pochissime) che già nel decennio intercorso tra la legge Mariotti e la 180 avevano costruito una prima rete ambulatoriale territoriale grazie all'istituzione dei Centri di Igiene Mentale prevista appunto dalla legge Mariotti, e via di questo passo. Ci trovavamo di fronte a modelli organizzativi eterogenei e diversificati, abbastanza lontani da un'idea armonica di dipartimento, che assumevano finanche dizioni nominali diverse. Circolava a quei tempi una battuta, che poi forse tale non era: se ad un concorso a primario psichiatra avessero partecipato cinque concorrenti di cinque regioni diverse (identificate con precisione), l'anonimato dello scritto sarebbe stato impossibile perché ognuno avrebbe denominato le strutture territoriali con la sigla in uso nella propria regione, ciascuna diversa dalle altre quattro! Nei primi anni '90 cominció a circolare la convinzione che dallo stallo si potesse uscire soltanto con un «Atto di indirizzo e coordinamento» nazionale che rendesse applicabile in modo più semplice ed omogeneo quanto disposto dalla 180/833 e che nel contempo ponesse fine alla continua riproposizione di progetti di riforma della legge. Ricordo che la stessa senatrice Franca Ongaro Basaglia era fra le maggiori sostenitrici di questa via politica. Io ero da tempo convinta che quella fosse l'unica strada percorribile.

La 180 era ormai vissuta come un bersaglio ideologico, perché di fatto non esisteva più: i suoi elementi costitutivi erano stati tutti riversati nella 833. A parte le norme sul Tso, che facevano parte di un «pacchetto normativo» a sé stante, tutta la costruzione del dopo-manicomio era stata, come s'è detto, delegata alle Regioni, che avevano in questa costruzione un unico vincolo legislativo da parte della 833, quello di mantenere in funzione gli Spdc. Per il resto, carta bianca. Il problema politico, a questo punto, era «come» configurare questo *Atto di indirizzo e coordinamento*. L'idea di un Progetto-Obiettivo mi parve la più congrua: non si configurava come un atto «centralista», aveva una durata prefissata, appariva come uno strumento flessibile e modificabile nel tempo.

Quali sono stati i principali atti preliminari all'emanazione del Progetto-Obiettivo da parte del Ministero da Lei diretto?

L'atto di partenza è stato il decreto ministeriale che istituì la commissione incaricata di «formulare indicazioni operative per una razionale assistenza psichiatrica a livello nazionale». Volli una commissione numericamente contenuta, perché sono convinta che le commissioni di lavoro pletoriche siano inefficienti, e nominai dieci psichiatri che conoscevo personalmente, uno per uno. Dai verbali risulta che solo otto di essi parteciparono ai lavori. Chiamai a presiederla il presidente della Società Italiana di Psichiatria allora in carica, per attribuirle un forte significato istituzionale. Il decreto portava la data del 21 maggio 1993 (venti giorni dopo la mia nomina a Ministro della Sanità) e la commissione fu insediata nel mese successivo. Il decreto prevedeva che il mandato della commissione durasse sei mesi. In realtà ne ebbe molti di meno perché l'interruzione anticipata della legislatura, decisa politicamente nell'autunno sulla spinta degli avvenimenti determinati da Tangentopoli, obbligò Commissione e Ministero a forzare i tempi per mantenere la possibilità di un'approvazione del Progetto-Obiettivo entro i termini della

legislatura stessa. Una corsa ad ostacoli in certi momenti drammatica, ed una scommessa vinta. L'elaborato finale fu consegnato nel mese di novembre, fu sottoposto alla revisione degli organi tecnici del Ministero e predisposto sia per il passaggio in Parlamento, avvenuto il 19 gennaio 1994, che nella Conferenza Stato-Regioni, avvenuto il giorno successivo. Faccio presente che la convocazione parlamentare avvenne tre giorni dopo lo scioglimento delle Camere. Com'è noto il Parlamento può essere convocato per questioni di particolare rilevanza anche dopo il suo scioglimento. Furono comunque due dibattiti assai vivaci. In quello parlamentare, condotto con grande abilità dal Presidente della XII Commissione della Camera Lino Armellini, che sostituiva il relatore Danilo Poggiolini assente per un'indisposizione, vennero chieste la sostituzione della dizione *Dipartimento di Psichiatria* con quella di *Dipartimento di Salute Mentale* (cito dagli Atti della Camera dei Deputati, «perché appare più completa») e la cassazione dell'allegato concernente l'istituzione del Servizio dipartimentale di Psicogeriatrics (cito ancora, «per il pericolo di confondere i problemi specifici della malattia mentale con quelli connessi all'età avanzata, come ad esempio la demenza senile»).

Quali ritiene siano stati i punti qualificanti principali del suo Progetto-Obiettivo?

