

PRIMA E DOPO LA CENTOTTANTA

Appunti e spunti per la salute mentale

Raccolta di scritti editi e inediti

Documenti dell'Agenzia Regionale
di Sanità della Toscana

Parte prima:
il passato
che produce valori



Parte seconda:
la Salute Mentale, oggi

76

Dicembre
2013

L'autore ringrazia vivamente l'amico Enzo Gradassi
che ha curato con perizia l'editing
e Miriam Gardeschi per il paziente lavoro
di raccolta e trascrizione degli scritti

Alle persone e alle famiglie che soffrono
per la nostra indifferenza

La malattia mentale emerge
nell'ambito di un contesto sociale;
è sofferta individualmente
ma è problema che riguarda e coinvolge
la comunità ove ciascuno vive e lavora.

Collana dei Documenti ARS

Direttore responsabile: Francesco Cipriani

Registrazione REA Camera di Commercio di Firenze N. 562138

Iscrizione Registro stampa periodica Cancelleria Tribunale di Firenze N. 5498
del 19/06/2006

ISSN stampa 1970-3244

ISSN on-line 1970-3252

Bruno Benigni

**Prima e dopo la Centottanta.
Appunti e spunti
per la salute mentale**

Raccolta di scritti editi e inediti

Indice

| | | |
|--|----|-----|
| Introduzione, Fabio Voller | p. | 9 |
| Presentazione, Tullio Seppilli | p. | 13 |
| Prima parte. Il passato che produce valori | p. | 19 |
| <i>Il perché di una raccolta di scritti</i> | p. | 21 |
| 1. La salute mentale. Dalle strutture segreganti ad una organizzazione territoriale di sicurezza sociale | p. | 25 |
| 2. Problemi posti dall'apertura dell'Ospedale psichiatrico di Arezzo | p. | 59 |
| 3. Per un movimento comune | p. | 71 |
| 4. La riforma dell'assistenza psichiatrica in Parlamento | p. | 79 |
| 5. La legge n° 180 del 13 maggio 1978. Una lettura dalla parte dei cittadini | p. | 105 |
| Postilla. Un chiarimento necessario | p. | 116 |
| 6. Spunti per una storia della "180" | p. | 119 |
| Postilla. Giovanni Berlinguer | p. | 132 |
| Postilla. Sergio Scarpa | p. | 135 |
| 7. Arezzo. Un'esperienza nazionale per la salute mentale di tutti i cittadini | p. | 137 |
| Postilla. Soggettività e partecipazione | p. | 151 |
| Postilla. Agostino Pirella | p. | 153 |
| Seconda parte. La Salute Mentale, oggi | p. | 157 |
| <i>Nota</i> | p. | 159 |
| 8. No all'emarginazione. La lunga lotta alle strutture sociali separate | p. | 161 |
| 9. La soggettività per la salute | p. | 173 |
| 10. I livelli essenziali per la salute mentale | p. | 185 |
| 11. Il Dipartimento per la salute mentale | p. | 201 |
| 12. La salute in carcere: una riforma da attuare | p. | 221 |
| 13. Dagli Ospedali psichiatrici giudiziari, alla rete territoriale dei servizi | p. | 237 |
| Postfazione. Basaglia, Psichiatria Democratica e la politica | p. | 253 |

**Fabio
Voller**

Introduzione

Questo libro di Bruno Benigni ricostruisce in modo preciso come si sia sviluppato il dibattito che ha preceduto e che ha seguito l'applicazione della Legge Basaglia in Italia, utilizzando questo filo conduttore per descrivere quali siano ad oggi le sfide da affrontare ed i nodi ancora insoluti ai quali la 180 avrebbe dovuto in origine rispondere. È noto a tutti come la chiusura dei manicomi e la promessa di reinserimento sociale delle persone affette da disturbi mentali, disabilità intellettive, patologie psichiatriche, hanno ridisegnato l'intero Sistema sanitario nazionale.

Gli ospedali psichiatrici sono stati superati a favore dei servizi territoriali, che nella nostra regione in particolare si sono strutturati in modo capillare tentando di rispondere alle esigenze della cittadinanza. Ancora alcuni nodi sembrano però rimanere sul tavolo: i soggetti con maggiore problematicità spesso entrano ed escono dagli ospedali, senza trovare né un luogo né una terapia appropriata ai loro bisogni; talvolta i soggetti, per mancanza di risposte organizzative, vengono appoggiati all'interno di strutture che niente hanno a che fare con i propri bisogni e disturbi; infine ci sfugge quasi completamente cosa succeda prima e dopo che i soggetti con una patologia psichiatrica siano entrati in contatto con un servizio territoriale. Queste sono solo alcune delle problematiche che il sistema dei servizi di salute mentale è chiamato a rispondere. Ma qual è, ad oggi, la diffusione del disturbo di natura mentale nella nostra regione?

Secondo i dati tratti dal Sistema informativo regionale sulla salute mentale (SIRSM) nel 2011, un totale di 77.922 utenti si è rivolto ai servizi di salute mentale territoriali della Toscana. Di questi 25.038 sono minorenni e 52.884 maggiorenni. Sul totale di utenti presenti nei servizi, 26.135 persone (33,5%) risultano nuovi utenti (il 38,9% dei minorenni e il 31,9% dei maggiorenni). I casi incidenti, sul totale dei casi prevalenti, risultano in linea con il dato riportato dalla Regione Lazio rilevato nel 2008 (34%), ma costituiscono più del doppio del dato della Regione Lombardia che, nel 2005, risultava al 17%.

Globalmente, in Toscana, l'andamento dei ricoveri per disturbo di natura mentale presenta una tendenza alla diminuzione in entrambi i generi mostrando, anche se per la prima volta dal 1997 nel 2011 si è assistito ad un incremento del tasso rispetto al 2010 nel genere maschile (3,3 per 1.000 residenti). Se non guardiamo i ricoveri, ma se andiamo a contare i ricoverati e le loro diagnosi, il disturbo bipolare per i maschi, ma anche per le femmine, è la diagnosi per la quale ci si ricovera maggiormente, seguita dai sintomi depressivi e dai disturbi schizofrenici. Negli ultimi 10 anni nel genere maschile osserviamo un aumento dei disturbi dell'infanzia, dei disturbi bipolari e una diminuzione dei disturbi schizofrenici. Per quanto riguarda il genere femminile salgono i disturbi psico-organico e bipolare, mentre diminuiscono i disturbi d'ansia e i sintomi depressivi.

La popolazione straniera inizia ad affacciarsi ai servizi di salute mentale e questo è un fenomeno ampiamente confermato da altre indagini nazionali. Tra i dati più interessanti l'andamento dei ricoveri per patologie psichiatriche che evidenzia un chiaro trend in aumento fra gli stranieri a differenza di quanto avviene per i toscani. Questo aumento riguarda sia i ricoveri in regime ordinario che quelli in regime di day hospital (DH).

Dal punto di vista trattamentale, per quanto riguarda le psicoterapie, nel corso degli ul-

timi cinque anni (2007-2011) si è registrato un calo complessivo del 12,6% nel numero di prestazioni psicoterapiche erogate e del 16,4% nel numero degli utenti che ne ha usufruito. A fronte di un costante aumento nel numero degli utenti che hanno accesso ai servizi di salute mentale, la percentuale di utenti che hanno accesso alle prestazioni psicoterapiche mostra un costante calo dal 14,3% nel 2007 al 10,7% nel 2011.

Per quanto riguarda il fenomeno suicidiario, come per i ricoveri, anche in questo caso abbiamo assistito ad una progressiva diminuzione. Se è vero che il trend 1987-2010 presenta un andamento decrescente è da osservare una lieve ripresa nei tassi del 2009 e nel 2010. I prossimi anni ci diranno se questo aumento è da porsi in correlazione con la crisi economica che ha toccato l'economia toscana come quella nazionale o se è frutto di un'oscillazione casuale, ma le prime analisi stratificate per classi di età che confrontano i tassi di suicidio della popolazione in età produttiva contro quelli della popolazione anziana, mostrano un aumento dei suicidi nei maschi di fascia d'età 15-64, mentre nell'altro genere e nelle fasce d'età i tassi rimangono costanti. Per quanto riguarda il trattamento farmacologico, come è noto, la Toscana detiene, a livello nazionale, il primato di maggior utilizzatore con un consumo di farmaci antidepressivi (espressi in Dosi Definite Giornaliere/1.000 ab.): nel 2011 la prescrizione in termini di DDD/1.000 ab/die risulta doppia rispetto a quanto registrato nel 2001. L'uso di antipsicotici, invece, sembra lentamente ridursi contraddicendo quanto riportato nella letteratura scientifica sul tema.

A questi bisogni i servizi sono chiamati a dare una risposta, sul come farlo, attraverso quali modelli organizzativi, questo libro cerca di fornire risposte e soluzioni.

**Tullio
Seppilli**

Presentazione

Se la presentazione di una raccolta di testi deve servire ad anticipare al Lettore di cosa trattino questi testi, quali occasioni e quali obiettivi abbiano motivato l'Autore alla loro stesura e quale possa esserne ancora oggi l'attualità teorico-pratica, allora una presentazione a questo volume di Bruno Benigni è del tutto inutile: Il perché di una raccolta di scritti che lo stesso Autore antepone a questa selezione di suoi contributi e alla loro articolazione in due distinte sezioni temporali – quelli radicati nelle lotte antimanicomiali condotte negli anni '70 del Novecento e quelli recenti, che intervengono sui problemi attuali delle politiche per la salute mentale – questo “perché”, dicevo, delineato direttamente dall'Autore, è già una compiuta presentazione e risponde perfettamente allo scopo.

Ma è forse opportuno, invece, soffermarsi sulla figura stessa di Bruno Benigni e sul suo significato nella lunga vicenda che da oltre trent'anni ha caratterizzato l'Italia quale unico Paese al mondo in cui è stata abolita, messa fuori legge, la reclusione manicomiale come “risposta” ai problemi della follia. Perché la figura di Bruno, il suo ruolo in questa lunga e complessa vicenda, e il suo stesso “porsi nel mondo”, come persona, sono largamente emblematici ed esemplari.

A tal fine credo che dobbiamo tornare per un momento a quegli anni '70 del Novecento, e già prima almeno a partire dalla metà del decennio precedente, in cui si è sviluppato in Italia il movimento antimanicomiale: che ebbe origini e radici abbastanza complesse e molteplici, anche lontane nel tempo e nello spazio, fu assai articolato e differenziato nelle varie aree del Paese, e costituì però, seppur con una propria fisionomia, in qualche modo una “costola” dell'assai più ampio e impetuoso movimento teso in quegli anni a una ridiscussione di tutti i canoni e le convenzioni della società e del potere e a un loro radicale cambiamento verso una direzione esplicitamente anticapitalistica.

Una “costola”, dunque, di quel vasto e variegato movimento che prese inizialmente il nome dall'anno in cui esso “esplose” nei più diversi Paesi del mondo, il Sessantotto. Ma una costola abbastanza speciale e specifica (e per certi versi quasi solo “italiana”): perché mettendo radicalmente in discussione la follia, il suo significato profondo e la sua “soluzione manicomiale”, metteva altresì in discussione saperi scientifici e strutture professionali largamente consolidate, apriva grosse e difficili implicazioni giuridico-legislative, e toccava inoltre sensibilità e paure profonde largamente diffuse nel “senso comune” di ogni strato sociale. Metteva in discussione, cioè, insieme alle “soluzioni” convenzionali, le cause e lo stesso significato del disagio e del disturbo mentale, e proponeva, in merito, strategie di risposta che aprivano strade del tutto sconosciute e, perciò stesso, opinabili e preoccupanti.

Certo, fu il clima di richieste di radicali cambiamenti, anche etico-ideologici, prodotto dal Sessantotto studentesco e operaio e dai suoi successivi sviluppi ciò che consentì alla “questione manicomiale” – che coinvolgeva tutto sommato poche migliaia di persone ma metteva in discussione problemi profondi in dimensioni ad un tempo “pubbliche” e “private” – di divenire oggetto di un dibattito che fu ben presto larghissimo. Ma a tale questione sottostavano, in effetti, problemi scientifici, tecnici, etici, giuridici e istituzionali, tutti di notevole difficoltà e spessore, e tutti da tradurre in precise iniziative

politiche culturalmente sostenibili e socialmente sostenute.

Peraltro, l'intero movimento esploso nel Sessantotto fu un banco di prova culturale e operativo, per i partiti della Sinistra: perché in larga parte la radicalità critica dei "movimenti" si muoveva e spingeva su terreni e attraverso forme di lotta che esulavano dalla "tradizione", dalla rappresentanza sociale e dalla pratica quotidiana della lotta di classe e di massa che questi partiti incarnavano.

Come è noto, il Partito comunista italiano – allora il più forte partito comunista occidentale – fu nella Sinistra europea quello che meglio e in forme più organiche e conseguenti assimilò e integrò le novità del Sessantotto in un più ampio e organizzato disegno politico-culturale. E proprio la "questione manicomiale" mise in evidenza questo processo di integrazione critica, di approfondimento e dibattito culturale, di traduzioni operative concrete, di organizzazione del loro necessario sostegno popolare.

In effetti, a partire dal 1947, i comunisti erano stati esclusi dalle varie formule di governo nazionale via via succedutesi in Italia, ma tuttavia amministravano un gran numero di istituzioni comunali e provinciali. E proprio dalle Provincie dipendevano a quell'epoca i manicomi e l'intera "assistenza psichiatrica". Così, in alcune provincie nel cui territorio avevano sede istituti manicomiali, la Sinistra, con la collaborazione talora della stessa Democrazia cristiana, riuscì a tradurre gran parte delle istanze del movimento antimanicomiale – sostenuto dall'interno stesso dei manicomi da consistenti nuclei del personale psichiatrico – in un largo processo di sperimentazione e cambiamento, di avvio dei centri territoriali di salute mentale, di positivo coinvolgimento delle popolazioni presso le quali cominciavano a "tornare a casa" gli ex-internati.

Tutto questo è abbastanza noto ma credo che non sia stato a sufficienza sottolineato il ruolo che ebbero in questo processo difficile e quasi privo di precedenti concreti, un certo numero di dirigenti comunisti, e in particolare alcuni assessori provinciali da cui dipendevano appunto i servizi psichiatrici: uomini che senza alcuna specifica precedente formazione psichiatrica seppero "ascoltare", aperti al nuovo, valutare le differenti alternative, mutare dentro di loro opinioni e atteggiamenti consolidati dal senso comune, tradurre le nuove idee in provvedimenti concreti – spesso ai limiti della legislazione vigente –, conquistare il necessario consenso nello stesso Partito e nei vari strati della popolazione. Uomini armati della modestia, dell'intelligenza, della coerenza e di una realistica capacità di mediazione e di efficacia operativa, che fu probabilmente uno dei migliori esiti del grande e attento processo di formazione e selezione dei quadri messo in opera allora, attraverso tanti strumenti e collettive e costanti verifiche, dal Partito comunista italiano.

Non saprei meglio identificare questi esiti e questo insieme di preziose qualità umane se non riferendomi proprio a Bruno Benigni, che conosco da quando negli anni '70, assessore alla provincia di Arezzo, guidava con Agostino Pirella la difficile lotta per il superamento del manicomio aretino (mentre io e tanti altri perseguivamo un analogo obiettivo nei confronti del manicomio che dipendeva dalla Provincia di Perugia).

Questo prezioso insieme di qualità umane, dicevo, e anche qualcosa di più un tenace ininterrotto impegno, di oltre quarant'anni, nell'ambito dei problemi della salute men-

tale e, in generale, della sanità pubblica. La costanza senza cedimenti e la speranza che arde anche quando tutto sembra farsi, come oggi, di nuovo difficile: ma una speranza che trova il suo orizzonte e la sua conferma nella continua concreta ricerca di risposte adeguate ai contesti entro i quali ci è dato di muoverci.

Quarant'anni di personale e pubblica coerenza. E un raro patrimonio di infinite esperienze. L'onestà e la saggezza di chi sa di non aver mai tratto alcun beneficio personale dal proprio impegno collettivo. Il sorriso di quando ricorda che «allora, il compenso di un funzionario di Partito non poteva comunque superare il salario del quarto livello di un operaio metalmeccanico...».

Questo libro raccoglie appunto nella sua seconda sezione alcuni più significativi contributi di Bruno Begnini intorno ai problemi strategici e quotidiani e ai principali temi di una attuale politica democratica per la salute mentale in un sistema sanitario universalistico, e dunque nella prospettiva di un bene comune.

Ancora una volta – e direi con un sempre maggior ventaglio di iniziative – Bruno esamina con attenzione e pazienza quanto sta accadendo intorno a noi, propone soluzioni concrete, avvia possibili collaborazioni e positive convergenze.

Penso che se questa “presentazione” ha un senso, è quello, profondo, di una testimonianza: un omaggio affettuoso e un grato augurio per Bruno Benigni, amico e compagno di realistici sogni.

PRIMA PARTE

**Il passato
che produce valori**

Il perché di una raccolta di scritti

La riforma dell'assistenza psichiatrica in Italia è iniziata prima della legge n.180 del 1978 che ha sanzionato la chiusura dei manicomi e che ha avviato una nuova rete di servizi territoriali per la salute mentale dei cittadini, senza abbandono, senza violenza e senza emarginazione.

Esperienze esemplari si realizzarono in diverse Province italiane, tra cui Arezzo, una delle più significative, quella in cui la politica era consapevolmente impegnata a creare *elementi di riforma della sanità e del welfare*.

Ad Arezzo, insieme al superamento del manicomio, si affrontarono i problemi delle Scuole speciali e delle Classi differenziali, le realtà degli Istituti per minori, le strutture di ricovero degli anziani, sempre proponendo e creando alternative alle istituzioni totali, mettendo al centro i diritti delle persone. Contestualmente, la Provincia di Arezzo operava attraverso i propri servizi nel campo della salute nei luoghi di lavoro, nella prevenzione in età scolare, nelle malattie sociali, nella tutela della salute negli ambienti di vita.

Si lavorava per una diversa cultura di governo da parte delle Istituzioni pubbliche e per la fine della delega da parte dei cittadini. Nascevano, per la prima volta, i Consorzi sociosanitari, embrioni delle auspiccate Unità sanitarie locali, come avvio dal basso della costruzione del Servizio sanitario nazionale e del welfare locale.

Cosicché, negli anni che prepararono la riforma, con impegni che venivano da versanti diversi ma tutti convergenti, dalle iniziative degli operatori, degli amministratori e dei cittadini, vennero alla luce i fondamenti teorici e pratici di un nuovo welfare italiano.

Un cambiamento profondo che partiva dalla realtà per delineare una nuova progettualità sociale che poteva valere per tutto il Paese.

Si doveva passare dalle istituzioni totali alla rete territoriale dei servizi, bisognava agire sulle lacerazioni umane per modificarne le cause, sulle diversità per trasformare la normalità, si doveva passare dall'assistenzialismo alla garanzia dei diritti universali, bisognava situare e comprendere la sofferenza individuale nella condizione sociale della collettività, doveva cessare la delega alle Istituzioni e favorire uno sviluppo autonomo e responsabile della partecipazione dei cittadini.

Non si trattò di uno svolgimento lineare, ma di un percorso contraddittorio, con un contrasto aperto tra tradizione ed innovazione, con rotture laceranti e sintesi sofferte, con un dibattito acceso, a volte aspro tra linee diverse all'interno di un movimento che si poneva il problema comune di costruire alternative passando per l'abbattimento delle istituzioni totali.

I problemi erano enormi, le prospettive politiche incerte.

La riforma dell'assistenza psichiatrica e con essa la centralità della salute mentale esigeva l'istituzione di un Servizio sanitario ispirato ai principi contenuti negli articoli 3 e 32 della Costituzione, un nuovo sistema assistenziale, la riforma degli assetti istituzionali con un nuovo rapporto tra lo Stato centrale, il sistema delle Autonomie e la sussidiarietà

orizzontale, un diverso corso di politica economica che avesse nel welfare nazionale e locale il cuore e il motore dello sviluppo del Paese.

Questi temi erano parte di quel grande movimento democratico che segnò la vita politica degli anni a cavallo tra il sessanta e il settanta del secolo scorso, con un'alleanza tra culture di avanguardia e movimento operaio alla cui saldatura era impegnato, più di altri, il Partito comunista italiano.

Ma c'era una grande distanza da colmare tra queste esigenze e le posizioni del Governo in carica.

La radicalità della rivoluzione psichiatrica, per diventare progetto nazionale, aveva bisogno di misurarsi con il complesso delle scienze sociali, di sollecitare e comprendere altri protagonisti sociali e politici, d'essere parte attiva di un movimento di massa portatore di una nuova cultura politica e sociale.

Bisognava andare oltre le avanguardie, senza perdere la radicalità del cambiamento necessario, da realizzare.

L'unità nella diversità, parola d'ordine dei comunisti italiani per l'applicazione della Costituzione italiana, era la posizione giusta per raccogliere intorno alla riforma dell'assistenza psichiatrica il meglio delle culture e delle forze democratiche e per approdare alla riforma della sanità e del welfare italiano con iniziative dal basso e con progettualità e soluzioni dall'alto, in un fecondo rapporto tra società civile e Istituzioni democratiche.

Non era semplice, perché le diversità potevano essere, e a volte lo furono, motivo di distanziamento e di contraddizione e, dunque, di divisione e di ristagno nel movimento per le riforme.

Guardando a quel passato, sarebbe da ricostruire quanto della cultura antistituzionale è entrato nel patrimonio ideale dei comunisti italiani in virtù delle esperienze di avanguardia a diversa matrice culturale e sociale, così come sarebbe ancora da registrare il contributo dato alla riforma dell'assistenza psichiatrica in Italia da parte dei comunisti italiani, impegnati in tutte le sedi in cui erano chiamati ad operare, nel Parlamento, negli Enti locali, nel Sindacato e nella società, con un grande sforzo di unità e di apertura culturale e politica, anche con strappi a certe posizioni ideologiche e dogmatiche della propria tradizione teorica.

Il resoconto del dibattito in Parlamento, che porterà all'approvazione della legge n. 180 del 1978, è la riprova di questo contributo decisivo dato dai comunisti italiani.

Una ricerca sulla politica del tempo potrebbe spiegare "la tipicità" del caso italiano, su cui fin dall'inizio della riforma hanno portato l'attenzione gli storici che si sono domandati e si domandano tuttora come mai l'Italia sia l'unico Paese al mondo che è riuscito a darsi una riforma di così alto livello civile e sociale.

Le relazioni, gli interventi e gli articoli raccolti in questa prima parte sono un'eco e una testimonianza di quella temperie politica con un filo conduttore che si ritrova nel lavoro e nelle posizioni di un amministratore comunista alla ricerca e alla promozione di una unità sostanziale tra forze politiche diverse, tra comunisti e socialisti, prima di tutto, ma anche con il mondo cattolico e con la stessa Democrazia cristiana, dalle posizioni controverse, ma non estranee alla umanizzazione dell'assistenza psichiatrica.

Unità tra diversi, ma con la bussola ferma sull'obiettivo di non disperdere il valore della radicalità della proposta che mirava ad abbattere le istituzioni totali e, insieme, a costruire alternative valide per tutti e ovunque.

Senza indulgenze verso il passato e la situazione del presente che negavano il valore della persona umana, ma anche senza chiusure verso posizioni che giungevano all'obiettivo comune da matrici culturali ed etiche diverse.

Il "gemellaggio" di fatto realizzato tra la Giunta provinciale di Arezzo (sinistra) e quella di Trieste (democristiana) era l'indicazione di una strada comune per un comune obiettivo di liberazione da percorrere con entusiasmo e profonda convinzione.

Era il recupero e l'attualizzazione dello spirito unitario della Resistenza e della Costituente che si misurava con la necessità di liberazione dalle strutture chiuse e procedeva verso l'affermazione di nuove prospettive di libertà.

Il passo compiuto in Italia è stato ed è fondamentale, anche se non tutto è stato realizzato di quanto veniva proposto, allora, dai protagonisti di quello straordinario movimento.

Molti sono i problemi ancora aperti, molti gli impegni richiesti per far esprimere alla riforma dell'assistenza psichiatrica tutto il suo potenziale innovativo.

Sono i problemi cui si riferiscono gli scritti inseriti nella seconda parte di questa raccolta.

Capitolo 1
La salute mentale:
dalle strutture segreganti ad
una organizzazione
territoriale di sicurezza so-
ciale
1972



1. Ex Ospedale Neuropsichiatrico di Arezzo, oggi sede universitaria, *Una degente*

1. La salute mentale: dalle strutture segreganti ad una organizzazione territoriale di sicurezza sociale*

Nota

Nel 1972, ad un anno dall'inizio dell'esperienza psichiatrica aretina, si poneva già il problema di come aggredire il manicomio come istituzione totale e come portare l'esperienza del suo superamento all'esterno per impegnare tutta la società nella prevenzione dei disturbi psichici e nel blocco degli ingressi dei malati di mente nell'Ospedale psichiatrico aretino. Il problema aveva dato luogo ad un acceso dibattito anche a livello nazionale dove si confrontavano linee diverse tra coloro che agivano nei territori con Servizi di salute mentale e che dall'esterno pensavano di svuotare il manicomio e coloro che, al contrario, teorizzavano la necessità di agire all'interno della struttura per dare risposte immediate al percorso di riabilitazione e di dimissione dei ricoverati.

Il Convegno e la relazione introduttiva affrontarono il problema del manicomio, andando alla ricerca delle cause che lo determinavano, centrando l'attenzione sulla necessità di agire nella concretezza delle condizioni di vita dei malati di mente in ospedale e nello stesso tempo nella esigenza di accompagnare le dimissioni con la costituzione nei territori dei Servizi per l'igiene mentale per agire sul rischio e sul danno, in analogia con quanto maturava nelle lotte operaie per la salute nei luoghi di lavoro.

La relazione fu definita "la proposta della contestualità", anche per significare il superamento del controverso e paralizzante dibattito nazionale tra "dentro o fuori".

Il nostro intervento libera energie o le soffoca?

Altri convegni, prima di questo sono stati organizzati sui problemi della salute mentale e notevoli sono stati i contributi scientifici e politici che sono giunti agli Enti Locali che avevano dato vita a quei dibattiti.

Eppure nonostante questi importanti precedenti l'U.R.P.T. (Unione Regionale Provincie Toscane) e la Giunta Regionale Toscana hanno avvertito l'esigenza, in un momento politico particolarmente delicato come quello che stiamo attraversando, di con-

* La relazione è stata esposta al Convegno organizzato ad Arezzo dal 21 al 23 luglio 1972.

vocare nuovamente le forze politiche, i sindacati, gli Enti Locali, gli operatori sanitari, i tecnici e i politici, insomma, per una ripresa del discorso sui problemi della salute mentale, per un loro ulteriore approfondimento anche alla luce delle esperienze, così diverse e così diversamente significative, che si sono realizzate nel nostro Paese nel corso di questi ultimi anni.

Alla base di questa iniziativa c'è dunque l'esigenza di una riconsiderazione unitaria delle esperienze in atto, il bisogno di una messa a punto dei progetti in cui si sono impegnate o intendono impegnarsi le AA.PP. (Amministrazioni Provinciali) nel momento in cui le Regioni, con l'attuazione del trasferimento dei poteri da parte dello Stato, sono chiamate a svolgere un ruolo fondamentale nella politica sanitaria e nella organizzazione della salute mentale, in particolare.

In più, ormai, è una costante della nostra società l'aumento allarmante di condizioni che portano a stati definibili "psichicamente disturbati" e dovuti in larga misura ai meccanismi di alienazione tipici dell'organizzazione del lavoro, ma presenti ugualmente nella sfera del tempo libero, nella vita stessa della famiglia e della società.

Non è il caso di richiamare qui tutta la vasta letteratura sociologica che si è diffusa largamente sui concetti di spersonalizzazione, di reificazione, ecc., e neppure le tante inchieste condotte su aree definite della nostra società.

Interessa invece ricordare più concretamente che nelle nostre fabbriche gli operai denunciano una condizione intollerabile che li espone quotidianamente a rischi gravissimi e li priva della stessa possibilità di pensare ("il lavoro si prende tutto, anche la testa, che resta vuota alla fine della giornata", ha detto un operaio della Gori Zucchi); interessa qui lanciare l'allarme per gli effetti debilitanti dei pesticidi usati dai braccianti e dai contadini in agricoltura; preme sollevare qui il grave problema degli anziani che per condizioni economiche e sociali e culturali intollerabili (oltre che per il modo come funziona la società) sono esposti sempre più all'isolamento, al rifiuto, alla esclusione, alla morte civile.

E abbiamo il fondato sospetto che a questi problemi si voglia rispondere, da parte della classe dirigente, con una più raffinata organizzazione del *controllo* dei disturbi e dei disturbati più che con la risposta ai *bisogni* che questo malessere esprime: agire sugli effetti e non sulle cause perché rimanga inalterata la trama dei rapporti e la gerarchia di interessi che costituisce l'essenza della società.

E' anche questa la ragione che ha indotto l'URPT e la Giunta Regionale Toscana a dare un taglio prevalentemente politico ed operativo a questo convegno da cui ci attendiamo una indicazione di lavoro che faccia vivere nella realtà tutta la complessa e ricca elaborazione scientifica di questi anni e soprattutto che saldi in un profondo e vasto movimento di partecipazione l'impegno di lotta contro ogni forma di esclusione e di segregazione. Dobbiamo riconoscerlo: la lotta contro le strutture dell'esclusione ha preso il via spesso, al di fuori delle iniziative delle amministrazioni provinciali, ad opera di gruppi di tecnici e di scienziati che hanno squarciato, con deliberati atti di rottura, il muro di ignoranza, di silenzio e di omertà che circondava queste immense sacche della sofferenza umana. La loro azione, portata avanti con giusto rigore scientifico e

con altrettanta tenace passione politica, è riuscita a catalizzare, pur nella difficoltà di un rapporto anche contraddittorio, sufficienti forze sociali e politiche da consentire il raggiungimento di alcuni risultati fondamentali, che sono ormai acquisizione definitiva della scienza e patrimonio ideale-politico delle forze democratiche.

E' stato dimostrato, infatti, che la malattia mentale, nelle sue diverse espressioni, non può essere disgiunta da un lato dalle condizioni sociali ed economiche in cui si manifesta e dall'altro dalla gestione sociale ed istituzionale cui è destinata. Si presenti inoltre come malattia psichiatrica riconoscibile come tale o si identifichi con una condizione prevalente di disadattamento, di emarginazione, di rifiuto, essa emerge da un campo sociale determinato le cui caratteristiche economiche, culturali, ideologiche condizionano fortemente l'insorgenza, la vivacità, il controllo, la destinazione finale. Esclusione sociale ed esclusione istituzionale rappresentano pertanto due momenti della sconfitta del cittadino, del lavoratore nella lotta per la sopravvivenza psicologica e sociale. Inoltre si è riusciti a dare corpo alle idee e alle ipotesi, a comprovare che si può lavorare con successo alla demolizione anche di strutture demonizzanti quali sono appunto i manicomi e gli istituti.

E' però necessario, oggi, che le forze democratiche italiane che sempre più direttamente si sono fatte carico di questo nuovo fronte di lotta e di iniziativa garantiscano lo sviluppo e l'approfondimento delle esperienze, perché la verifica politica è possibile nella misura in cui questi problemi divengono patrimonio di larghi strati della opinione pubblica e trovano un tenace sostegno nella volontà politica delle forze che sono impegnate nella trasformazione della realtà. Questo convegno deve poter consentire questa uscita dalla sperimentazione per conquistare lo spazio delle grandi iniziative di massa e anche per questo il convegno deve delineare una prospettiva di lavoro alla cui realizzazione tutti possano concorrere.

Abbiamo detto *tutti* e siamo convinti che questa è condizione essenziale per condurre una lotta efficace all'esclusione; ma siamo ugualmente convinti che questa partecipazione non può avvenire sotto il segno dell'equivoca e fittizia unanimità. Anzi.

Vogliamo che l'unità sia il risultato di un impegnato esame della realtà, di un effettivo confronto di posizioni e l'espressione di una maturata volontà politica che si pone obiettivi concreti nel cambiamento delle realtà istituzionali.

Certe cose, certe realtà vanno abbandonate o distrutte: compromessi non servono a nessuno, tanto meno a coloro che vogliono criticare una realtà che produce sempre più annientamento della persona, privazione di valori di libertà che ciascun uomo – senza distinzione – deve poter vivere con pieno diritto.

La domanda che noi poniamo con estrema chiarezza esige una risposta precisa, documentata, valida. Il nostro intervento, la nostra azione accresce la violenza, libera energie o le soffoca? Ristabilisce comunicazioni umane o chiude nella remissione e nella sottomissione? Bisogna rispondere senza valutazioni falsamente ottimistiche per quanto stiamo facendo, con la disposizione a riconoscere anche gli eventuali errori di una esperienza.

La nostra buona fede ci verrà riconosciuta solo dalla capacità che mostreremo di non mortificare il giudizio critico con una presupposta infallibilità del nostro "buon senso

comune”.

La salute pubblica si salvaguarda rispondendo ai bisogni reali di tutti

A queste domande dobbiamo rispondere senza isolare il problema psichiatrico dalle realtà politiche in cui oggettivamente esso è situato, perché esiste un rapporto stretto – che analizzeremo successivamente – tra esclusione sociale ed esclusione istituzionale e pertanto la nostra azione nelle strutture della segregazione non può essere indipendente dai sommovimenti e dai processi evolutivi ed involutivi che si registrano nella realtà politica del Paese.

Anzi, proprio perché la malattia mentale è quasi sempre il risultato di una mancata risposta da parte della società ai bisogni reali degli uomini, è essenziale lo sforzo per costruire un tessuto di rapporti sociali in cui ciascuno trovi le possibilità reali per la piena soddisfazione di sé. Sforzo sempre tenacemente avversato perché alla richiesta di organizzare la vita della società sulla base dei bisogni dei suoi componenti si risponde assai spesso con il controllo dei cosiddetti “comportamenti devianti”, attuato ricorrendo sì alla psicologia e alla psichiatria ma anche a forme dirette di repressione o indirette di condizionamento.

Ed oggi in questo preciso momento politico, ci pare prevalente il versante del contenimento autoritario delle spinte democratiche. Infatti la volontà politica di chi vuol portare avanti una battaglia coerente e decisa per una politica di riforme, che liberi energie e crei spazi di libertà per tutti i cittadini, che assicuri uno sviluppo fondato sui bisogni dei lavoratori, deve fare i conti con una rinnovata e preoccupante volontà restauratrice delle classi padronali e delle forze moderate italiane.

Le vertenze in atto dei braccianti, dei telefonici, dei chimici, dei poligrafici e quelle che stanno per aprirsi degli edili, dei metalmeccanici pongono in concreto l'esigenza di una programmazione democratica che si fondi su serie misure riformatrici. Si comprende facilmente quale enorme significato potrebbe avere una politica capace di valorizzare tutte le risorse e di creare le condizioni per una larga e profonda mobilitazione di tutte le energie del Paese ai fini stessi e particolari della tutela della salute.

Lo sviluppo del Mezzogiorno e delle campagne è una condizione per mettere fine all'emigrazione e alla pendolarità e per combattere quindi quei processi di emarginazione che sono ormai una costante nella vita delle metropoli industrializzate; livelli più adeguati di pensione sono un presupposto per l'autonomia degli anziani e quindi un freno oggettivo alla separazione e alla esclusione dal gruppo familiare; lo sviluppo di una rete di servizi sociali è condizione per liberare la donna lavoratrice da tutta una serie di sovraccarichi che possono incidere sul suo equilibrio psicofisico.....intervenire nella struttura economica e sociale del Paese significa in concreto agire sulle condizioni su cui si fonda quello “stato di completo benessere fisico e psichico” che è la salute, secondo la nota definizione dell'O.M.S. (Organizzazione Mondiale della Sanità).

Gli Enti Locali e la Regione sono profondamente e direttamente interessati alla affermazione di questi obiettivi per cui scendono in lotta i lavoratori delle città e delle

campagne perché solo da uno sviluppo democratico e programmato del Paese può essere esaltata la loro funzione di organismi capaci di esprimere e soddisfare i bisogni dei cittadini, di centri di organizzazione della vita civile e sociale. Lo scontro sociale e politico in atto nel Paese lascia intendere, purtroppo, che a questo disegno democratico e riformatore s'intende rispondere con ostinata durezza, ricorrendo alla compressione dei livelli di occupazione, agli interventi autoritari dei vari apparati burocratici ed amministrativi dello Stato, senza escludere neppure il ricorso alla repressione aperta.