Innanzitutto la codificazione chiara delle strutture componenti il Dipartimento di Salute Mentale e la loro definizione funzionale. Ebbe fine la *babele* definitoria prodotta dall'eterogenea legislazione regionale e si promuoveva per la prima volta un disegno di rete assistenziale, dando corpo a concetti fino ad allora un po' evanescenti come quello di presa in carico e di continuità assistenziale. Quel Progetto-Obiettivo affrontava poi per la prima volta il nodo degli standard, sia nella definizione dei bacini di utenza che nella dotazione di posti-letto e posti-residenza che nella dotazione di personale, lasciando peraltro ampio spazio alla discrezionalità delle Regioni al riguardo. È opi-

nione comune che il Progetto-Obiettivo 1994-1996 abbia rappresentato il compimento del grande lavoro di costruzione compiuto nel quindicennio successivo alla chiusura dei manicomi. Avevo molto investito politicamente sui servizi psicogeriatrici e mi spiace che il progetto fosse stato espunto dal testo definitivo. Ho consegnato al dibattito riportato dagli Atti parlamentari la mia difesa di quel progetto ma, a Parlamento sciolto, un braccio di ferro che avesse fatto rinviare l'approvazione del testo ne avrebbe provocato di fatto la morte. Il tempo ha però dato ragione alla mia intuizione di allora: magari avessimo oggi un Servizio di Psicogeriatria in ogni Dsm conforme a quanto la commissione propose a costi decisamente irrisori.

Quali ritiene che siano stati i risultati ottenuti, e quali invece i problemi rimasti aperti?

I risultati ottenuti furono sorprendenti anche per me. Non ci fu praticamente una sola critica né alcuna opposizione strutturata a quanto disposto e previsto dal Progetto-Obiettivo. Miravo ad una armonizzazione della legislazione psichiatrica regionale, che infatti recepì in maniera sostanzialmente integrale quel testo, adattandolo con intelligenza alle varie situazioni locali. Ancor oggi, a quindici anni di distanza, l'assetto dei Dsm e le loro modalità di funzionamento sono sostanzialmente quelli previsti dal mio Progetto-Obiettivo. I problemi rimasti aperti sono, oltre a quello già ricordato dei servizi psichiatrici per gli anziani, quello di un'ipertrofia funzionale del Dsm e la sua difficoltà ad integrarsi nella Sanità-azienda. Per il primo, non a caso avevo scelto il modello lombardo di Dipartimento di Psichiatria (gli psichiatri lombardi costituivano la maggioranza dei componenti della Commissione ministeriale): di fatto, nel tempo, l'onere della tutela della salute mentale è finito col ricadere quasi esclusivamente sulle spalle del Dsm, appesantendone l'azione e generando nei pazienti e nelle loro famiglie aspettative d'ogni tipo che il solo Dsm non è in grado di soddisfare. Il secondo problema aperto ci ricorda che il Progetto-

Obiettivo è l'ultimo figlio della cultura sanitaria della 833. Nei tempi in cui veniva varato si affermò la nuova cultura della Sanità aziendalizzata ed in pochi anni tutto cambiò intorno a quel modello di Dsm.

Dopo il 2000 la stagione dei Progetti-Obiettivo, che tanto avevano animato la discussione tra gli amministratori, i tecnici e l'utenza, si è bruscamente interrotta. Quali ritiene siano state le ragioni di questa evoluzione?

La ragione è, a mio avviso, quella che ho appena ricordato. Il Progetto-Obiettivo, nella forma che abbiamo conosciuto fino al 2000, non può più essere uno strumento adeguato di interlocuzione operativa con gli strumenti della Sanità-azienda. Ormai è in atto una forte divaricazione culturale fra la Psichiatria di Comunità pensata dentro l'impostazione concettuale della 833 e quella che oggi deve confrontarsi con un altro tipo di società, con le dure regole economiche che regolano la vita delle Asl e con il progressivo disimpegno degli enti locali (per mancanza di risorse) dalle tematiche e quindi dagli obblighi della tutela della salute mentale. Occorrono nuovi strumenti di programmazione e, forse, una revisione di questo modello di dipartimento.

INTERVISTA CON L'ON. ROSY BINDI

Dal 1978 al 1994 si è lungamente discusso dell'applicazione incompleta ed eterogenea della legge 180, ipotizzando addirittura spesso la riforma, senza che sia mai stata emanata una linea d'indirizzo nazionale forte e condivisa con le amministrazioni locali, col mondo scientifico e le organizzazioni dell'utenza: come si spiega questo fenomeno?

Come spesso accade alle grandi riforme, le energie intellettuali e politiche spese per la definizione dei contenuti e per costruire il necessario consenso politico lasciano il posto alle concrete traduzioni nelle diverse realtà

territoriali, l'interesse culturale si affievolisce mentre si fanno i conti con le difficoltà pratiche. È successo così anche dopo l'istituzione del Ssn, con la 833 la grande legge di riforma che ha attuato il dettato costituzionale e messo la salute al centro del sistema. Anche quella riforma è stata oggetto di un'attuazione non del tutto coerente con i principi ispiratori, penso agli interventi legislativi dei primi anni '90 ad opera di De Lorenzo che hanno determinato un indebolimento della sanità pubblica.

Con la legge 180 è andata anche peggio e i primi quindici anni non solo si è cercato di non applicarla ma da più parti si è tentato addirittura di boicottarla. Anzi che stimolare le Regioni, che avrebbero dovuto organizzare i nuovi servizi a centralità comunitaria, a realizzare i cambiamenti necessari, la politica ha piuttosto agito come freno. Gli interessi che la trasformazione dell'assistenza psichiatrica toccava erano molteplici, alcuni più chiaramente di tipo economico (i manicomi privati e le case di cura private) altri meno facilmente identificabili ma non meno profondi, legati a resistenze di tipo culturale e scientifico. La mancata applicazione della legge in molte parti del Paese o la sua cattiva e parziale applicazione ha alimentato le tesi di chi sosteneva che quella riforma era inapplicabile e, quindi, doveva essere modificata.

Dall'inizio degli anni '80 alla metà degli anni '90 assistiamo a una rimozione da parte della psichiatria e delle amministrazioni sanitarie italiane, a tutti i livelli, degli ex Ospedali psichiatrici, e delle migliaia di cittadini che avrebbero dovuto essere in breve dimessi e vi erano invece rimasti per vent'anni intrappolati: quali sono state a suo avviso le ragioni e come si è giunti a individuare in questo problema una priorità da affrontare?

Salvo alcune limitate situazioni e iniziative specifiche per la chiusura reale dei manicomi, non si realizza contestualmente quella rete di servizi che avrebbero dovuto sostituirli assicurando una presa in carico effettiva della persona malata e dei suoi familiari.

A Roma ad esempio sino al 1989 esistevano soltanto tre servizi ospedalieri di diagnosi e cura e le strutture residenziali per la deospedalizzazione erano praticamente assenti. Il residuo manicomiale sopravviveva alla legge in attesa che i manicomi fossero riaperti o che si esaurisse per motivi biologici. Soltanto la grande determinazione degli operatori impegnati a dare risposte più adeguate ai gravi problemi della sofferenza mentale e l'azione decisa della maggior parte delle associazioni dei familiari ha richiamato le istituzioni nazionali e regionali ad occuparsi di nuovo di psichiatria per cercare finalmente di dare applicazione a quanto il Parlamento aveva approvato quindici anni prima.

Ma era anche cresciuta la consapevolezza che per rilanciare l'assistenza psichiatrica in Italia fosse necessario riqualificare anche il Ssn. Ed è quello che abbiamo fatto con la riforma del '99 e il decreto legislativo 229, che non a caso abbiamo definito come una «rivoluzione copernicana». Il diritto alla salute tornava all'attenzione della politica come diritto della persona e come tale richiedeva di essere tutelato alla luce dei cambiamenti intervenuti nel sistema sanitario, dall'aziendalizzazione alla regionalizzazione, in modo più efficace e stringente. Il Ssn realizza un approccio alla salute come benessere della persona e interesse della comunità, non si limita a rimborsare la malattia e promuove la prevenzione e la riabilitazione. Per questo il rafforzamento della sanità pubblica rafforza anche le politiche di salute mentale.

Già la legge Mariotti del 1968 e poi la legge 180 stabilivano, tra i pochi criteri organizzativi fissati, che l'organizzazione dei servizi psichiatrici avvenisse in forma dipartimentale. Come spiega le resistenze incontrate da questa prescrizione, che sono giunte in alcune regioni alla divisione della responsabilità organizzativa, clinica e gestionale dei reparti ospedalieri da quella dei servizi territoriali?

Sono le stesse resistenze che ho incontrato nel cammino di riforma del Ssn del '99. L'ospedale, soprattutto se

policlinico universitario, ha sempre esercitato un potere e un prestigio assai più rilevanti della medicina territoriale sulla quale si investiva tradizionalmente meno, sia in risorse economiche che in risorse professionali. Pensiamo alla difficoltà di realizzare la collaborazione tra medici di famiglia e medici ospedalieri in modo da assicurare continuità assistenziale.

Non diversamente, anzi forse in modo ancora più marcato, nel campo della psichiatria i servizi a centralità comunitaria riscuotevano un accreditamento scientifico minore rispetto alle terapie praticate in ospedale. Ha pensato una pratica medica molto tecnicizzata che punta soprattutto sulle prestazioni legate alla malattia che sul prendersi cura globalmente della persona che soffre, con attenzione alla sua storia e al suo contesto di vita. I pazienti più gravi hanno bisogno di supporto terapeutico di lunga durata che faccia leva non soltanto sulle risorse specifiche dei servizi (farmaci, ricoveri, psicoterapie) ma anche del sostegno di una rete di servizi di tipo più sociale e assistenziale. La riforma del '99 ha rilanciato sia il modello dipartimentale che la prospettiva dell'integrazione socio-sanitaria, offrendo così nuove chance ad una efficace assistenza psichiatrica.

Come è nata l'idea dell'emanazione di un Progetto-Obiettivo sulla salute mentale?

Quali sono stati i principali atti preliminari all'emanazione del Progetto-Obiettivo da parte del Ministero da Lei diretto?

Nel '96 ci trovammo a gestire una situazione complessa, in cui buone ma isolate esperienze convivevano accanto a realtà in forte ritardo mentre crescevano le aspettative delle famiglie. In primo luogo fu necessario ripensare e potenziare l'Osservatorio sulla salute mentale, rinnovando le sue componenti affidando nuovi compiti. Bisognava infatti chiudere con il passato e la stagione dei manicomi facendosi carico, al tempo stesso, di quei pazienti che per età non erano mai stati internati ma non

avevano potuto avere un'assistenza adeguata. Ci si è mossi lungo una linea anticipata nel Piano sanitario nazionale '98-2000, che indicava puntualmente obiettivi e azioni da realizzare.

Si trattava da un lato di «costringere» le Regioni a tenere ferme le scadenze della chiusura degli ospedali psichiatrici, attraverso tempi certi, finanziamenti (il 5% del fondo) e l'utilizzo delle risorse ricavate dalla cessione degli Op nei servizi di salute mentale. Dall'altro, di strutturare e dare robustezza ai servizi territoriali, riorganizzando i dipartimenti di salute mentale e le diverse forme di assistenza con una effettiva integrazione socio-sanitaria e misure di sostegno alle famiglie.

Furono quindi predisposte le linee guida per la definitiva chiusura dei manicomi che hanno permesso di raggiungere l'obiettivo prefissato entro quattro anni.