Gli obbiettivi centrali del contrattacco padronale sono in questo momento i Consigli di fabbrica, la contrattazione aziendale, il blocco di ogni tentativo di riforma.

Ciò significa, chiaramente, colpire i soggetti del potere contrattuale in fabbrica che ha il suo punto centrale nel controllo e nella modifica della organizzazione del lavoro e togliere quindi alla lotta per la riforma il supporto di un movimento unitario democraticamente articolato.

E' un fatto, che la riforma sanitaria per la quale furono assunti impegni solenni dinanzi ai sindacati e ai lavoratori, per la quale si fissarono scadenze e si fecero circolare testi a ripetizione, si è oggi allontanata nel tempo e la lotta per la sua attuazione ha oggi caratteristiche profondamente diverse da quella del 69-70.

Il suo destino è certamente legato all'esito delle lotte che si sono aperte a livello contrattuale nella misura in cui si raccoglie l'esigenza di un nuovo e diverso corso economico e sociale che utilizzi tutte le risorse, in uomini e capitale e che sia finalizzato al soddisfacimento dei grandi bisogni collettivi (pubblici). Allora il problema della difesa della salute nei luoghi di lavoro potrà collegarsi con l'esigenza posta in modo esplicito in alcune piattaforme rivendicative (in quella dei chimici, ad esempio) della costruzione dell'Unità Sanitaria Locale, cioè della riforma sanitaria in assenza della quale le lotte contrattuali rimarrebbero chiuse, per questi come per altri aspetti, nelle logiche interne delle categorie con un grave restringimento del potere di intervento dei lavoratori e con una limitazione che lascerebbe sostanzialmente inalterato il meccanismo su cui oggi si fonda l'organizzazione del lavoro e la struttura della società italiana.

Nel 1969 le lotte contrattuali trovarono nelle battaglie generali per le riforme un punto di incontro e questa fu anche la ragione del loro successo.

Oggi questa saldatura è tutta da costruire come da costruire è una più larga e profonda unità delle forze sociali che hanno interesse a portare più avanti la democrazia italiana e difenderla da ogni tentativo autoritario e fascista.

Regioni ed Enti Locali, oggi più che nel 1969, possono svolgere un ruolo notevole in questa prospettiva unitaria portando con le iniziative specifiche collegate al tema dello sviluppo e delle riforme un contributo per l'ampliamento e per l'unità del fronte di lotta.

Deve essere presente a tutti che la questione decisiva è l'unità degli operai, dei contadini, dei ceti medi delle città e delle campagne, degli occupati e dei disoccupati, unità che presuppone ed impone obbiettivi non angustamente corporativi ma un rinnovamento di tutta la società italiana. Problema questo posto con estrema chiarezza dai metalmeccanici a fondamento della loro piattaforma rivendicativa quando affermano "per una

efficace azione sindacale fuori della fabbrica vanno realizzati al più presto i Consigli di zona, strumenti di vasta partecipazione di tutti i lavoratori alla costruzione dell'unità di classe e alla lotta contrattuale e sociale". Perché questi organismi abbiano tutto il respiro unitario e democratico e non si risolvano in un momentaneo accordo intercategoriale la funzione degli Enti Locali, insieme a quella del sindacato, è fondamentale.

Avviare, ad esempio, su iniziativa della Regione, delle Provincie e dei Comuni ma in stretto collegamento con le organizzazioni sindacali e con i Consigli di fabbrica la costruzione dell'Unità Sanitaria Locale, con tutti gli organismi democratici di base, significa non solo collegare la difesa della salute nei luoghi di lavoro posta dalle piattaforme contrattuali ad una organizzazione territoriale della sanità ma far confluire naturalmente nella lotta per la tutela della salute la generalità dei cittadini. Non solo, ma significa dare alla riforma sanitaria quel contenuto di rinnovamento che si realizza solo con la partecipazione, la verifica e l'iniziativa dei cittadini.

Le tappe della riforma sanitaria

E' in questo quadro attuale che si situano le proposte e le iniziative per l'assistenza psichiatrica e per la tutela della salute mentale. Del resto la vicenda psichiatrica ha seguito sempre strettamente – anche se in forma dialettica e contraddittoria – il dibattito e l'iniziativa per la riforma sanitaria cui ha dato contributi notevoli sul piano scientifico e democratico per l'affermarsi di un "nuovo modo di far medicina" e in cui ha trovato lo spazio adeguato per saldare il processo di deospedalizzazione con l'organizzazione nel territorio di servizi di tutela della salute mentale. Abbiamo parlato di un rapporto dialettico e contraddittorio, spesso si è trattato di un rapporto difficile derivante soprattutto dalla diversa qualità delle esperienze condotte e quindi dai livelli diversi di elaborazione e di proposta politica.

Per capire a che punto siamo oggi con l'esperienza, con l'elaborazione e con la proposta politica vale la pena di ripercorrere brevemente le tappe fondamentali attraverso cui è passata la vicenda psichiatrica, ed esaminare i contenuti alla luce dei problemi che oggi siamo chiamati ad affrontare nel quadro politico in cui viviamo, con l'intento di raccogliere tutte le costanti che ancora mostrano una loro validità.

Sulla scia del boom economico degli anni '60 e in chiara sintonia con le prospettive di sviluppo che sembravano connaturate alla espansione produttiva, il Convegno di Bologna del 1964, che si era proposto esplicitamente il compito di adeguare la legislazione ai nuovi orientamenti che maturavano in ambito scientifico, aprendosi alle esperienze e alle realtà che sorgevano al di fuori del nostro Paese, faceva propria la proposta di "una organizzazione dei servizi psichiatrici" sulla base del "settore territoriale" rapportato – come afferma la mozione conclusiva – "ad una popolazione che, al massimo della concentrazione non superi comunque i 100.000 abitanti e nel quale si attui l'operatività dell'equipe nelle varie istituzioni preposte all'assistenza psichiatrica (reparto ospedaliero, dispensario, ateliers, ospedale di giorno, ecc.....)".

Non è il caso quindi di sottolineare come in quel Convegno fosse del tutto assente

un'analisi dei meccanismi selettivi e di classe che portano al ricovero in Istituti e manicomî e come in generale si guardasse alla nuova organizzazione psichiatrica in termini di efficientismo e di razionalizzazione. La proposta del "settore", di una organizzazione psichiatrica territoriale, con equipe autonome, sufficientemente duttili e relativamente libere da regole istituzionali coercitive in grado di garantire continuità tra prevenzione, cura e riabilitazione ha circolato diffusamente nella provincia italiana senza che a quell'iniziale entusiasmo corresse dietro una qualche realizzazione pratica che consentisse una verifica reale, un esame circostanziato dei risultati. A ciò non sono estranei, probabilmente, gli sviluppi successivi della realtà economica, sociale e politica italiana che non ha giustificato gli ottimismo tecnocratici degli anni '60 e che anzi ha riproposto una realtà aspramente contraddittoria in cui sviluppo e sottosviluppo sono stati sempre tra loro strettamente condizionati e in cui repressione ed integrazione hanno costituito le facce della stessa medaglia. L'idea di un impegno nel territorio in difesa della sanità mentale ed il collegamento tra i momenti preventivi, curativi e riabilitativi – depurati da quella concezione tecnicistica in cui tale idea era sommersa – è quanto può essere ancora raccolto dagli atti ponderosi.

Successivamente le cose hanno preso un corso ben diverso. Sia pure gradatamente e faticosamente si è fatta strada l'esigenza della riforma sanitaria che ha aperto un orizzonte politico ben più ampio e quel che più conta è venuto avanti – in concomitanza con la caduta di tante illusioni riformistiche – un poderoso movimento di lotta che ha affrontato i temi concreti della condizione operaia e studentesca (meno i problemi delle campagne, del Mezzogiorno, dei disoccupati, erroneamente considerati le retrovie dell'ala marciante del capitalismo), il peso autoritario delle istituzioni di cui è stata disvelata la funzione di stabilizzazione dei rapporti di potere.

In questo contesto sono da collocare realtà come quella di Gorizia la quale ha potuto sussistere in virtù dei contributi che derivavano dalle lotte in corso ma che significativamente su di esse ha interagito con il suo carattere di liberazione totale.

Il fatto importante è che per la prima volta si realizzava in Italia quel rovesciamento pratico-istituzionale che toglieva alla psichiatria i caratteri di scienza ideologica e poneva con forza l'esigenza di distruggere i centri della esclusione per restituire alla collettività le contraddizioni che essa aveva allontanato da sé. Problema importante come quello della funzione e del ruolo del tecnico e della scienza, aspetti essenziali come quelli del rapporto tra esclusione sociale ed esclusione istituzionale trovano nella prassi goriziana non solo risposte ma verifiche puntuali. All'urto di questo complesso movimento si cercò di dare risposta con una legge "stralcio" che pur modificando alcuni aspetti più arretrati del vecchio Regolamento del 1909 lasciava inalterati tutti i meccanismi che erano all'origine della ospedalizzazione del malato di mente.

Era chiaro che occorreva ben altro per affrontare la pesante realtà istituzionale.

Già nel tema del Convegno di Venezia (1969) "Psichiatria e servizio sanitario nazionale" è chiaramente espresso il passo in avanti compiuto rispetto a Bologna; i problemi psichiatrici sono collegati con quelli sanitari più generali, ed è all'interno della U.S.L. (Unità Sanitaria Locale) che si individua "il baricentro direzionale del complesso dei

servizi di tutela della salute mentale”. La lettura del documento che afferma il principio della deospedalizzazione dell’assistenza psichiatrica lascia ancora un ampio margine di ambiguità per quanto riguarda i rapporti tra strutture psichiatriche ospedaliere e servizi territoriali e soprattutto l’U.S.L. appare ancora una struttura di cui non si definiscono né i contenuti né le articolazioni democratiche interne.

Siamo all’inizio della elaborazione della riforma sanitaria e il documento è in fondo uno specchio abbastanza fedele di quella fase di avvio. Appena un anno dopo, Reggio Emilia, altra tappa fondamentale della vicenda psichiatrica. Era già aperto nel Paese un grande dibattito intorno alle strutture segreganti dell’infanzia e classi differenziali, scuole speciali ed istituti medico psico-pedagogici erano sottoposti al fuoco di fila della contestazione scientifica e politica.

Il Convegno di Reggio ha avuto il merito di accumunare nella problematica tutta l’area della esclusione, dall’infanzia agli adulti e agli anziani e di delineare un fronte unitario, seppure articolato, di lotta alla segregazione. In più, l’organizzazione dell’assistenza psichiatrica non manicomiale, considerata chiave di volta per una inversione di tendenze alla ospedalizzazione del malato di mente, chiamava in causa la funzione e il ruolo degli Enti Locali, (tema del Convegno: Psichiatria ed Enti Locali) nei cui servizi sanitari territoriali dovevano trovare collaborazione con gli interventi delle équipes professionali.

Rimaneva ancora non sufficientemente motivata e resa credibile la linea di svuotamento delle strutture segreganti perché, probabilmente mancava una saldatura tra la lotta all’esclusione sociale e lotta all’esclusione istituzionale, ma l’U.S.L., perno di quella impostazione extra manicomiale, poteva uscire dalla genericità delle formulazioni e consentire una verifica pratica della possibilità di tutelare la salute mentale.

Nonostante gli aspetti contraddittori che è possibile riscontrare nel dibattito sui problemi psichiatrici, c’è stato in questi anni un effettivo avanzamento culturale e politico che ha riguardato non solo la qualità della proposta avanzata, ma insieme la maturazione che ha coinvolto tecnici, amministratori, politici, forze sindacali, lavoratori e più in generale l’opinione pubblica.

Anzi, c’è stato qualcosa di più.

I Convegni che hanno immediatamente preceduto l’attuale hanno approdato a documenti conclusivi controfirmati da autorevoli rappresentanti delle forze politiche che nel Paese e nel Parlamento svolgono un ruolo decisivo. Tutto lasciava credere che stava per maturare una situazione di svolta.

Purtroppo così non è stato. La realtà istituzionale è ancora tutta da demolire e l’U.S.L. è tutta da costruire.

La realtà toscana è di per sé significativa: al 1° Gennaio 1972 in sei ospedali della Regione erano presenti ancora 7000 degenti pari al due per mille della popolazione; il 50% di questi circa è costituito da ricoverati con oltre dieci anni di permanenza in O.P.; per il 58,31% degli ospedalizzati si tratta di ricoverati coatti. Non abbiamo, purtroppo, dati statistici sulla realtà regionale del ricovero dei bambini: sappiamo per diretta esperienza amministrativa che siamo dinanzi a un fatto di proporzioni semplicemente allarmanti. Il problema, poi, non è solo quantitativo perché la cronaca stessa e le nostre dirette in-

formazioni ci mettono dinanzi a situazioni che possono lasciare indifferente chi dà per scontata la distruzione dell'infanzia come partita in perdita del bilancio sociale.

Quale la ragione di questa divaricazione tra dibattito culturale, proposta politica e realtà istituzionale?

Dallo sfruttamento all'emarginazione

La realtà toscana e la realtà nazionale sono una delle espressioni di un meccanismo generale di sviluppo delle dinamiche sociali di esclusione, che portano necessariamente al generarsi di realtà istituzionali quali quelle che sono comprese nei dati che abbiamo citato.

Vogliamo dire che non si può considerare casuale, dovuta a fatalità, la presenza di una realtà quale quella dei manicomi italiani e in genere occidentali, così omogenea e regolata da leggi interne così rigide ed uniformi da prestarsi ad analisi totali ed esaurienti come quella di Goffmann; intendiamo invece dimostrare precisamente la *necessarietà* e la *funzionalità* dei manicomi, come strutture escludenti e repressive, rispetto alla realtà sociale e produttiva capitalistica.

La dinamica dei meccanismi di esclusione trae origine e risiede nel contesto dei rapporti di produzione e nella vita della società civile nel suo insieme. Tanto gli uni quanto l'altra rappresentano per l'individuo un insieme strutturato e rigido di regole la cui accettazione costituisce la sostanza stessa della ideologia e della cultura della società in cui viviamo, e perciò la principale struttura di riferimento reale e psicologica per le persone e per la collettività.

La grande maggioranza dei lavoratori vive nella fabbrica, il cui ordinamento produttivo, centrato sul profitto e basato sul lavoro monotono, ripetitivo e deresponsabilizzato, fonte di grave rischio per la salute del lavoratore, caratterizzato da norme che non ammettono discussione né deroga, rappresenta il nucleo stesso della struttura autoritaria della società nel suo insieme.

Non per caso l'espulsività delle grandi aziende organizzate in maniera "moderna e razionale" è altissima, fino a circa il 25% annuo alla FIAT di Torino; riteniamo legittimo considerare questo dato come la espressione numerica della forza e dell'importanza delle valenze espulsive dell'azienda capitalistica, in un fenomeno cinicamente definito dalle fonti statistiche padronali "ricambio della mano d'opera".

Tale entità, preoccupante per le sue proporzioni, che evidentemente vanno di molto al di là della quota "ammalata" di lavoratori, è diversa nelle aziende diversamente strutturate (dove non esiste il lavoro a catena, dove non esiste il cottimo, dove gli ambienti sono meno disagiati, dove la struttura del controllo sul dipendente è meno rigida, ecc.), ma non è detto che tali condizioni si realizzino in tutte le aziende di minori dimensioni, o di altri settori: è noto infatti che spesso le condizioni ambientali di lavoro sono più disagiati in aziende di piccole dimensioni (per es., la stessa FIAT ha delegato ad aziende artigianali i lavori di cromatura più altamente nocivi) in rapporto alla minor forza contrattuale delle maestranze. Nelle piccole aziende del resto, la minor ampiezza dei margini

di redditività, determina maggiori controlli sulla produttività dei lavoratori. Nelle campagne, altri sono i fattori di espulsività, innanzitutto fattori primari, economici, legati ai bassi redditi di una agricoltura soggetta da un lato alla sopravvivenza di condizioni produttive arcaiche, dall'altro ad una trasformazione capitalistica che ha estromesso o emarginato in un ruolo subalterno i lavoratori della terra. I lavoratori dei campi espulsi dalla produzione fra l'aprile 1971 e lo stesso mese del 1972 sono stati 499.000 contro i 202.000 espulsi dall'industria, su di una diminuzione complessiva di 632.000 unità lavorative. (Dati ISTAT luglio 1972).

Scendere nel concreto della realtà di dati come quelli che abbiamo citati e di termini usati, quali "espulsività", "esclusione", significa dire che un lavoratore espulso dalla produzione è una persona che ha perso il lavoro, che è diventato un disoccupato o un sottoccupato; questa è una prima condizione di esclusione sociale, che può essere transitoria o permanente, che può restare tale o costituire il primo gradino di un processo, la cui ulteriore trafila cercheremo di ricostruire e di rendere esplicita.

E' tanto evidente da non richiedere dimostrazione il rapporto che esiste fra la condizione di persona che vende la propria forza-lavoro e quella di persona che è esclusa dal mercato della forza-lavoro: vogliamo dire che per gli appartenenti alle classi subalterne non esiste alternativa, o si è sfruttati o si è emarginati.

Ma la disoccupazione non è l'unica condizione sociale di esclusione; si ricordi la grande categoria sociale dei pensionati, per i quali la cessazione del rapporto di lavoro corrisponde nella maggioranza dei casi ad un progressivo venir respinti ai margini della vita civile, nei giardini pubblici o nelle bettole; e ciò sia in dipendenza dei livelli degradanti della generalità delle pensioni, sia in conseguenza della chiusura per il vecchio di tutti gli spazi di vita.

Non è certamente estranea a questa condizione di fondo della categoria dei pensionati il fatto che essi, esclusi socialmente come stato sociale, siano grandemente esposti al rischio di venire esclusi anche in maniera istituzionale, nel ricovero, nell'ospizio, nel cronario e assai spesso in manicomio come punto di arrivo.

In tema di esclusione sociale, occorre ricordare che spesso questa condizione si intrecchia nelle stesse persone, per certi aspetti della loro esistenza, come quella di lavoratore: caso altamente rappresentativo di questa condizione di sfruttamento-esclusione sociale è quello delle lavoratrici a domicilio e più in generale delle donne lavoratrici, che passano dalle otto-dieci ore di lavoro in fabbrica alle cinque-sei ore di lavoro domestico, restando tagliate fuori da ogni possibilità di rapporto politico e sociale significativo; l'alta morbilità psichiatrica di questo gruppo sociale testimonia anche qui la connessione fra sfruttamento ed esclusione da un lato e dall'altro la oggettiva continuità fra condizione di esclusione sociale e quella di esclusione istituzionale.

In altra parte di questa relazione ci si è più diffusi nel chiarimento delle dinamiche di esclusione che fanno della fanciullezza una delle condizioni di maggior rischio; basti qui dire come le condizioni di vita nella attuale organizzazione sociale lascino per il bambino solo spazi diversi, separati da quelli degli adulti, proprio in conseguenza del modo come vivono gli adulti. E come spesso i servizi sociali per bambini abbiano, anche se sono a

tempo parziale, caratteristiche organizzative e modalità di funzionamento che tendono per certi versi a crear loro spazi di vita “specifici”, senza integrazione con la realtà, proponendo un modo pietistico e bamboleggiante di trascorrere il tempo, come se bambino fosse equivalente di “sciocco”: per altri, invece si riproducono nella vita del bambino caratteristiche negative tipiche della vita dell’adulto, come la uniformità imposta da taluni comportamenti, la rigidità organizzativa che si esprime in occasioni, come le colonie estive, che dovrebbero essere luoghi di libera espansione della personalità del fanciullo.

Del resto il bambino condivide in ogni caso la condizione sociale di esclusione della donna, al cui destino è legato in un vero e proprio doppio legame fra emarginati. Questa condizione di grave precarietà sociale è alla base dell’altissimo rischio di esclusione istituzionale che investe la fascia di età fra l’infanzia e l’età adulta; tanto alto è questo rischio che si moltiplicano gli sforzi di tamponamento tecnico-organizzativo delle contraddizioni presenti su questo terreno, col risultato di proporre rimedi peggiori del male.

Fin qui abbiamo esaminato forme per così dire fisiologiche di esclusione sociale, ma la realtà non si ferma qui. Pensiamo a ciò che rappresentano in una società come la nostra, gli invalidi, cioè quelle persone che hanno perso per specifiche ragioni sanitarie la capacità di vendere la forza-lavoro.

Occorre intanto premettere che la stragrande maggioranza di queste persone hanno perso la salute direttamente o indirettamente a causa di come è organizzata la vita sociale e produttiva del paese o a causa delle carenze organizzative igienico-sanitarie, si pensi agli invalidi del lavoro; ai cardiopatici – e al significato della malattia reumatica come malattia sociale –; ai pneumopatici – e al ruolo, nell’insorgenza di gran parte di quelle malattie, delle condizioni di abitazione o dell’aria che respira; ai traumatizzati sulla strada; e si vedrà ancora una volta confermato il rapporto fra modo di vita imposto dallo sviluppo capitalistico ed esclusione. Perché di esclusione si tratta, nel caso che stiamo esaminando degli invalidi, oggettivamente e soggettivamente.

L’aspetto soggettivo della condizione di invalido – ossia la coscienza che con la perdita della capacità di lavorare si è persa ogni credibilità sociale e quindi ogni potere – riduce l’ambito esistenziale delle persone vittime di questa condizione e ne determina un sentimento di inutilità, che del resto nella nostra società è realistico, e che ulteriormente spinge verso l’emarginazione ben più di quanto non sia imputabile alla malattia causa di invalidità.

Il fenomeno dell’invalidità – già di per sé massiccio per le cause sociali sopra ricordate – finisce giocoforza per venir dilatato nel tentativo di gestire in qualche modo, per impedire che esplodano, le tensioni derivanti dalla contrazione dell’occupazione attiva e dalla coscienza delle responsabilità della organizzazione sociale e produttiva nel determinare danni sulle persone.

La carriera dell’escluso

Il discorso sulle dinamiche sociali di esclusione è direttamente collegato a quello sulle forme istituzionali di esclusione, vale a dire sulla vera e propria segregazione di persone

rispetto al tessuto della vita sociale, attraverso la immissione delle persone stesse in appositi istituti, sotto i più diversi pretesti, assistenziali, sanitari, riabilitativi o rieducativi che siano.

Abbiamo già accennato al fatto che la espulsione dalla produzione corrisponde alla perdita di una quota importante di potere nella società: sosteniamo che in una società competitiva, perdere una quota di potere equivale ad aumentare il rischio di perderne ulteriormente, e che perdere potere sociale in misura progressivamente crescente significa cadere in situazioni di emarginazione sempre maggiore, al fondo della quale si trovano i reparti di lungodegenza dei manicomi, questi rappresentano vere e proprie stazioni di arrivo dell'esclusione, nelle quali l'unico "potere" che resta è quello di "fare il matto", secondo modi di confronto con la realtà istituzionale che vengono a costituire un vero e proprio "codice" della cronicità, secondo la definizione di uno studioso americano contemporaneo, il cui comune denominatore è la perdita di potere al punto da dover usare quali strumenti di pressione quelli estremi dell'evasione, del tentativo di suicidio, del delirio cronico istituzionale o dello sciopero della fame.

Ma esclusione istituzionale o segregazione non significa subito e necessariamente manicomio: i modi di entrare nella "carriera" di escluso sono molteplici e determinati dalla condizione sociale di partenza; una delle modalità più tipiche e diffuse di ingresso nella catena dell'esclusione istituzionale è quella del figlio illegittimo o del trovatello precocemente istituzionalizzato. Esiste nella nostra città un "viottolo", che partendo dal Brefotrofitro arriva, con alcune diramazioni, attraverso quattro o cinque istituti per minori, al manicomio; e questo viottolo è stato percorso da una serie non indifferente di bambini, fanciulli e giovani, fino al caso paradossale di una bambina approdata al manicomio da un ennesimo istituto, dopo esser stata ricoverata al brefotrofitro appena nata in quanto nata illegittima di una lungodegente del manicomio stesso. Gli episodi di emarginazione progressiva, graduale e necessaria, che parte dall'istituto per l'infanzia e porta al manicomio, dimostrano come il pretesto sotto cui l'espulsione è mascherata può essere il più vario e al tempo stesso assurdo: per esempio può essere l'implicito riconoscimento di un fallimento educativo o pedagogico – come è il caso di due lungodegenti dell'O. P. di Arezzo, ricoverati molti anni fa sotto il pretesto di "completare il ciclo didattico intrapreso in Istituto" (G.S. e C.G.C.).

Ma la modalità più generale secondo cui avviene il passaggio attraverso gli istituti fino al manicomio, è quella del mancato adeguamento del fanciullo ricoverato alle regole che l'istituto stesso si dà per la propria sopravvivenza: questa è dunque posta al centro, come ragion d'essere dell'istituzione, anziché il benessere del ragazzo ricoverato: su questa regola generale dei meccanismi istituzionali di esclusione cioè sulla predisposizione di regole capaci innanzitutto di garantire la propria esistenza, anche al prezzo del fallimento sul piano dei compiti istituzionali, torneremo ancora, anche perché si tratta di una delle considerazioni che ci rendono persuasi della necessità di condurre la lotta all'esclusione come risposta primaria ai reali bisogni delle persone, su tutti i piani, a partire da quello istituzionale, per spezzare con un processo di verifica e di negazione quella logica e quella prassi.

La esclusione con punto di arrivo in manicomio non parte solo dagli istituti per l'infanzia o per giovani, ma parte spesso, con un meccanismo inarrestabile se non dall'interno, e con grande impegno di proiezione all'esterno delle contraddizioni ivi presenti, dalla scuola e soprattutto dalla Scuola Speciale, che è essa stessa momento di emarginazione.

La Scuola speciale, a meno di un intenso lavoro, quale in talune circoscrizioni scolastiche di questa e di altre Provincie si sta conducendo, è un deposito di problemi capaci di provocare l'ospedalizzazione psichiatrica sia come punto di arrivo di una carriera fallimentare del ragazzo sia come unica soluzione pratica di vita per il ragazzo che vi ha completato il ciclo scolastico, in assenza di idonee strutture di appoggio e di socializzazione.

L'esperienza dell'ospedale psichiatrico della nostra provincia dimostra che un'alta quota di ricoverati provengono da istituti, Case di Riposo, ospizi, ed altre strutture di assistenza per gli anziani, portatori spesso di storie esemplari di come esistenze dedite al lavoro e alla famiglia si siano spente col raggiungimento dei limiti del pensionamento, e a poco a poco siano state avvolte nelle spire di un meccanismo che le ha spinte ai margini, dapprima nella società, poi in istituto, dove spesso è stato il trauma emotivo del ricovero a provocare la crisi, magari organica, che ha provocato il ricovero in O.P.: ne derivano ricoveri in genere difficilissimi da gestire per la difficoltà di restituire speranza a persone che non hanno alcun motivo per averne e che spesso conducono a una definitiva ospedalizzazione o addirittura alla morte.

Non intendiamo diffonderci ulteriormente sui modi come si può arrivare al ricovero in O.P. al termine di una catena nella quale si trovano anelli ad ogni livello nelle istituzioni totali.

Riteniamo invece utile analizzare almeno brevemente quali sono i fatti che rendono il manicomio la struttura idonea a costituire il punto di arrivo di un processo di tale genere. Il manicomio è organizzato in maniera da poter tranquillamente affrontare qualunque tipo di comportamento del paziente: è diviso in reparti dalla cui denominazione traspare il tipo di "condotte" che vi vengono ospitate ed in cui il minor grado di oppressione e il massimo di comfort e di libertà sono raggiungibili solo da chi "sta bene" anziché da chi ne ha bisogno, il quale magari è quello che "stando peggio", si comporta da "inquieto" od è "sudicio e mal proprio"; il fatto che il manicomio sia attrezzato con celle di isolamento, con strumenti di contenzione fisica implica che al suo interno comportamenti come quelli per cui ci si attrezza sono attesi e giudicati gestibili solo in quel modo. Nel manicomio i reparti sono diversi l'uno dall'altro perché anche all'interno di esso esistono dinamiche di esclusione nel personale e persino fra i degenti, dinamiche che spingono verso il trasferimento ai reparti di lungodegenza per i pazienti che hanno maggiori difficoltà a risolvere la loro crisi, e persino verso il trasferimento in altri manicomi o al Manicomio giudiziario.

In questo senso il manicomio tradizionale è ben più tollerabile in una società come la nostra: è *funzionale esattamente come è*, per funzionare da punto di approdo e da sbocco per storie di esclusione cominciate nella società, per causa dell'organizzazione sociale, e

sviluppatasi negli istituti, che si dimostrano tappe inutili, incapaci di impedire il processo stesso in quanto parti essenziali di esso e che, anzi, su di esso vivono.

Si dice che una analisi quale quella da noi condotta sui rapporti fra società, meccanismi di emarginazione insiti nel suo funzionamento e realtà istituzionali implicite in questi meccanismi, pecca di ideologismo, di determinismo meccanicistico e che in realtà ciò che noi chiamiamo esclusione è la fatale conseguenza delle qualità intrinseche della malattia mentale, unita a talune pecche organizzative, puramente quantitative della organizzazione degli istituti e degli O.P.; crediamo che tali posizioni, se sono rappresentate in questo Convegno, emergeranno criticamente a livello di dibattito e con esse sarà possibile un confronto: vogliamo però chiarire fin d'ora che mentre siamo convinti dell'esistenza determinante di un preciso nesso di necessità fra struttura sociale e dinamiche di esclusione, nonché del modo in cui le strutture istituzionali si inseriscono in quella dialettica, pensiamo anche che tali nessi non siano affatto invincibili ed ineliminabili, che anzi il nostro impegno è quello di confrontarci *a tutti i livelli* con tali processi in quanto riteniamo che sia possibile spezzarne la logica interna e il pratico svolgersi con una precisa azione di verifica collegata con le maglie del tessuto sociale da cui quei problemi emergono per essere scaricati alla gestione psichiatrica. Ma è anche evidente che una analisi di questo tipo – che vede i problemi nella loro dimensione e nei loro collegamenti sociali, ma non li accetta fatalisticamente e invece vi si confronta dialetticamente – ci conduce ad una valutazione sulla posizione, sul ruolo del tecnico che sta all'interno di quella logica, in maniera magari passiva e neutrale – il che vuol dire, sul tecnico di tipo tradizionale -. Occorre innanzitutto partire dalla constatazione che ogni passo sulla scala dell'esclusione è convalidato da giudizi tecnici che ne tentano di avallare la sostanza: convinti come siamo che ogni tipo di potere troverà sempre i tecnici disponibili a convalidarne le scelte, riteniamo d'altra parte che un tecnico possa sempre trovare lo spazio per esprimere linee critiche, a patto che possa (e voglia) trovare collegamento con le forze che si avvantaggerebbero di quella sua scelta di autonomia e possano garantirgliela; occorre però che i tecnici prendano coscienza – e questo fenomeno è cominciato a verificarsi a livello di massa in coincidenza delle lotte del 1968/69 – del ruolo delegato in cui si trovano di fatto restando all'interno della logica istituzionale dell'esclusione.

Avallo tecnico e ideologia istituzionale

Questo processo di presa di coscienza non è facile in quanto passa attraverso il rifiuto di un ruolo privilegiato, che fornisce sicurezza ed elimina l'ansia della ricerca della via alternativa. Del resto il tipo di delega in base alla quale il tecnico opera non è mai una delega brutta ma è mediata dallo stesso bagaglio culturale e ideologico del tecnico, che lo ha assimilato negli anni della formazione e in quelli della prassi. Ma donde nasce quella cultura, quale è la matrice di quella ideologia, se non la stessa realtà istituzionale nella quale sono chiamati ad operare i tecnici che in essa si sono formati? Non è in manicomio che generazioni di psichiatri hanno fondato i loro lavori, creando evidentemente sulla base dell'esigenza della salvezza istituzionale, tutta una serie di concetti che poi la critica

ha smontato? Non è forse *all'interno* della logica dell'esclusione che si è dato credito e valore decisivo ai test mentali usati come strumento indiscriminato di selezione e *dépistage* diagnostico nella scuola? E non è forse vero, al contrario, che la scienza più moderna ed aggiornata convalida le scoperte e le intuizioni di chi operando all'interno delle istituzioni, ma verificando il proprio lavoro in maniera rigorosa, e soprattutto analizzando la contraddizione tra i fini terapeutici e realtà carceraria, forniva la pratica dimostrazione che è *possibile* capovolgere la linea di condotta manicomiale, negare l'istituzione come realtà di oppressione, in un processo tecnico in quanto scientificamente fondato, ma anche profondamente politico e democratico in quanto capace di lavorare con i pazienti, attraverso la negazione della propria onnipotenza tecnica, attraverso un profondo coinvolgimento degli infermieri, attraverso una proiezione all'esterno che rendesse alla società le sue contraddizioni anziché continuare ad occultarle in una gestione separata? Al di fuori di una linea di verifica e di negazione istituzionale, non è possibile fronteggiare in maniera compiuta le dinamiche di esclusione che sono l'obbiettivo primario da conseguire nella lotta per la salute mentale. Si potrebbe dire che la lotta anti-istituzionale si conduce stando fuori delle istituzioni e attaccandole dall'esterno, facendo loro mancare, per così dire, l'alimento, nel senso di predisporre filtri che impediscano o almeno rallentino l'afflusso delle persone verso di esse. Su questa linea muovono o si sono mosse alcune esperienze italiane e straniere di questi anni. In appoggio alla revisione critica di questa linea, che è già in atto all'interno stesso di alcuni di quei gruppi a seguito dei limitati risultati che essa ha fornito, e come contributo al chiarimento delle cause del mancato funzionamento di essa, indichiamo alcuni dei motivi che a parer nostro configurano un fenomeno tipico della fisiologia istituzionale: l'autonomizzazione della istituzione dalla realtà che l'ha determinata e l'assunzione di modi di essere e di funzionare propri, specifici, nella direzione dell'autoalimentazione e quindi dell'automantenimento. Questo accade innanzitutto perché le istituzioni in genere costituiscono una realtà economica di grande consistenza; in taluni casi – che sono quelli in cui l'autonomizzazione è più marcata – quella realtà economica ha scopi e funzionalità aziendali, cioè di rendita, al di fuori del controllo dei poteri democratici sulle linee direttive che segue per perseguire tali scopi. Parte integrante di tale consistenza economica – che si traduce immediatamente in potere a livello politico e sociale – costituisce il ruolo di datore di lavoro che l'istituzione – pubblica o privata che sia – riveste. E' evidente che una forza economica, che produca reddito, qualora sia attaccata non è disposta a mettersi in discussione come tale, anzi, reagirà all'attacco nella stessa misura in cui questo lo vorrà mettere in pericolo, producendo una serie di trasformazioni tendenti a rendere più difendibile la propria posizione, cioè attuerà un processo di razionalizzazione delle contraddizioni più evidenti pur nel mantenimento della stessa logica istituzionale.

Un altro importante motivo del fenomeno di auto alimentazione istituzionale – che già abbiamo accennato in precedenza – è la capacità della istituzione di esercitare una sorta di attrazione "gravitazionale" in virtù della ideologia che si produce al suo interno; è evidente che il segno di quella ideologia non può che essere conservatore rispetto alla istituzione stessa e che può cambiare solo nella misura in cui la gestione della istituzione

cessi di considerare la propria conservazione come principale o unico elemento di riferimento, ma trovi collegamento con altre forze interessate alla lotta contro l'esclusione, sappia usare la cultura istituzionale come mezzo per distruggere l'istituzione anziché per mantenerla e rafforzarla.

Smantellamento del manicomio e riqualificazione del personale. La tappa della comunità terapeutica

E' necessario a questo punto trarre dalle considerazioni precedenti, sulle quali ci siamo volutamente dilungati, le conseguenti direttrici operative. La prima fondamentale linea che discende dalle premesse che abbiamo posto e che condiziona le altre direttive, è quella della necessità, all'interno di qualsiasi programma di Igiene Mentale, *di proporsi lo smantellamento delle strutture manicomiali*, a breve o a lungo termine a seconda delle circostanze, ma comunque in via strategica e operando *anche* dall'interno del manicomio stesso e delle strutture istituzionali in genere.

Questo obbiettivo, che abbiamo definito strategico, si articola a parer nostro in alcuni obbiettivi politici e di gestione, preliminari e intermedi. Il primo di questi obbiettivi politici è quello della provincializzazione degli O.P. che sono proprietà di Enti privati, quali Opere Pie, e della assunzione in gestione diretta sempre da parte delle Provincie, degli O.P. dipendenti da Consorzi inter-provinciali. Siamo perciò decisamente contrari alla trasformazione degli OO.PP. in Enti Ospedalieri non tanto già per una difesa d'ufficio della funzione della Provincia ma per i pericoli gravissimi che ciò comporterebbe proprio ai fini della linea di politica sanitaria per cui stiamo lavorando. E' ormai un dato della nostra realtà sanitaria, l'aumento abnorme dei ricoveri negli ospedali generali fino a compromettere la loro stessa capacità ricettiva.