Fu inoltre realizzata, per la prima volta in Italia, un'indagine dettagliata sugli ospedali psichiatrici giudiziari sulla quale fu prodotto anche un documento.

Il secondo Progetto-Obiettivo non poteva limitarsi ad aggiornare il precedente e doveva interpretare e governare una realtà in grande e rapida evoluzione. Ormai l'assistenza psichiatrica abbandonava per sempre le mura dei manicomi e doveva misurarsi con pratiche nuove che richiedevano non solo assetti organizzativi e dotazioni di risorse ma anche la necessità di introdurre criteri scientifici, epidemiologici e di valutazione degli interventi, assicurare certezze nell'erogazione delle prestazioni che non potevano più essere lasciate alla buona volontà di qualche operatore e di qualche amministratore più sensibile.

Quali ritiene siano stati i punti qualificanti principali del suo Progetto-Obiettivo?

Penso all'idea di rilanciare anche in questo settore il ruolo e la funzione della sanità pubblica, con un forte investimento nella dimensione territoriale dei servizi, aperta alla partecipazione e al contributo delle associazioni dei familiari. Il Progetto-Obiettivo confermava il modello di

Dipartimento a struttura, che unificava sotto un'unica direzione tutte le attività (ambulatoriali, residenziali, semi-residenziali e ospedaliere); introduceva la necessità di un monitoraggio continuo di tutte le prestazioni sia dal punto di vista quantitativo che della qualità; riconosceva un ruolo fondamentale alle associazioni dei familiari. Grazie al Progetto-Obiettivo fu inoltre organizzata la prima (e per ora unica) Conferenza nazionale sulla salute mentale nella quale professionisti, istituzioni, operatori e associazioni dei familiari hanno svolto un ruolo di protagonisti.

Quali ritiene che siano stati i risultati ottenuti, e quali invece i problemi rimasti aperti?

La chiusura definitiva dei manicomi è stata senz'altro un risultato storico. Lo abbiamo fatto con grande attenzione alla realtà e senza dogmatismi ideologici. Credo che nessuno oggi in Italia possa rimpiangere il manicomio. Abbiamo accompagnato questo obiettivo chiedendo a tutte le Regioni di impegnarsi per lo sviluppo dei nuovi servizi che a partire dalla metà degli anni '90 sono usciti finalmente dalla fase di sperimentazione per raggiungere assetti meno precari. Il riconoscimento del ruolo delle associazioni dei familiari, l'introduzione di criteri epidemiologici e valutativi sono altri risultati importanti raggiunti. Alcune Regioni sono ancora inadempienti e non hanno istituito i dipartimenti, e resta aperto il problema di risorse economiche ancora insufficienti a garantire una copertura uniforme di servizi adeguati ad una domanda di salute mentale in forte espansione.

Dopo il 2000 la stagione dei Progetti-Obiettivo, che tanto avevano animato la discussione tra gli amministratori, i tecnici e l'utenza, si è bruscamente interrotta. Quali ritiene siano state le ragioni di questa evoluzione?

Credo sia più giusto parlare d'involuzione. Si sono riaffacciati sterili e fuorvianti tentativi di modificare la legge, piuttosto che un'attenzione reale, sia da parte del

governo centrale che dei governi regionali, alle esigenze concrete di una efficace politica per la salute mentale. La carenza ormai cronica di risorse pubbliche destinate a questo settore sta, in particolare in alcune Regioni, impoverendo in modo drammatico la rete dei servizi che riescono sempre con maggiore difficoltà a soddisfare le richieste di un'utenza crescente. E in questa *empasse* c'è il rischio che si affermino soluzioni di tipo privatistico, con nuovi costi e nuovi disagi per le persone sofferenti e le loro famiglie.

INTERVISTA CON L'ON. LIVIA TURCO

Dopo il 2000 la stagione dei Progetti-Obiettivo, che tanto aveva animato la discussione tra gli amministratori, i tecnici e l'utenza, si è bruscamente interrotta. Quali ritiene siano state le ragioni di questa evoluzione?

Più che di evoluzione parlerei di involuzione. Non c'è dubbio, infatti, che negli anni seguiti alla prima conferenza nazionale sulla salute mentale, voluta da Umberto Veronesi nel 2000 in qualità di Ministro della Sanità, è venuta a mancare qualsiasi spinta ulteriore alla ripresa di attenzione che quella conferenza aveva sancito. Nel quinquennio di governo del centro-destra, dal 2001 al 2006, vuoi per alcune spinte anti-legge 180 presenti nella Casa delle Libertà, vuoi per una stagione non felice dei rapporti tra Stato e Regioni in materia di gestione della sanità pubblica in generale, le politiche di salute mentale sono state di fatto abbandonate.

Un disinteresse testimoniato dalla progressiva riduzione dei fondi e degli investimenti e da un sostanziale allontanamento dallo spirito della legge 180, che hanno avuto come prima conseguenza quella di una generale percezione di abbandono da parte delle Istituzioni nei confronti dei malati e delle loro famiglie.

Quando abbiamo assunto la guida del Paese nel maggio del 2006 ci siamo resi conto che in quel settore tutto

si era fermato. Anche il dibattito e il confronto sulle diverse tematiche che avevano sempre caratterizzato quel mondo, così ricco di esperienze diverse.

Il primo passo è stato quindi quello di riprendere a tessere la tela dei rapporti, con gli operatori, le famiglie, i malati e le associazioni di volontariato, per ricostruire una visione comune per il rilancio delle politiche e delle strategie assistenziali.

La ripresa di attenzione istituzionale e politica, avviata dopo il 2006, ha reso evidenti i cambiamenti di contesto e di priorità che le problematiche connesse alla salute mentale ed all'assistenza nel campo dei disturbi psichiatrici richiedevano. Quali ritiene siano le maggiori criticità evidenziate? Ed in quale misura le Regioni e le Ppaa hanno contribuito allo sviluppo di buone pratiche o al mantenimento di servizi poveri e separati, non più in grado di svolgere in modo compiuto le funzioni previste dai Ppoo precedenti?

Più che di cambiamenti di contesto parlerei appunto di politica dell'abbandono. Una politica che ha fatto sì che l'Italia si spaccasse in due anche in questo campo. Da una parte le situazioni dove si erano consolidate esperienze positive di applicazione piena della 180, con una alternativa al manicomio reale fatta di assistenza ma soprattutto di occasioni concrete di integrazione sociale. E in questi casi le politiche di salute mentale sono andate avanti consolidando esperienze e attività. Dall'altra parte un'Italia della salute mentale arretrata, con poche esperienze di integrazione, nella quale l'assenza di una politica del governo in materia ha provocato una sensazione diffusa, e a volte anche reale, di abbandono.

Con queste due Italie abbiamo dovuto, prima di ogni altra cosa, fare i conti. E abbiamo scelto di farli senza ideologie. Senza alimentare quel dibattito pro o contro la 180 che ha animato gli ultimi anni e che temo possa ora riproporsi a seguito del mutato equilibrio politico nel Paese.

Siamo infatti partiti dall'ascolto e dal confronto con

l'ambizione di costruire dal basso modalità, procedure e concettualità nel campo della salute mentale, facendo emergere sia i punti di eccellenza sia le aree di criticità presenti nel Paese. Ma abbiamo sempre mantenuto un filo conduttore unitario volto a ricostituire un tessuto condiviso di politiche di settore, alla luce delle nuove evidenze scientifiche, sociali e assistenziali ramificate in diverse realtà.

Le iniziative assunte negli ultimi anni hanno comportato un faticoso lavoro di confronto con amministratori, tecnici di vario orientamento, associazioni di familiari e di utenti, società scientifiche, Università, erogatori del terzo settore e del privato imprenditoriale. Come può questa variegata area trovare punti di accordo e di convergenza per lo sviluppo di percorsi (e non solo luoghi) di cura appropriata e sicura?

L'accordo è possibile e lo testimonia il lavoro svolto in questi ultimi due anni. A partire dal ciclo di otto seminari di studio promossi dal Ministero della Salute che abbiamo indetto nel 2007 e ai quali hanno preso parte tutti gli attori della galassia salute mentale. È stata un'esperienza nuova. Molto stimolante, che ha messo a confronto i diversi saperi che orbitano attorno alle problematiche dell'assistenza psichiatrica. Per la prima volta medici, operatori, malati, volontari, familiari e associazioni hanno lavorato insieme per far emergere in otto distinte sessioni i problemi da affrontare e le opportunità da cogliere. Anche alla luce dell'esperienza reale sul campo, svolta ogni giorno da migliaia di persone.

Molto di quel lavoro straordinario è poi confluito nelle linee di indirizzo approvate nella Conferenza Stato Regioni dello scorso 20 marzo che segnano una prima svolta nell'approccio ai tanti problemi del settore e che mi auguro siano fatte valere anche dal nuovo governo.

Gli aspetti fondamentali dell'intesa tra Stato e Regioni riguardano infatti la necessità di dare nuovo impulso alle politiche di promozione della salute mentale, di rafforzare

gli interventi nell'ambito dell'età evolutiva e, in generale, di favorire la precocità degli interventi e la collaborazione fra tutti i servizi che si occupano di salute mentale. Un'attenzione particolare è stata data alla salute mentale in carcere e agli Ospedali psichiatrici giudiziari ma anche ai temi legati alla multiculturalità e alla salute mentale delle popolazioni migranti. Più in dettaglio, con queste nuove linee di indirizzo abbiamo voluto dare nuovo impulso ai Dipartimenti di salute mentale che sono il luogo centrale, programmatico ed organizzativo per le politiche ed il governo clinico della salute mentale. In particolare abbiamo previsto che ogni Dipartimento deve promuovere l'attivazione di un tavolo di concertazione locale a cui spetterà il compito di individuare gli obiettivi prioritari di salute, mentre le Aziende sanitarie di riferimento dovranno dotarsi di un Piano di azione locale per la salute mentale definito dal confronto con i protagonisti del territorio quali distretti, enti locali, imprese sociali e imprenditoriali, associazioni, sindacati, volontari, ecc. Un'altra tematica affrontata dalle linee di indirizzo è quella della salute mentale in età evolutiva in un'ottica di sistema includendo il sociale, l'educativo e il sanitario, e tendendo a potenziare i fattori protettivi ambientali. La tutela della salute mentale in età evolutiva deve infatti mettere al centro il bambino nel suo contesto ambientale (familiare, sociale, culturale e educativo) e rappresenta una priorità che deve essere oggetto di investimenti mirati. In tal senso il compito dei servizi è di sviluppare attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione in ambito neurologico, psichiatrico e neuropsicologico nella fascia di età da zero a diciotto anni. Viene poi riservata una particolare attenzione alle attività connesse alla prevenzione, cura e riabilitazione nel campo della salute mentale in carcere (dove si stima una prevalenza del 16% di detenuti affetti da disturbi mentali) e un programma specifico affronta anche la complessa tematica del progressivo superamento degli Opg.