Il fenomeno è certamente determinato da un complesso di fattori tra cui rilevante è l'assistenza mutualistica che si è dimostrata un incentivo alla ospedalizzazione. Ma non poca responsabilità è da attribuirsi alla nefasta logica aziendale che è alla base dell'Ente Ospedaliero e che fonda la sua economicità proprio sulla piena utilizzazione delle strutture. Si comprende facilmente cosa accadrebbe se questa logica dovesse essere trasferita negli OO.PP. per i quali abbiamo posto l'obbiettivo primario della loro distruzione!

Ma insieme a questa ragione negativa affermiamo che solo un Ente democratico e territoriale come la Provincia, per la quale si configura un fondamentale ruolo di promozione e di coordinamento delle realtà comprensoriali e comunali, potrà porre in essere quella politica di smantellamento delle strutture manicomiali che richiede un rapporto diretto ed organico tra tutti gli Enti Locali e le loro eventuali aggregazioni. Del resto sono sempre più numerose le Provincie che si pongono concretamente l'obbiettivo della lotta alla esclusione e già alcune di esse possono portare un bilancio positivo di iniziative e di realizzazioni. Ci rendiamo conto che la provincializzazione degli OO.PP. è una condizione necessaria ma non sufficiente perché l'annullamento degli ospedali ha bisogno di una disponibilità e di un contributo dei tecnici che possano dare sostanza e realtà alla volontà politica, ma l'assunzione di impegni diretti da parte delle forze politiche respon-

sabili su tutto il territorio della politica sanitaria è certamente un indispensabile punto di partenza anche al maturare di un rapporto nuovo dei tecnici con la collettività. Altrimenti gli inconvenienti dianzi indicati – mancanza di controllo democratico sulle scelte di fondo e sulla gestione, automatizzazione, assunzione di un grande potere economico e sociale, funzionamento secondo una logica aziendale – costituiscono i maggiori ostacoli ad un'azione di rinnovamento.

In questa linea di pubblicizzazione degli O.P., ma più in generale in tutte le iniziative politiche tendenti a smantellare gli O.P. e gli istituti della segregazione riteniamo si debba fare i conti con la realtà occupazionale che essi rappresentano, innanzitutto garantendo i livelli di impiego attuali, ma anche puntando sulla capacità delle forze sindacali di portare un contributo di linea e di prassi nel processo di rinnovamento: occorre ricordare che prima di tante altre forze il sindacato C.G.I.L. –enti locali ed ospedalieri nel Convegno di Falconara, ha saputo esprimere una coerente linea verso la deospedalizzazione nell'assistenza psichiatrica, dando la garanzia che non saranno certo i lavoratori a ostacolare con esigenze corporative il disegno politico di eliminazione dei manicomi. Occorre però, ed anche questo obiettivo fu indicato a Falconara, che la trasformazione e il rovesciamento dei manicomi si traduca in un reale processo di riqualificazione professionale per i lavoratori psichiatrici.

Abbiamo affermato il processo di smantellamento dell'O.P. stesso per creare la garanzia di lottare contro le tendenze di esso di autoalimentarsi e per creare le premesse della negazione istituzionale.

Il lavoro interno dell'O.P. nella linea del suo smantellamento si identifica con il processo della Comunità Terapeutica. Questo è un concetto ormai consueto per la cultura psichiatrica occidentale, anche se di fatto la sua diffusione è alquanto limitata ad esperienze nuove di zecca più che a realtà vecchie in trasformazione. Questo fatto non deve stupire perché mentre prova da un lato che la C.T. garantisce la funzionalità delle istituzioni laddove questa non esiste nell'O.P. o nella clinica psichiatrica tradizionale, d'altro canto non fa che confermare il significato eversivo che il processo della C.T. assume rispetto alle strutture segreganti proprio in quanto punto terminale di una catena di emarginazione. Dotati delle caratteristiche di tendenziale autonomizzazione, i manicomi hanno fin qui rifiutato la trasformazione comunitaria perché questa significa la morte del manicomio stesso.

Che cos'è la C.T.? E' la utilizzazione completa di tutte le risorse istituzionali nella direzione di una completa e continua verifica democratica sulla realtà e sulla cultura manicomiale, vista come cultura che è separata ma che è pure il concentrato di tutte le contraddizioni esterne: è un processo di verifica, che sappia evidenziare e demistificare le funzioni istituzionali e che sappia far emergere da un contributo crescente per estensione e qualità all'interno dell'O.P., linee alternative di sviluppo e crescita fra il personale e fra i degenti, una linea dunque quella della C.T. che si pone di fatto nella direzione della lotta per l'autogestione della salute. La C.T. sta come risposta ai bisogni reali dei pazienti e della collettività e non già come generatrice di bisogni nuovi, artificiali, o come risoltrice di conflitti secondo una logica separata: la C.T. – con il costante rimando alla

realtà istituzionale e sociale – determina la possibilità di verificare la condizione di tutti e di ciascuno rispetto a quelle realtà e di innescare una certa dialettica di liberazione individualizzata ma collettiva, cioè valida per tutti, ed al tempo stesso realistica nel senso di sfuggire alla tentazione di tutto superare e risolvere nel proprio ambito con un'ambigua attività puramente medica, o con semplici miglorie organizzative ed ambientali. Giova notare a questo proposito che il pericolo di istituzioni semplicemente “non repressive” è quello di provocare una dipendenza istituzionale pressoché generalizzata che viene a configurarsi come il maggiore ostacolo alla deospedalizzazione, soprattutto dei lungodegenti; ciò significa che un processo di modernizzazione dell'O.P. è compatibile con un programma di deospedalizzazione solo attraverso la C.T., che consiste, soprattutto, in una certa sua fase, nella verifica dei motivi che tengono le persone in ospedale.

In conclusione occorre portare la lotta contro l'esclusione, a tutti i livelli in cui questa si esprime, cioè occorre fronteggiare le dinamiche di esclusione sociale presenti a livello di organizzazione della vita e del lavoro, nelle fabbriche, nella scuola, mantenendo a quel livello la sede di soluzione dei problemi che invece implicano il rischio della emarginazione; ciò significa che non si devono creare a livello del territorio nuovi bisogni psichiatrici, ma che occorre invece individuare, proporre, e far penetrare un nuovo metodo di lavoro nell'affrontare il complesso terreno della lotta all'esclusione e dell'Igiene Mentale. Contestualmente a questo lavoro sul territorio, deve svilupparsi un impegno a livello delle strutture segreganti, che miri a colpirne la logica per capovolgerne la funzionalità, per farle cioè diventare sedi di contestazione della logica e della prassi dell'esclusione attraverso il metodo della C.T. tutto questo insieme di sforzi intra ed extra istituzionali vanno a collocarsi nel più ampio contesto della Unità Sanitaria Locale, che deve rappresentare la garanzia di partecipazione democratica alla gestione della lotta per la tutela della salute, e la garanzia al tempo stesso che la gestione dei problemi specifici della salute mentale non ridiventino il veicolo privilegiato delle tendenze espulsive della società, con l'avvallo di tecniche separate dalla realtà dei problemi.

Riteniamo che la lotta all'esclusione fuori e dentro l'O.P. vada ricondotta ad unità, nel senso di essere improntata ovviamente agli stessi principi direttivi; riteniamo che in via generale sia da preferire che ambedue gli interventi siano svolti da un servizio unitario. Questa è una fondamentale garanzia di continuità politica e terapeutica dell'intervento nei riguardi dell'utente del servizio, che oggi può trovarsi nella condizione di degente, e domani in quella di dimesso alle prese con i problemi del reinserimento, e che in ogni sua vicenda esistenziale ha diritto ad essere appoggiato con omogeneità di indirizzi. Del resto la formazione di quadri operativi consapevoli della complessità della lotta all'esclusione non può che ottenersi in un ambito operativo in cui esista l'esigenza di affrontare i problemi ad ogni livello, in ognuna delle fasi in cui più alte sono le valenze espulsive.

Rifiutiamo la psichiatria come adattamento ai valori dati: l'unità sanitaria locale

Questo modo di impostare la lotta alla esclusione in tutti i suoi momenti, presuppone

e richiede una gestione sociale dei problemi psichiatrici, come rottura della separazione tecnica o scientifica relativa al controllo sociale del malato, insieme ad un impegno della collettività per la presa in carico del problema che dalle istituzioni viene restituito al territorio. Appare evidente come questa impostazione sia contraddittoria con la proposta dell'organizzazione dell'assistenza psichiatrica sulla base del "settore territoriale", perché pone in primo piano i bisogni e non le strutture, i contenuti e non le formule, perché non separa l'atto tecnico dal contesto sociale e non affida ad équipes e strutture specialistiche separate la gestione del malato mentale.

Il pericolo della psichiatrizzazione della popolazione è troppo grave per essere sottovalutato. Anche per questo vogliamo creare una diffidenza di fondo verso la psichiatria intesa come scienza tesa a realizzare uomini efficienti, ragionevolmente prevedibili e soprattutto capaci di realizzare l'adattamento alla realtà data. L'intervento tecnico ha un significato liberatore e non conformistico se si colloca all'interno di una considerazione che scandaglia la trama dei rapporti sociali, i disvalori e i conflitti che allontanano gli uomini tra loro e se crea i presupposti perché il mutamento delle condizioni che fondano la personalità sia opera del più vasto schieramento di forze sociali e politiche. Ma il rifiuto della settorialità della psichiatria ha motivazioni di ordine generale che ci riconducono direttamente alla riforma sanitaria.

La stessa definizione data dall'O.M.S. della salute "uno stato di completo benessere fisico e psichico" rappresenta sul piano culturale l'avvenuto superamento della divisione della medicina in branche separate. Questa riconquistata unitarietà nella considerazione dell'uomo comporta il superamento di ogni frazionamento dell'atto sanitario e quindi di ogni servizio che si ponga il fine esclusivo di tutelare una "parte" della vita dell'uomo. Il concetto di globalità, insieme a quello di continuità e di unitarietà, è alla base della riforma sanitaria per cui ci battiamo e dà un significato profondamente rinnovatore alla stessa Unità Sanitaria Locale.

Il livello di consapevolezza raggiunto dalle forze sociali e politiche impegnate in Toscana per la conquista di un sistema di sicurezza sociale permette oggi di porre il problema della promozione della salute mentale e della rimozione delle cause di disagio e di malattia di tipo psichiatrico in modo nuovo rispetto al passato evitando mistificazioni e deleghe psicocratiche. Il problema infatti deve essere posto come necessità di identificare una linea di lotta contro l'emarginazione e la esclusione dovunque esse si presentino (nel territorio e nei luoghi di lavoro, nella gestione attuale della salute, nella scuola) a partire dai centri di esclusione istituzionale (istituti per minori, ospedali psichiatrici, ospizi per anziani) secondo una continuità di intervento che veda protagonisti sia gli assistiti che le forze politiche impegnate attualmente nella lotta, che i tecnici sanitari che operano nel settore psichiatrico e più in generale nell'area sanitaria.

La deportazione dei pazienti deve finire

Prima di passare ad una trattazione articolata delle varie realtà psichiatriche provinciali è necessario portare alla evidenza un fenomeno generale la cui persistenza costituireb-

be un grave ostacolo al raggiungimento dell'obiettivo della distruzione dei manicomi e degli istituti medico-psicopedagogici. Ci riferiamo al problema della "deportazione" dei ricoverati che ha tanti risvolti umani, sociali oltre che amministrativi e politici. Non abbiamo dati completi riguardo la Toscana, ma certamente questo problema ha un'incidenza notevole per alcune strutture psichiatriche: a Volterra, ad esempio, su 1650 presenti circa, ben 653 provengono da province diverse da quelle consorziate nell'ospedale e la maggior parte, anzi 594 per la precisione, è originaria da altre Regioni italiane. A questo va aggiunto il meno noto fenomeno della trasmigrazione dei minori che "viaggiano" da un Istituto all'altro, al di fuori di ogni controllo democratico, in una sorta di dolorosa e civica "via crucis".

A questa situazione bisogna mettere fine nel più breve tempo possibile sia per evitare il gigantismo e il rafforzamento della autonomizzazione delle strutture istituzionali sia soprattutto perché una politica di dimissioni è possibile quando esiste una qualche relazione tra il ricoverato e il gruppo sociale da cui esso è stato allontanato. Strumento di questo intervento potrebbe essere insieme alla pubblicizzazione degli Istituti della segregazione la revisione o l'annullamento delle convenzioni stipulate tra gli OO.PP. e le AA.PP. e sottoposte come previsto dall'art.72 del R.D. 16 agosto 1909 n.615 a parere preventivo dei Consigli Provinciali di Sanità.

Come distruggere le istituzioni della violenza

Il problema che si pone a questo punto e che deve trovare nel convegno attraverso il dibattito generale e i lavori delle Commissioni, una attenzione di fondo è come realizzare la distruzione delle istituzioni della segregazione (istituti, manicomi,.....) operando contestualmente all'interno di esse e nella U.S.L., cioè nel territorio in cui si realizza il flusso della esclusione sociale. E ciò tenendo conto della varietà e diversità delle situazioni delle province toscane sia per quanto attiene la presenza o meno di ospedali gestiti direttamente dalla AA.PP. sia per quanto riguarda la diversa configurazione di strutture sanitarie operanti nel territorio. Infatti mentre 4 province gestiscono un proprio ospedale psichiatrico (Firenze, Arezzo, Pistoia, Lucca) due dispongono di una struttura e gestione consorziate (Livorno, Pisa), due ancora sono prive di un ospedale (Massa Carrara, Grosseto) e Siena utilizza una struttura manicomiale eretta in Opera Pia. Abbiamo così tutto il possibile ventaglio delle configurazioni giuridiche.

Il fatto, però, che le AA.PP. non gestiscono direttamente ed immediatamente l'O.P. non significa giustificare posizioni di attendismo o di rinuncia.

Anche nella diversità delle situazioni è possibile – a nostro parere – delineare un impegno unitario nella lotta contro la esclusione, un impegno che si fondi non già su formule o schemi ripetibili, ma sulla comune volontà politica di affrontare le radici della esclusione sociale e la realtà della esclusione istituzionale, commisurando tale volontà ai contenuti da realizzare.

Per maggiore chiarezza espositiva suddividiamo l'esame della realtà istituzionale in due gruppi con livelli diversi di difficoltà ma con la comune esigenza che la lotta al-

l'esclusione sociale ed istituzionale divenga anche impegno comune.

Province che dirigono l'Ospedale Neuropsichiatrico (Arezzo, Firenze, Lucca, Pistoia)

In queste province l'obbiettivo primario, fondamentale è quello della distruzione dell'O.P. e su questo si potrebbe essere tutti o quasi tutti d'accordo perché fino a quando sussisterà il manicomio, che di fatto si pone come approdo inesorabile nella scala delle esclusioni, non potrà essere interrotta la "carriera" del disadattato o del malato di mente.

La lotta all'esclusione deve essere condotta dovunque si realizzi nel tessuto sociale e nell'istituzione psichiatrica. Vogliamo dire con estrema chiarezza che a queste conclusioni giungiamo non solo per la via umanitaria che ci ha fatto vedere di che lacrime grondi e di che sangue questa moderna fabbrica della follia, non solo per la via del senso solidaristico verso proletari e sotto-proletari sottoposti in questi anni ad un vero e proprio "massacro sanitario", come un degente ha definito la realtà manicomiale. Oggi possiamo dire con certezza che la distruzione del manicomio ha una sua convalida scientifica non solo nelle posizioni più moderne della scienza psichiatrica ma soprattutto nelle verifiche scientifiche che si sono potute realizzare e che hanno dimostrato che la stessa riabilitazione si raggiunge in un processo di rapporti non interpersonali ma sociali. L'ospedale psichiatrico anziché curare la malattia finisce per aggravarla. E questo è paradossale!

Ma lo svuotamento di un ospedale non è un atto burocratico-amministrativo che per essere astratto dalle condizioni reali dei degenti finisce per tradursi in una decisione avventuristica, senza giustificazioni e senza basi. Questo obbiettivo si raggiunge con un rovesciamento della prassi: un lungo e tenace lavoro è necessario per superare la atomizzazione delle situazioni e per una presa di coscienza collettiva della condizione di esclusione. Anche qui attenzione alla falsa umanità, alle adesioni formali e fittizie. Per nostra esperienza abbiamo sentito definire "Comunità terapeutiche" reparti che erano la summa della violenza e della segregazione! Ed allora bisognerà intendersi anche sulle definizioni, per andare al di là della facciata e giungere al nocciolo del problema. La 1^a Commissione avrà in particolare questi compiti. Per intanto possiamo aggiungere, a quanto già detto, che la Comunità Terapeutica pur essendo un fatto scientifico verificato non è una struttura tecnica più raffinata che si sostituisce alla tradizionale gestione manicomiale. E' più propriamente il processo attraverso il quale la collettività prende coscienza che il problema della esclusione, la cui gestione è stata fino ad oggi delegata al tecnico della malattia mentale, è un problema che riguarda tutti, perché a tutti appartiene. E in questa presa di coscienza, in questa riappropriazione del problema da parte della collettività che si modifica quella concezione della pericolosità che è ancora in larga misura la ragione della diffidenza di una parte di cittadini verso l'ospedale aperto. Se non vi è questa saldatura tra l'iniziativa per il superamento della regressione e della passività in ospedale e la presa di coscienza della collettività non solo la distruzione dell'ospedale non è possibile ma restano in piedi gli anelli della catena dell'esclusione, che producono incessantemente il manicomio. In questa prospettiva la garanzia per realizzare questa

saldatura e per condurre una battaglia a tutti i livelli contro la esclusione sta, come già detto, nella unitarietà del servizio psichiatrico, nell'evitare la pernicioso distinzione organizzativa tra attività ospedaliera ed attività extra-ospedaliera. E' questa unitarietà che consente di intervenire con coerenza metodologica, su tutta la fascia della esclusione senza interruzioni burocratiche e senza gestioni tra loro contraddittorie.

All'interno di questo processo reale si risolve l'importante problema della qualificazione professionale dei tecnici. Il nuovo ruolo si identifica e si prepara per mezzo di una qualificazione non solo tecnica ma anche sociale, nella consapevolezza dei problemi che stanno a monte della malattia e nella capacità di realizzare quei collegamenti e quelle iniziative che appaiono indispensabili per la realizzazione di una giusta risposta ai bisogni della collettività in tema di salute mentale.

Lo smantellamento degli ospedali, lo abbiamo già affermato, significa restituzione alla collettività dei problemi e delle contraddizioni dai quali essa ha inteso separarsi per non mettere in discussione la realtà data, problemi e contraddizioni che richiedono ora risposte adeguate nel territorio. Di questo ci occuperemo più avanti nell'affrontare questioni proprie dell'Unità Sanitaria Locale.

Province che non gestiscono direttamente l'Ospedale Psichiatrico (Siena, Grosseto, Livorno, Pisa, Massa Carrara).

Anche se può sembrare superfluo, data la scelta già compiuta da alcune provincie, è bene ribadire che nessun incoraggiamento deve essere dato alla costruzione di nuovi ospedali. Il fatto poi di non gestire la istituzione psichiatrica non deve autorizzare nessun attendismo, e nessuna rinuncia a condurre la lotta contro l'esclusione, ivi compresa quella che si realizza nel manicomio. Come? Non è possibile dare qui ricette univoche e circostanziate.

Il dibattito e i lavori delle Commissioni ci daranno un quadro più aderente alle varie realtà. Si intravedono fin d'ora alcune possibilità che possono consentire alle Provincie un'azione efficace per invertire le linee di tendenza attuali. In primo luogo è necessario chiedere a tutte le forze politiche democratiche l'assunzione di una piena e diretta responsabilità nella battaglia contro l'esclusione, nella quale far confluire un largo schieramento di forze sociali e di operatori sanitari entro e fuori l'istituzione, dando spazio a tutte quelle iniziative che possono essere assunte per avviare un effettivo processo di rinnovamento. Il ruolo delle AA.PP. in questa sensibilizzazione della collettività ai problemi della de-istituzionalizzazione dei minori e degli adulti è fondamentale perché è in rapporto a questa crescente maturità che aumenta la possibilità di incidere direttamente sulle stesse strutture manicomiali che non potranno certo sottrarsi ad una certa verifica pubblica.

Tenendo conto delle competenze che spettano alle AA.PP. nel campo della igiene mentale e degli oneri relativi, potrebbero essere utilmente stipulate convenzioni tra i Servizi di salute mentale delle Provincie e i Consigli di Amministrazione degli OO.PP. che abbiano come contenuto essenziale l'impegno comune a svuotare le istituzioni. Ma

il problema decisivo è quello della natura, della funzione e della collocazione dei Servizi di salute mentale.

Intanto, i Servizi devono costituirsi non già sulla base di schemi precostituiti, in una specie di delirio organizzativo, ma sulla base dei bisogni continuamente verificati perché non si produca una incentivazione indotta dalla domanda psichiatrica in luogo della eliminazione delle cause dei disagi di natura psichica. E' chiaro altresì che compiti essenziali dei Servizi di salute mentale, decentrati nelle U.S.L. sono quelli di avviare, intervenendo attivamente, un processo di svuotamento degli istituti e degli ospedali psichiatrici, di affrontare i problemi che vengono a porsi nel territorio per una gestione alternativa alla esclusione istituzionale, di interrompere il rischio di emarginazione sociale immanente in ogni problema di tipo psichiatrico, di rispondere in modo nuovo ai problemi della sofferenza individuale.

In questo senso gli ambulatori, i Centri di igiene mentale, non si proporranno gestioni separate dal contesto sociale in cui operano, ma saranno organismi di consulenza e di appoggio dell'U.S.L. per creare la condizione per una gestione collettiva della salute mentale, contribuendo a identificare le cause e le contraddizioni sociali ed economiche che favoriscono l'insorgere di difficoltà psichiatriche. Compiti puramente diagnostici, semplice dispensa di farmaci, controllo del comportamento non dovranno costituire l'obiettivo dei Centri di Igiene mentale e degli ambulatori.

Lo svuotamento di istituti ed ospedali sono il problema della costruzione di strutture alternative come momento transitorio ma necessario di risocializzazione dei ricoverati in tutti quei casi in cui si renda impossibile il reinserimento nel gruppo familiare. E su queste strutture intermedie, Centri di assistenza diurna e notturna, Centri assistenziali per degenza a breve termine, servizio residenziale post-cura, gruppi famiglia, occorrerà fermare l'attenzione per fugare quell'ambiguità di fondo che le caratterizza. Credo che in questo campo sia importante la valutazione e il confronto delle esperienze e delle realtà per cogliere il ruolo effettivo svolto da queste strutture nella lotta alla esclusione. Qui, in via preliminare, si può solo tentare di esaminare questo problema nel quadro più ampio della impostazione che vogliamo dare al problema della salute mentale. Il reinserimento che noi sosteniamo non è una semplice restituzione del degente o del minore alla famiglia o alla società cui chiediamo una tolleranza nuova, pacificatrice, magari con la garanzia di un supporto tecnico, assistenziale. E non si tratta neppure di aggiungere ad una terapia individuale la psicoterapia delle famiglie. Il problema è molto più complesso, più complicato e difficile, perché il reinserimento significa creare condizioni sociali nuove, perché i problemi e le difficoltà di ogni cittadino, sia stato o no coinvolto in una gestione istituzionale, siano fatte proprie dalla collettività organizzata per una modifica delle basi su cui essa si è strutturata. Lavorare in fabbrica o in qualsiasi altro luogo di lavoro è per tutti una sofferenza perché i ritmi produttivi stravolgono i ritmi biologici, perché l'organizzazione del lavoro prescinde dai bisogni dei lavoratori, produce scarti umani, invalidità di ogni tipo.

Questo bisogna cambiare. Stare in classe, in una scuola come quella italiana, così in ritardo nei confronti della stessa elaborazione pedagogica oltre che staccata dai biso-

gni e dalla realtà dei giovani, significa per tutti correre gravi rischi di disadattamento perché anche qui le regole contenute, indipendentemente dalla esperienza dei giovani, pretendono ad una loro astratta validità. Questa scuola bisogna cambiarla. Ma non ci è consentito attendere che sia realizzato il cambiamento per reinserire adulti e minori nella vita della società, tanto più che non si capisce come sia possibile mutare una realtà se non si aprono contraddizioni all'interno di essa. Quello che è importante, quindi, è che i problemi e le difficoltà di cui sono portatori adulti e minori siano fatte proprie da tutto un complesso di forze sociali e politiche (Sindacati, Enti Locali, partiti politici, Parrocchie.....) non su un piano strettamente ideologico, ma su quello della realtà vivente dove avvengono le effettive prese di coscienza e da dove partono concrete iniziative politiche.

Le strutture intermedie che si impongono come alternativa all'esclusione istituzionalizzata devono corrispondere a queste finalità, non devono realizzare la tolleranza, ma essere contemporaneamente momenti di socializzazione e stimoli per la messa in discussione e per il cambiamento della realtà di fatto.

Ciò che è decisivo pertanto è la loro collocazione, la gestione che le caratterizza, i processi cui sono capaci di dare luogo.

I reparti psichiatrici negli ospedali psichiatrici

Un discorso a parte merita la questione dei reparti psichiatrici proposti dai C.R.P.O.T. (Comitato Regionale per la Programmazione Ospedaliera in Toscana) negli Ospedali Generali. Intanto bisogna dire che una tale proposta esige la modifica della 132, modifica che si impone, certamente, ma non per aggiungere un reparto psichiatrico a quelli già previsti, quanto per fare degli ospedali delle strutture aperte, di tipo dipartimentale e quel che più conta liberate dalla logica aziendalistica, dirette e verificate dall' U.S.L. Le possibilità di utilizzare le strutture ospedaliere per la fase acuta della malattia di natura psichiatrica, sta nel mantenimento di un rapporto di strettissima collaborazione tra i servizi operanti in una stessa area territoriale, ospedalieri ed extra-ospedalieri; mentre quindi ci si potrà avvalere dell'ospedale per le necessità di ordine medico, il Servizio di Sanità Mentale sarà a disposizione dell'Ospedale per bloccare tempestivamente ogni incipiente meccanismo di emarginazione.

Tutto questo mentre si va affermando, anche nella medicina, l'esigenza di spostare il baricentro verso la prevenzione e quindi verso una organizzazione territoriale democratica della Sanità. Quindi non reparti psichiatrici ma servizi ospedalieri a disposizione dei bisogni che emergono tra i cittadini che vivono in un determinato territorio e necessaria collaborazione con i Servizi di Sanità Mentale.

Un tale rapporto raggiungerà anche l'obiettivo di comprendere nella lotta alla segregazione gli stessi medici ospedalieri ed ambulatoriali i quali si trovano spesso a gestire problemi di natura psichiatrica senza trovare un appoggio e un collegamento con i Servizi di Sanità Mentale. Da questa separazione nascono tutte le propensioni alla delega e al ricovero, spesso coatto, che è all'origine, spesso, di tante storie manicomiali esemplari.

La riforma sanitaria

Anche se per ragioni espositive abbiamo trattato separatamente il problema della lotta alla esclusione istituzionale, rimane unitario l'impegno a contrastare l'emarginazione ovunque si realizzi e quindi a livello della società, nelle sue interne stratificazioni. Ma per agire contestualmente su tutti i piani della società, senza separazioni di competenze, senza spezzettare in tanti rivoli l'intervento sanitario, senza soluzioni di continuità tra prevenzione, cura e riabilitazione, diventa sempre più necessaria ed urgente l'attuazione della riforma sanitaria e la creazione delle Unità Sanitarie Locali gestite direttamente dai Comuni o da Consorzi di Comuni. Abbiamo coscienza che il ritardo nella attuazione della riforma sanitaria limita gravemente l'azione per la tutela della salute dei cittadini da parte di Enti Locali che sono destinati a scontrarsi con l'organizzazione tutt'ora in atto, ed in particolare con le Mutue e con gli interessi di vario genere che esse sottendono. Tra l'altro a questo punto, solo le Mutue continuano a negare l'esistenza della malattia mentale!

Non c'è stata la riforma, eppure non vogliamo stare ad aspettare passivamente. La nostra iniziativa costituisce una spinta importante per creare condizioni nuove per la riforma stessa. E' in questo senso che bisognerà riprendere l'iniziativa per aprire in tutta la Toscana (è augurabile che il movimento si allarghi a tutto il Paese) una larga mobilitazione di forze con le Conferenze sanitarie di comprensorio per un esame dei bisogni e delle iniziative più urgenti intorno a cui coagulare il massimo apporto di forze sociali e politiche.

Questo processo democratico può e deve trovare nelle Provincie un punto di promozione e di coordinamento e nella Regione un momento essenziale di unificazione. In questo non partiamo certamente da zero, perché in tutte le Provincie la situazione è in movimento e si predispongono le condizioni per la costituzione dei Consorzi Sanitari di comprensorio.

Dar vita ai Consorzi sanitari in tutta la Regione come punto di arrivo di una larga consultazione democratica e come punto di partenza per una rifondazione unitaria degli strumenti sanitari dipendenti dagli enti Locali, per una gestione democratica della salute è l'obbiettivo che con la Regione e la Provincia i Comuni si devono realisticamente porre. E non si tratta solo di costruire una struttura sanitaria da giustapporre a tutte quelle che sussistono: dobbiamo fare i conti con una operante organizzazione fondata sulla divisione della medicina, sulla frantumazione e sulla sovrapposizione di competenza di organismi burocratici accentrati, con orientamenti settoriali e con interessi corporativi. Questa realtà deve essere superata con l'iniziativa degli Enti Locali. Particolarmente grave è la difficoltà a disporre di personale sanitario pubblico per la prevenzione in un paese che ha impegnato, assai malamente per di più, tutte le sue risorse nel campo della cura, con una forte incentivazione mercantilistica della professione medica e con un consumo inflazionato dei farmaci chiamati a svolgere il ruolo di surrogati di beni sociali indispensabili. E' indispensabile, in questo settore specifico, una iniziativa a livello regionale che

metta a disposizione degli Enti Locali il personale necessario per svolgere una nuova funzione democratica.

Proprio perché la rifondazione del servizio comporta tutto questo, l'iniziativa politica deve realizzarsi con i soggetti della salute, cioè, con i lavoratori, con i cittadini e con i tecnici. Anche alle AA.PP. è richiesto un impegno nuovo per fare i conti con strutture ormai anacronistiche che esse stesse hanno gestito e continuano a gestire.

Piuttosto che delineare qui un astratto e improbabile modello di U.S.L., in considerazione che la sua costruzione si realizzerà nel contesto di una realtà da modificare, è necessario richiamare quei punti essenziali cui debbono sempre ispirarsi le iniziative perché il processo non si allontani dalla prospettiva della riforma sanitaria ma ne sia una progressiva se pur parziale anticipazione.

La nuova organizzazione sanitaria dovrà fondarsi:

- a sulla rispondenza dei servizi ai bisogni effettivi della popolazione;
- b sulla unitarietà, globalità e continuità dei servizi sanitari;
- c sulla direzione democratica di tutti i servizi e sulla loro gestione sociale.

I servizi cui gli Enti Locali dovranno dar vita, sulla base della realtà regionale e dei poteri nuovi che saranno delegati sia a Province e Comuni dovranno ispirarsi a questi irrinunciabili fondamenti.

Per il fatto che il Consorzio Sanitario sarà la risultante di un processo democratico e per il fatto che in essi dovranno operare numerosi strumenti di partecipazione di base si creano le premesse perché nell'Unità sanitaria locale sia superata ogni forma di delega tecnicistica e perché la collettività stessa sia chiamata ad assumere in proprio l'iniziativa per contrastare ogni forma di emarginazione sociale.

La lotta all'esclusione sociale si identifica con l'esigenza della popolazione di disporre di servizi di base che garantiscono un effettivo stato di benessere fisico e psichico (asili nido, scuole materne, scuola a tempo pieno) e che svolgano una efficace azione preventiva tale cioè da intervenire sulle cause che possono provocare disturbi e mettere in moto il meccanismo del rifiuto e della emarginazione.

Servizi unitari di base, coordinati a livello comprensoriale, verificati nella realtà stessa in cui sono chiamati ad operare (scuola, quartiere, luogo di lavoro...); questi gli obiettivi completi per i prossimi mesi.

Fino a quando il sistema mutualistico non sarà superato dal S.S.N. (Servizio Sanitario Nazionale) l'iniziativa degli Enti Locali non potrà dispiegarsi completamente, con una organizzazione territoriale capace di garantire, attraverso il distretto, il poliambulatorio e l'ospedale dell'U.S.L., la continuità fra prevenzione, cura e riabilitazione. Attualmente l'impegno sarà rivolto alla prevenzione, utilizzando tutte le potenzialità e tutti i mezzi, ivi comprese le strutture ospedaliere, e qualificando gli interventi nel senso di gettare le basi per una democratizzazione del servizio come presupposto per tutelare in modo nuovo la salute dei cittadini. La moltiplicazione dei Consigli sanitari di base, sulla scorta delle indicazioni emerse dal Convegno di Torino, la costituzione dei Comitati Sanitari Locali, organi di consultazione obbligatoria e di verifica, espressione democratica della realtà e delle forze sociali, la strutturazione degli uffici sanitari di comprensorio per rea-

lizzare l'unitarietà dei servizi e degli interventi funzionalmente articolati, potranno essere i punti di partenza di un impegno nuovo che ha oggi nella Regione un fondamentale centro di promozione e di unificazione.

La “psichiatria” infantile

Consideriamo prioritari gli interventi a tutela della salute dei minori, degli anziani e dei lavoratori esposti a gravi rischi di emarginazione sociale e istituzionale e in questa prospettiva si tratterà di esaminare i rapporti che devono intercorrere tra i servizi di base e l'igiene mentale.

La tutela della salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza non può quindi essere disgiunta dalle linee generali espresse più sopra: si vuole qui ribadire che la separazione nella prassi dell'Igiene Mentale Infantile da quella così detta per “adulti”, oltre a non trovare sufficienti avalli che reggano ad una rigorosa verifica scientifica, rischia ancor più facilmente, “cristallizzando il disturbo infantile” di individualizzare e di oggettivare, con l'apposizione di una doppia etichetta (quella di “bambino” e quella di “malato”) le contraddizioni familiari, istituzionali e sociali che stanno a monte del disturbo stesso.

L'operazione politica di rigido mantenimento di “due psichiatrie” si esprime, al livello più arretrato, nel rifiuto opposto dalle baronie universitarie di Neuropsichiatria Infantile a qualsiasi confronto e dibattito pratico-teorico su questi problemi, come pure nei programmi delle Scuole di Specializzazione stesse, ancora in gran parte improntate a una visione “clinica”, “neurologica”, dei problemi dell'infanzia.

Questa operazione è funzionale nella misura in cui, oltre a rafforzare certe strutture di potere parassitarie, legittima, ancora una volta, mistificando la realtà, la logica e la prassi di separazione e di esclusione sociale che sottintendono la condizione dell'infanzia e ne fanno, come già detto, una delle fasce maggiormente esposte al rischio di esclusione e di segregazione istituzionale.

Lo stesso dibattito scientifico di questi ultimi anni, pur con concezioni e modelli operativi diversi, ha individuato, uscendo da una visione puramente intrapsichica, nel “malato” (bambino o adulto che sia) il “*sintomo*” di una interazione familiare patologica, di un sistema di comunicazione patologico, che cerca, per sopravvivere, di soddisfare le esigenze e le tensioni estreme di un contesto sociale più vasto, attraverso la ricerca, al suo interno, di un capro espiatorio e di una serie di ruoli familiari distorti.

Queste acquisizioni, che hanno radici già in Freud e in Sullivan, sono rappresentate principalmente dal gruppo di Palo Alto, dalla scuola di Filadelfia, (Akerman, Framo, Boszormenyi-Nagy, ecc.), da Lidz, da Laing e Cooper e dalla Mannoni in Francia: le loro analisi teorico-pratiche collocano la patogenesi e la terapia a livello della interazione familiare totale, rimandando poi ad un livello sociale più alto, anche se con una serie di limiti e di carenze intrinseche, legate all'analisi che le sottende, e alla verifica pratica che raramente avviene a livello istituzionale.

Scrivo a questo proposito la Maud Mannoni, psicoanalista francese esperta in problemi di psichiatria infantile: “.....la formazione degli “psicoanalisti infantili”, sempre

più estranea ad ogni pratica di adulti, orienta anche troppo sovente le cure attorno a un sintomo infantile, senza poter mettere in luce il posto occupato dal bambino nella problematica della coppia parentale.

Psicanalisi e rieducazione allora perpetuano una aberrazione che si situa altrove che al livello infantile.

Occupandosi unicamente del bambino lo si rifiuta in quanto soggetto”. (M.Mannoni, *Lo psichiatra, il suo pazzo e la psicanalisi*, Jaca Book 1971, pag.204).

Ancora una volta constatiamo che l’analisi scientifica più avanzata consente di convalidare dati di fatto coerenti con quanto da noi affermato a livello generale, vale a dire, l’influenza determinante delle contraddizioni sociali sulle dinamiche intrafamiliari che si esprimono come “sintomo” nel bambino.

Si può affermare che è ormai un’esperienza diffusa, oltre che di tecnici, il fatto che le condizioni di salute mentale dei bambini siano determinate da come i genitori vivono e lavorano e da come, cioè, sono condizionati ad essere forzosamente *inseriti nell’ambito dei rapporti di produzione e di vincoli sociali*.

Non appare casuale che la stragrande maggioranza dei bambini etichettati e segnalati come “caratteriali” vivano una condizione sociale tipica: sotto occupazione o pendolarità del padre, isolamento e conseguente emarginazione della madre, rapporti disturbati nella coppia parentale e in tutto il nucleo familiare.

Da qui l’opposizione ad ogni proposta che tenda a spezzare l’unitarietà dei Servizi, al cui interno va invece ricercata una articolazione funzionale che metta in giusto rapporto la specificità dei problemi infantili, legati al processo di maturazione affettiva e sociale, con il tessuto più vasto di relazioni da cui essi emergono.

Unità dei servizi verificati concretamente

Da queste considerazioni parte anche la richiesta di eliminare nel più breve tempo possibile tutta quella selva di organismi e di strutture che sono presenti nel settore infantile, e a livello istituzionale e ambulatoriale, (dagli aberranti reparti per minori presenti ancora in molti ospedali psichiatrici italiani, agli istituti medico-psicopedagogici, O.M.N.I., Ente per la protezione morale del fanciullo, ENAOLI, ecc.) per giungere ad una organizzazione territoriale diretta dagli Enti Locali in una visione unitaria dei servizi, che eviti in ogni caso le separazioni specialistiche e le gestioni tecnocratiche.

La scelta di unitarietà dei servizi, nelle linee più generali sovraesposte, fa della tutela della salute mentale di tutta la collettività un momento operativo non astratto, non atomizzato, non costruito sul vuoto, bensì strettamente collegato ai bisogni e alle esigenze reali dei cittadini.

Un servizio di Igiene Mentale per adulti e minori, (pur conservando al suo interno una certa autonomia operativa, legata allo specifico d’intervento), trova poi, calandosi nella prassi alternativa correlata ad una lotta anti istituzionale – che fa di tutti i *momenti della catena dell’esclusione*, (scuola, scuola speciale, istituti, centri per gravi, case di riposo, manicomi), obbiettivi di lotta – e nella verifica concreta con le forze sociali interessate, la

conferma pratica della sua giustezza, sia come ipotesi tecnica fondata scientificamente, sia come ipotesi politica conseguente ad una analisi della prassi, che vede intimamente legato, a tutti i livelli e in tutti i momenti, sfruttamento e esclusione sociale, esclusione e segregazione istituzionale.

La scuola

Nella scuola queste considerazioni acquistano un significato evidente. Non solo non sussistono motivi per una organizzazione specialistica sia pure interdisciplinare, come quella realizzata dai C.M.P.P. (Centro Medico Psico Pedagogico), ma si impone l'esigenza di affrontare unitariamente tutta la condizione dei minori, nella scuola e nella organizzazione sociale e di costruire un servizio che saldi in un organismo unitario gli interventi a tutela della salute fisica e mentale.

Bisogna innanzitutto precisare che la prevenzione è qualcosa di qualitativamente diverso dalla "diagnosi precoce" la quale spinge inesorabilmente verso il dèpistage di massa e alla moltiplicazione dei cosiddetti "disadattati".

L'intervento preventivo, agisce nelle strutture, per individuare tutti quei fattori che limitano lo sviluppo dell'intelligenza, della affettività e della socializzazione del bambino e determinano meccanismi di esclusione.

Si tratta quindi di un intervento per *tutti i bambini*, per garantire una scuola che sia in grado di rispondere adeguatamente alle loro esigenze, anche quando alcuni di essi sono portatori di un disturbo che richiede tecniche particolari di educazione e di riabilitazione.

Il rifiuto di avallare meccanismi di esclusione e di segregazione comporta una presa di coscienza collettiva dei problemi che si presentano come individuali ed impone una gestione che mobiliti tutte le forze sociali, scolastiche ed extra scolastiche, interessate al problema.

Coerentemente con questa linea siamo nettamente contrari alla istituzione e alla sopravvivenza delle classi differenziali e di scuole speciali e siamo sostenitori della possibilità di un inserimento, in forme articolate, di tutti i ragazzi delle classi normali. E' la scuola che deve modificare se stessa, affrontando i problemi del tempo pieno, della gestione sociale, dei contenuti, della disponibilità di personale e dei metodi per una effettiva rispondenza alle esigenze di tutti i ragazzi.

In questa impostazione non c'è spazio per la sopravvivenza degli istituti per i quali valgono tutte le argomentazioni con le quali è stata motivata la richiesta di distruzione delle strutture psichiatriche. L'esperienza condotta e verificata in questi anni conferma il principio secondo il quale le istituzioni di ricovero per bambini subnormali o disadattati, non solo non giovano agli assistiti, ma costituiscono un attentato permanente alla salute mentale di chi vi è ricoverato, e possono e debbono essere sostituite con strutture transizionali che costituiscano effettivamente un momento di socializzazione e si pongano quindi come un ponte verso un più integrale inserimento nel gruppo sociale.

La fabbrica

L'attività svolta fino ad oggi nei luoghi di lavoro, le varie esperienze condotte in alcune fabbriche del nostro Paese, hanno messo in evidenza che non sussistono motivi per una presenza psichiatrica specifica e separata nell'azione di tutela della salute dei lavoratori; il Servizio di Medicina Preventiva operante nella U.S.L. deve garantire un intervento di base che sia gestito direttamente dai lavoratori, che affrontino i problemi della condizione operaia e quindi la nocività presente nell'ambiente e i danni prodotti dallo stesso processo produttivo. Il Servizio di salute mentale interviene in fabbrica, su richiesta dei lavoratori, ogni qualvolta si determina il pericolo della emarginazione fatta passare come un fatto "naturale", perché ricondotta allo stato di salute individuale e non già alle condizioni che hanno originato e scatenato il disturbo. L'intervento deve pertanto superare le dimensioni di un rapporto interpersonale tra medico e lavoratore disturbato per riportare la sofferenza individuale nel quadro più grande delle condizioni in cui essa si è manifestata e per attivare tutti quei meccanismi di solidarietà che soli possono impedire l'esclusione del lavoratore dal processo produttivo e modificare le condizioni entro cui è esplosa la sofferenza.

Gli anziani

Nel settore così vasto e nello stesso tempo così complesso della vecchiaia, dove sempre immanenti sono i rischi di rifiuto, l'U.S.L. deve sviluppare una politica che in primo luogo assicuri all'anziano la permanenza nel tessuto sociale, mettendo a disposizione i servizi che possono garantire quella autonomia che consente di programmare la propria esistenza, senza deleghe o dipendenze assistenziali.

La realtà dell'anziano è oggi grave, la organizzazione della nostra società, fondata sull'efficientismo, sulla competitività, accresce sempre più i pericoli della emarginazione per coloro che progressivamente vedono perdere la vitalità.

I servizi di sanità mentale devono poter rispondere ai problemi propri della condizione dell'anziano inserendosi nell'azione degli Enti Locali per lo svuotamento degli ospizi e dei ricoveri ed intervenendo per impedire ogni tentativo di esclusione dal tessuto familiare e sociale.

Conclusioni

Abbiamo messo al centro di questa relazione l'esigenza di avviare un processo per lo svuotamento delle istituzioni della segregazione manicomiale e istituzionale contestualmente alla costruzione della U.S.L. nel cui territorio vanno a collocarsi i problemi derivanti da una politica di dimissioni.

Abbiamo cercato di mostrare come sia unilaterale e priva di efficacia ogni iniziativa che tenda ad isolare uno dei momenti di questo processo e come per tutti gli Enti locali,

qualsiasi sia la situazione in cui sono chiamati ad operare, esista la possibilità reale di far politica, cioè, di condurre una lotta valida e vincente contro ogni forma di esclusione sociale ed istituzionale e come si possa dar vita a interventi di prevenzione.

Siamo convinti che i presupposti per garantire un effettivo stato di benessere fisico e psichico alle popolazioni risiedono nel collegamento degli interventi dentro le strutture istituzionali con l'azione di prevenzione che deve essere condotta a livello del territorio, nei servizi di base della U.S.L.

Ci auguriamo che sui temi che questo Convegno ha posto in discussione ci sia un dibattito vivace ed appassionato e che soprattutto si esprima una volontà politica per cambiare in Toscana, ma non solo in Toscana, una realtà che sempre più contraddice con i bisogni delle nostre popolazioni.

Il momento che attraversiamo non ci induce certo a facili illusioni, ma non ci fa perdere la consapevolezza che i dibattiti, le iniziative, le lotte condotte in questi anni hanno formato intorno ai problemi della salute una coscienza nuova, irreversibile.

C'è la Regione, ci sono gli Enti Locali, è vivo ed unito il movimento dei lavoratori: questa è una garanzia per raggiungere gli obiettivi che realisticamente ci vogliamo porre.

Capitolo 2
Problemi posti
dall'apertura dell'Ospedale
psichiatrico di Arezzo
1973



2. Ex Ospedale Neuropsichiatrico di Arezzo, oggi sede universitaria, *L'autore di questo volume con Agostino Pirella ed il Monumento alle vittime dell'emarginazione*

2. Problemi posti dall'apertura dell'Ospedale psichiatrico di Arezzo*

Nota

Il dibattito sul manicomio nel Consiglio provinciale di Arezzo era sempre un aspro e franco confronto tra la maggioranza di sinistra e l'opposizione, in particolare la Democrazia Cristiana. Alta era la tensione morale di tutti gli interventi e massiccia la presenza dei cittadini.

Lo scontro era nei mezzi usati per la liberazione dal manicomio, nelle azioni concrete, sulle libertà recuperate, sulla quantità e sulla qualità delle dimissioni, non sulle finalità che erano dichiarate sempre comuni, anche se spesso le polemiche sul quotidiano finivano per elevare argini contrapposti di ingiustificata se pur momentanea separazione.

Nella Sala dei Grandi, dove si riuniva il Consiglio provinciale, i problemi quotidiani della vita dei malati di mente ricoverati in Ospedale erano affrontati con il necessario rigore per riabilitare le persone e nello stesso tempo per produrre le condizioni dell'accoglienza dei dimessi nei contesti sociali.

Al centro, la complessità dei problemi contro la loro banalizzazione, la cultura della trasformazione contro gli allarmi dei conservatori e del senso comune. In concreto, il superamento del manicomio si misurava nelle vicende quotidiane delle persone e nella coerenza degli atti dell'Amministrazione.

Con una nuova cultura di governo.

Ad Arezzo, con una molteplicità di iniziative, tutte coinvolgenti la politica e la partecipazione dei cittadini, si ponevano concretamente le basi per una riforma sanitaria dal basso, per includere i problemi della cura e della salute mentale nel più ampio contesto della rete dei servizi sanitari e sociali che dovevano nascere con la riforma del welfare italiano.

Primi risultati

A prescindere da ogni considerazione sull'essenza della malattia mentale, noi sappiamo che gli ospedali psichiatrici esistono in quanto ai problemi reali posti dalla sofferenza

* Intervento al Consiglio provinciale di Arezzo, 1973, in "Autobiografia di un movimento. 1961-1979. Dal manicomio alla Riforma sanitaria." Atti del Convegno di Arezzo "Psichiatria e buon governo" a cura di Franco Basaglia e Paolo Tranchina, Unione delle Province italiane, Regione Toscana, Amministrazione Provinciale di Arezzo.

psichiatrica non si sono date adeguate risposte da parte della società.

Si sa, infatti, che in Ospedale psichiatrico entrano persone prive di mezzi di sostentamento, prive di rapporti familiari, lacerati o dissolti, persone che hanno percorso tutte le stazioni dell'emarginazione dopo aver registrato l'impotenza di tanti servizi sociosanitari cui si sono rivolte.

Il manicomio è pertanto l'approdo inesorabile per coloro che non hanno trovato risposte né a livello preventivo né a livello curativo nell'ambito dell'organizzazione sociale e sanitaria.

Il nostro sforzo è partito, quindi, dal punto terminale di questa vicenda, il manicomio appunto, per aprire in esso quel processo di liberazione che in sostanza significa prendere in considerazione ogni uomo con i suoi problemi e con i suoi progetti, significa riproporre alla società l'esigenza di affrontare le cause e gli effetti della sofferenza, il problema delle condizioni che fondano il benessere fisico e psichico degli uomini.

I risultati sono ormai acquisiti, evidenti, irreversibili.

E' stata ridotta drasticamente la violenza che caratterizzava la vita dell'OPN di Arezzo appena due anni fa; su questa strada dobbiamo ancora lavorare per la costruzione di una comunità effettivamente liberata, aperta alla società esterna; è diminuito in modo consistente il numero dei degenti e ancora tutto l'impegno deve essere esercitato perché alla società siano restituiti tutti coloro che non hanno problemi psichiatrici; si è stabilito un effettivo rapporto con la società e con la famiglia per cui oggi il problema dei ricoverati è sempre più un problema dell'intera collettività organizzata e anche in questo campo, anzi soprattutto in questo campo, si deve operare perché la società si appropri effettivamente dei problemi che con il malato di mente aveva depositato e racchiuso nel manicomio; è stata sviluppata una prassi completamente nuova, curativa e socializzante in cui si sono cimentati decine e decine di operatori sanitari, medici ed infermieri che hanno acquisito un modo diverso di affrontare il problema della malattia.

Oggi questi risultati per la loro evidenza si presentano quasi scontati, noi stessi ci meravigliamo di non averli provocati prima, ma in realtà non bisogna dimenticare che tutto ciò si realizza nel vivo di un processo in cui convivono aspetti contraddittori, in cui l'ideologia del passato è ancora presente e condiziona operatori e degenti, in cui il nuovo spesso è spinto a caratterizzarsi e ad irridirsi per non essere travolto dalla abitudinaria pratica che trasferisce nel malato tutte le ragioni della propria impotenza.

Purtroppo a noi non è dato costruire la nostra esperienza su un'area assolutamente pura, isolata, spianata, non scriviamo su un foglio bianco, ma sul tracciato che è la storia concreta di questa esperienza, di questi uomini e donne, sulle realtà che da essa sono scaturite.

Non banalizzare i problemi

La critica di certi oppositori sorvola su tutto questo e forse considera i risultati positivi innegabili come conseguenza automatica di una scelta già avvenuta e non come risultato appunto di una costruzione lenta, contraddittoria, faticosa che avviene nel vivo dei con-

trasti che nascono anche in virtù del rovesciamento della prassi.

Sintomatico è il metodo con cui quella critica si esprime: i risultati positivi e le difficoltà oggettive sono messe tra parentesi per centrare una critica piena di acrimonia su errori e su difetti che sarebbero il portato unicamente di una conduzione soggettiva.

Si tratta di una polemica che porta ad un effettivo rimpicciolimento di problemi e di situazioni, spesse volte mascherate con un artificioso ingrandimento; si giunge ad analisi inconcludenti che consumano qualunque possibilità di ragionamento in una casistica non verificata che dissolve, ovviamente, ogni possibilità di discussione.

Questo metodo non ci aiuta a cogliere la verità della situazione, non ci dà una spiegazione esauriente dei problemi che la stessa esperienza ha suscitato, non ci dà neppure la chiave per intervenire ad orientare nostre scelte e a correggere anche eventuali distorsioni in modo da sviluppare gli elementi positivi dell'esperienza. Da qui l'esigenza di non perdere di vista la dimensione profonda del problema, facendo sì che l'analisi anche più rigorosa non sia mai adoperata contro l'esperienza, ma in funzione del progredire dell'esperienza stessa.

Certo, una realtà in profonda trasformazione qual è l'Ospedale psichiatrico ha bisogno di un clima di tollerante disponibilità e di accettazione che consenta di raccogliere tutti i contributi positivi che sono necessari perché si realizzino gli obiettivi di liberalizzazione e di apertura che il Consiglio provinciale all'unanimità ha inteso perseguire, mettendo l'ospedale, in cui vivono uomini e donne in carne ed ossa, al riparo di una strumentalizzazione della parte ancora ostile dell'opinione pubblica.

Le resistenze alla nostra esperienza ci sono state, ci sono, sia ben chiaro, e non hanno nulla di misterioso. Per la stessa Provincia, come per i tecnici, sarebbe stato più comodo adagiarsi sugli schemi del cosiddetto buon senso comune: la malattia c'è, chi ce l'ha se la tiene, i matti sono pericolosi, ecc... Allora tutto si poteva ridurre ad un generico umanitarismo da concedere goccia a goccia, invocando la complessità dei problemi a giustificazione del perdurare di forme più o meno aperte di segregazione. Forse, avremmo avuto anche la comprensione di quella opinione pubblica cosiddetta "benpensante", aliena dallo scandalo del diverso, non avremmo forse nemmeno qualche maresciallo in giro per sopralluoghi non autorizzati dentro l'ospedale; forse la stessa Temide sarebbe impegnata a contemplare le stelle!

Invece, la strada scelta è irta di difficoltà e di resistenze che possono essere affrontate e risolte se si abbandona quella concezione notarile che troppo spesso fa smarrire i problemi di fondo nel groviglio di episodi che hanno, spesso, una storia a sé.

Alcuni problemi nuovi

Un primo importante problema nasce proprio dall'attività di riabilitazione che per essere tale deve realizzarsi all'interno di un processo di apertura e di reinserimento.

La socializzazione dei problemi degli esclusi è un'importante terapia riabilitativa non nel senso che si aggiunge all'intervento tecnico, ma nel senso che essa è la fondazione di ogni possibilità terapeutica.

Ma riportare i problemi dei degenti nella società significa far fronte a difficoltà, chiusure, resistenze che hanno un'origine lontana e che spesso tendono a coprirsi con una ideologia giustificatoria in modo da far apparire come naturale e disinteressato il rifiuto. E' a questo punto che ci si trova dinanzi ad una scelta discriminante: o si è dalla parte degli esclusi, dalla parte dei bisogni dei cittadini e con coerenza si affrontano gli ostacoli che impediscono un effettivo rapporto umano o si è dalla parte della "struttura" così com'è, del manicomio, con la sua logica repressiva, in funzione della quale si fanno esistere i ricoverati. In questo caso, la forma soverchia e costringe il contenuto, le regole prevalenti sono dettate da fattori estrinseci, non espresse dai bisogni dei soggetti che anzi sono reificati per diventare solo oggetti della pubblica assistenza.

Un tale atteggiamento si ripropone in ogni possibile situazione in cui debba stabilirsi un rapporto tra il contenitore e il contenuto, tra la lettera e lo spirito, tra forma e sostanza. E dobbiamo dire che di regola molte sollecitazioni determinano la scelta del secondo versante: tra l'altro la struttura organizzata parla, fa opinione, preme, dà il consenso e lo revoca, mentre i degenti non parlano, anzi parlano male, disturbano, non fanno opinione, sono privi di potere.

Ma proprio per questo s'impone una scelta che ci carica di responsabilità e che ci lascia spesso senza coperture.

Questo è un problema serio che propone un rapporto democratico con l'opinione pubblica ancora largamente influenzata dall'ideologia della pericolosità del malato di mente, visto come un pericolo per la tranquillità di ciascuno e di tutti.

Pertanto, ogni iniziativa volta al reinserimento dei ricoverati ha bisogno di una solida partecipazione dell'opinione pubblica, capace di far proprio il problema di quanti hanno subito il danno dell'emarginazione e della segregazione. Ciò comporta un lavoro serio, profondo che deve coinvolgere l'impegno delle forze politiche e sindacali, delle organizzazioni dei cittadini non solo in atti di solidarietà e di sostegno ad una pratica antistituzionale, ma nella quotidiana e concreta difesa della salute dei lavoratori in cui è possibile inserire la giustizia di una battaglia volta alla distruzione del manicomio, con tutte le implicazioni sociali e politiche che sono connesse alla difesa del benessere fisico e psichico dei cittadini e dei lavoratori.

E' nella iniziativa concreta per modificare le condizioni di nocività che si costruisce quella coscienza di massa del problema della salute che è la forza indispensabile per contrastare ogni tentativo di emarginazione e ogni accorgimento per ridurre la socializzazione a semplice adattamento.

Adattamento: questo è il grande obiettivo in cui si compiace e si acquieta anche il cosiddetto buonsenso comune.

Ma adattamento a che cosa? Si ha l'impressione che da coloro che affrontano il problema dal solo punto di vista umanitario si chieda alla psichiatria un intervento perché consenta unicamente di elevare il grado di efficienza di queste persone ormai debilitate. Ma quando questi uomini, in concreto e non in astratto, con nome e cognome, con una precisa situazione sociale, sono riabilitati, allora si pretende di sottoporli ad un esame sociale di quarto grado per vedere la compatibilità del loro progetto individuale di rein-

serimento con la recettività ambientale e sociale.

Io credo che qui bisogna fare una riflessione molto attenta anche per quello che chiediamo molte volte alla nostra esperienza.

Riabilitazione e recupero sociale

Il fatto è che la riabilitazione, cioè il recupero della umanità dell'uomo, quindi del suo bisogno di socialità non è un processo che possa essere realizzato come in quelle pellicole che spostano l'immagine avanti e indietro, ad arbitrio; quando un uomo sente di poter fare della propria vita un progetto sociale, ogni ritardo è uno stimolo alla regressione, alla sfiducia, a perdersi, a farsi amministrare dalla struttura, a non uscire più dall'ospedale, dal reparto.

Coerenza vorrebbe che coloro che non vogliono prendere in considerazione l'esigenza di mutare le condizioni sociali e familiari, o quanto meno di sostenere la famiglia per reggere alle difficoltà della vita, dicessero chiaro e tondo che non si dovevano slegare i malati, che non si dovevano abbattere i muri, non si doveva togliere il carico di violenza che, se pesava sui reclusi, li rendeva però "innocui" per la società che con loro aveva allontanato da sé le proprie contraddizioni.

Ora l'esperienza in atto è ormai irreversibile e sono molti i degenti che sono praticamente guariti.

Certo, essi sono ora un problema anche per noi, mentre prima erano al di là dell'esistenza; ora dobbiamo affrontare i loro problemi che sono diventati anche i nostri: le lacerazioni della nostra società che noi coscientemente abbiamo evocato, come i mali usciti dal mitologico vaso di Pandora.

Le forze ostili che nel mito furono assimilate al male altro non erano, interpretate in chiave moderna, che le contraddizioni vitali della realtà imbrigliata in una artificiosa ed innaturale costrizione e l'ospedale psichiatrico è oggi paragonabile al mitologico vaso di Pandora, senza però le seduzioni da cui era avvolta la prima donna del mito. Ma, come nel mitologico vaso le contraddizioni lasciano aperta la speranza, anche la eliminazione delle barriere manicomiali crea una nuova attesa e fonda una nuova progettazione, senza la quale il male chiude i cerchi della vita ed emette una condanna senza appello.

Modificare le condizioni che rendono difficile la socializzazione dei dimessi, creare significati e valori nuovi nella vita associativa è compito delle forze sociali e politiche che si battono per avviare un vero e profondo processo rinnovatore. Ecco il problema politico cui non possono sfuggire quelle forze che si dicono disponibili a prendere in esame il problema della "umanizzazione" dell'ospedale.

Scienza e politica

Spesso, si sente ripetere che questa nostra esperienza psichiatrica non deve avere coloriture politiche, ma deve trovare le sue motivazioni nello spirito umanitario che è co-

mune a tutti gli uomini e che è patrimonio di tutte le forze democratiche, in una prassi rigorosamente scientifica capace di dimostrare la validità dei propri assunti. In genere in queste posizioni si adombra una concezione che tende a separare la politica dalla scienza non già per stabilire tra di esse i rapporti di distinzione e di unità che devono sussistere, quanto per ridurre a fatto neutro la scienza e quindi per togliere ad essa quel carattere di “pericolosità” per le strutture sociali che essa acquista quando la conoscenza della realtà è un momento e un contributo per la sua stessa modificazione.

Eppure, pur accettando come punto di partenza il piano della scienza che ci dice che la segregazione, lungi dall’essere una terapia è una condizione patologica e dà vita a quella che è chiamata “sindrome da istituzionalizzazione”, il problema della socializzazione posto dalla scienza come base per fondare la personalità, la quale o si costituisce nel sociale o non si costituisce affatto, ci propone ancora il compito politico di far sì che la scienza produca i suoi effetti e non sia isterilita nel suo sviluppo proprio da quella organizzazione sociale, assistenziale e sanitaria che è il frutto delle scelte politiche della classe dominante. Allora può venire anche il sospetto che si chieda di mettere alla porta la politica proprio per non contestare le scelte politiche già fatte e realizzate, visibili con i loro prodotti strutturali, che si chieda la neutralità della scienza, perché continui ad essere un puro strumento di controllo.

Certo, nessuno può pensare che una esperienza psichiatrica avanzata produca di per sé un cambiamento della società; è vero invece che una scienza libera, che opera secondo le proprie regole, mentre apre contraddizioni con i modelli strutturali e comportamentali esistenti pone l’esigenza di una società liberata.

Il rapporto tra scienza e politica è pertanto un rapporto dialettico, né di separazione né di identità, e come tale capace di impegnare tutte le forze politiche e sociali per il soddisfacimento dei bisogni della gran parte dei cittadini. Cambiando per tutti questo “modello” di società si creano le condizioni per una piena assunzione da parte della collettività delle difficoltà che singoli cittadini, o gruppi di cittadini, incontrano.

Certo il problema del reinserimento è un problema complesso perché, tra l’altro, non sono coincidenti i tempi dei bisogni individuali con la disponibilità della società a soddisfarli: la società non si modifica con lo stesso ritmo dei suoi membri, singolarmente considerati. Ed è importante, quindi, che il reinserimento non si identifichi con la realtà effettuale, ma con il processo di modificazione da cui essa è interessata. In sostanza, si tratta di partecipare alla vita con tutte le sue tensioni, con tutte le sue dinamiche, nella prospettiva del cambiamento. Cittadini come tutti gli altri a cui deve essere garantito lo spazio necessario per svolgere il proprio ruolo di protagonista.

Non si tratta affatto di trasferire la gestione del problema del manicomio alla famiglia lasciando le cose come stanno, perché sappiamo benissimo come proprio la famiglia sia oggi investita da difficoltà di ogni tipo e sia spesso un crogiuolo di contraddizioni reali, non mystificate.

Quindi non si tratta né di sfiancare la famiglia con inserimenti velleitari né di espropriare la famiglia dei suoi diritti-doveri tra cui rientra quello di far proprio il problema dei suoi congiunti in un rapporto di nuova solidarietà con quanti operano per la trasfor-

mazione delle condizioni di fatto della società. Da qui l'esigenza di superare lo stato di impotenza della famiglia trasformando e rinnovando servizi e strutture sociosanitarie, aprendole alle esigenze di vita libera, sviluppando l'auto-programmazione dell'esistenza stessa.

Proprio perché non consideriamo il reinserimento né una provocazione né una forma di acutizzazione artificiosa delle contraddizioni, la Provincia di Arezzo ha cercato di dare vita a quelle strutture transizionali come la Casa famiglia, il Centro residenziale post-cura di Mugliano, il Centro Diurno che devono essere considerate per quello che sono: *un passo fuori dall'esclusione totale del manicomio e dell'istituto, un ponte verso una più organica socializzazione*. Ma da uomini ragionevoli quali vogliamo essere, non possiamo non temere, per quanto vigile sia la nostra attenzione e il nostro impegno, il rischio della riproduzione della separazione psichiatrica proprio nelle strutture che abbiamo creato.

Prospettive di lavoro

Dalla riflessione su questo specifico problema, che acquista un'ampiezza più rilevante a mano a mano che l'ospedale si apre, vengono, secondo me, due indicazioni fondamentali che ci devono orientare anche negli atti amministrativi cui saremo chiamati prossimamente.

La prima, è quella di non moltiplicare le strutture alternative, anzi di far sì che quelle che esistono abbiano il carattere di un servizio capace di sviluppare ulteriormente la lotta all'esclusione; la seconda, è quella di utilizzare le strutture esistenti, operando in esse per la loro liberalizzazione con un'azione che ha molti punti in comune con quello che si sa facendo dentro l'Ospedale psichiatrico.

Il riferimento vale per le Case di riposo, per gli Istituti e per quelle strutture che, nel nostro Paese, hanno migliaia e migliaia di ricoverati e che svolgono un ruolo di assorbimento e di neutralizzazione delle contraddizioni sociali.

Per lo sviluppo che in generale si verifica nel vasto settore assistenziale, per il proliferare di tante strutture, di Centri che presumono di amministrare e di pianificare la vita e, perché no, la felicità dei cittadini per chiuderli in una nicchia di provvidenze, un approfondimento del problema dell'assistenza sembra ormai urgente, tale da impegnare gli Enti locali e con essi le forze democratiche del nostro Paese.

Pertanto ci limitiamo a denunciare l'equivoco che è alla base della politica assistenziale di tanti Enti morali che, scossi anche dalle clamorose vicende giudiziarie riguardanti i lager istituzionali, si propongono di pervenire ad una maggiore tolleranza in sostituzione della violenza con cui l'istituzione ha per tanta parte regolato la vita dei ricoverati.

Il tentativo è ancora quello di narcotizzare le contraddizioni, di riportare i problemi sociali ad un rapporto interpersonale, di mettere tra parentesi tutte le implicazioni sociali che sono alla base dell'emergere della malattia mentale e dei modi della sua gestione.

Un cambiamento di questa realtà richiede da parte degli amministratori pubblici un paziente e duro impegno e deve mettere in movimento non solo gli "addetti ai lavori" - cosa non sempre facile e scontata - ma la più gran parte dei cittadini, l'insieme delle forze

sociali e politiche democratiche. Trasformare le strutture in servizi aperti è compito che è stato assunto dagli Enti locali aretini nel recente Convegno provinciale “*Gli anziani dentro e fuori*” la cui tematica sarà sviluppata ulteriormente a livello operativo nei singoli Comprensori sanitari, entro cui va sviluppandosi un ampio dibattito democratico sui problemi della salute.

Questi sono alcuni problemi posti dall’apertura dell’Ospedale che potranno trovare una giusta soluzione nella misura in cui si realizza la più ampia partecipazione democratica alla gestione di tutti i momenti in cui si sostanzia l’iniziativa. Lo sviluppo della partecipazione nasce dalla qualità stessa dell’esperienza che si fonda sul contributo di tutti, dall’ampio lavoro di coinvolgimento già in corso, sia pure ancora insufficiente. Sempre più forte e legittima è quindi la domanda di contare, di influire sulle scelte particolari e complessive da parte di tutti gli operatori sanitari, di avere a disposizione precisi ambiti di decisione e di verifica in un confronto costante con il potere amministrativo.

Organizzare la democrazia, far salire la qualità complessiva dell’esperienza è compito fondamentale di tutte le componenti che operano nell’ospedale psichiatrico e delle forze politiche che si sono fatte garanti della linea approvata dal Consiglio Provinciale.

Verso la riforma sanitaria

Lo sviluppo delle attività di cura e di riabilitazione che ha caratterizzato l’esperienza di questi anni pone in complesso l’esigenza, fondamentale, di un intervento sul territorio per affrontare globalmente, con una continuità di iniziative e di servizi, i problemi del rischio e del danno psichiatrico.

Si tratta di partire dalle attività già in atto, da quella presenza che ha già stabilito importanti punti di collegamento con la scuola, con la fabbrica, con le strutture socio-sanitarie dei Comprensori per un rinnovato impegno nella lotta contro l’emarginazione e la segregazione.

La proposta di una articolazione dei Servizi di Igiene Mentale e la loro collocazione nell’ambito dei Servizi socio-sanitari che si vanno costituendo nei Comprensori sanitari contestualmente con l’istituzione dei Consorzi di Enti locali di Zona è una risposta all’esigenza di impegnare tutte le forze sociali, politiche e tecniche in un processo di rinnovamento dell’assistenza e soprattutto nel fondamentale campo della prevenzione.

Ciò che caratterizza la nostra elaborazione è il fatto che la costituzione di Servizi di Igiene Mentale nel territorio si realizza senza settorialismi e quindi senza separazioni dagli altri servizi e dal contesto democratico delle forze sociali e politiche cui è affidato il compito dell’iniziativa per la difesa globale della salute dei cittadini.

E’, infatti, la prima volta che si stabiliscono in maniera chiara i rapporti tra i servizi dell’Amministrazione provinciale e quelli degli Enti locali, Comuni e loro Consorzi, nella prospettiva della costruzione dell’Unità locale dei Servizi sanitari e sociali; è la prima volta che sono stati definiti con chiarezza i rapporti tra l’igiene mentale e i servizi sociosanitari che si sviluppano per l’iniziativa dei Comuni, singoli o associati.

Nel documento della Giunta Provinciale di Arezzo si afferma a questo proposito che i

Servizi di Igiene Mentale (SIM) operanti nelle zone sanitarie devono garantire:

- a) la lotta all'esclusione sociale ed istituzionale con interventi di prevenzione e di socializzazione svolti nell'ambito delle strutture sociali (scuola, istituti, fabbrica, Case di riposo, reparti di lungodegenza.....) non in forma esclusiva ma in rapporto stretto con i servizi sanitari e di sicurezza sociale degli Enti locali (consultori ostetrici e pediatrici, medicina preventiva dei lavoratori, centri geriatrici, servizi ospedalieri, medicina per l'infanzia in età scolare, Centri di vacanza....)
- b) gli interventi riabilitativi per gravi in centri polivalenti che abbiano la caratteristica di un servizio aperto capace di affrontare i diversi handicaps dei minori e degli adolescenti, per accrescere il livello di socializzazione. Si può affermare che l'esperienza condotta dal Centro Diurno ha costituito una importante premessa a questo ulteriore sviluppo, perché ha mostrato come siano possibili soluzioni alternative al ricovero istituzionalizzato, mediante trattamenti di ri-socializzazione che hanno stimolato la partecipazione delle famiglie, delle forze sociali e della scuola;
- c) la gestione delle strutture alternative decentrate dall'Amministrazione Provinciale che dovranno divenire Servizi del Consorzio sociosanitario;
- d) l'assistenza ai dimessi guariti dall'OPN in stretta collaborazione con i servizi socio-sanitari degli Enti locali allo scopo di evitare la dipendenza psichiatrica e fare del reinserimento non già un puro atto assistenziale ma un vero e proprio rientro nella vita comune.

Ai problemi curativi per malati di mente che presentano la necessità di essere allontanati per scopi terapeutici dal proprio ambito familiare, i Servizi di Igiene Mentale faranno fronte utilizzando spazi-lavoro messi a disposizione dagli Ospedali civili, eventuali luoghi di breve degenza approntati dagli Enti locali in elaborazione e, naturalmente, le strutture di ricovero degli O.P.N.

Se si tiene conto del vasto movimento per l'organizzazione di servizi alternativi che si è avviato in Provincia di Arezzo che si esprime anche nelle Conferenze sanitarie di Comprensorio, si comprenderà come l'iniziativa intorno ai problemi psichiatrici trova una giusta e valida collocazione nella battaglia che gli Enti locali conducono, concretamente, per la riforma sanitaria.

Per ampliare il fronte della partecipazione e della responsabilizzazione abbiamo proposto di dare vita ad una *Consulta Sanitaria Provinciale* per associare tutti i Comuni aretini nell'opera di decentramento e per determinare "un modo nuovo di fare medicina", fondato sui bisogni di salute e di cura dei cittadini, sulla loro partecipazione e sulla verifica democratica dei servizi.

Se non c'è questo, anche la riforma sanitaria, per la quale ci battiamo da tanti anni, rischia d'essere una dilatazione del potere dei tecnici e un servizio aggiornato delle attuali Mutue.

A provvedimenti legislativi che diano effettivo potere alle Regioni e agli Enti locali, deve corrispondere una forte spinta dal basso e il concreto avvio dei servizi capaci di affrontare efficacemente i problemi della salute, comprendenti anche gli aspetti riguardanti l'esclusione sociale e istituzionale.