La parte conclusiva del documento mette poi in luce la necessità, per un miglioramento continuo della qualità dei servizi, di rafforzare lo sviluppo della ricerca nel campo

della salute mentale e la qualità della formazione sia a livello universitario che a livello dei servizi sanitari. Un approccio globale, quindi, che offre l'opportunità di rilanciare il settore e superare l'immobilismo degli ultimi anni.

I tempi sono cambiati perché, giova ricordarlo, trent'anni non sono pochi! Pur a fronte del consolidamento a livello mondiale delle politiche di assistenza nella comunità – di cui la nostra Riforma è stata al tempo stesso anticipazione ed espressione –, quale peso ritiene che oggi abbiano le problematiche connesse all'assistenza psichiatrica in tutte le fasi della vita, anche in relazione alla diffusione di culture e comportamenti ancora orientati allo stigma ed alla istituzionalizzazione?

Come ho già sottolineato la via giusta è quella della ripresa del confronto su questi temi. Dobbiamo essere capaci di coinvolgere appieno operatori e pazienti, le loro famiglie e tutta quella straordinaria ricchezza rappresentata dal mondo associativo e dal volontariato sociale. Dobbiamo superare definitivamente le tentazioni di un ritorno al passato. Di una nuova ghettizzazione del disagio mentale. L'esperienza italiana resta tra le più significative al mondo e non è un caso che l'Unione europea abbia recentemente varato un documento di indirizzi in materia ispirato direttamente dalla realtà e dalle norme italiane.

Prima di lasciare il governo avevamo avviato il percorso per dare vita alla seconda Conferenza nazionale per la salute mentale, dopo quella svolta nel 2000. Un progetto al quale aveva lavorato assiduamente la Consulta insediata presso il Ministero della Salute e che si sarebbe dovuto concretizzare entro l'autunno di quest'anno.

Vogliamo ripartire da qui? Vogliamo provare a ritrovarci tutti insieme per questo grande appuntamento? Lancio quest'idea alla nuova maggioranza e al nuovo governo. Una sfida seria, impegnativa, coraggiosa per evitare che, di fronte alle difficoltà reali di alcune parti del Paese, si compia un passo indietro verso una nuova istituzionalizzazione del malato di mente che rappresenterebbe una sconfitta per

tutti. Al contrario, penso che il trentennale della 180 possa trovare nella Conferenza nazionale un modo non rituale di celebrazione. Un vero e proprio momento di ridefinizione delle politiche di salute mentale per la piena e migliore applicazione della riforma del 1978.

LA RICERCA SUI SERVIZI DI SALUTE MENTALE IN ITALIA

Dopo l'approvazione della «Legge 180», per molti anni è stata lamentata l'assenza di dati, sia quantitativi che qualitativi, relativi ai nuovi servizi promossi dalla legge di riforma, ed è stato sottolineato che la loro assenza costringeva a pianificazioni «impressionistiche» e non guidate da un approccio più sobrio e nel contempo basato su evidenze forti. È in questo contesto che, alla fine degli anni '90, nell'ambito del Progetto Nazionale Salute Mentale dell'Istituto Superiore di Sanità, sono nati due progetti nazionali di ricerca volti a valutare, con metodologie standardizzate, le Strutture Residenziali (Sr) (studio Progres, Progetto Residenze) ed i reparti di ricovero per pazienti acuti (studio Progres-Acuti, Progetto strutture Residenziali per pazienti Acuti); essi verranno brevemente descritti in questo capitolo, mentre si rinvia alle pubblicazioni originali per una lettura più esaustiva dei risultati di tali ricerche.

Lo studio Progres rappresenta a tutt'oggi l'unica esperienza di valutazione delle Sr psichiatriche a livello di un'intera nazione. Nella fase 1 del Progres sono state censite tutte le Sr con almeno 4 posti presenti sul territorio nazionale (de Girolamo *et al.*, 2002); nella fase 2 del progetto è stata condotta una valutazione approfondita per il 20% circa di queste strutture, studiando anche nel contempo in dettaglio le caratteristiche sociodemografiche, cliniche ed assistenziali dei pazienti ospitati nelle strutture selezionate (nella fase 2 sono state coinvolte 265 Sr, con 2.962 residenti di età media relativamente elevata: 48,6 anni per i maschi, 50,9 per le femmine) (de Girolamo *et al.*, 2005).

La fase di censimento del Progres (Gruppo Nazionale Progres, 2001; de Girolamo *et al.*, 2002) ha messo in luce una marcata variabilità interregionale nella dotazione di posti-letto residenziali, che è risultata direttamente proporzionale al numero di posti-letto in strutture di ricovero per acuti (sia pubbliche che private), ed inversamente proporzionale alla dotazione di Centri di Salute Mentale (Csm) e Centri diurni (Cd).

I pazienti ospitati nelle Sr considerate nel Progres presentano una notevole gravità sul piano psicopatologico, una marcata compromissione del funzionamento psicosociale, ed un sostanziale deficit nella rete di supporto esterna alla struttura (de Girolamo *et al.*, 2005). La metà circa dei pazienti ha trascorso più di 5 anni in una Sr, e molti (45,1%) hanno avuto almeno un ricovero obbligatorio nella vita; una larga quota dei residenti ha bisogno di un'assistenza specifica per le attività della vita quotidiana, ed il 45,1% dei residenti non è impegnato in alcuna attività all'interno della Sr (né ovviamente all'esterno).