Capitolo 3
Per un movimento
comune
1974



3. Ex Ospedale Neuropsichiatrico di Arezzo, oggi sede universitaria, *Franco Basaglia nella Sala dei Grandi*

3. Per un movimento comune*

Nota

L'intervento tiene conto dell'esperienza psichiatrica di Arezzo, dei suoi risultati e delle problematiche aperte, ed esprime il punto di vista di un Amministratore comunista che situa la sofferenza psichica delle persone nelle condizioni alienanti e laceranti della società, condizioni che colpiscono i deboli e gli sfruttati dei ceti popolari, ma anche vaste aree della società. Sussistono, anche per questa situazione, le condizioni per un ampio movimento unitario, che coinvolge i malati, gli operatori, i cittadini, le forze sociali e politiche per portare la lotta per la riforma sanitaria, che include quella dell'assistenza psichiatrica, a livelli di più alta intensità e, dunque, alla sua approvazione. Senza attendismi, ma con iniziative dal basso che impegnano, qui ed ora, le Regioni, gli Enti locali, gli operatori sanitari e sociali e i cittadini su esperienze capaci di dare risposte utili e possibili e di dimostrare che la riforma è necessaria e fattibile.

Compagni ed amici intervenuti,

siamo qui in molti a Gorizia ed il compito nostro mi pare sia quello di trasformare questa presenza, così diversa per tanti aspetti, in una forza reale, capace di avere obiettivi comuni e di promuovere movimenti comuni. Non partiamo qui dall'anno zero nella lotta all'esclusione sociale ed istituzionale, perché molto si è fatto prima.

C'è stata la trainante esperienza di Gorizia, ci sono le esperienze per molti aspetti nate in situazioni diverse e con modalità diverse, da Reggio Emilia a Perugia, da Arezzo a Trieste, da Modena a Reggio Calabria e tante altre ancora.

Forse- dico subito- sarebbe stato interessante che il Convegno avesse fornito la possibilità di una conoscenza e di una verifica delle esperienze in atto, non solo per un utile confronto e per un comune impegno di lotta, ma anche per la ricerca di una collaborazione unitaria anche a livello teorico che intanto è possibile in quanto parte dai dati di fatto, dalla varietà dei problemi che la realtà sottopone alla riflessione.

Se manca questo articolato sviluppo della realtà, c'è il rischio del dottrinarismo, della ripetizione di schemi ideologici. Questo esame va fatto. Questa opportunità di riflettere su un'area vasta di iniziative deve essere ricercata, perché si possa raggiungere l'obiettivo di un ricco movimento unitario, seppure articolato.

*In "La pratica della follia". Atti del 1° Convegno nazionale di Psichiatria Democratica. Gorizia, 22-23 giugno 1974
Pagine 184-189

Anche perché, nonostante le esperienze condotte in più ospedali che hanno dimostrato praticamente la possibilità di un rovesciamento istituzionale, la realtà dei manicomi, ma non soltanto dei manicomi, aggiungerei la realtà di tante strutture sociali segreganti, non accenna a ridursi.

Perché questo fatto?

La spiegazione di fatto sta nel riconoscere il rapporto stretto e l'interdipendenza che esiste tra esclusione sociale ed istituzionale, entrambe anelli di una catena in cui si chiude la carriera dello sfruttato, dell'invalido, del vecchio che non produce, del bambino che non profitta, della donna oberata da una serie di sovraccarichi materiali e psicologici nella vita produttiva e nella vita sociale.

E non solo dei proletari e dei sottoproletari, perché lo spirito antagonistico, che pervade tutta la vita sociale, finisce per coinvolgere e per travolgere anche strati di popolazione diversi dai ceti popolari.

La sofferenza psichiatrica si estende, oggi, a vaste aree della società che si sentono sempre più emarginate ed escluse da una prospettiva di gestione della vita economica, sociale e politica.

Bisogna cioè comprendere che dall'organizzazione della società civile deriva quel flusso espulsivo che è alimento permanente del gigantismo delle strutture segreganti che poi si costituiscono come risposte funzionali, necessarie, per spegnere le lacerazioni sociali, come controllo del comportamento, come repressione dei bisogni antagonisti al modello di sviluppo dell'attuale società capitalistica. E' una pratica permanente della classe dominante per eludere le contraddizioni di classe, che pongono in definitiva l'esigenza della costruzione di quel dominio di classe,

Basti pensare al numero crescente di invalidi, al numero preoccupante- in questa situazione politica- di disoccupati, di sottoccupati, basti pensare al numero ancora consistente degli emigranti, con tutti i problemi di adattamento alla realtà e con le difficoltà dell'integrazione sociale, per comprendere come ancora si tenti di rispondere non già modificando la società, ma reprimendo i bisogni di milioni di cittadini e di lavoratori.

Se questo rapporto tra esclusione sociale ed esclusione istituzionale esiste, allora uno dei compiti fondamentali che si pone è quello di cambiare l'attuale meccanismo produttivo, l'attuale organizzazione della società per dar vita, sia pure gradualmente, ad un nuovo modello di sviluppo, fondato sui bisogni dei cittadini e dei lavoratori per determinare le condizioni di uno sviluppo libero della persona, in una società che modifica il suo quadro di valori, un meccanismo che utilizzi tutte le risorse della società, in uomini e in capitale, che misuri la produttività non già sullo sfruttamento intensivo della forza lavoro e quindi sull'usura della salute, ma sul livello degli investimenti produttivi di capitali e quindi sul rinnovamento tecnologico e di sistema.

Da qui deriva l'esigenza di un nuovo corso di politica economica che non possiamo considerare estraneo al problema che stiamo affrontando della tutela della salute dei cittadini. Un nuovo corso di politica economica che abbia a fondamento le riforme e tra le riforme una nuova politica per il Mezzogiorno, dell'agricoltura, delle pensioni, dei servizi sociali per intervenire su tutta la struttura economica e sociale del Paese, per agire

sulle condizioni che possono fondare uno stato di completo benessere fisico e psichico delle persone.

Se manca questa condizione, ovviamente interveniamo sulle cause seconde e problematica diventa la nostra presa sul meccanismo espulsivo.

Credo si debba affermare oggi, alla luce della situazione politica del nostro Paese, della crisi che lo investe sul piano economico, che una vera e profonda riforma sanitaria- che noi oggi rivendichiamo come urgente e indilazionabile- è parte e sostegno di un vasto processo riformatore che affronta alle radici il modo di lavorare, il modo di vivere, il modo di essere di questa società. Fino a quando permane questo modo di essere della società, rimangono in piedi tutte le condizioni che alimentano le strutture della segregazione.

Non c'è chi non veda che oggi siamo dinanzi ad una stridente contraddizione: da una parte un Paese, il nostro, che si fa più maturo, che lotta per la libertà, vedi la grande splendida vittoria del 12 maggio, che lotta contro il fascismo (vedi la grande manifestazione di Brescia), che vuol progredire e andare avanti anche sul terreno economico (vedi la risposta della Sardegna) e dall'altro una classe dirigente di un governo che non affronta la crisi economica, che promette sacrifici per tutti senza garanzie per nessuno, un governo che si propone di comprimere i bisogni delle masse. Tagliando i mezzi agli Enti locali per ridurre i servizi sociali, facendo ancora una volta violenza in una sola direzione: le masse popolari. Esse però non assistono passive e non subiscono il disegno dei conservatori italiani; guidate dalle forze storiche che si sono date, i sindacati e i partiti della sinistra operaia, esse avanzano non solo proposte, le uniche che diano prospettive al Paese intero, ma contrastano efficacemente la repressione e conquistano ad una prospettiva di rinnovamento anche quei ceti non popolari che sono anch'essi vittime di un distorto meccanismo di sviluppo.

Quando si ragiona del rapporto tra violenza e libertà come liberazione, non si può non tener conto, o se si vuole, non si possono non fare i conti con le forze che guidano la classe lavoratrice, con le loro proposte, con le loro strategie, con le lotte che esse impongono e con i successi anche parziali che esse conseguono. Quando si porta avanti la riforma della scuola, ad esempio, e si aprono spazi alla partecipazione democratica degli studenti, degli insegnanti, degli Enti locali, dei sindacati e si stabilisce anche per questa via un rapporto nuovo tra cultura e società, tra scuola e realtà in movimento, si riduce il potere selettivo ed autoritario dell'istituzione, funzionale alla separazione della cultura dalla vita.

La conquista delle 150 ore- ad esempio-pur nella parzialità di questo obiettivo, ha introdotto nella scuola una ventata di democrazia e la presenza di una realtà, la realtà della classe operaia, che produce dei cambiamenti perfino nella stessa organizzazione degli studenti.

Si vede bene, quindi, quali potenti forze sociali e politiche siano scese in campo per la conquista di una democrazia sostanziale e per contrastare un disegno repressivo che è sempre l'asso nella manica delle classi dirigenti. Non c'è un campo esclusivo e privilegiato in cui questa battaglia si conduce.

Ecco perché sarebbe sbagliato isolare uno di questi settori o addirittura contrapporre iniziativa ad iniziativa, in una sterile disputa sulla preminenza di questo o di quel campo d'intervento, la lotta è unitaria ed unitario deve essere il fronte delle forze impegnate in questa lotta.

Da qui l'importanza di un'analisi condotta sulle strutture della segregazione che ha disvelato tutti i meccanismi repressivi, da qui il merito storico di quanti hanno dato vita ad una prassi che ha dimostrato possibile il rovesciamento istituzionale.

Trasformare gli ospedali da luoghi di custodia in luoghi di cura non è semplicemente un compito umanitario. E' un obiettivo politico, perché significa farsi carico dei bisogni dei degenti e impegnare le forze sociali e politiche nella risposta non già a bisogni per individui sfortunati ma a diritti validi per tutti i cittadini.

Da qui l'esigenza di un impegno preciso dentro le strutture della segregazione, quindi dentro i manicomi, dentro le Case di riposo, dentro gli Istituti per minori per dar vita ad un processo di riabilitazione, di svuotamento e di socializzazione dei reclusi. E questo è compito non solo degli psichiatri, ma degli ausiliari, degli infermieri, degli amministratori e dei Comuni a cui appartengono i cittadini che sono reclusi in queste strutture.

Detto questo ed affermato questo come obiettivo da raggiungere e da perseguire con costanza, a me pare inevitabile una domanda: come fare per raggiungere questo obiettivo? Non basta la denuncia più rigorosa e serrata. Non bastano nemmeno le esperienze politicamente impegnate di alcune Amministrazioni provinciali. Il manicomio stenta ad estinguersi e spesso si riproduce sotto forme più aggiornate, magari in reparti degli Ospedali civili. Spesso non basta neppure aprire i cancelli ed abbattere i muri se tutto questo non è anche il risultato di un impegno serrato e quotidiano di tutte le componenti ospedaliere e di tutte le forze sociali e politiche che hanno la responsabilità di tutti i servizi sanitarie sociali del nostro Paese. Non basta e non vale neppure sostituire alla violenza istituzionale una politica della tolleranza. Non si tratta tanto di realizzare l'adattamento sociale del diverso, ma di mutare le condizioni alienanti che nascono dall'interno della società, dal suo modo di essere, dal suo modo di atteggiarsi.

E allora il problema che si pone è di operare anche là dove si produce l'emarginazione sociale, cioè nel territorio, non solo con una generale azione politica, ma anche con la mobilitazione e l'impegno di tutti quei servizi socio-sanitari che servono ad identificare i rischi dell'esclusione e a richiamare contro di essa l'intervento delle forze sociali e politiche, dei cittadini tutti, per rompere quel doloroso calvario che porta dei cittadini a percorrere tutte le stazioni della segregazione istituzionale.

Il problema è ancora quello di agire per mutare il modo di funzionare degli stessi servizi sanitari e sociali, che quasi sempre sono i portatori dell'ideologia della repressione e troppo spesso veicolo della reclusione dei cittadini in difficoltà. Si sa benissimo che si giunge in manicomio, nel reparto di lungodegenza, in istituto anche perché la struttura sanitaria del Paese, i servizi ambulatoriali e poliambulatoriali delle Mutue praticano una medicina che separa l'uomo dalla sua vera storia e soprattutto dalla storia dei suoi rapporti sociali che ha influito sull'integrità psicofisica di ciascuno, Ed è qui che bisogna intervenire.

Ma c'è di più. La soluzione, a mio parere, sta nell'unità tra prevenzione e cura, tra Ospedale psichiatrico e Servizio di Igiene Mentale, anzi, meglio ancora, nell'unitarietà dell'organizzazione dei servizi sanitari e sociali che garantiscono la globalità dell'atto sanitario. Voi capite che questo ci rimanda chiaramente alla riforma sanitaria, alla istituzione delle Unità locali dei servizi sanitari e sociali dirette dagli Enti locali, Comuni e Province.

A questo punto per non disperdere il nostro impegno in attese disarmanti, occorre porre la domanda che per noi può avere un significato immediatamente operativo. Si può costruire immediatamente un progetto di riforma nel nostro Paese, avviando esperienze di unità, di globalità che consentano di portare avanti il quadro delle iniziative?

E' ciò che stiamo facendo ad Arezzo, insieme a tante forze sociali e politiche, con l'appoggio della Regione Toscana.

Un contributo importante a questa costruzione di un'Unità sanitaria locale, di una nuova medicina, di un modo nuovo di gestire la salute dei cittadini può venire dall'attività dei Servizi di Igiene Mentale perché Istituti, Centri di vacanza, Case di riposo, servizi territoriali che ancora agiscono in maniera tradizionale divengano servizi a disposizione dei cittadini per affrontare le gravi e complesse difficoltà che nascono dal rapporto tra problemi sociali e familiari, propri dell'attuale società.

Questo ci consente di portare a livello preventivo il nostro impegno, agendo a contatto con il ricco e complesso movimento dei lavoratori che ha posto in concreto il problema della salute negli ambienti di lavoro, negli ambienti di vita, negli ambienti sociali. Questo consente di mobilitare tutte le forze sociali necessarie per un intervento reale sul problema della prevenzione.

In sostanza- e concludo- la tutela della salute mentale, pur richiedendo servizi e personale che abbiano una propria specificità, può essere garantita nell'ambito di una effettiva ed organica riforma sanitaria e può essere effettivamente conquistata fin da ora avviando la costruzione dell'Unità locale con l'apporto dei Servizi di Igiene Mentale, strettamente collegati ai servizi sociali, sotto la direzione unitaria dei Comuni, della Provincia e dei loro Consorzi.

Quindi, senza attese rinunciarie, devono essere utilizzate le condizioni che esistono perché questo processo vada avanti e possa così percorrere tutta la traiettoria determinata dalle spinte della lotta in corso e negli spazi conquistati dai cittadini, dai lavoratori, dalle loro organizzazioni sindacali e politiche.

Psichiatria Democratica deve poter dare questo contributo di unificazione delle esperienze e del movimento, deve far confluire le forze che raccoglie ed organizza nella lotta per la riforma sanitaria e nelle iniziative che già fin d'ora ne preparano i contenuti.

Bisogna sapersi confrontare con le forze sociali e politiche del Paese che, già oggi e non da oggi, occupano il campo della lotta, perché si ampli il campo di coloro che, in collegamento con la classe operaia, vogliono cambiare veramente le cose in Italia.

Capitolo 4
La riforma
dell'assistenza psichiatrica
in Parlamento
1978



4. Ex Ospedale Neuropsichiatrico di Arezzo, oggi sede universitaria, *Assemblea con i degenti*

4. La riforma dell'assistenza psichiatrica in Parlamento

Premessa

Riprendere in mano, dopo 34 anni, il dibattito parlamentare sulla legge n. 180 che avviò in Italia il percorso della chiusura dei manicomi e gettò le basi di una riforma dell'assistenza psichiatrica senza violenza e senza emarginazione può essere utile, oggi, non solo per misurare la strada che è stata percorsa in un campo inedito della civiltà giuridica del Paese e nel welfare nazionale, ma anche per ritrovare le radici di quella unità etica, culturale e politica che, quasi miracolosamente, si realizzò allora intorno ad una delle questioni più controverse e contraddittorie della politica nazionale, in una fase che vedeva l'Italia esposta a gravi rischi per la sua tenuta democratica e per il suo stesso futuro costituzionale.

Ho riletto i verbali parlamentari, della Camera dei Deputati e del Senato della Repubblica, con il distacco che il tempo trascorso consente e, dunque, con l'intento di una ricostruzione oggettiva dell'evento e del periodo e, insieme, con l'interesse a rinverdire con la memoria di un partecipante¹ il substrato etico e politico di un testo che può apparire un normale atto legislativo, uno dei tanti che fanno parte degli Annali del Parlamento.

Non fu così. Quel dibattito, che si svolgeva dentro e fuori la sede parlamentare, concentrato in soli 24 giorni, fu un grande evento della storia parlamentare che richiese ai Partiti politici di allora, tutti e nessuno escluso, e ai singoli parlamentari che ne furono protagonisti un alto impegno solidale che fu possibile perché tutti fecero i conti con la realtà di un'ingiustizia storica (i manicomi) e con "il nuovo" delle esperienze e delle idee che maturavano nel Paese e perché tutti attinsero alle proprie radici le ragioni profonde per mettere fine all'ingiustizia e per scommettere su un futuro che era tutto da costruire.

Un'alleanza che aveva molti aspetti in comune con l'unità politica realizzata nella lotta di Liberazione e nell'intesa per la Costituzione.

Come allora, sia pure per problemi diversi, era importante per tutti restituire la speranza su un futuro possibile, diverso, più umano della società italiana.

I democristiani vedevano nel manicomio la negazione del valore della persona, i comunisti e i socialisti il terminale delle ingiustizie di classe che colpivano gli sfruttati e gli emarginati, Franco Basaglia aggiungeva a quella condanna etica e politica la demistificazione di una scienza, la psichiatria, che da strumento di oppressione poteva diventare,

¹ Ero, allora, Assessore alla Sanità della Provincia di Arezzo e Coordinatore del "Gruppo psichiatria" della Commissione sicurezza sociale della Direzione del PCI, diretta da Sergio Scarpa. In quella veste seguivo il dibattito parlamentare e il confronto tra il Partito comunista, le forze politiche democratiche e Psichiatria Democratica

e lo era praticamente nelle esperienze da lui e da altri condotte, scienza di liberazione e di libertà.

Una materia incandescente, ma una volta tanto la politica fu all'altezza dei suoi compiti.

A ben guardare sta qui *“la spinta propulsiva”* di una legge che ha consentito all'Italia di collocarsi in vetta alla civiltà giuridica e sociale dell'Europa, di contrastare poi, negli anni seguenti, i tentativi reiterati per tornare indietro, di sconfiggere il camaleontismo autoritario delle destre e di consegnare oggi a tutta la società italiana il mandato per continuare a gettare semi su quel terreno preparato dalla “180”, con la consapevolezza che i frutti, i diritti delle persone, tanto più sono copiosi quanto più si agisce per cambiare il contesto sociale che li nega.

Valeva allora come vale oggi il disposto dell'articolo 3 della Costituzione che impegna *“la Repubblica a rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale che limitando di fatto la libertà e l'uguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana”*.

In quel dibattito parlamentare la Costituzione era il terreno comune e la bussola che univa e garantiva tutti.

Anche oggi, nella fase dell'applicazione della legge n. 180, è importante avere coscienza che il diritto delle persone ha dalla sua parte la Costituzione nella quale si ritrovano le ragioni etiche e giuridiche per andare avanti, tutti insieme, con il meglio della nostra cultura politica, sviluppando il testo formale della legge per portare i principi nella concretezza dei rapporti umani, nella pratica della vita.

L'avvio del disegno di legge

Erano passati 14 anni dall'inizio dell'impresa di Franco Basaglia a Gorizia, quando, nel 1978, la questione dei manicomi e della riforma dell'assistenza psichiatrica giunse in Parlamento, il 19 aprile, con il Disegno di legge presentato dal Presidente del Consiglio dei Ministri (Andreotti), di concerto col Ministro dell'Interno (Cossiga), col Ministro di Grazia e Giustizia (Bonifacio) e con il Ministro della Sanità (Anselmi Tina) con il titolo *“Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori”*.

Il Disegno di legge era affidato in sede legislativa alla XIV^a Commissione “Igiene e Sanità pubblica” della Camera dei Deputati, Presidente Maria Eletta Martini.

Un tempo lungo, attraversato da esperienze innovative e di rottura nella realtà manicomiale italiana e da un acceso dibattito sul passato, sul presente e sul futuro della situazione psichiatrica italiana, che spiega la rapidità con cui quel Disegno di legge veniva presentato, discusso ed approvato dal Parlamento della Repubblica italiana, in tutto 24 giorni, per diventare *la legge n. 180 del 13 maggio 1978*.

Gli antefatti

In mezzo c'erano state esperienze di apertura, di svuotamento progressivo e di alternative pratiche alla pesante realtà italiana dei manicomi, come Arezzo, Perugia, Trieste ed altre, movimenti di intellettuali e di operatori, lotte sindacali per la salute in fabbrica

e per il potere operaio nei luoghi di lavoro.

Soprattutto, le lotte studentesche del '68 che avevano messo in crisi ogni forma di autoritarismo e messo all'ordine del giorno l'idea di "apertura" nelle Istituzioni (della scuola, degli Istituti per minori, anziani, portatori di handicap, delle carceri, ecc....) e le lotte operaie del '69 che avevano posto al centro la questione del diritto al lavoro e la tutela della salute, eliminando le cause della nocività.

Un risveglio della società civile che metteva in discussione la delega ai poteri istituzionali per reclamare un nuovo rapporto tra società civile e politica, tra democrazia diretta e democrazia rappresentativa.

La scossa era stata profonda nel mondo, in Europa e in Italia.

I movimenti di liberazione nazionale avevano messo in crisi, in più parti del mondo, il potere coloniale e portato alla ribalta nuove classi dirigenti e nuove prospettive di libertà e di liberazione:

Un'intera generazione si era formata nella lotta antimperialista, contro la guerra nel Vietnam.

In Europa, i regimi dittatoriali dei fascismi (Spagna e Portogallo) e il dispotismo delle cosiddette "democrazie popolari" erano messi in crisi da vere e proprie sollevazioni popolari che aprivano speranze di liberazione e di libertà nel vecchio Continente europeo.

In Italia, il Partito comunista, facendo perno sulla Costituzione repubblicana, aveva elaborato una propria "via italiana al socialismo" con un programma di iniziative per le riforme di struttura nelle quali si ricercava un'ampia convergenza di culture e di forze politiche con la messa in crisi dei diversi governi a supremazia democristiana, prima centristi, poi di centrosinistra.

Il tormentato "78"

La situazione italiana era, alla fine degli anni '70, in piena e tormentata ebollizione. Le grandi spinte di libertà e di rinnovamento del '68 erano state ignorate e contrastate dalle classi dirigenti del Paese e i Governi nazionali procedevano nella vecchia linea della conservazione dello statu quo, imperterriti.

La società italiana era profondamente segnata da queste aperte contraddizioni, con Governi imbalsamati, da un lato, e dall'altro con un Partito comunista che adeguava la sua proposta politica e le sue iniziative per dare una risposta alle domande sociali, civili e democratiche del Paese e con un Movimento che imboccava la strada dell'antagonismo radicale, con frange sotterranee che teorizzavano e praticavano l'attacco violento allo Stato repubblicano.

Fu in quella temperie politica che Enrico Berlinguer, riflettendo sui fatti cileni, avanzò la proposta del "compromesso storico", un incontro tra mondo cattolico e mondo comunista, come presupposto ideale e culturale per una alleanza di governo tra democristiani, comunisti, socialisti.

Ogni formazione politica, diversa l'una dall'altra per matrice e storia, attingendo alle proprie radici etiche e teoriche, avrebbe potuto e dovuto trovare le ragioni di uno stare insieme, di una collaborazione che fosse mirata per intero all'interesse generale del Paese,

alla promozione dei diritti dei lavoratori e dei cittadini, per una società diversa.

Era la strada per uscire dalla crisi allargando la democrazia e rinnovando la politica.

Aldo Moro, allora Presidente della Democrazia cristiana, si mostrò disponibile ad aprire una “*nuova fase politica*” in Italia. Era un terremoto politico che terrorizzava gli assetti tradizionali del potere, ma spiazzava anche i movimenti di contestazione che puntavano allo scompaginamento e al dissolvimento del quadro politico.

Erano in corso trattative tra le forze politiche per la formazione di un Governo di “*Larghe intese*”, quando si manifestarono forti avversioni oltre Atlantico e si verificò il rapimento dell'on Aldo Moro da parte delle Brigate rosse e il successivo assassinio del Presidente della Democrazia Cristiana.

Un trauma per il Paese e una battuta d'arresto di quel disegno culturale e politico che fu limitato ad un Governo di “*Solidarietà nazionale*”, presieduto dall'on. Andreotti, composto dalle forze politiche di sempre, ma con i comunisti nella maggioranza parlamentare, senza prevedere una loro partecipazione diretta al Governo.

In questo scenario politico, con un Accordo tra le forze politiche della maggioranza, si collocò l'esame della proposta di legge “*Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori*” presentata dal Governo al Parlamento della Repubblica.

Il disegno di legge, uno stralcio della Riforma sanitaria

Sull'onda del dibattito nazionale, che si stava sviluppando in Italia intorno alla questione dei manicomi, e per dare risposta legislativa al diritto dei cittadini alla salute mentale, il Partito radicale aveva raccolto 700 mila firme per un Referendum abrogativo di alcuni articoli della legge n. 36 del 14 febbraio 1904 “*Disposizioni sui manicomi e sugli alienati*” e successive modificazioni e di altre normative del codice civile e del codice penale.

Il Referendum era stato ammesso dalla Corte costituzionale e, *a partire dall'11 maggio 1978*, dovevano essere avviate le procedure per la consultazione referendaria.

I Partiti politici della maggioranza parlamentare (D.C., P.C.I., P.S.I., P.R.I., P.S.D.I.), che avevano concordato nel programma l'impegno ad istituire il Servizio Sanitario Nazionale, compresi gli articoli 30 e 54 che contenevano norme per il superamento degli Ospedali psichiatrici, decisero unitariamente di anticipare la riforma con lo stralcio degli articoli già predisposti sulla salute mentale per dare una prima risposta, in attesa della prossima e successiva approvazione della Riforma sanitaria.

Non si trattava solo di evitare una prova elettorale dagli esiti incerti, ma soprattutto di colmare il vuoto che si sarebbe determinato con la soppressione degli articoli della legge n. 36/1904 con norme positive in grado di far fronte alla esigenza dei cittadini di avere risposte innovative, non più custodialistiche ed asilari, al loro diritto alla salute mentale.

Da qui l'articolato che non era solo la trasposizione del lavoro già compiuto nella proposta di riforma sanitaria, ma anche, e soprattutto, un complesso di norme che dovevano garantire la “*presa in carico*” della domanda di salute mentale del cittadino e

accompagnarlo in tutto l'iter della prevenzione, della cura e della riabilitazione.

Una risposta molto seria al quesito referendario, che giustamente andava oltre la posizione dell'abrogazione, passando per la fase *destruens* del superamento graduale dei manicomi per attivare, contestualmente, la fase *costruens* della rete territoriale dei presidi e dei servizi sociosanitari territoriali ed ospedalieri inseriti organicamente nel sistema sanitario nazionale.

CAMERA DEI DEPUTATI

Discussione generale

Seduta del 19 aprile 1978

Il Presidente della Commissione "Igiene e Sanità pubblica" della Camera dei Deputati, Maria Eletta Martini, dà inizio alla discussione sul Disegno di legge "*Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori*" presentato dal Governo con la lettura della Relazione di accompagnamento e di motivazione della proposta di legge.

La relazione richiama l'accordo intervenuto tra le forze politiche "*per la presentazione di un disegno di legge sostitutivo delle norme vigenti in materia di trattamenti sanitari obbligatori, compresi quelli psichiatrici*", una normativa che doveva prendere il posto della legge 14 febbraio 1904, n. 36, fatta oggetto, tra l'altro, di referendum abrogativo.

La Relazione tratteggia, in breve, un excursus storico dell'assistenza psichiatrica a partire dal '700 per soffermarsi sulla seconda metà dell'800, quando la cultura positivista aveva dato della malattia mentale "*una interpretazione in termini rigidamente biologici, con scarsa considerazione per i fattori sociologici, psicologici e culturali*" e quando i malati di mente "*erano stati considerati come pazienti da esaminare e trattare in appositi ambienti ospedalieri, idonei a consentire indagini e terapie biologiche*".

La legge del 1904, dice la Relazione, rispecchia questa impostazione e allo stesso tempo rassicura la società dalla supposta pericolosità del malato di mente con l'istituzione dei manicomi affidati alle Province.

L'esame storico mette in evidenza i danni della soluzione manicomiale per le persone malate e sottolinea l'esigenza ormai palese e improcrastinabile, per le innovazioni intervenute nel campo della scienza psichiatrica, confermate da valide esperienze alternative, di mettere fine alla cultura dell'inguaribilità e della pericolosità del malato di mente e ai prodotti asilari dell'assistenza psichiatrica.

"Ben diversa, prosegue la Relazione, è l'impostazione data a questi problemi dalla Costituzione italiana. L'articolo 32 statuisce che la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività. Aggiunge, poi, che nessuno può essere obbligato a un dato trattamento sanitario se non per disposizione di legge e che la legge, da parte sua, non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana".

Da questo giusto richiamo discende la scelta di un dispositivo legislativo impostato tutto in funzione del diritto della persona alla salute mentale e alla cura, senza violenza e senza emarginazione.

La Relazione si premura di argomentare sulle motivazioni dello stralcio che è possibi-

le realizzare nel breve tempo disponibile, perché molto lavoro era stato fatto in sede di discussione della proposta di legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale, presentata in Parlamento fin dall'anno 1977.

Di quella elaborazione si richiamano i principi fondamentali posti alla base del disegno di legge in discussione, in particolare:

- * il fine da perseguire è il soddisfacimento di un'esigenza propriamente sanitaria e cioè la tutela della salute dei cittadini bisognosi di un dato trattamento sanitario obbligatorio per motivi che riguardano, anzitutto, il loro stato di salute e solo in via riflessa l'interesse collettivo.
- * per conseguenza, l'organo da investire del potere di decidere questi trattamenti sanitari obbligatori è un organo sanitario e non giudiziario e, dunque, il Sindaco nella sua qualità di Autorità sanitaria.
Analogamente i poteri organizzatori e legislativi sono da attribuire all'Istituzione che provvede di regola in materia sanitaria e cioè alla Regione.
- * la malattia mentale è una normale malattia senza distinzioni e senza tutele differenziali che non siano quelle suggerite in sede tecnica dalla scienza medica, da praticare comunque nel contesto della normale rete dei servizi e dei presidi territoriali, ambulatoriali e ospedalieri
- * può esistere per la malattia mentale, come per altre malattie, la necessità di trattamenti obbligatori, dovuti ad una carente o errata coscienza di sé e dei rapporti con l'esterno e, quindi, all'impossibilità di partecipare volontariamente e consapevolmente ad un progetto di cura.
Tuttavia, l'attuazione dei trattamenti obbligatori deve essere sempre accompagnata da ogni possibile iniziativa per promuovere al più presto il consenso e la partecipazione del paziente al trattamento sanitario e da un complesso di garanzie sanitarie, amministrative e giurisdizionali per evitare qualsiasi abuso
- * a questi nuovi principi deve seguire, coerentemente, l'istituzione di adeguati servizi territoriali e la riqualificazione del personale addetto alle istituzioni psichiatriche
- * bisogna tener conto, con provvedimenti adeguati, della fase transitoria necessaria per l'attivazione dei nuovi servizi extraospedalieri e per la riorganizzazione di quelli di ricovero degli ospedali generali durante la quale le istituzioni psichiatriche (i manicomi) continueranno ad operare, sia pure nella prospettiva della loro progressiva estinzione.

Lo stralcio è la fedele riproduzione di questi principi, propri degli articoli 30 e 54 della proposta di riforma sanitaria, integrati da disposizioni indispensabili per rendere

immediatamente operative le nuove norme e per assicurare forme di garanzia azionabili nelle debite sedi contenziose, il tutto da valere come disciplina-ponte, preparatoria della riforma sanitaria ed entro questa destinata ad essere riassorbita come espressamente previsto nell'articolo 10.

Il Disegno di legge è composto da 10 articoli che la Relazione presenta uno ad uno con i relativi contenuti e con le necessarie delucidazioni.

Seduta del 28 aprile 1978

Relazione ed interventi

Il relatore della Proposta di legge, ON. BRUNO ORSINI (D.C.), ripercorre molte delle considerazioni contenute nella Relazione del governo sia per quanto riguarda la storia dell'assistenza psichiatrica sia per le innovazioni che si sono prodotte, nel frattempo, sul piano della ricerca scientifica, dell'innovazione farmacologia e delle esperienze in atto in più parti del Paese che rendono indispensabile un profondo cambiamento dell'assistenza psichiatrica in Italia.

Il Relatore segnala anche il danno prodotto nei cittadini da una ospedalizzazione protratta perché *“molte manifestazioni psicopatologiche, regressive, presentate da malati lungodegenti negli ospedali psichiatrici non erano diretto effetto della malattia originaria, bensì della nociva azione esplicata su di essi dalla de-socializzazione conseguente alla condizione di ricoverato cronico”*.

Il manicomio aggiunge danno a danno, è patologico e, dunque, va superato.

“Chi come me ritiene che la psichiatria sia medicina non può non rendersi conto che molte volte, attraverso il meccanismo degli ospedali psichiatrici, si è cronicizzata una patologia che non è medica e che semmai è di radicazione e di impossibilità della nostra società di mantenere nel suo seno elementi che hanno la caratteristica degli emarginati e degli esclusi piuttosto che dei malati in senso stretto”.

Sia pure con qualche residuo di cultura tradizionale (le terapie di shock, in certi casi, sarebbero comunque efficaci!) e di concessione all'idea di “minoranze fastidiose, talvolta pericolose”, il relatore prende posizione nettamente per il superamento dei manicomi e per la predisposizione di una rete di servizi psichiatrici territoriali, prioritari rispetto a quelli ospedalieri.

“Oggi, finalmente, appare evidente la necessità che i servizi psichiatrici facciano parte del Servizio sanitario nazionale a pieno titolo e in condizioni di assoluta parità, prevedendo a tal fine che ogni provvedimento in materia tenga conto di due essenziali principi: la necessità di garantire una continuità terapeutica e di conseguenza l'unitarietà del Servizio stesso; l'inserimento sempre più intimo dei servizi sociali nella trama sociale”.

Sui trattamenti sanitari obbligatori per i malati di mente, Orsini afferma che *“...la loro adozione va ricondotta a motivi di salute connessi primariamente allo stesso interesse dell'individuo e, secondariamente, all'interesse della salute di tutti”*.

Cade la pericolosità sociale e il trattamento obbligatorio, circondato da garanzie sanitarie, sociali e giuridiche, è solo un mezzo estremo, un'ultima spiaggia, quando tutti gli

altri interventi preventivi e curativi sono apparsi insufficienti nell'interesse del cittadino malato.

Sui singoli articoli, le considerazioni del Relatore saranno riprese nella parte nella quale saranno trattati i dispositivi della normativa in esame.

Svolta la Relazione, la discussione generale si apre con l'intervento dell'ON. MARCO PANNELLA, del Partito radicale, promotore del referendum abrogativo.

Dopo una serie di contestazioni sulla procedura seguita dalla Presidenza che non consente una dilatazione dei tempi di discussione, Pannella assume una netta contrarietà allo stralcio come risposta del Parlamento alla iniziativa referendaria sia perché ritiene riduttivo ed ambiguo il provvedimento che contesta in alcuni articoli, senza però fare proposte alternative, sia perché nutre una totale sfiducia nelle forze politiche della maggioranza riguardo alla volontà di varare la riforma sanitaria (la cui discussione era stata rinviata, ricorda, con un voto della maggioranza) che sola potrebbe, secondo Pannella, dare le risposte al quesito referendario e al diritto alla salute mentale.

Interviene per il Partito Socialista Italiano l'ON. SALVATORE FRASCA.

Proprio partendo dall'accordo di maggioranza circa la scelta dello stralcio legislativo, i parlamentari della sinistra, socialisti e comunisti, si fanno portatori di alcune fondamentali richieste di modifica dell'articolato proposto dal Governo in base alle posizioni assunte negli anni sulle questioni dell'assistenza psichiatrica, sul superamento dei manicomi, sulle alternative da costruire e sui rapporti tra servizi psichiatrici e riforma sanitaria, in sintonia con le elaborazioni realizzate nelle esperienze avanzate portate avanti da un vasto movimento culturale e pratico nel Paese.

L'on. Frasca riconosce, in partenza, i limiti propri dello stralcio che non consente una distesa e approfondita discussione che invece sarebbe stata possibile se l'esame fosse stato sulla riforma della sanità.

I sospetti sul futuro politico della riforma sanitaria erano così pesanti da spingere il parlamentare socialista ad affermare *“Da questo punto di vista mi si consenta di dire che il provvedimento potrebbe essere considerato non solo una riforma-stralcio ma anche una piccola riforma all'italiana”*. E sul problema del raccordo tra stralcio e riforma sanitaria l'on Frasca chiede al Governo impegni e scadenze precise, indicando in legge la data entro la quale la confluenza dell'uno nell'altra sarà realizzata.

Obiezioni vengono rivolte all'articolato per la continuazione della gestione dei manicomi da parte delle Province, visto che la competenza della sanità è prevista per le Regioni, per la competenza sui trattamenti obbligatori assegnata ad un medico qualsiasi, anche privato, e non al responsabile del Servizio pubblico e per il rischio che l'assistenza psichiatrica si risolva in un mero passaggio dal manicomio all'ospedale civile.

Erano obiezioni radicali, presenti nel movimento impegnato nella chiusura dei manicomi che seguiva il dibattito parlamentare con vivacità e anche con punte di palese contrarietà.

Altri problemi sollevati erano la questione del personale psichiatrico appartenente agli Ospedali psichiatrici consortili (Nocera, Volterra, ecc.) cui chiedeva di garantire l'opzione per l'assegnazione alle Province di riferimento, la formazione e l'equiparazione degli

inquadramenti e dei trattamenti economici su cui il provvedimento doveva assumere impegni espliciti.

Per il Gruppo comunista interviene l'ON. VANDA MILANO DE PAOLI.

Il Disegno di legge, inizia la parlamentare, recupera correttamente gli articoli 30 e 54 del testo di riforma sanitaria all'esame dell'Aula che hanno contenuti qualificanti perché *“superano il giudizio di disvalore che la cultura positivista e la logica del sistema avevano legato ai malati di mente, riaffermano l'unitarietà del concetto di salute, inteso come benessere complessivo psicofisico della persona e, conseguentemente, la completezza e l'unitarietà dell'intervento in ordine alla tutela della salute, in osservanza dei principi costituzionali e, in particolare, dell'articolo 32 della Costituzione”*.

E' con questa impostazione e con questi richiami che il provvedimento in esame dimostra di contenere gli elementi di superamento della legge manicomiale del 1904 e apre la strada alla generalizzazione delle esperienze avanzate che in Italia, più che in altri Paesi, si sono realizzate.

L'on Milano De Paoli richiama la posizione comune ed unitaria per il superamento della legge n.36/1904 e della realtà manicomiale per affermare che tale obiettivo ha bisogno di una pluralità e complessità di interventi tra cui, in primis, la riforma sanitaria, che rimane uno dei punti programmatici di fondo della nuova maggioranza, *“ma anche di una serie di riforme che migliorino le condizioni dell'individuo in generale che servano a risolvere tutta una serie di conflittualità”*.

Lo stralcio è una risposta costruttiva all'iniziativa referendaria che di per sé non è sufficiente ed idonea a superare nei fatti la realtà manicomiale.

Il testo di legge, dice, deve assolvere a due finalità: essere comunque transitorio, ma transitorio nel senso che ci sia la volontà politica di farlo rimanere tale, deve inoltre non far slittare la riforma, allo stesso tempo recuperando i valori che erano contenuti negli articoli 30 e 54.

In realtà, i parlamentari di sinistra esprimono allarme e preoccupazioni per la separazione del provvedimento dalla riforma sanitaria, chiedono impegni netti al Governo, in considerazione delle delusioni passate e soprattutto della drammaticità della situazione politica del Paese la cui evoluzione è tutt'altro che prevedibile.

Il trattamento sanitario obbligatorio ha una impostazione positiva, perché avviene attraverso un'iniziativa di carattere sanitario e non di pubblica sicurezza per cui lo stesso obiettivo del superamento del manicomio comincia a realizzarsi nel momento stesso in cui si chiude l'accesso come ricovero.

Sui singoli articoli del provvedimento sarà necessario un approfondimento per migliorare il testo su diversi aspetti tra cui quello del ruolo delle Regioni e degli Enti locali e quello del diritto del cittadino alla propria libertà personale, anche quando è ammalato.

Da ultimo, l'on Milano De Paoli solleva il problema dell'applicabilità della legge che deve risolvere alcuni problemi urgenti in maniera corretta e corrispondente ad una visione giusta, nuova e civile dell'intera materia.

Fin qui, le posizioni del Governo e della sinistra parlamentare.

Con l'intervento dell'ON. PAOLO CIRINO POMICINO sono esposte le posizioni della Democrazia Cristiana.

L'accordo politico è richiamato come un impegno vincolante per tutte le forze della maggioranza parlamentare.

A differenza degli altri parlamentari che hanno apprezzato l'iniziativa referendaria, pur riconoscendone i limiti e l'inadeguatezza, il parlamentare della D.C. ne mette in evidenza l'inopportunità se non anche il danno per aver imposto, necessariamente, una limitazione nella discussione e nell'approfondimento della materia che avrebbe avuto uno spazio e un tempo adeguato se la discussione si fosse potuta concentrare sulla riforma sanitaria.

Cirino Pomicino lamenta una progressiva medicalizzazione del problema psichiatrico ed afferma che il dato positivo del disegno di legge sta nel tentativo di recuperare i fattori sociali che influiscono sullo stato di salute dei malati di mente.

Rispetto alle critiche sollevate circa la carenza di norme concrete e di dettaglio per l'applicazione della legge, il relatore rivendica la necessità di una certa flessibilità della legge per consentire ai poteri locali, cui è demandata la traduzione pratica dell'articolato, di adeguare le norme ai bisogni variegati delle persone e dei contesti.

Ad ogni buon conto, il provvedimento realizza *“un giusto equilibrio tra esigenze di natura medica e la necessità di rimuovere gli ostacoli di natura sociale che condizionano l'insorgenza e l'evolversi della malattia psichica, quando ipotizza un tipo di iniziativa terapeutica che non è rappresentata esclusivamente dal ricovero ospedaliero, ma al contrario individua nei servizi extra ospedalieri la struttura portante dell'iniziativa terapeutica nel campo psichiatrico”*.

In coerenza con questa impostazione, ha un grande rilievo il richiamo al principio della continuità terapeutica e la scelta del Dipartimento come strumento per realizzare la “presa in carico” e l'impegno pluriprofessionale delle diverse figure sanitarie e sociali che esso rende possibile.

Cirino Pomicino condivide l'obiettivo di far confluire l'articolato nella legge di riforma sanitaria, ma mette in guardia dal sottolineare troppo la transitorietà del provvedimento che potrebbe determinare un clima di “attendismo” e di pratica inadempienza per una legge che invece deve essere subito messa in pratica dalle Regioni e dagli Enti locali.

In ogni caso, il Gruppo della Democrazia Cristiana si riserva, in sede di discussione dei singoli articoli, di dare il proprio contributo attraverso la presentazione di emendamenti che consentano la più completa omogeneizzazione nel settore della ospedalità pubblica, psichiatrica e generale...”

La discussione generale sul Disegno di legge si conclude con l'intervento del Relatore, ON. BRUNO ORSINI, e del Ministro della sanità, ON. TINA ANSELMINI.

Bruno Orsini tiene a sottolineare, anche in risposta a chi considera il testo *“una sceneggiatura enfatica”*, i valori che il disegno di legge rappresenta *“richiamandosi ad affermazioni che sono di grande significato morale, prima che sociale, per il Paese: la legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana, è punita ogni*

violenza fisica e morale sulle persone comunque sottoposte a restrizioni di libertà”.

Il richiamo ai principi etici non è affatto superfluo perché essi saranno da guida in un cammino della legge che avverrà tra mille difficoltà.

Non solo. Non è pensabile che una materia complessa e delicata come la salute mentale possa essere affrontata con la politica dei no, con abrogazioni, rifiuti e cancellazioni. La polemica con le posizioni del Partito radicale è severa, perché il compito del legislatore, dice Orsini, “è quello di sostituire le norme obsolete ed inique con altre norme positive, aperte ed omogenee con i principi che la Costituzione detta per la vita della società nazionale.”

Sull'articolato in esame, Orsini si rende disponibile, nel corso della seduta, a compiere uno sforzo di sintesi per migliorare il testo, tenendo conto delle posizioni affermate dagli onorevoli Frasca, Milano, Cirino Pomicino e Pannella.

Il cammino della legge, per la sua applicazione, non sarà né breve né facile ma è quello che comunque anche la riforma sanitaria avrebbe dovuto percorrere.

“Il trasferimento delle funzioni alle Regioni, il coordinamento tra i servizi del territorio, la mobilità del personale, alcuni interventi di pianificazione, costituiscono dei passi che in ogni caso avrebbero dovuto essere compiuti”.

In sintonia con gli interventi dell'onorevole Vanda Milano e dell'onorevole Cirino Pomicino, Orsini afferma “vorrei anch'io sottolineare che la riforma sanitaria è un impegno della nuova maggioranza” e prosegue “vorrei sottolineare anche la consapevolezza che abbiamo che la cura dei disturbati psichici richiede una crescita complessiva della società italiana che va al di là della pura legislazione tecnica.”

Chiude la discussione generale il Ministro della sanità, ON. TINA ANSELMI.

Il Ministro tiene a precisare che il disegno di legge del Governo non è nato come iniziativa autonoma, ma per scelta politica dei Partiti e come anticipazione dei contenuti già comunemente elaborati sulla materia nel progetto di riforma sanitaria.

Infatti, “il giorno successivo all'approvazione della mozione di fiducia al Governo, il 17 marzo, abbiamo cominciato, a livello dei partiti, ad analizzare questa materia, proprio in conseguenza di precisi impegni che erano stati presi”.

Naturalmente spetta al Governo garantire una omogeneità di trattamento per tutti i cittadini nell'applicazione di questa come di altre leggi.

L'impegno è esplicito.

“A questo fine, nel periodo in cui il Parlamento sarà impegnato nell'esame della riforma sanitaria, intendo predisporre, attraverso il Centro studi del Ministero della sanità, tutti quei contributi culturali e tecnici che possano servire da supporto alle Regioni, affinché nella loro autonomia e nella loro responsabilità, abbiano dei punti di riferimento che garantiscano al massimo la realizzazione più omogenea possibile di strutture, di interventi, di qualificazione dei servizi”.

Anche per il graduale superamento degli ospedali psichiatrici, il Ministro garantisce impegni perché si realizzino soluzioni alternative anche con l'impiego di personale qualitativamente idoneo alla realizzazione di quei fini che vanno raggiunti.

Anche il Ministro, come i parlamentari intervenuti, mette l'accento sulla necessità

di prevenire le malattie, agendo sui contesti sociali dai quali esse emergono e con un impegno globale di tutte le strutture, soprattutto di quelle territoriali, per consentire “*la riduzione al massimo di quell’area di 50 mila ammalati che s’impongono alla nostra attenzione in modo tanto drammatico.*”

Conclude dicendo “*tengo infine a sottolineare come l’articolato in esame sia frutto di una lunga elaborazione e di un notevole sforzo compiuto dal Governo assieme alle forze politiche.*”

La discussione sugli articoli. Aspetti essenziali

Il Trattamento sanitario obbligatorio (TSO)

L’accordo politico tra i Partiti della maggioranza per varare in tempo utile il disegno di legge come stralcio ed anticipazione della riforma sanitaria era un vincolo stringente che doveva valere soprattutto nella definizione dei singoli articoli attraverso i quali bisognava garantire il diritto del cittadino alla salute mentale e nello stesso tempo occorreva prevedere i casi in cui e i modi in cui la legge consentiva una limitazione della libertà personale.

La discussione di merito era molto accurata e insistita anche perché, come capita nei problemi complessi, e la salute mentale era uno di questi, “il diavolo si nasconde nei dettagli”.

Le forze politiche, soprattutto quelle della sinistra parlamentare, non potevano permettersi di sbagliare una mossa dal momento che la proposta di legge era seguita nel Paese da un vasto e variegato movimento che “vigilava” sulla corrispondenza tra le elaborazioni maturate nelle conquiste realizzate e la lettera della legge.

Un movimento che aveva al proprio interno componenti intransigenti che non solo richiedevano l’abolizione dei manicomi e della pericolosità sociale del malato di mente, ma si opponevano ad ogni limitazione della libertà delle persone malate, giungendo a definire il TSO “*un fermo di psichiatria*” con una forzata analogia con il “*fermo di polizia*”.

I primi cinque articoli del disegno di legge erano infatti dedicati agli “*Accertamenti e trattamenti sanitari e obbligatori*”, il primo per tutte le patologie, gli altri per i malati di mente.

Si partiva dalle procedure per gli eventuali ricoveri in ospedale civile, per passare poi alle garanzie sanitarie, democratiche e giurisdizionali con cui si circondava il diritto del malato di mente nei casi in cui la persona non era in grado di partecipare consapevolmente ad un programma di cura e di riabilitazione.

La possibile situazione di “*incapacità di intendere e volere*” non poteva essere negata neppure dalle esperienze più avanzate, ma doveva essere considerata una sconfitta delle attività preventive e un punto di partenza per recuperare un rapporto di fiducia.

Cosicché, *la proposta di legge operava un vero e proprio rovesciamento dell’intervento coattivo*: esso si configurava come un supporto alla persona malata, un aiuto per recuperare un rapporto di collaborazione tra la persona e il Servizio e mai un provvedimento a

difesa dell'incolumità sociale.

La normativa prendeva in considerazione le circostanze che sole potevano permettere l'emissione di un TSO, le procedure tassative che dovevano impedire l'arbitrio vessativo, lo spazio giuridico per il recupero in ogni momento della libertà personale del malato.

La discussione spesso metteva in evidenza posizioni contrastanti, ma la ricerca dell'unità e delle soluzioni condivise portava il relatore di maggioranza a presentare ex novo interi articoli più garantisti e più rispondenti ad una realtà complessa della condizione del malato e del ruolo responsabile delle Istituzioni pubbliche.

Il Medico del Servizio pubblico, il Sindaco, quale Autorità sanitaria, il Giudice tutelare erano tutti, ciascuno per il proprio ruolo, i garanti del cittadino in una fase transitoria, eccezionale, della sua precarietà cognitiva.

Il ricovero in ospedale

La questione del ricovero del malato di mente in ospedale generale per i trattamenti sanitari volontari ed obbligatori era uno dei punti focali in cui si manifestavano le più evidenti differenze tra i parlamentari dei diversi Partiti politici.

Non a caso, perché "il posto letto" in ospedale appariva ancora la valvola di sicurezza a quanti aderivano con riserve più o meno esplicite alla chiusura dei manicomi e al concetto stesso dell'abolizione della "*pericolosità sociale del malato di mente*".

In qualche misura, il ricovero poteva essere considerato pur sempre una protezione per la società.

Le esperienze di svuotamento progressivo dei manicomi, citiamo Arezzo per tutte, avevano collaudato, quasi certificato, nuove soluzioni quando era giocoforza ricorrere all'ospedale generale per il malato di mente: *spazi ospedalieri, per brevi ricoveri, gestiti direttamente dall'équipe territoriale di salute mentale con la collaborazione dei servizi interni dell'Ospedale sia per gli aspetti medici che per le prestazioni di assistenza generale.*

"*Reperti tenda*", furono chiamati gli spazi messi a disposizione dall'Ente ospedaliero per rendere evidente la permeabilità e la provvisorietà del rapporto tra territorio ed ospedale.

Se queste erano le acquisizioni delle avanguardie, una concezione ospedaliera della malattia mentale era ancora fortemente radicata in forze politiche che non solo sulla salute mentale ma in tutto l'ordinamento sanitario vedevano la centralità del posto letto ospedaliero.

Del resto, era ancora vigente la legge n. 431 del 1968 che prevedeva per i malati di mente robuste divisioni ospedaliere come alternativa ai manicomi.

Questa "*richiesta di ospedale*", radicata anche nel senso comune e nel pregiudizio sul malato di mente, si copriva dietro una ambigua affermazione coniata per riportare la salute mentale all'interno dell'Ordinamento sanitario: *la malattia mentale è una malattia come tutte le altre.*

In realtà, uguale era il diritto del malato di mente alla cura, ma diverse, molto diverse dovevano essere le sedi e le modalità del trattamento terapeutico. *L'ospedale doveva essere solo uno spazio a disposizione del Servizio territoriale, extraospedaliero, mai una struttura*

separata dal sistema delle relazioni entro le quali doveva compiersi il percorso di guarigione e di inclusione sociale del malato di mente.

Questi precedenti spiegano abbondantemente il dibattito acceso e i contrasti sull'articolo 6-bis "*Modalità degli accertamenti e dei trattamenti sanitari obbligatori*" presentato in una nuova stesura dal relatore on. Bruno Orsini.

Le questioni controverse su cui si sono concentrati gli interventi degli on.li Tiraboschi (Psi), Triva, Milano e Palopoli (Pci), Orsini e Pomicino (Dc) riguardavano

- 1) l'autonomia del Servizio ospedaliero per la salute mentale
- 2) il numero dei posti letto da assegnare all'Ospedale
- 3) la forma dipartimentale del Servizio di salute mentale.

L'articolo 6-bis, infatti, impegnava le Regioni ad istituire, per i trattamenti sanitari obbligatori in degenza ospedaliera, "*specifici ed autonomi servizi psichiatrici di diagnosi e cura*", a dotare quei servizi "*di un numero di posti letto non superiore a 20*" e a organizzare i servizi ospedalieri "*in forma dipartimentale con gli altri servizi e presidi psichiatrici esistenti nel territorio per garantire la continuità dell'intervento sanitario a tutela della salute mentale*".

Il timore che "l'autonomia" prescritta fosse il preludio alla separazione degli interventi (Tiraboschi e Triva) o per converso la preoccupazione che la sua assenza portasse all'aggregazione della psichiatria con la divisione di Neurologia erano le ragioni che dividevano la sinistra dalla Democrazia cristiana.

Tanto più che la previsione di 20 posti letto poteva configurare addirittura un reparto autonomo in base alla legge n. 132/68 o quanto meno una sezione ospedaliera aggregata ad un'altra divisione, medica o neurologica che fosse. Con il che si sarebbe prodotta quella separazione che, almeno a parole, tutti intendevano evitare.

La richiesta dei parlamentari del Pci era netta: eliminare dall'articolo la parola "autonomia" e ridurre il numero di posti letto a non più di 15, comunque da considerare come competenza e spazio di lavoro proprio del Dipartimento territoriale di salute mentale.

Palopoli (Pci) cita i numerosi incontri con gli operatori del settore (leggi Psichiatria Democratica) dai quali "*è emersa la volontà precisa degli interessati di articolare la distribuzione territoriale e di contenere il numero dei posti letto per ogni servizio psichiatrico da istituire negli ospedali civili*".

Dal canto loro i rappresentanti della Dc, on.li Orsini e Pomicino, richiamavano il parere espresso dall'AMOPi a favore dell'Autonomia e "*la reazione già in atto da parte di ambienti più restii ad una innovazione profonda della politica per la salute mentale che faceva leva sull'inadeguatezza tecnica e sull'incapacità di una gestione seria ed efficace*".

Argomenti che non potevano essere ignorati per cui i rappresentanti della D. C. restavano fermi alla proposta dell'articolo 6-bis.

I lavori della Commissione erano giunti ad un punto di stallo su problemi di rilevante importanza per cui la seduta fu sospesa alle ore 20.45 per continuare in sede politica il confronto tra i Partiti della maggioranza.

La Commissione riprendeva i lavori alle ore 24, in seduta notturna, presentando una

nuova formulazione dell'articolo 6-bis *“testé concordato, diceva la Presidente, di intesa tra i gruppi politici”*.

L'articolo riprendeva in tutto e per tutto gli emendamenti avanzati dai parlamentari della sinistra, Tiraboschi e Triva e veniva approvato nella nuova stesura, quella che comparirà nel testo ufficiale della legge.

Un grosso scoglio era stato superato, l'accordo era rispettato.

La competenza alle Regioni

L'articolo 7, presentato dal relatore in una nuova stesura secondo l'accordo politico tra i Partiti della maggioranza, entrava nel merito del cambiamento istituzionale e affidava la competenza nell'assistenza psichiatrica, in coerenza con quanto maturava per la riforma sanitaria, alle Regioni a statuto ordinario e speciale e alle Province autonome di Trento e Bolzano.

Le Province, con apposite convenzioni da stipulare con le Regioni, mantenevano la competenza e la responsabilità della gestione degli Ospedali psichiatrici fino al 1° gennaio 1979, data per la quale la riforma sanitaria sarebbe stata approvata.

L'articolo dà una chiara sistemazione al problema dei nuovi servizi di salute mentale da costituire e crea le premesse e i percorsi per avviare la chiusura dei manicomi.

Infatti *“le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano programmano e coordinano l'organizzazione dei presidi e servizi psichiatrici e di igiene mentale con le altre strutture operanti nel territorio e attuano il graduale superamento degli attuali ospedali psichiatrici e la diversa utilizzazione delle strutture esistenti e di quelle in via di completamento”*.

Per rendere chiara e tassativa la scelta riguardo al superamento dei manicomi, l'articolo aggiunge un comma del tutto nuovo rispetto alla precedente stesura *“E' in ogni caso vietato costruire nuovi ospedali psichiatrici, utilizzare quelli esistenti come divisioni specialistiche psichiatriche di ospedali generali, istituire negli ospedali generali divisioni o sezioni psichiatriche e utilizzare come tali divisioni o sezioni neurologiche o neuropsichiatriche”*

La data del 1° gennaio 1979 diventava una scadenza cogente anche per la omogeneizzazione, in sede contrattuale, degli inquadramenti, dei trattamenti economici e degli istituti normativi del personale degli attuali ospedali psichiatrici *“con quelli delle corrispondenti categorie del personale degli enti ospedalieri”*

L'articolo 8 *“Infermi già ricoverati negli ospedali psichiatrici”* viene anch'esso presentato in una nuova stesura, frutto dell'accordo politico, e impegna *“il primario responsabile della divisione”* a comunicare al Sindaco del comune di residenza, con singole relazioni motivate, *“i nominativi dei degenti per i quali ritiene necessario il proseguimento del trattamento sanitario obbligatorio presso la stessa struttura di ricovero indicando la durata presumibile del trattamento stesso”*

Questi due articoli, fondamentali per la svolta politica nell'assistenza psichiatrica in Italia sono approvati senza sostanziali obiezioni dalla Commissione in sede legislativa.

Altrettanto avviene per gli articoli successivi, il 9 *“Modifiche al codice penale”*, il 9-bis aggiunto che equipara le attribuzioni dei dirigenti degli ospedali psichiatrici a quelle

previste dal Dpr 27 marzo 1969, n. 128 per gli ospedali generali, il 10 “Norme finali”.

Tutti gli articoli sono approvati e la seduta termina alle ore 0,50 di sabato 29 aprile 1978.

La seduta di martedì 2 maggio 1978

Giusto il tempo per celebrare il 1° maggio, e la Commissione è di nuovo al lavoro per concludere l'esame e l'approvazione del disegno di legge con le dichiarazioni di voto dei diversi gruppi parlamentari.

La Presidente, ON. MARIA ELETTA MARTINI, che ha guidato con sapienza e correttezza i lavori a ritmo serrato della Commissione, introduce la seduta e afferma: *“I colleghi sanno che tale disegno di legge trae origine dalle decisioni prese in questa sede in occasione della discussione sulla riforma sanitaria appunto in relazione ai mezzi specifici per i trattamenti sanitari obbligatori sia negli aspetti generali che particolari. Devo ricordare come il testo governativo sia stato profondamente modificato, anche a seguito di incontri avuti con i rappresentanti di tutte le organizzazioni degli psichiatri, del Ministero della sanità, del Ministero di grazia e giustizia e così via; ne è scaturita una formulazione che, almeno in base ai giudizi sinora pervenuti da parte delle associazioni di ospedalieri e sanitari, è sostanzialmente positiva; ciò non toglie che il Senato esaminerà il testo di tale provvedimento con tutta la sua autonomia di giudizio”*.

La seduta è interamente dedicata alle dichiarazioni di voto sul complesso del provvedimento.

Prendono la parola BISIGNANI (Pci), SUSANNA AGNELLI (Pri), FORNI (DC), TIRABOSCHI (Psi), NICOLAZZI (Psdi).

BISIGNANI (Pci) coglie il valore storico e politico del provvedimento che il Gruppo comunista approva *“Oggi, afferma, con questa legge, a distanza di tre quarti di secolo, si pone realmente per la prima volta la premessa per il definitivo superamento del manicomio”*.

E tra gli aspetti positivi richiama il fatto che *“il trattamento sanitario si svolge con le più ampie garanzie costituzionali e giurisdizionali”*, una soluzione che consentiva di raccogliere positivamente non solo un'esigenza giusta posta dalla richiesta referendaria, ma i contributi che venivano dall'ampio dibattito nel Paese, facendo tesoro *“dei tentativi nuovi e dei risultati conseguiti o in fase di sperimentazione, da Trieste a Perugia, da Torino a Reggio Calabria, ad Arezzo”*.

Il legame con la proposta di riforma sanitaria è forte, perché *“il disegno di legge che ci avviamo ad approvare assegna un ruolo più penetrante alle Regioni in un settore nuovo; a quelle Regioni cui il Servizio sanitario nazionale affida rilevanti compiti di programmazione noi oggi indichiamo una strada che è coerente con l'impianto istituzionale della riforma sanitaria”*.

SUSANNA AGNELLI esprime il voto favorevole a nome del Partito repubblicano italiano con motivazioni etiche e politiche.

“Ci siamo sempre preoccupati della salvaguardia della dignità della persona umana, dice la parlamentare repubblicana, del suo sviluppo, del suo recupero quando circostanze momentanee ne pregiudicano la presenza operosa”.

L'approvazione convinta del disegno di legge è motivata dalle garanzie costituzionali che sono assicurate al malato di mente perché il trattamento sanitario obbligatorio avverrà esclusivamente *“in specifici e autonomi servizi psichiatrici degli ospedali generali e da personale con specifica preparazione”*.

I diritti delle persone malate saranno garantiti da un nuovo ordinamento dell'assistenza psichiatrica.

“Approviamo che con questa legge venga di fatto decretata la fine del manicomio e di tutte le discriminazioni del cosiddetto malato di mente che spesso è solo una persona in momentanea difficoltà perché più debole nei confronti dello stress quotidiano e che, se isolato per mancanza di solidarietà, rischierebbe di fissarsi nel suo stato di disagio”.

Per la Democrazia Cristiana esprime voto favorevole l'ON FORNI.

La legge che approviamo, dice, è *“la conclusione di un lungo dibattito che in Comitato ristretto, in Commissione e nella discussione generale in Aula ha visto un confronto approfondito fra le forze politiche democratiche sul tema dei trattamenti sanitari obbligatori, nell'ambito del progetto istitutivo del Servizio sanitario nazionale.... Va, quindi, con decisione controbattuta la polemica di chi vorrebbe far credere che nel legiferare in questa materia il Parlamento abbia peccato di serietà e di senso di responsabilità”*.

Sul tema delle libertà e della dignità del cittadino, il Parlamento ha sempre agito con scrupolo nel rispetto della Costituzione.

Ineccepibile, sotto questo profilo, è il disegno di legge in approvazione che garantisce con giusta puntigliosità una procedura che riduce al minimo indispensabile gli interventi per il trattamento sanitario obbligatorio per i malati di mente.

Forni mette in risalto come alla chiusura dei manicomi corrisponde una soluzione del tutto nuova che prevede un collegamento tra territorio e ospedale generale. *“Tale collegamento, dice, assicurato dalla presenza di équipes che operano dentro e fuori gli ospedali, privilegia le strutture extraospedaliere e tende ad un ricovero selezionato che eviti le lunghe degenze che finirebbero per snaturare lo spirito della nuova legge che mira a togliere al trattamento degli ammalati di mente quella negativa e intollerabile condizione di isolamento e di condanna alla segregazione che medici ed amministratori sensibili hanno cercato di superare anche per i ricoveri negli attuali ospedali psichiatrici”*.

La complessità dei problemi da affrontare con l'applicazione della legge richiederà un cambiamento di metodi e di mentalità per prevenire e curare i soggetti affetti da alterazioni psichiche.

Il parlamentare DC sottolinea il legame tra il disegno di legge e la riforma sanitaria. *“Per questo esprimo, a nome del Gruppo della Democrazia Cristiana, la volontà di addivenire ad una rapida approvazione del disegno istitutivo del Servizio sanitario nazionale che darà vita ad un quadro complessivo più consono alla riforma in discussione”*.

Questo impegno è alla portata della politica italiana.

“Devo con soddisfazione rilevare che come è stata determinante per il testo di riforma sanitaria la volontà costruttiva dei partiti politici democratici che hanno con impegno trovato una larga convergenza, così è stata determinante la stessa volontà anche per questo provvedimento che sono certo verrà approvato oggi”.

L'ON. TIRABOSCHI esprime il voto favorevole per il Partito Socialista Italiano.

Il parlamentare socialista rileva che con la discussione sono state superate differenze e anche dissensi tra i gruppi politici e che con il confronto il testo è *“notevolmente migliorato”*.

Si è aperta una fase di avvio che è abbastanza coerente con i contenuti della riforma sanitaria.

“Il nostro voto favorevole alla legge è un voto convinto perché sono state superate incertezze e impostazioni sbagliate: abbiamo sostenuto e continuiamo a sostenere che una vera risposta alla malattia mentale non può conseguirsi spedalizzando l'infermo o soltanto attraverso misure terapeutiche. La decisione che la legge adotta di superare il manicomio, sia pure con la gradualità del caso, non è un accorgimento tecnico ma una scelta politica”.

Tiraboschi richiama la complessità di una politica per la salute mentale che prima di tutto è prevenzione. *“La concezione a cui in materia sanitaria ci sentiamo legati è lo sviluppo della prevenzione che, anche nel campo della malattia mentale, è e dovrà essere il cuore nell'applicazione della nuova politica psichiatrica. Prevenire e rimuovere le cause della malattia, compiti estremamente difficili, ma decisivi che devono sempre poter precedere la cura”*.

E' necessario, inoltre, aver presenti le difficoltà che si presenteranno nell'applicazione del disegno di legge, vere e proprie resistenze che possono venire da infermi, spesso anche da familiari e, talvolta, da operatori sociosanitari e *“su questo punto fondamentale le Regioni dovranno ricercare qualità di impegno e fermezza nelle scelte”*.

L'on. Nicolazzi del Psdi esprime voto favorevole *“in conformità ad una posizione assunta dal gruppo socialdemocratico fin dal 1974 per l'abrogazione della legge manicomiale e l'avvio della riforma psichiatrica con un provvedimento stralcio rispetto alla legge di riforma sanitaria generale”*.

Terminato l'esame del disegno di legge, il Presidente on. Maria Eletta Martini indice la votazione a scrutinio segreto sul disegno di legge *“Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori”*

Presenti 32, votanti 31, voti favorevoli 30, voti contrari 1.

Alle ore 12 del 2 maggio 1978, il disegno di legge è stato approvato dalla Commissione *“Igiene e Sanità pubblica”*, in sede legislativa.

SENATO DELLA REPUBBLICA

La cronaca del disegno di legge registra che il testo è stato inviato al Senato della Repubblica in data 4 maggio 1978 e che esso è stato iscritto all'ordine del giorno della 12^a Commissione *“Igiene e Sanità”* per la seduta del 10 maggio 1978.

La rapidità del percorso era determinata dalla scadenza del referendum per il quale, l'11 maggio 1978, il giorno dopo, sarebbero state avviate le procedure per la sua indizione.

La seduta iniziava alle ore 10.05 del 10 maggio 1978 sotto la presidenza del SEN.

ADRIANO OSSICINI, della Sinistra Indipendente, e terminava alle ore 13 con la votazione e l'approvazione del testo così come era stato trasmesso dalla Camera dei Deputati, senza alcuna modifica.

L'accordo tra le forze politiche della maggioranza parlamentare era vincolante e non ammetteva scarti.

Si comprendono, pertanto, le recriminazioni di alcuni senatori non solo per i tempi contingentati e ridotti all'osso, ma per l'impossibilità di apportare modifiche ad un testo che per alcuni era tutt'altro che condiviso, almeno in alcuni suoi aspetti.

A partire dal relatore alla Commissione, SEN. CRAVERO della D.C, stretto tra la disciplina di Gruppo che lo vincolava al testo e la libertà di espressione che lo portava ad esprimere dubbi, perplessità e anche dissensi su alcune norme.

Sono presenti, anche, prese di distanza verso posizioni fortemente politicizzate sul problema dei manicomi e della salute mentale.

“Si dovranno pertanto superare posizioni, arroccamenti, pregiudizi del passato. Ma- nel contempo- si dovranno evitare errori indotti da posizioni pseudomoderne o falsamente democratiche che quasi suggeriscono essere l'unica terapia idonea quella collettivo-politica”.

Si tratta di atti d'accusa verso ignoti, ma, tenuto conto del dibattito e del confronto in corso nel Paese, la polemica sembra rivolta, sia pure con una certa indeterminatezza, verso le esperienze avanzate che erano ostili ad una ospedalizzazione dell'assistenza psichiatrica.

Non è un caso, infatti, che dubbi e resistenze siano rivolte dai parlamentari della Democrazia Cristiana sugli articoli del disegno di legge che delimitano drasticamente il ricovero ospedaliero, sia per la limitazione dei tempi di degenza richiesti per il TSO sia per il numero dei posti letto consentiti in ogni nosocomio.

Una scarsa dimestichezza con le migliori esperienze di rinnovamento psichiatrico e un esame sommario del testo in esame spiegano i dubbi e le perplessità sollevate riguardo al problema della continuità terapeutica con le équipes territoriali che sono responsabili anche della degenza ospedaliera, probabilmente per una consolidata concezione di un ospedale nettamente separato rispetto al territorio.

Il Sen. Cravero mette a conoscenza della Commissione il parere negativo, non vincolante, espresso dalla Commissione giustizia del Senato circa il ripristino del diritto di voto ai malati mentali avvenuto tramite la soppressione prevista di alcune parti dell'articolo 716 del codice penale, quelle che non riconoscono come elettori gli interdetti inabilitati per infermità di mente, naturalmente con sentenze passate in giudicato.

Anche in questo caso, sono presenti in alcuni interventi di senatori cosiddetti “moderati” la persistenza della pericolosità sociale del malato di mente e la convinzione dell'incapacità permanente del malato di mente “di intendere e volere”.

Il relatore sa bene che dubbi, perplessità ed obiezioni non possono tradursi in emendamenti alla legge per ragioni politiche e pertanto auspica che *“il decreto ministeriale di attuazione e il carattere transitorio della normativa- che come giustamente dice l'articolo 10 dovrà essere organicamente inserita nel contesto del procedimento di istituzione del Servizio sanitario nazionale- diano la possibilità a questa legge di divenire nella sua definitiva appli-*

cazione veramente una buona legge”.

Bisogna riconoscere che il dibattito in Senato ha in sostanza il compito di consolidare il consenso politico sul disegno di legge già approvato dall'altro ramo del Parlamento e i dubbi e le perplessità, legittime, avanzate da alcuni senatori sortiscono l'effetto di produrre chiarimenti sul testo e di reclamare impegni circa l'attuazione della legge da parte del Ministero della Sanità e delle Regioni italiane.

Entro questo orizzonte si collocano gli interventi dei Sen. Bellinzona (Pci), De Giuseppe (D.C.), Pinto (Pri), Costa (D.C.), Del Nero (D.C.), Pecorino (Msi-DN), Rampa (D.C.), Giudice (Sin.Ind.) Minnucci (Psi) e Merzario (Pci).

Il SEN. BELLINZONA (Pci) rileva l'importanza e la serietà del lavoro svolto dal Parlamento italiano in una materia delicata nella quale sono implicati i diritti delle persone.

Con questo provvedimento- dice il senatore- si dà seguito e continuità al lavoro svolto per la riforma sanitaria di cui si anticipano i punti riguardanti la salute mentale. E' anche il modo più coerente per dare una risposta positiva al quesito referendario.