Il progetto Progres ha anche messo in luce che il numero medio di residenti per Sr è pari ad 11,4, con una differenza significativa fra il numero medio di posti nelle strutture private (14,9) ed in quelle pubbliche (11,6). Circa $\frac{3}{4}$ delle Sr italiane hanno una copertura di personale sulle 24 ore, e le Sr con copertura sulle 24 ore ospitano, rispetto alle altre Sr, pazienti più gravi alla Honos ed alla Sofas (Santone *et al.*, 2005). Calcoli basati sulla rilevazione fatta ai pazienti negli anni 2000-01, e con un cambio del dollaro a livello dell'anno 2000, mostrano che un anno di permanenza in una Sr costava mediamente circa 29.000 Us \$, cifra a cui andrebbe poi aggiunta una somma variabile relativa all'assistenza erogata dai Csm (Amaddeo *et al.*, 2007).

Un aspetto cruciale per la valutazione degli esiti dell'intervento attuato con l'ingresso in una Sr è rappresentato dalla possibilità di dimissione: quando è stato chiesto ai responsabili delle Sr dove pensavano che si sarebbe trovato ciascun singolo paziente a distanza di sei mesi, solo per il 6,9% dei residenti è stata ipotizzata una pos-

sibile futura sistemazione indipendente (con la famiglia di origine o da solo).

In conclusione, le Sr assolvono ad un compito essenziale, accogliendo una popolazione caratterizzata da gravità e problematicità elevate, e difficilmente assistibile in altri contesti, e ciò è in linea con quanto rilevato a livello internazionale. Probabilmente, quindi, il punto di maggior criticità va individuato nell'antinomia fra due possibili ruoli, o «mission», per le Sr. Il primo di questi individua nelle Sr delle strutture che promuovono una graduale autonomizzazione dei pazienti, così da poterne permettere un adeguato reinserimento sociale, attraverso il recupero di abilità di base (a cominciare dalle abilità della vita quotidiana, essenziali per un efficace rientro in comunità in condizioni di autonomia) e di capacità di reintegrazione. Il secondo ruolo delle Sr va individuato nella necessità, invece, di fornire a popolazioni di pazienti caratterizzati da un'età avanzata (oltre i 50-55 anni), da una lunga storia di malattia, da una non-risposta ai trattamenti farmacologici e psicosociali, da deficit cognitivi marcati e da un basso o assente supporto sociale, una collocazione abitativa a tempo indefinito: è quello che Julian Leff e collaboratori, nell'ambito dello studio prospettico Taps, hanno chiamato, con apprezzabile e sano realismo anglosassone, *homes for life*: in questo caso l'obiettivo principale è di garantire una qualità di vita soddisfacente, con possibili (e limitati) spazi di autonomia, ma senza fissare irrealistici, e talvolta rovinosi, programmi di dimissione.

Sulla scia degli importanti risultati ottenuti attraverso il Progres, è stato condotto un secondo studio, denominato Progres-Acuti ed anch'esso realizzato con un disegno a due fasi, volto ad indagare, da vari punti di vista, dapprima tutte le strutture di ricovero deputate al trattamento di pazienti psichiatrici acuti, e successivamente, nella fase 2, un campione rappresentativo di pazienti che utilizzano tali strutture (de Girolamo *et al.*, 2007). È emerso con chiarezza il peso significativo dei posti-letto privati nell'ambito della dotazione complessiva di posti-letto per pazienti acuti: i posti-letto nelle strutture pub-

bliche rappresentano infatti solo il 45,8% del totale di posti-letto per pazienti psichiatrici acuti. Tra la regione con la maggiore dotazione di posti-letto complessivi, pubblici e privati (la Calabria) e la regione con la minore dotazione (l'Umbria), vi è addirittura un rapporto di 8,4:1, che naturalmente non trova spiegazione in analoghe differenze nei tassi di prevalenza dei disturbi mentali gravi (che sono da considerare del tutto simili), ma solo nelle diverse politiche sanitarie regionali.

Le strutture pubbliche e private ricoverano tipologie parzialmente diverse di pazienti: solo le strutture pubbliche possono ricoverare i pazienti in regime di Tso, mentre i criteri di esclusione dal ricovero delle strutture private sono di solito più restrittivi in quanto fanno sì che non vengano accettati pazienti particolarmente difficili ed a rischio (ovvero pazienti aggressivi o con elevato rischio di suicidio); inoltre, come è emerso dai dati ottenuti in un *census-day* nazionale realizzato nell'ambito di questo stesso progetto il giorno 8 maggio 2003 (Gardini *et al.*, 2008), le strutture pubbliche tendono a ricoverare pazienti più giovani e di sesso maschile, mentre le strutture private accolgono in percentuale più elevata pazienti più anziani e di sesso femminile. Questa differente tipologia dei pazienti ricoverati, insieme alla limitata disponibilità di posti-letto pubblici, si riflette inoltre, almeno in parte, in una diversa durata media della degenza, che nelle strutture private è pari a circa tre volte la degenza media degli Spdc.