La critica alla realtà manicomiale, conseguenza della legge n. 36 del 1904 da abrogare, è serrata e il disegno in esame avvia concretamente il superamento e la chiusura dei manicomi con precise disposizioni dal momento che precedenti provvedimenti legislativi, come la legge n. 431 del 1968, non hanno sortito effetti significativi tanto che *“sono più di uno i casi (Caltanissetta e Viterbo) in cui si opera per la costruzione di nuovi manicomi”.*

Il Gruppo del Pci condivide “le motivazioni di fondo” del disegno di legge in esame, frutto di un confronto positivo tra i Partiti della maggioranza parlamentare e di un movimento attivo presente nel Paese.

“Va rilevato che ampia è l'adesione alla necessità di vedere i problemi della psichiatria apertamente collegati a quelli della società... quali la famiglia, il luogo di lavoro, l'ambiente di vita con l'obiettivo di curare e recuperare il diverso”.

Il senatore comunista non riprende i dubbi e le obiezioni dei parlamentari democristiani, ma risponde implicitamente, valorizzando tutte quelle soluzioni che il disegno di legge offre per un diverso modo di curare e di fare salute mentale.

Si capisce che non c'è nessuna intenzione di aprire varchi alle polemiche, perché la consegna politica è di approvare il provvedimento così come è uscito dalla Camera dei Deputati.

“Esprimeremo un voto positivo- conclude Bellinzona- affinché il disegno di legge venga approvato col massimo consenso possibile e senza modifiche anche in questo ramo del Parlamento”.

Tutto poteva finire a questo punto, senonché l'agitazione democristiana era tutt'altro che sedata.

Il SEN. DE GIUSEPPE (d.c.) rinnova ed esplicita maggiormente i dubbi e le perplessità sempre sugli stessi problemi (l'eccesso di garanzie e i ricoveri ospedalieri), con un casistica legata alla realtà della propria Provincia (Lecce), scarsa di ospedali e di servizi, non in grado di gestire gli effetti della chiusura dei manicomi.

C'è, sottesa, un'accusa di velleitarismo per una legge dichiarata “giusta” nei principi,

ma sbagliata nell'applicazione, quasi che si dovesse soprassedere alla sua approvazione in attesa di presidi e servizi tutti da realizzare.

Il senatore non prende in considerazione il fatto che la legge progetta il nuovo (che non c'è, altrimenti non sarebbe nuovo!) che la politica, successivamente e coerentemente, dovrà realizzare e non tiene conto che i manicomi non si chiudono dalla mattina alla sera, ma gradualmente in base alle alternative che devono essere realizzate.

Il richiamo al realismo della realtà è usato come deterrente per ogni possibile riforma.

Sulla stessa lunghezza d'onda si muovono gli interventi dei senatori Pinto (Pri), Costa, del Nero e Rampa (d.c.), Pecorino (Msi-DN) con il tentativo di trovare qualche accorgimento per modificare comunque la legge, pur tenendo conto dei tempi contingenti che le scadenze referendarie e l'accordo politico imponevano a tutti.

Il SEN. RAMPA (d.c) riprende gran parte dei dubbi e delle preoccupazioni dei senatori del Gruppo d.c e rimarca i limiti imposti alla discussione del testo pervenuto dalla Camera dei Deputati per la "data capestro" dell'11 maggio e, pur confermando la posizione "convitamenne favorevole" della Democrazia Cristiana alla tempestiva approvazione della legge, richiede un supplemento di discussione nell'ambito di una *Sottocommissione* che in brevissimo tempo dovrebbe chiarire i dubbi, verificare l'esigenza di provvedimenti successivi e/o di raccomandazioni da presentare al Governo in sede amministrativa.

Il parlamentare democristiano circonda la proposta da una serie di assicurazioni circa la volontà di non superare i termini di scadenza, compresa la disponibilità a proseguire la discussione in tempi supplementari.

Circa la confutazione che i senatori avanzano al disegno di legge per la mancanza dei servizi alternativi al manicomio, il sen. Rampa afferma con buon senso "E' il problema di sempre nel quale ci imbattiamo ogni volta che affrontiamo una riforma: cioè se la riforma debba farsi prima che le strutture alternative siano state apprestate o se invece non sia la riforma stessa che, per la sua stessa dinamica, possa provocare dei meccanismi di cambiamento, anche di volontà e di costume che altrimenti non si metterebbero mai in moto".

Con tutte le precisazioni del caso, il Sen Rampa chiede che sulla proposta avanzata ci sia un pronunciamento del Presidente e della Commissione.

Il Presidente SEN. ADRIANO OSSICINI, della Sinistra Indipendente, sollecitato, interviene non solo nella sua qualità di garante dei lavori della Commissione, ma anche come neuropsichiatria con una lunga attività scientifica e una chiara padronanza dei problemi posti dal disegno di legge. Sul quale non nasconde le sue perplessità su alcuni aspetti, in particolare sui posti letto psichiatrici in ospedale per l'infanzia, e non sottovaluta l'esigenza di disporre di un congruo tempo per discutere un provvedimento complesso come quello in esame.

Ma proprio la complessità dei problemi e le modifiche importanti che potrebbero essere avanzate in sede di Sottocommissione non consentono di stare nei tempi imposti dalla scadenza referendaria.

"Non penso che sia facile o probabilmente utile apportare alcune modifiche sia per le difficoltà tecniche che si incontreranno per l'approvazione dell'altro ramo del Parlamento sia

perché ci troviamo di fronte ad un problema notevolmente complesso”.

D'altra parte, afferma il Presidente, quello in esame “è un provvedimento ponte e che un più ampio tipo di intervento possiamo proporci anche con taluni ordini del giorno che indirizzino il Governo e con la volontà politica”.

Il sen. Ossicini porta la discussione anche sui servizi alternativi, cuore della nuova assistenza psichiatrica, e a questi affida il successo della riforma in discussione “*Se non avremo da parte delle Regioni e delle Province strutture sanitarie extraospedaliere funzionanti, tutto quello che stiamo facendo non avrà un significato*”.

Il senatore Ossicini non nasconde le differenze che lo distinguono dalle posizioni implicite in alcuni aspetti del provvedimento per cui un esame profondo richiederebbe una discussione con tempi rilevanti.

Conclude “*Il provvedimento al nostro esame, sebbene abbia limiti che ci siamo impegnati a superare rapidamente, rappresenta un atto di fiducia del Parlamento e del governo. Pertanto con l'angoscia di un uomo che da vent'anni si batte per proposte differenti da queste, vi pregherei, onorevoli colleghi, di approvare rapidamente il disegno di legge*”.

Dinanzi ad una discussione piena di dubbi e di perplessità, interviene il SEN. MERZARIO del PCI che, pur valutando la serietà dei dubbi manifestati dai senatori del Gruppo della Democrazia Cristiana, mette in risalto il buon lavoro svolto dall'altro ramo del Parlamento che ha portato alla definizione di un testo di legge condiviso che “*rappresenta un atto di condanna all'istituzione manicomiale...una medioevale struttura protezionistica di una società che non si poneva come obiettivo primario quello di curare l'ammalato*”.

Il risultato è tanto più apprezzabile per il fatto che il provvedimento “è anche il frutto dell'utile consultazione avvenuta con i rappresentanti di Psichiatria Democratica, della Società italiana di psichiatria e dell'Associazione dei medici degli ospedali psichiatrici”.

Certamente si continuerà a discutere della necessità e della realizzazione “di nuove e più moderne strutture nel territorio in sostituzione del vecchio assetto manicomiale “*ma è fuori discussione che con il disegno di legge “si sono create le premesse per rinnovare l'assistenza psichiatrica*”.

Le preoccupazioni sollevate, dice il sen. Merzario, sono certamente legittime, ma così come riteniamo che non sia mai saggia politica quella di “*fasciarsi la testa prima di combattere*”, anche “*in questa occasione preferiamo cogliere tutti gli aspetti positivi che la legge offre alle istituzioni e alla comune volontà politica di operare una svolta in questo settore tanto delicato del nostro vivere civile*”.

D'altra parte è chiaro per tutti che la legge avrà bisogno di molto impegno da parte della politica e dello stesso Ministero della sanità per avviare un progetto nazionale di educazione alla salute e di sensibilizzazione dell'opinione pubblica nei confronti del problema della salute mentale, “*utilizzando tutti gli strumenti di informazione pubblica a disposizione nell'ambito della stessa scuola italiana*”.

In conclusione, il Sen. Merzario anticipa il consenso al disegno di legge da parte del Gruppo del PCI “*pure accogliendo l'invito del senatore Rampa a riunirci entro breve tempo, al di là del provvedimento in esame che deve essere approvato, per promuovere, con la collaborazione del Ministero della sanità ed attraverso un programma di audizioni ed altre*

iniziative, un radicale cambiamento nella politica psichiatrica del Paese”.

Conclude la discussione il MINISTRO DELLA SANITÀ, TINA ANSELMI.

Il Ministro rivolge un vivo ringraziamento ai senatori della Commissione e al suo Presidente “*per il contributo da lui dato all'esame di merito del provvedimento in esame*” e ribadisce il carattere transitorio del disegno di legge che trae ispirazione dal lavoro svolto comunemente per la legge di riforma e che in essa confluirà nel più breve tempo possibile.

Esprime la soddisfazione del Governo e sua personale, perché con le norme in esame si supera, sia pure gradualmente, una vecchia realtà, quella dei manicomi e si dà una risposta positiva e costruttiva al quesito referendario.

Esiste il problema della fase transitoria del passaggio della competenza dalle Province alle Regioni che dovrà essere accompagnata da un impegno comune anche attraverso atti convenzionali per non lasciare vuoti gestionali.

“Nel ribadire perciò l'opportunità, se non addirittura la necessità politica, che il disegno di legge venga votato prima dell'11 maggio, cioè prima di domani, io credo che, sebbene esso rappresenti una legge provvisoria in attesa del definitivo assetto della materia nell'ambito della riforma sanitaria, ci sia, in questa fase transitoria, la possibilità di affrontare con successo la gestione della legge con la collaborazione delle Regioni, delle Province e delle Associazioni professionali che sono concordi nel dare un giudizio positivo su questo intervento legislativo”.

Chiaro è l'impegno che il Ministero della sanità assume “*Il nostro compito è quello di seguire la gestione della legge in modo che essa risponda il più possibile alle finalità che ci siamo proposti, pur con le preoccupazioni che un intervento così innovatore genera in molti di noi.*”

A questo punto, il Presidente si rivolge al senatore Rampa per sapere se la sua richiesta di Sottocommissione possa essere considerata conglobata nelle dichiarazioni del Ministro. La risposta è positiva a fronte di un'assicurazione formale e precisa di “*identificare una sede nella quale, con la partecipazione del Governo, possiamo prendere in considerazione tutto ciò che il tempo e la necessità politica ci negano di verificare*”.

Ribadita la disponibilità della Presidenza ad accogliere la richiesta avanzata, confermato l'assenso del Governo, i parlamentari d.c si dichiarano soddisfatti e la discussione generale è considerata conclusa.

Il Presidente pone in votazione il provvedimento. Ogni articolo viene approvato dalla Commissione in sede legislativa.

Brevissime le dichiarazioni di voto che portano il consenso del sen. Giudice, della Sinistra Indipendente, del sen. Minnocci, del Partito Socialista italiano, del sen. Pinto, del Partito repubblicano italiano, Del Nero, della Democrazia Cristiana.

Il Presidente mette in votazione il disegno di legge nel suo complesso che viene approvato.

La seduta termina alle ore 13 del 10 maggio 1978.

Tre giorni dopo, la Gazzetta Ufficiale pubblica il disegno di legge che sarà conosciuto e denominato: *legge n. 180 del 13 maggio del 1978.*

Due vuoti politici

Non è il caso di raccogliere il fuoco di fila che successivamente è stato indirizzato contro la legge n. 180 e contro gli articoli 33, 34, 35 e 64 della legge n. 833, entrambe del 1978.

Invece, è giusto registrare due vuoti nella legge di riforma dell'assistenza psichiatrica: il silenzio sugli Ospedali psichiatrici giudiziari e un rinvio ad atti successivi per quanto riguarda il ruolo delle Università e la realtà delle Cliniche universitarie.

Le ragioni sono evidenti e tutte riconducibili alla complessità dei problemi inerenti alle due questioni e alla fragilità della fase politica che di lì a poco avrebbe abbandonato l'accordo della "Solidarietà nazionale"

Fu giocoforza limitare il campo per ottenere un risultato possibile, lasciando al futuro la soluzione dei due problemi complessi e spinosi che venivano espunti dall'agenda politica del momento.

Che i problemi fossero complessi è dimostrato, ad abundantiam, dal fatto che essi non sono stati né affrontati e tanto meno risolti in questi 34 anni intercorsi, dal 1978 ad oggi.

Si è dovuto attendere un Governo di Centro sinistra per avere nel 1999 il Decreto legislativo n. 230 e, dopo dieci anni, il Dpcm del 1° aprile del 2008 per impostare il problema della chiusura degli Opg in Italia e per avviare un progetto di superamento, in tutto simile a quanto avvenne dopo l'approvazione della legge n. 180 per i manicomi.

Ma siamo ancora in mezzo al guado.

Molto complesso e lontano da una positiva risoluzione è il problema del ruolo dell'Università nella salute mentale per quanto riguarda la ricerca, la didattica e l'assistenza nelle Cliniche universitarie che restano ancora separate rispetto alla rete dei Servizi territoriali per la salute mentale delle Aziende sanitarie locali.

Franco Basaglia, a questo proposito, aveva puntato molto su un possibile movimento di studenti e di docenti che dall'interno dell'Università si collegasse agli obiettivi della riforma dell'assistenza psichiatrica per cambiare in radice la ricerca, la didattica e l'assistenza.

La sua morte prematura ha lasciato aperto un problema che è fondamentale per dare compiutezza e continuità alla riforma e garanzia al diritto di tutti i cittadini alla salute mentale.

Capitolo 5
La legge n. 180
del 13 maggio 1978
Una lettura dalla parte
del cittadino



5. *Stampa di una incisione realizzata da un degente*

5. La legge n. 180 del 13 maggio 1978

Una lettura dalla parte del cittadino

E legge fu....

Poche volte, nella storia civile e sociale dell'Italia, una legge è stata tanto reclamata, sostenuta ed approvata da tanta parte dei cittadini e del Parlamento della Repubblica come la legge n. 180 del 13 maggio 1978 che meglio si intende se si definisce "Superamento dei manicomi e riforma dell'assistenza psichiatrica"

Nel Paese la richiesta di una legge umana per i sofferenti psichici veniva dalle tante e crescenti esperienze di apertura dei manicomi, dalle informazioni che dalla bruttura dei lager manicomiali passavano all'opinione pubblica, sempre più indignata dallo scandalo dell'annientamento della persona umana, dalle posizioni sempre più unitarie delle Istituzioni democratiche, dal livello alto della riflessione scientifica proposta e sviluppata da Franco Basaglia, dalle sollecitazioni etiche che venivano dalle più importanti autorità morali del Paese.

Arezzo aveva fatto la sua parte, con la chiusura del manicomio e con la contestuale organizzazione territoriale dei Servizi di igiene mentale, inseriti nei Consorzi sociosanitari costituiti in tutte le aree comprensoriali della Provincia, come anticipazione delle Unità sanitarie locali.

I radicali, con la loro consueta posizione dalla parte dei diritti della persona, avevano raccolto le firme necessarie per indire un referendum abrogativo della legge del 1904 che in Italia aveva considerato il malato di mente "*pericoloso a sé e agli altri e di pubblico scandalo*".

Una legge che aveva elevato gli Ospedali psichiatrici ad istituzione totale, cittadella fortificata a difesa della società.

In Parlamento quel vasto movimento di opinione pubblica, che attraversava il Paese e che coinvolgeva ampie forze sociali e politiche, la cultura come le Istituzioni, trovava ascolto e disponibilità nella maggioranza dei Gruppi parlamentari impegnati nella fase della "Solidarietà nazionale" per l'incontro e la collaborazione tra comunisti, socialisti e democratici cristiani.

La proposta di legge "*Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori*", presentata dal Governo dell'on Giulio Andreotti e relazionata in Aula dall'on. Bruno Orsini, del Gruppo della Democrazia Cristiana, passava in Parlamento con il voto dei

*"I Basagliati. Percorsi di libertà". A cura di Paolo Lupattelli, 10 marzo 2009

democristiani, dei comunisti, dei socialisti, dei socialdemocratici, dei repubblicani e dei liberali.

Tutto l'arco delle forze costituzionali aveva fatto fronte comune, come trenta anni prima per l'approvazione della Costituzione della Repubblica.

I primi passi della legge

Nel Paese quel movimento di opinione pubblica che sosteneva la “*Solidarietà nazionale*” incontrava una reazione cieca e brutale con il dilagare del terrorismo che ebbe poco dopo il suo culmine tragico con l'assassinio di Aldo Moro.

La società intera fu scossa da uno sconcerto profondo e tutte le forze politiche furono condizionate da una ventata autoritaria che influiva direttamente sul progetto di riforma della società italiana.

Alla fine del 1978, quella stagione di incontro politico tra le maggiori forze della società italiana si concluse con la fine della Solidarietà nazionale.

Si ebbero le prime critiche anche alla legge n. 180, accusata di ideologismo e di velleitarismo, anche per la mancanza di “*una dote finanziaria*” all'atto della nascita.

Si parlò di salto nel buio e il manicomio fu di nuovo evocato come àncora di salvezza per una società che temeva il disordine per un “*eccesso di libertà e di garanzie*” riconosciute ai cittadini malati di mente.

Tornava a galla una viscerale “voglia di autoritarismo”, sopita ma non cancellata dal ventre molle della società italiana.

In quelle critiche demolitrici c'era un che di strumentale che prescindeva dal testo della legge e non teneva affatto conto degli impegni istituzionali e politici che essa richiedeva per passare dai principi, giusti e condivisibili, alla pratica realizzazione dei diritti riconosciuti ai cittadini e alle famiglie.

Una legge giusta e necessaria

Facciamo pure i conti con l'accusa ricorrente di ideologismo della “180”, perché è qui che si opera il più cinico stravolgimento della legge e il più strumentale capovolgimento delle posizioni e dei valori.

Se per ideologia si intende uno schema teorico astratto, una posizione che si sovrappone alla condizione di realtà delle persone sofferenti, allora l'accusa va rivolta alla tradizionale politica psichiatrica che pretendeva di curare le persone affette da disturbi psichici con l'emarginazione e magari, con la contenzione fisica e chimica, dando credito ad una pseudo scienza che implicitamente ed esplicitamente aveva dichiarato i malati di mente incurabili.

Tutta la realtà centenaria degli ospedali psichiatrici era lì a dimostrare che il manicomio non curava, ma aggiungeva danno a danno, era causa di un “*massacro sanitario*”

feroce e silenzioso, era istituzione totale che fiaccava ogni energia vitale e rendeva impotente la scienza e la politica.

Il lungo internamento produceva cronicità. I catatonici ne erano la dimostrazione evidente.

Al contrario, le esperienze pratiche condotte negli anni 60 e 70 in molte parti d'Italia, tutte centrate sull'apertura del manicomio, avevano dimostrato nei fatti che era possibile un progetto di cura e di guarigione solo se si metteva fine alla chiusura e alla violenza e se ogni persona trovava nei luoghi dell'esistenza e della convivenza la condizione necessaria per un progetto di vita, se la normalità si faceva carico della sua patologia, se persone e famiglie potevano contare sul sostegno di presidi e servizi sanitari e sociosanitari.

Una volta aperto il vaso di Pandora, il bisogno di vita non poteva esaurirsi in *un manicomio migliorato*, ma doveva entrare nel tessuto delle relazioni umane e il malato di mente doveva essere curato come ogni altra persona malata, senza perdere la libertà in nome della cura e della sicurezza sociale.

Quella legge era necessaria, dovuta.

Ora, non è consentito scambiare il diritto della persona alla cura e al rispetto della propria dignità per ideologia e proporre, in nome di una supposta sicurezza delle genti, nuove forme di internamento più o meno coatto, più o meno prolungato, a prescindere dal bisogno e dalla motivazione di vita che è propria di ogni persona.

Questa sì che sarebbe *ideologia a bella e buona!*

Una legge saggia

Ma la legge n. 180 oltre che giusta è anche saggia ed ha affrontato il problema della libertà e del diritto alla cura in modo concreto, pragmatico, niente affatto ideologico.

La legge ha cancellato la norma a-scientifica, immotivata, della "*pericolosità del malato di mente*", ma non ha tratto da questa posizione la conclusione, questa sì ideologica, che la sofferenza psichica non esiste e non produce, a volte, stravolgimenti nell'equilibrio mentale della persona fino a determinare il rifiuto della cura.

La legge prende atto della possibile *non collaborazione del paziente*, ma considera questo un fallimento dei servizi preventivi, comunque un limite da superare *con un di più di aiuto della scienza, della solidarietà e della politica*, non una condizione da regolare con soluzioni predefinite di custodia, astratte, ideologiche.

Nell'articolo 33, comma 5 e 6 della legge n. 833/78, il mandato al SSN è chiaro:

"Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori di cui ai precedenti commi devono essere accompagnati da iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato."

"L'Unità sanitaria locale opera per ridurre il ricorso ai suddetti trattamenti sanitari obbligatori, sviluppando le iniziative di prevenzione e di educazione sanitaria ed i rapporti organici tra servizi e comunità".

Purtroppo, questa è per l'appunto la parte meno applicata della legge.

In ogni modo, il Trattamento sanitario obbligatorio (TSO) è solo temporaneo, legato

al superamento dello stato di non collaborazione e l'ospedale o altra sede di ricovero è luogo artificiale di cura che non può e non deve essere scambiato con il domicilio della persona, con la casa di civile abitazione.

La legge ha fatto proprio, con una lettura aperta ed evolutiva, il principio dell'articolo 3 della Costituzione che afferma “*E' compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale che, limitando di fatto la libertà e l'uguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana...*”

In sostanza, la non collaborazione, quando c'è, è certamente un dato di fatto da cui partire per rimuovere, con la scienza e con la socialità, gli ostacoli che rendono difficile un progetto di cura e di guarigione. Non un dato assoluto, ma transitorio la cui durata non può essere in nessun caso stabilita a priori, a prescindere dall'esperienza, ma deve essere misurata sul progetto di recupero delle capacità decisionali della persona e sul rapporto di fiducia.

La legge consente all'operatore di reiterare il provvedimento, ma sottopone queste decisioni alla verifica e alla responsabilità dell'Autorità sanitaria, il Sindaco, e dell'Autorità giudiziaria, il Giudice tutelare.

Il numero dei TSO e la loro durata, la dipendenza della persona dal Servizio psichiatrico diventano indicatori della qualità della cultura dei Dipartimenti di salute mentale.

La privazione della libertà della persona è fatto traumatico devastante nella storia di una persona e non può essere assunto a cuor leggero, con tempi indefiniti che ripropongono il manicomio e con una vastità di luoghi di internamento che rispondono solo alla logica del controllo e non della cura.

Chi ancora oggi continua a sovrapporre al bisogno di cura della persona schemi pre-costituiti di internamento deve fare i conti con i principi della Costituzione e con la saggezza di una legge che si propone di curare e di guarire e non di chiudere e reprimere il sintomo e la disperazione.

Una legge impegnativa ed esigente

La legge n. 180 non esaurisce al suo interno tutti i compiti e le responsabilità richieste per la cura delle persone malate di mente e tanto meno per la salute mentale.

La cosa è tanto vera e fondata che il legislatore ha provveduto ad inserire le norme per la salute mentale nella riforma della sanità pubblica con gli articoli 33, 34 e 35 della legge n. 833 approvata nel dicembre dello stesso anno 1978.

Questa scelta, già prevista nell'articolo 11 della legge n. 180, fa giustizia di quelle obiezioni subito avanzate circa la mancata previsione di risorse finanziarie per la rete dei servizi previsti, dal momento che il Fondo sanitario nazionale e il Piano sanitario diventano le sedi della politica sanitaria per far corrispondere adeguate risorse finanziarie e professionali per garantire, in tutto il territorio nazionale, *i livelli essenziali delle prestazioni riferite alla prevenzione, alla cura e alla riabilitazione* delle malattie mentali.

Anche qui non è la legge ad essere difettosa, ma la politica ad essere latitante.

E' noto che il Fondo sanitario è stato sempre sottostimato, che il Piano sanitario nazionale ha tardato per anni e che i livelli essenziali di assistenza sanitaria sono stati approvati solo nel 2001.

Come meravigliarsi dei vuoti assistenziali, dell'abbandono di utenti e famiglie e perché imputare alla legge le responsabilità che sono tutte della politica.?

Ma non solo di questo si tratta.

L'obiettivo assegnato alla legge n. 833 è quello di impegnare tutto il sistema sanitario, territoriale ed ospedaliero, nella collaborazione con il Dipartimento della salute mentale per la ricerca, per la formazione, per l'integrazione con le Cure primarie e con i Servizi di specialità, in modo da far uscire la psichiatria dal suo storico e poco "splendido isolamento" e da moltiplicare i saperi e le pratiche per prevenire e meglio curare.

In realtà, il punto fondamentale della riforma dell'assistenza psichiatrica è il riconoscimento del diritto della persona alla cura, senza emarginazione e senza violenza; nello stesso tempo la scelta assunta dalla legge n. 833 è quella di riportare la malattia e la salute a compito della società, richiamando l'articolo 32 della Costituzione che propone la salute "*diritto dell'individuo e interesse della collettività*".

La sofferenza psichica è patita dalla persona e dalla famiglia, ma il progetto di guarigione, l'intervento sulle cause sociali e relazionali impegna tutta la collettività, le Istituzioni, le forze politiche e sociali, i cittadini.

La legge 180 è, dunque, esigente con la società e con la politica e ne chiede il rinnovamento.

Se è vero che il diritto alla cura del malato di mente è lo stesso di quello di tutti gli altri malati, è fuori dubbio che la malattia mentale presenta una sua specificità che richiede *un di più di socialità, di inclusione sociale, di coinvolgimento e di impegno politico*.

Se fino a quando esistevano i manicomi la psichiatria era legata alla giustizia da un "abbraccio mortale", come diceva Basaglia, ora che la cura della malattia mentale si affronta nei contesti di vita e nelle relazioni la psichiatria ha bisogno del sociale, di un sociale fatto di servizi alla persona, di un welfare dei diritti e della solidarietà.

E' evidente, dunque, che la legge n. 180 non è affatto autosufficiente, non ha al suo interno tutte le risposte di cui ha bisogno la persona malata, ma chiama in causa *sia la qualità della sanità pubblica che la disponibilità di un welfare rinnovato della comunità*.

Il fatto è che la riforma dell'assistenza è giunta in Italia con la legge n. 328/2000, ventidue anni dopo la riforma dell'assistenza psichiatrica, e a 10 anni di distanza dalla sua tardiva approvazione i nuovi principi sono rimasti pressoché sulla carta.

E' giusto e doveroso richiamare questa complessità per evitare letture sbrigative e banali della legge n. 180 come della legge n. 833 del 1978, ma soprattutto per non commettere l'errore di sbagliare il bersaglio quando si vogliono trovare le cause dei vuoti, delle insufficienze, delle difficoltà, delle impotenze, a volte drammatiche, che si registrano nelle risposte ai bisogni delle persone e delle famiglie che da sole devono affrontare il male e sostenere il dramma.

I politici, amministratori e parlamentari, che vogliono prendersi carico delle sofferenze dei malati di mente e delle angosce delle loro famiglie, dopo aver fatto ampia autocri-

tica per l'incuria e per la noncuranza di questi trenta anni, hanno la possibilità di dare un contributo utile alla domanda di sostegno sia perché la 180 ha funzionato nonostante la diserzione della politica sia perché utenti e familiari non chiedono nuovi manicomi, più o meno mimetizzati, ma presidi e servizi sanitari e sociali al domicilio, nei luoghi del vivere e del convivere, inclusione sociale e nuova qualità del vivere.

E' qui che il Dipartimento di salute mentale può esprimere il meglio della propria competenza e professionalità.

La *domiciliarità*, che comprende la condizione abitativa, il vivere tra noi, ma anche i Centri diurni, le Case famiglia e le Comunità di tipo familiare, è diventata il nuovo topos dell'assistenza ai cittadini fragili e non autosufficienti su cui sempre più si concentra l'iniziativa delle Organizzazioni sindacali e delle Associazioni degli utenti e dei familiari.

Il nuovo paradigma assistenziale

La legge 180, prima, e la legge 833, poi, hanno dato una chiara indicazione sul modello assistenziale che deve sostituire la struttura manicomiale, con precise condizioni e limiti alla pratica dell'internamento sia per garantire la cura entro i rapporti sociali della persona sia per impedire di riprodurre, sotto nuova forma, la logica e l'assetto manicomiale.

Se si vogliono ritrovare limiti nella legge 180, questi, caso mai, vanno individuati nei silenzi e nelle ambiguità riguardo alle cliniche private e universitarie e agli Ospedali psichiatrici giudiziari.

Un silenzio che peserà negli anni successivi con le Università che manterranno una impostazione tradizionale nel campo della ricerca, della formazione e dell'assistenza, come se la riforma non fosse entrata nel patrimonio culturale, giuridico e civile del nostro Paese.

Bisogna arrivare al 2008 per ottenere un Dpcm che prevede il graduale superamento degli OPG.

Val la pena riportare il testo dell'articolo 34 della legge n. 833/78 per svolgere, poi, qualche considerazione in merito.

Dice il comma 1 *“La legge regionale, nell'ambito dell'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 relative alla salute mentale”*.

E subito dopo, a maggior chiarimento, il comma 3 afferma: *“Gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali sono attuati di norma dai servizi e dai presidi territoriali extraospedalieri di cui al primo comma”*.

La legge è chiara: il ricorso al ricovero ospedaliero è l'eccezione non la regola e il complesso delle energie professionali deve essere rivolto alla costituzione dei Dipartimenti di salute mentale territoriali, con Unità funzionali articolate per ogni distretto sociosanitario, in modo da realizzare la prevenzione, la domiciliarità nell'assistenza e, dunque,

l'integrazione con il sistema delle Cure primarie, con i servizi sociosanitari, con la utilizzazione di tutta la rete ospedaliera, evitando concentrazioni che potrebbero configurare nuovi reparti manicomiali.

Probabilmente è la mancanza di questa rete di servizi integrati e di presidi territoriali di piccole dimensioni, quali i Centri diurni, le Case famiglia e le Comunità di tipo familiare, che marca l'impotenza della psichiatria, che acuisce la solitudine delle famiglie e distorce la domanda, questa sì ideologica, *di posti letto ospedalieri purchessia*.

Questo nuovo paradigma assistenziale fa giustizia di quelle impostazioni che ritengono di risolvere il problema della salute mentale e della cura della malattia con un banale passaggio da ospedale (psichiatrico) ad ospedale (civile), da ricovero a ricovero, per di più con un organico separato o addirittura con una direzione e un impianto entrambi interni all'Azienda ospedaliera, come è accaduto in Lombardia.

In nome dei diritti dei cittadini malati, ma anche in nome del nuovo paradigma scientifico nato sulle rovine del manicomio, quelle soluzioni di neo internamento, nelle quali inevitabilmente si riproduce la contenzione fisica e/o chimica e l'emarginazione, devono essere corrette anche con la costituzione in ogni Regione di un' Authority composta da esperti e da Associazioni di utenti e di familiari con un ruolo di supporto, di verifica e di rimozione di distorsioni documentate.

La tendenza alla banalizzazione dell'assistenza ai malati di mente è ricorrente e percorre strade antiche, proponendo di nuovo, sotto altre definizioni, il "*gigantismo istituzionale*" in cui si perdono tutti i legami della persona con il proprio vissuto sociale e in cui il progetto di vita si riduce ad un letto di degenza.

Nuovo modo di lavorare

Non è affatto vero che in psichiatria un modello vale l'altro perché l'organizzazione deve far lavorare insieme operatori di diverse professionalità e di diversi servizi (le Cure primarie, il Servizio sociale, il Dipartimento della prevenzione collettiva...), deve favorire un rapporto e un apporto costante con il contesto familiare e sociale ed evitare il riprodursi della logica e dell'assetto manicomiale.

Per essere espliciti, il modello ospedalcentrico è palesemente in contrasto con la legge di riforma e con le buone pratiche dell'assistenza psichiatrica.

Non solo.

Per sviluppare le attività di prevenzione e di assistenza nei luoghi naturali dell'esistenza, quali la scuola, il lavoro, il domicilio, il gruppo parentale e amicale e il quartiere, il Dipartimento di salute mentale, come del resto è richiesto a tutto il Servizio sanitario nazionale, deve sviluppare la *medicina di iniziativa* per agire sulle cause, non aspettando solo il malato in ambulatorio o in ospedale, deve programmare interventi sulle fasce di popolazione a rischio documentate dalla raccolta e dalla elaborazione dei dati epidemiologici e dai Registri di patologie.

La promozione della salute mentale è l'obiettivo nuovo da perseguire, a partire dalle situazioni di danno e dalle pratiche terapeutiche assicurate a tutti i cittadini, minori, adulti

e anziani, affetti da disturbi psichici.

La spinta propulsiva dei valori posti a fondamento del rinnovamento della psichiatria avvenuto in Italia trenta anni fa ha varcato i confini nazionali e ha trovato ascolto e sviluppo negli Organismi internazionale, come l'OMS e l'Unione europea.

Molto importante è la recentissima ed ampia "*Risoluzione del Parlamento Europeo sulla salute mentale*" che invita gli Stati membri ad adottare leggi e programmi per la promozione della salute mentale in tutte le età della vita e in tutti i contesti ambientali e sociali

Uno sguardo alla realtà

Nel trentesimo anniversario della 180 è giusto e necessario valorizzare una riforma che ha posto l'Italia all'avanguardia dell'Europa e del mondo e mettere la legge al riparo da distorsioni e stravolgimenti; nello stesso tempo è indispensabile compiere un'analisi collettiva sulla sua applicazione, sui problemi aperti, quelli urgenti delle mancate risposte alle esigenze dei malati e delle loro famiglie e quelli di lungo periodo come la prevenzione delle malattie mentali.

E' un esame che riguarda tutto il Paese per le tante diversità applicative che contraddistinguono il Servizio sanitario nazionale e per gli impegni che riguardano il Governo nazionale sia per garantire le risorse finanziarie necessarie, oggi largamente sottostimate, sia per realizzare con le Regioni italiane quella "leale collaborazione" prevista dalla Costituzione per garantire in tutto il territorio nazionale "*i livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie*" di cui all'articolo 117 della Costituzione.

L'analisi va condotta, contestualmente, in ogni Regione italiana e in ogni Azienda sanitaria locale per le caratteristiche del Servizio sanitario italiano imperniato sulle Regioni e sulle Autonomie locali.

Che non sono tutte uguali. La Toscana, ad esempio, pur con alcune lacune negli organici dei Servizi sanitari e sociali, ha sostenuto con il Piano sanitario regionale e con il Fondo regionale un buon livello della rete dei Dipartimenti di salute mentale territoriali.

In ogni modo, è un esame e una valutazione richiesti prima di tutto alle Istituzioni che hanno la responsabilità di garantire il diritto alla cura e alla salute dei cittadini, ma questa ricognizione e questo giudizio deve vedere partecipi e protagonisti gli operatori, le Organizzazioni sindacali, le Associazioni degli utenti e dei familiari che in questi anni hanno svolto un ruolo fondamentale nella difesa e nella promozione della salute mentale dei cittadini.

Sia pure in una situazione del tutto diversa rispetto a trenta anni fa, anche oggi è necessario sviluppare e coordinare un movimento dal basso per esigere dalla politica, quindi dallo Stato nazionale e dalle Regioni e Province Autonome, l'applicazione della legge con quella lettura dalla parte dei cittadini che è giusto dare nell'interesse delle persone e della Comunità.

La legge 180 è certamente complessa, perché complessa è la condizione della persona

affetta da disturbi psichici. Essa richiede un cambiamento di cultura, di mentalità e di politica sanitaria e sociale.

Progetto certamente difficile, ma non esistono scorciatoie a buon mercato per una legge che interpella ogni persona e tutta la Comunità e che esige il rispetto della dignità della persona, tanto più quando essa è offesa nel profondo della sua struttura psicofisica.

Postilla

Un chiarimento necessario

Nei primi mesi dell'anno 1978, mentre i Gruppi parlamentari della "Solidarietà nazionale" (DC, PCI, PSI, PRI, PSDI) erano impegnati alla stesura definitiva della riforma sanitaria italiana, il Parlamento fu impegnato dalla iniziativa referendaria del Partito radicale che chiedeva l'abrogazione della legge n. 36 del 1904, istitutiva degli Ospedali psichiatrici in Italia.