Sebbene la maggior parte delle strutture per ricoveri acuti psichiatrici siano state aperte in tempi relativamente recenti (tutti gli Spdc ed il 70% delle Cliniche Psichiatriche Universitarie [Cpu] sono state aperte dopo il '78), molte presentano gravi limitazioni logistiche ed architettoniche. Le condizioni logistiche ed architettoniche così insoddisfacenti di un gran numero di Spdc sollevano seri problemi: infatti, è da lungo tempo riconosciuta l'enorme importanza che le caratteristiche strutturali del luogo di ricovero esercitano su numerose variabili cliniche ed interpersonali, inclusa la soddisfazione dei pazienti e del personale stesso. Se ciò è vero per le altre branche della

medicina, è ancor più vero per quanto concerne l'assistenza a pazienti psichiatrici acuti. Inoltre caratteristiche strutturali ed architettoniche appropriate giocano un ruolo fondamentale nella sicurezza sia dei pazienti che del personale, così come nel combattere lo stigma dei disturbi mentali, storicamente associato ai vecchi edifici asilari degradati e disumani.

In conclusione, come è stato messo in luce per le Sr, i dati relativi alle strutture di ricovero per pazienti psichiatrici acuti evidenziano una marcata disomogeneità fra le varie aree, e macro-aree, del Paese nella disponibilità di posti-letto, nella dotazione di personale, in molti indicatori strutturali ed organizzativi, ed infine anche nella durata media della degenza (de Girolamo e Tansella, 2006). Emergono specifiche categorie di pazienti problematici, come i *revolving-door* e quelli con condotte aggressive durante il ricovero.

Le due ampie ricerche qui sintetizzate hanno fornito enormi spunti di riflessione e di analisi, che per evidenti ragioni di spazio non hanno qui potuto nemmeno esser accennate: si rinvia quindi alle pubblicazioni originali, elencate sotto. Va comunque con attenzione ripensato il significato dell'espressione *community care*: come i dati delle ricerche Progres dimostrano, molto spesso *community care* equivale a *family care*, e la famiglia viene a sopportare il carico, spesso massivo, di un'assistenza informale fortemente condizionante dal punto di vista psicologico e materiale. Se è vero che spesso l'assistenza informale fornita da una famiglia ha caratteristiche che difficilmente l'assistenza formale potrà mai avere, è altresì vero che essa in larga misura si poggia sulla presenza di famiglie allargate proprie delle aree meno sviluppate del paese, ove i tassi di occupazione femminile sono molto bassi, e le donne possono quindi adempiere a ruoli, peraltro tradizionalmente svolti per secoli, di assistenza ai membri del gruppo familiare malati o disabili. Occorre quindi tener presente che, in parallelo all'auspicato sviluppo del paese, la disponibilità di assistenza informale verrà inevitabilmente a ridursi,

e porrà quindi le premesse per nuove e più gravose responsabilità dei servizi assistenziali.

Riferimenti bibliografici

- Amaddeo F. *et al.* (2007), *Which factors affect the cost of psychiatric residential care? Findings from the Italian PROGRES study*, in «Acta Psychiatr Scand», 115, pp. 132-141.
- Biancosino B. *et al.* (submitted), *Violent behaviours in acute psychiatric inpatient facilities: a national survey in Italy*.
- de Girolamo G. *et al.* (2002), *Residential care in Italy: a national survey of non-hospital facilities*, in «Br J Psychiatry», 181, pp. 220-225.
- de Girolamo G. *et al.* (2005), *The severely mentally ill in residential facilities: a national survey in Italy*, in «Psychol Med», 35, pp. 421-431.
- de Girolamo G. e Tansella M. (2006), *Psychiatric units in general hospitals. Problems and perspectives in Europe*, in «Epidemiol Psichiatr Soc», 15, pp. 85-90.
- de Girolamo G. *et al.* (2007), *The characteristics and activities of acute psychiatric inpatient facilities: a national survey in Italy*, in «Br J Psychiatry», 191, pp. 170-177.
- Gaddini A. *et al.* (2008), *A one-day census of acute psychiatric inpatients facilities in Italy: findings from the PROGRES-acute project*, in «Psychiatr Serv», 59, pp. 722-724.
- Gigantesco A. *et al.* (2007), *The process of care in general hospital psychiatric units: a national survey in Italy*, in «Aust N Z J Psychiatry», 41, pp. 509-518.
- Gruppo Nazionale Progres (2001), *Le strutture residenziali psichiatriche in Italia: risultati della fase 1 del progetto PROGRES*, in «Epidemiol Psichiatr Soc», 10, pp. 260-275.
- Guzzetta F. *et al.* (submitted), *First-ever admitted psychiatric inpatients: clinical characteristics and reasons contributing to admission. Findings from a national survey*.
- Morlino M. *et al.* (submitted), *Use of inpatient services by heavy users: finding from a national survey in Italy*.
- Picardi A. *et al.* (2006a), *The environment and staff of residential facilities: findings from the Italian «Progres» national survey*, in «Community Ment Health J», 42, pp. 263-279.
- Picardi A. *et al.* (2006b), *The quality of life of the mentally ill in residential facilities. Findings from a national survey in*

- Italy*, in «Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci», 256, pp. 372-381.
- Preti A. *et al.* (2008), *Patterns of admission to acute psychiatric inpatient facilities: a national survey in Italy*, in «Psychol Med.», Jun 26, pp. 1-12 [Epub ahead of print].
- Santone G. *et al.* (2005), *The process of care in residential facilities. A national survey in Italy*, in «Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol», 40, pp. 540-550.
- Tomasi R. *et al.* (2005), *The prescription of psychotropic drugs in psychiatric residential facilities: a national survey in Italy*, in «Acta Psychiatr Scand», 113, pp. 212-213.