Con tutta urgenza, si provvide ad elaborare una proposta di legge denominata "*Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori*", e su quel testo, frutto di un accordo pressoché definitivo tra i Gruppi di maggioranza, si aprì un confronto tra Psichiatria democratica e le forze democratiche che si proponevano di raccogliere in legge la spinta per la chiusura dei manicomi in Italia.

Le differenze vertevano su aspetti generali, addirittura sulla opportunità in quella fase di una legge nazionale che poteva snervare i contenuti delle esperienze di avanguardia, ma soprattutto su una questione che aveva un fondamentale valore di principio: l'introduzione nella proposta di legge del "*Trattamento sanitario obbligatorio*" (Tso) ai sensi dell'articolo 32 della Costituzione

C'era accordo unanime tra le forze politiche per abrogare la legge n. 36 del 1904 che riconosceva il malato di mente "*pericoloso a sé e agli altri*", perché era ormai acquisita l'elaborazione scientifica desunta dalla prassi delle esperienze avanzate che escludeva un rapporto meccanico e deterministico tra *disturbo mentale, violenza e pericolosità sociale del malato di mente*.

Proprio per questo appariva contraddittorio il ricorso ad interventi d'Autorità (il Tso) per curare "i non collaboranti" perché, si sosteneva, con questa disposizione si finiva per far rientrare dalla finestra ciò che era uscito dalla porta (la "pericolosità sociale del malato di mente").

Il dissenso di Psichiatria Democratica nel merito era netto e comprensibile, ma altrettanto decise erano le forze politiche che portavano avanti la proposta di legge in Parlamento le quali non solo si richiamavano all'articolo 32 della Costituzione, ma facevano riferimento alla casistica reale che registrava situazioni in cui era palese "*l'incapacità d'intendere e volere*" e, dunque, l'impotenza della persone e dei Servizi impegnati nella cura.

Si profilava uno scontro deleterio tra "realismo" e "ideologia" a tutto vantaggio degli oppositori della riforma che, semplicemente, puntavano a non legiferare e a lasciare il via libero al referendum il cui esito appariva ai politici del tutto problematico.

Era concreto il rischio che la proposta di legge fosse approvata senza il consenso del Movimento che negli anni era stato protagonista della riforma dal basso dell'assistenza psichiatrica.

Un esito che più di altri preoccupava il Partito comunista italiano che con quel movimento aveva costruito una solida alleanza e che avrebbe avuto serie difficoltà a dare il consenso ad una legge di riforma che non fosse anche espressione di quel fondamentale

movimento intellettuale e pratico.

Bisognava aprire un confronto leale con Franco Basaglia per dirimere il contrasto e per portare a compimento l'esame di una legge che aveva i tempi contingentati, visto che il Parlamento doveva dare una risposta alternativa all'iniziativa referendaria dei radicali.

Sergio Scarpa, Responsabile della Commissione Sicurezza sociale della Direzione del P.C.I., affidò al sottoscritto l'incarico di realizzare il confronto e il chiarimento con Franco Basaglia.

L'incontro, accuratamente preparato con preliminari scambi di opinioni anche con altri componenti di Psichiatria democratica, avvenne a Firenze nel mese di aprile.

Con esito positivo, soprattutto per la razionalità che sempre prevaleva nelle posizioni di Franco Basaglia.

Si convenne che bisognava apportare alcune correzioni al testo in discussione per qualificare l'intervento obbligatorio come tassativamente transitorio, come ultima spiaggia, *unicamente a sostegno della persona malata con l'intento esplicito di recuperare un rapporto di fiducia tra la persona e il Servizio e di circondare il Tso di garanzie giuridiche e democratiche e di un impegno collettivo volto alla eliminazione delle cause sociali che concorrono alla determinazione degli interventi di Autorità.*

Si abbandonava la "pericolosità sociale" e si portava l'attenzione sul bisogno di cura della persona malata.

Franco Basaglia manteneva qualche perplessità su aspetti del compromesso legislativo, ma era pienamente consapevole dell'importanza storica della legge da approvare e si rendeva conto della necessità di far fronte comune ai tanti ostacoli che la sua applicazione avrebbe incontrato e non intendeva assolutamente far venir meno quell'alleanza tra cultura e politica che era alla base di un risultato unico in Europa e nel mondo.

La proposta di lì a poco, il 13 maggio 1978, fu approvata dal Parlamento italiano in un testo che teneva conto delle esigenze avanzate nell'incontro con Franco Basaglia e prese il numero di "180" con il quale è conosciuta in tutto il mondo.

Capitolo 6
Spunti per una storia
della “180”



6. *Convegno Nazionale a sei mesi dalla legge 180. Manifesto, 1978*

6. Spunti per una storia della "180"*

Le riforme vere, quelle che cambiano gli ordinamenti dello Stato, la vita sociale e il senso comune dei cittadini, sono sempre il frutto di una cultura d'avanguardia, di esperienze innovative e di un movimento ampio di persone, di gruppi, di associazioni, di forze politiche e sociali.

Una riforma regge nel tempo quando risponde alle esigenze profonde delle persone e della società.

Cade il vecchio e si fa strada il nuovo, che spesso incontra mille difficoltà per produrre tutti i suoi effetti innovativi e positivi, che deve guardarsi da tutti i trabocchetti seminati da un gattopardismo ricorrente.

Così è stato per la riforma dell'assistenza psichiatrica, prima, durante e dopo la legge n. 180 del 1978, la legge di cui ricorre il trentesimo anniversario.

Non mancano neppure ora i tentativi e le tentazioni per demolire un pezzo di civiltà giuridica e sociale che il nostro Paese si è conquistato con l'abolizione dell'istituto manicomiale e sotto mentite spoglie si rinnovano le proposte per contenere i malati di mente in strutture dai nomi accattivanti, come *Servizi, Centri, Comunità, Residenze*, cui si richiede di svolgere la funzione di allontanare e separare, il più a lungo possibile, il disagio e la sofferenza dalla vita di tutti, fuori dalla comunità sociale.

E' il caso dell'ultima proposta di legge del Governo di centro destra che chiede più internamenti, più strumenti di contenimento, più restrizioni della libertà delle persone con disturbi psichici, in linea con le paure dilatate ad arte e con l'impronta autoritaria dispiegata a tutto campo.

Eppure, nonostante questa reiterata volontà di "*mettere le mani*" sulla legge di riforma dell'assistenza psichiatrica, nessuno, proprio nessuno oggi può proclamare impunemente la riapertura dei manicomi nelle forme conosciute delle strutture totali, mentre non è difficile trovare chi pratica il controllo del malato di mente nella forma più sofisticata del contenimento farmacologico e della dipendenza psichiatrica.

Oggi si fa sempre più vigile la sensibilità dei cittadini sui diritti di libertà e di cura e anche settori del mondo della psichiatria che appartenevano all'area dell'accademia e della conservazione si schierano a difesa di una legge civile e lungimirante come la "180".

*In "Storie di vita, storie di follia. 35 anni di Psichiatria Democratica" A cura di Paolo Tranchina e Maria Pia Teodori . Gennaio 2009

Basaglia, i comunisti e Psichiatria democratica

Le cose non vengono da sole

Il mutamento dell'assistenza psichiatrica ha una storia, un'origine, un percorso, con protagonisti, oppositori, passatisti e produzione di valori; è frutto di un movimento a più voci, di una sinergia tra scienza, cultura e politica, di un incontro dialettico, e perciò fecondo, tra esperienze d'avanguardia e partiti politici in un periodo di straordinaria vivacità democratica quali furono gli anni '60-'70.

Erano gli anni del movimento degli studenti contro ogni forma di autoritarismo e delle lotte operaie e sindacali per la democrazia in fabbrica, per la salute nei luoghi di lavoro e per lo Statuto dei diritti dei lavoratori; era la stagione in cui i movimenti dal basso per la pace, per la democrazia e per i diritti contagiavano positivamente le forze politiche della sinistra italiana e dei cattolici democratici attivi nella Democrazia cristiana.

Si esauriva il primo centro-sinistra, si apriva la stagione del dialogo tra marxisti e cattolici e tra comunisti e democratici cristiani.

In questa storia un ruolo particolare è segnato dall'incontro tra "i goriziani" e il Partito comunista, tra Psichiatria democratica e i comunisti italiani.

Quando a metà del 1969 si realizzò il Convegno promosso dall'Istituto Gramsci, "Psicologia. Psichiatria e rapporti di potere", aperto dalla relazione di Giovanni Berlinguer, l'esperienza di Gorizia, avviata da Franco Basaglia agli inizi degli anni '60 con l'apertura del manicomio, con la Comunità terapeutica e con le prime dimissioni dei malati di mente, aveva già colpito l'opinione pubblica e motivato dibattiti e confronti sul campo.

L'esperienza di Gorizia e il confronto tra il PCI e i "goriziani" furono al centro di un intenso e niente affatto scontato dibattito teorico e politico che avrà un'influenza straordinaria per lo sviluppo della riforma dell'assistenza psichiatrica in Italia.

Al Convegno seguì la pubblicazione degli Atti, prima, e poi dell'aureo libretto di Giovanni Berlinguer "Psichiatria e potere", pubblicato dagli Editori Riuniti nell'anno 1974, che sarà un vademecum prezioso per una leva sempre più ampia di militanti, di amministratori di Enti locali, di dirigenti sindacali, di esponenti delle Associazioni volontarie che si richiamavano al marxismo e alla prassi del Partito comunista italiano.

L'incontro non era casuale ma ricercato, promosso con cura, inizialmente tra intellettuali delle due sponde, *successivamente* tra il Partito comunista e un vero e proprio movimento di operatori, di esperti e di cittadini, nato nel 1973 con il nome di "Psichiatria democratica".

Un incontro tra diversi che resteranno diversi, ma un'alleanza unica in Europa e nel mondo che sarà uno degli aspetti significativi e portanti della cosiddetta "anomalia italiana".

Un incontro difficile, ma produttivo

Il Partito comunista si doveva misurare con analisi della società, dei rapporti sociali e delle sue strutture nate *al di fuori* della sua esperienza politica, analisi che mettevano a nudo i ritardi del Partito e un certo vizio di economicismo della sua elaborazione

teorica e della sua prassi politica; "i goriziani" dovevano fare i conti con la presenza in Italia di un partito di massa, strutturato e disciplinato, che avanzava proposte di riforme strutturali, tra cui la riforma della sanità, un Partito che non si era fatto tagliare fuori dal movimento del '68 e che stava aggiornando la propria visione della società e la propria idea della libertà, prendendo progressivamente le distanze dallo schematismo teorico e dalle restrizioni delle libertà proprie del cosiddetto "*socialismo reale*".

Interlocutori diversi, ma che avevano solide basi comuni

I comunisti italiani muovevano la loro azione politica da un'analisi di classe della società e, attingendo agli scritti del giovane Marx, spiegavano i processi alienanti e i flussi emarginanti come il prodotto di un sistema capitalistico che considerava il lavoro umano pura merce di scambio e l'uomo mero consumatore, soggetto reificato.

Lì erano le radici delle lacerazioni umane che dovevano essere al più solo lenite e lì si annidavano i meccanismi di esclusione le cui cause dovevano essere occultate anche con la segregazione delle persone sofferenti in nome di uno pseudo specialismo scientifico.

Con l'analisi di classe del potere assistenziale in Italia, anche i comunisti giungevano alla determinazione di intervenire a monte sulle cause sociali del malessere e a valle con l'organizzazione "*dei diversi e degli emarginati*" per avanzare una domanda collettiva di inclusione sociale per tutti, nessuno escluso.

In questo appresero molto da Franco Basaglia e da Psichiatria democratica.

Ma ciò che avvicinava i due soggetti, il Partito e il movimento, era la prassi quotidiana che partiva sempre dai bisogni delle persone e dei gruppi sociali e costruiva, con il protagonismo dei cittadini, il progetto di trasformazione dell'esistente con riforme che introducevano nel corpo della società "*elementi di socialismo*", cioè rapporti e contenuti di liberazione, di libertà, di giustizia sociale.

La funzione che il Partito si attribuiva era quella di agire per un giusto rapporto dialettico tra il movimento operaio, e il ruolo che in esso svolgeva il Partito politico, e le forze avanzate della psichiatria alternativa, escludendo dispute e confronti sterili e costruendo la prospettiva di una riforma che doveva raccogliere, sviluppare e generalizzare i contenuti di liberazione propri del movimento di Psichiatria democratica.

Formalmente non si trattava di inventare nulla, perché da anni il movimento operaio e il Partito comunista italiano erano impegnati per la riforma della sanità e del welfare italiano e questo era il terreno propizio per l'incontro e l'intesa.

Nella sostanza, però, cambiavano i contenuti della riforma.

I comunisti guardavano alla riforma sanitaria non solo e non tanto come soluzione legislativa di vertice, ma come lenta e faticata conquista e costruzione di un modo alternativo di strutturare l'ordinamento sanitario. La lotta per la salute doveva partire e vivere nei contratti di lavoro, conquistare nuovi spazi e strumenti di democrazia operaia, realizzare mutamenti sostanziali nei luoghi di vita e di lavoro, elaborare un nuovo paradigma scientifico fondato sulla soggettività operaia, il tutto sulla base di un principio fondamentale: *la nocività non si monetizza ma si elimina*.

A questo bisogna aggiungere che l'azione del Partito comunista italiano si sviluppa-

va tutta nell'ambito delle regole della democrazia così come sancita nella Costituzione italiana, in un rapporto dialettico tra Istituzioni e società civile, tra governanti e governati.

Alleanze sociali e politiche erano il fondamento della strategia della *via italiana al socialismo*.

Rigore e apertura stavano insieme, nella teoria come nella pratica, nella via tracciata da Antonio Gramsci, prima, e da Palmiro Togliatti, poi.

Per i comunisti italiani la democrazia governante, indicata dalla Costituzione, era il terreno maestro, la scelta irrinunciabile per le conquiste sociali e politiche dei lavoratori e dei cittadini italiani.

La lotta per l'applicazione della Costituzione in tutti suoi aspetti era il leit motive dell'azione politica dei comunisti italiani, dal giorno dopo la sua approvazione.

Psichiatria e Istituzioni

In aree del movimento del '68 e in qualche frangia della lotta antistituzionale c'era chi giungeva a negare valore e ruolo delle Istituzioni in quanto tali, in nome di un valore alternativo attribuito alla società civile.

Non era questa la posizione di Franco Basaglia e dei comunisti italiani che distinguevano, giustamente, le *istituzioni democratiche*, elette a suffragio universale, dalle "*istituzioni totali*" nate per il controllo sociale della diversità.

Per le prime, si poneva il problema della loro democratizzazione in un rapporto dialettico tra Stato e società civile, a partire dalle lotte per l'applicazione della Costituzione italiana, *per le seconde* l'analisi e le proposte avevano come obiettivo il loro superamento per far fronte in forme collettive alle lacerazioni umane e per riportare le contraddizioni nell'ambito delle relazioni sociali.

Le Istituzioni democratiche potevano e dovevano svolgere un ruolo fondamentale contro ogni forma di segregazione e di emarginazione.

Nello specifico, la lotta per la chiusura dei manicomi impegnava già alcune Province e alcuni Comuni che si erano schierati dalla parte delle avanguardie psichiatriche. Comunisti, socialisti e democratici cristiani avevano coinvolto progressivamente l'Unione delle Province Italiane (UPI) e l'Associazione dei Comuni italiani (Anci) per avviare esperienze di apertura e di superamento delle Istituzioni chiuse dei minori, degli adulti e degli anziani.

Il fronte era ampio e si allargava sempre di più.

Non bastava una scienza unica sia pure importante come la psichiatria, ma tutte le scienze dell'uomo dovevano essere rivolte ad esplorare il disagio e la sofferenza, a proporre soluzioni nuove e valide per la qualità della vita.

Non il primato di una "scuola", ma la sinergia e la sintesi di un nuovo sapere per l'uomo nella concretezza dell'esistenza.

Era quello che stava accadendo e non era più possibile e opportuno tenere separato il variegato mondo delle esperienze di critica e di demolizione delle tante forme di isti-

tuzioni totali.

Impresa ardua che il Partito Comunista stava affrontando, ripensando la propria elaborazione ma tenendo aperte tutte le disponibilità per seguire e sostenere il processo complesso in atto.

La stessa Commissione sicurezza sociale della Direzione del Pci e, successivamente, il Gruppo per la riforma dell'assistenza psichiatrica costituito al suo interno, era composta da psichiatri, da intellettuali e operatori sanitari con diverse matrici formative, da esponenti del sindacato e delle Associazioni e da Amministratori locali, in particolare delle Province, tra cui Arezzo, Perugia che erano portatrici di importanti esperienze, di diversa connotazione teorica e pratica.

Questo ruolo di direzione politica di un variegato mondo scientifico ed istituzionale, che doveva confluire in una linea unitaria di riforma, richiedeva confronti tra diversi, intese istituzionali e mediazioni non sempre comprese ed apprezzate da chi era immerso nella trincea della lotta per il superamento delle istituzioni chiuse, da chi avvertiva la contraddizione stridente tra l'urgenza dei bisogni e delle soluzioni e i tempi della politica.

A Franco Basaglia, attento e intelligente osservatore politico, non sfuggivano affatto le esigenze di alleanze politiche, al di là degli schieramenti contrapposti che allora erano la caratteristica della lotta politica in Italia.

Non a caso Basaglia era approdato a Trieste, con una Amministrazione provinciale retta dal Partito della Democrazia cristiana.

Non si può dire dunque, secondo una vulgata sostenuta da interessati semplificatori, che Basaglia fosse una cosa sola con il Pci, perché era noto che la sua personalità non era riducibile a qualsiasi formazione partitica. E' vero, invece, che tra i comunisti italiani, Franco Basaglia e il movimento di Psichiatria democratica si era instaurato un leale rapporto di collaborazione, al centro come in periferia, con obiettivi comuni e con la volontà comune di estendere la partecipazione degli operatori, infermieri prima di tutto, degli amministratori, delle forze sindacali e politiche, delle espressioni attive della società civile. Un movimento comune, dicevano i comunisti, intervenendo in tutte le occasioni che si presentavano o che erano diretta emanazione della loro iniziativa.

Bisogna registrare, per obiettività storica, che la lotta per il superamento dei manicomi vide come attori, con la punta di diamante di Psichiatria democratica, i comunisti, i socialisti, i radicali, i democratici cristiani nella componente dei democratici popolari, settori della Chiesa cattolica, organizzazioni sindacali, libere associazioni di cittadini, personalità della cultura e singoli cittadini.

Franco Basaglia ha il merito storico di aver ideato, avviato e sorretto il percorso del cambiamento della psichiatria in Italia in tutto il periodo della sua purtroppo breve esistenza; il movimento di Psichiatria democratica ha svolto la funzione insostituibile di sostenere e valorizzare le esperienze di avanguardia, di condurre una lotta rigorosa e senza concessioni per la demistificazione del bagaglio pseudo scientifico imperante, di stimolare e impegnare le forze politiche in una coerente azione per una nuova scienza, per una nuova socialità e per un nuovo modo di pensare e fare la politica.

Il percorso e i risultati

Le proposte per il superamento della realtà manicomiale in Italia si estendevano dalle iniziali e sempre attive esperienze d'avanguardia (Arezzo, Perugia, Trieste....) ad altre realtà del Paese.

Comunisti e socialisti, insieme, allargavano le loro iniziative a sempre nuove realtà istituzionali, soprattutto le Province, al Nord, al Centro e al Sud, raccogliendo le spinte che giungevano dalle loro organizzazioni periferiche, come le Sezioni costituite all'interno dei manicomi, da gruppi di operatori che si mobilitavano per scuotere le cittadelle fortificate degli ospedali psichiatrici.

Al Sud, Napoli, Bisceglie, Potenza, Siracusa, Reggio Calabria, Salerno, Palermo, Messina, Lecce, Foggia, Agrigento, Cagliari; al Centro, Roma, Volterra, Livorno, Pisa, Ancona, oltre naturalmente Perugia ed Arezzo; al Nord, Torino, Venezia, Milano, Genova, Novara, Belluno, Ferrara, oltre Trieste, tanto per citare alcuni luoghi di iniziativa.

Con un limite di fondo. Né il movimento né le forze politiche riuscirono a coinvolgere le Università italiane, anche se Basaglia dedicava al problema molta attenzione e se erano valorizzate le rare presenze di intellettuali e di docenti universitari che si affacciavano alle questioni del superamento dei manicomi e della salute mentale. Il '68 si era spento e nessuno riuscì a mettere in campo studenti e docenti per la lotta alle istituzioni totali e per un nuovo paradigma scientifico..

Anche gli Ospedali psichiatrici giudiziari, probabilmente per la complessità dei problemi (carcere e manicomio, insieme) e per la difficoltà ad elaborare proposte adeguate, rimasero ai margini del dibattito e senza un movimento di contestazione dall'interno.

Eppure le proposte che si sviluppavano dal basso, nonostante i limiti, erano contributi preziosi per il progetto di riforma della sanità che procedeva lentamente in Parlamento con un confronto serrato tra le forze politiche e che ora includeva, a pieno titolo e con articoli dedicati, la riforma dell'assistenza psichiatrica.

Bisognava superare la legge n. 431 del 1968 che aveva fatto fare al Paese qualche passo in avanti alla politica dell'assistenza psichiatrica con la possibilità di trasformare i ricoveri coatti in volontari e di istituire i Centri di Igiene mentale nel territorio, ma che aveva lasciato intatti i manicomi, considerati istituzioni alla stregua degli ospedali civili.

Poco apprezzato era il lavoro che comunisti e socialisti svolgevano all'interno delle aule parlamentari, con qualche timore di avvilitamento delle esperienze d'avanguardia; si paventava infatti il rischio di una legge "prematura" che poteva dare soluzioni riduttive della complessità dell'elaborazione culturale e politica che era in corso nel Paese e che aveva un centro propulsore in Psichiatria democratica.

Nonostante i dubbi sul futuro legislativo, l'iniziativa delle forze politiche di sinistra e di Psichiatria democratica si sviluppava con intensità e con altri manicomi investiti dalla proposta di rovesciamento istituzionale.

Un lavoro complesso, su diversi piani, con lo sviluppo di una teoria e di una scienza che avveniva a partire dai bisogni decifrati dei malati di mente, coram populo, con apporti di nuove leve di operatori e di intellettuali, tutti creativi e in sintonia con il pen-

siero e la scelta strategica di Franco Basaglia.

Una elaborazione che era coeva e si aggiungeva a quella che si affermava nel campo della salute nei luoghi di lavoro con altri operatori (medici del lavoro, biologi, chimici, psicologi) di fiducia dei lavoratori, dei Consigli di fabbrica, del Sindacato e in particolare della Cgil.

Era la prima volta nella storia italiana che si realizzava una feconda saldatura tra esponenti di una nuova scienza della salute e le forze politiche impegnate nella riforma dell'assetto materiale della sanità, del welfare e del costume della società.

Questo fatto stupiva gli osservatori stranieri che chiedevano informazioni su questa anomalia tutta italiana per trarre motivo e incoraggiamento per lo sviluppo della loro prassi antimanicomiale nelle realtà dei rispettivi paesi.

Anche gli psichiatri e gli intellettuali del Partito comunista francese posero la stessa domanda ai comunisti italiani in un incontro parigino del 1979 con una delegazione composta da Bruno Benigni, Responsabile del Gruppo psichiatria della Direzione del Pci, da Fabrizio Ciappi, esponente qualificato della esperienza di Perugia e da Franco Basaglia.

La risposta fu naturale e unitaria, tutta incentrata sulle caratteristiche del Partito politico di massa, sulla elaborazione basagliana e sulle alleanze costruite per la riforma non solo della sanità ma della società italiana sulla base della Costituzione e dei principi in essa contenuti.

Un patrimonio unico di idee, di valori e di energie. Una complessità che ambiva a tradursi in nuove regole, in costume sociale, in un nuovo sistema di vita.

Realtà ed utopia, o meglio la realtà trasformata dalla forza dell'utopia.

A correzione di quello che si potrebbe pensare, l'elaborazione di una nuova medicina o meglio di una nuova sanità non era affatto il risultato di un "pensiero unico", ma l'ap-prodo auspicato di più esperienze, a volte molto diverse tra loro, di più fonti di studio, di ricerca, di sistemazione che tutte avevano in comune la demolizione delle strutture segreganti, la centralità dei bisogni di salute e il ruolo fondante della soggettività delle persone, dei gruppi sociali, in complesso della popolazione.

Tante scuole di pensiero, ma un obiettivo comune per la salute e per la riforma sanitaria.

Il Partito comunista italiano, naturalmente non da solo, era la forza trainante di questo progetto di cambiamento.

Verso la riforma

Mentre nel Paese il confronto, lo scontro e le iniziative di nuova psichiatria si estendevano con assemblee dentro i manicomi, con Convegni locali e nazionali, con dibattiti nei Consigli provinciali e nelle Assemblee elettive e con i Congressi di Psichiatria democratica, mentre giornali e riviste davano conto di questo acceso dibattito nazionale, il Parlamento italiano aveva in agenda più proposte di riforma della sanità e del sociale e, ora, anche di riforma dell'assistenza psichiatrica.

Per tutti gli anni '70, procedeva il dialogo tra le forze politiche più rappresentative, molto incisivo era l'apporto delle forze sociali, in particolare delle Organizzazioni sindacali, per superare divergenze, ostacoli e vere e proprie opposizioni, palesi come quelle espresse da Confindustria, occulte come quelle delle grandi organizzazioni mediche e questo proprio mentre il sistema sanitario era entrato in una crisi comatosa, indebitato fino al collo, senza possibilità di composizione. Eppure la riforma rimaneva nella fase della gestazione, un lungo e travagliato parto politico.

Dalla metà degli anni '70, alcuni fatti nuovi interloquivano con la crisi del centro sinistra e davano nuove speranze al processo riformatore.

Dall'anno 1970, con 22 anni di ritardo rispetto al dettato costituzionale, erano in funzione le Regioni italiane e le Province autonome di Trento e Bolzano cui doveva essere assegnata la competenza sanitaria e, se pure tra incertezze e resistenze, gli Ospedali italiani erano stati consegnati nella potestà legislativa delle Regioni. Un piccolo passo in avanti che però metteva ancor di più il sistema sanitario italiano in mezzo al guado, con tronconi di sanità pubblica dispersi tra Istituzioni diverse.

La riforma sanitaria aveva dalla sua parte un soggetto istituzionale in più.

Negli stessi anni cresceva, sulla spinta dei grandi movimenti degli anni '68 e '69, il consenso popolare al Partito comunista italiano che poneva la propria candidatura al governo del Paese con una linea di movimento e di apertura che Enrico Barlinguer definì di "compromesso storico" tra le culture fondamentali presenti nella storia italiana e tra sinistra italiana, tutta, e il Partito della democrazia cristiana.

Una proposta che aveva trovato attenzione e interesse in Aldo Moro che proprio per questa sua apertura fu rapito e barbaramente ucciso.

Cosicché quella proposta di grande respiro politico e storico si rimpicciolì nella più modesta fase della "solidarietà nazionale", con il Partito comunista che faceva parte della nuova maggioranza politica senza essere componente di governo.

La riforma sanitaria, che era uno dei punti fondamentali di questa inedita intesa politica, riprese a camminare, anche se si facevano sentire resistenze accanite, dentro e fuori la maggioranza di governo, mano a mano che quella fragile alleanza si logorava e si decomponeva.

Nel frattempo era pendente sulla vicenda politica italiana l'indizione di un referendum, promosso dai radicali, che proponeva l'abrogazione di alcuni articoli della legge n. 36 del 1904 che avrebbero portato, se approvati, alla cancellazione dell'istituto manicomiale.

I tempi ravvicinati del referendum portarono le forze politiche ad accelerare le decisioni e ad approvare una legge di riforma dell'assistenza psichiatrica prima ancora della riforma sanitaria.

Si realizzò pertanto, primo Paese al mondo, la riforma dell'assistenza psichiatrica con una legge che prese il nome dal numero che portava: *legge n. 180, maggio 1978*.

La legge 13 maggio 1978 n. 180

Nonostante l'accelerazione prodotta dagli eventi politici, il Parlamento italiano riuscì a varare una legge di straordinaria innovazione e di grande equilibrio politico.

La discussione che si sviluppava tra le forze politiche e a lato del Parlamento era seria, accesa e responsabile, tutta centrata sulla necessità di fare rapidamente una buona legge, condivisa dalle forze della cultura, della politica e della società, nel tempo richiesto per evitare il referendum abrogativo.

Una discussione che si concentrava sulla questione dei Trattamenti Sanitari Obbligatori (TSO) e sulla soluzione da dare al ricovero di pazienti, quando necessario, in assenza degli ospedali psichiatrici di cui la legge decretava la chiusura.

La privazione della libertà individuale era considerata un affronto dal momento che si abrogava la norma sulla pericolosità del malato di mente e il ricorso a posti letto in ospedale civile, sia pure come *extrema ratio*, poteva riaprire le porte al manicomio.

Obiezioni sensate, avanzate da una parte consistente di Psichiatria democratica, accompagnata da una forte perplessità e preoccupazione da parte di Franco Basaglia, in bilico tra approvazione e presa di distanze dalla legge di cui sentiva tutta l'importanza e necessità.

Fu così che nelle sedi del Partito comunista e in Parlamento si ebbe un supplemento di istruttoria della proposta di legge in modo da circondare il TSO da garanzie sulla libertà della persona e da evitare ogni abuso riguardo all'internamento delle persone dando luogo ad un Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (Spdc) con pochi posti letto ospedalieri a disposizione e con una durata delimitata del ricovero..

Con la scelta della chiusura di tutti i manicomi, con la costituzione di un Dipartimento di salute mentale interamente territoriale in ogni Unità sanitaria locale e con la previsione di garanzie pubbliche riguardo alla libertà della persona sofferente, la legge apriva un'epoca nuova nell'ordinamento giuridico della sanità italiana e consegnava alla politica un compito immenso per prevenire le malattie e per curare la persona senza far ricorso alla violenza, alla contenzione e alla emarginazione.

Si trattò certamente di una mediazione tra posizioni diverse, resa possibile dai rapporti di reciproca stima maturata nelle battaglie comuni che duravano ormai da oltre dieci anni condotte da Basaglia, da Psichiatria democratica, dai comunisti e dalla sinistra italiana e dalla convinzione che quella legge era il frutto più maturo e il risultato più alto che si poteva ottenere nella situazione politica data.

La legge n. 180 veniva così approvata con un consenso generale da parte di tutte le forze culturali, sociali e politiche che avevano concorso alla sua elaborazione.

Nel dicembre dello stesso anno veniva approvata, ultimo e rilevante atto della "solidarietà nazionale", la legge n. 833 di "Istituzione del Servizio sanitario nazionale" che con gli articoli 33 e 34 recepiva gli istituti fondamentali della "180" e saldava così, definitivamente, il ricongiungimento dell'assistenza psichiatrica con il sistema sanitario governato dalle Regioni e dalle Autonomie locali.

Dopo l'approvazione della legge

E' nota la vicenda politica del Paese successiva alla approvazione della riforma. Si chiudeva la fase della "Solidarietà nazionale" sostituita da un Governo di pentapartito con un Ministro della sanità espresso dal Partito liberale, l'unico Partito che in Parlamento aveva votato contro la riforma sanitaria.

Cominciarono immediatamente gli attacchi alla "180" da parte di esponenti politici della nuova maggioranza, con articoli di stampa e proposte di modifica in Parlamento, ma soprattutto con una linea politica di svuotamento e di erosione dall'interno della riforma sanitaria, con la sottostima del Fondo sanitario nazionale e ignorando, semplicemente, gli adempimenti richiesti, a partire dal Piano sanitario nazionale e dal Progetto obiettivo.

Con questi strumenti, previsti dalla legge, si doveva realizzare, con le Regioni italiane e le Autonomie locali, la rete dei nuovi servizi sanitari e sociosanitari, indispensabili per mettere a regime la "180", condizione richiesta per dare quelle nuove risposte di prevenzione e di cura della malattia mentale reclamate giustamente e insistentemente dalle persone e dalle famiglie.

Astuzia della controriforma: le mancate risposte lasciavano le persone e le famiglie in uno stato di disperante abbandono che era il terreno di coltura per una contestazione "dal basso" della stessa riforma che si saldava con le iniziative ministeriali "dall'alto" per una modifica dell'articolato della "180" e della stessa riforma sanitaria.

L'alleanza tra comunisti e Psichiatria democratica trovava ora un terreno comune di iniziativa per la difesa della legge, una difesa che doveva svilupparsi su tutti i fronti con la netta opposizione in Parlamento per frenare il revanscismo conservatore, con la presentazione di proposte per l'applicazione della legge, concentrando l'attenzione sul Progetto obiettivo, con un lavoro di dialogo e di convincimento delle Associazioni che esplicitamente chiedevano di rimettere in vita i manicomi e con la promozione di altre Associazioni che dovevano raccogliere le giuste esigenze dei malati e delle loro famiglie e avanzare una domanda collettiva di nuovi servizi per l'applicazione coerente e rigorosa della "180".

Questo sbarramento culturale e politico ha posto un argine al disegno restauratore. Le leggi nn. 180 e 833 non sono state toccate, almeno nella forma.

A trenta anni di distanza, la legge "180" ha fatto passi da gigante nella sensibilità della popolazione che oggi, nonostante il clima di allarme artificiosamente gonfiato, non si spende più per il ritorno al manicomio, ma richiede il diritto alla buona cura della malattia coniugato con la qualità dei servizi che soli possono garantire la sicurezza delle persone e delle famiglie.

Ma la questione della salute mentale non si limita alla pur necessaria e intransigente difesa della legge e alla realizzazione della rete dei servizi, perché è giunto il momento di affrontare, con il più ampio dispiegamento di energie scientifiche, sociali e politiche, la questione della prevenzione degli stati di disagio psicologico e di sofferenza psichica che chiama in causa la qualità del vivere quotidiano, la rete dei rapporti sociali in modo da

affrontare alla radice, e dunque le cause, dei crescenti stati di anomia sociale e i persistenti flussi di emarginazione: gli immigrati, i precari, gli omosessuali, i tossicodipendenti, gli ex detenuti, le prostitute...

La riforma della psichiatria, superati i manicomi e riportati i problemi all'interno della società, pone nuovi traguardi alle forze politiche democratiche e alle tante voci della società civile che devono trovare obiettivi comuni per un percorso, né facile e né breve, per la riduzione e la eliminazione del rischio di sofferenza psichica.

La situazione politica, oggi, è molto diversa, altre forze politiche sono presenti sulla scena, altri soggetti sociali sono impegnati nella tutela dei malati di mente e nella promozione della salute.

Resta ferma l'esigenza di un movimento unitario per obiettivi comuni composto da forze democratiche della politica, della cultura, delle professioni, dell'utenza e della società.

Ancora una volta c'è bisogno di conoscenza, di rigore scientifico, di pratiche alternative e di lotta per inserire nella società tutta quei contenuti di libertà, di liberazione e di giustizia sociale che un tempo erano chiamati "*elementi di socialismo*".

L'utopia, ancora una volta come sempre, deve muovere la mente e il cuore degli uomini per cambiare la realtà.

Postilla.

Giovanni Berlinguer, *Psichiatria e potere*, Editori Riuniti, 1974

Nell'anno 1964 Franco Basaglia, con un gruppo di collaboratori, aveva "aperto" l'ospedale psichiatrico di Gorizia e quella esperienza, unita ad altre successive (Perugia, Parma), era fonte di dibattito e di una nuova elaborazione, non accademica ma derivata dalla prassi del rivolgimento antistituzionale. Il manicomio veniva scoperto per quello che era, una fabbrica di malati e un luogo di occultamento delle contraddizioni sociali. Il ruolo dello psichiatra era demistificato per essere connotato come strumento di oppressione e la psichiatria come scienza asservita al potere e al mandato di controllo sociale affidatole.

Verrà, di lì a poco, il '68 con la sua carica antiautoritaria e con la funzione di disvelamento del potere come strumento di legittimazione della oppressione e del controllo di ogni forma di devianza.

Un partito di massa, comunque popolare, come il PCI, che aveva elaborato "*la via italiana al socialismo*" con richiamo ai principi di libertà, di giustizia e di uguaglianza propri della Costituzione repubblicana, era fortemente e direttamente interessato ai contenuti e ai contributi che provenivano da movimenti e da esperienze "*dal basso*", in cui alta era la partecipazione dei giovani e forte la richiesta di una liberazione da ogni sorta di autoritarismo, nella società e nella politica.

A metà del 1969, per iniziativa dell'Istituto Gramsci, si tenne il Convegno nazionale "*Psicologia psichiatria e rapporti di potere*" in cui Giovanni Berlinguer, scienziato e autorevole dirigente del PCI, tenne la relazione di apertura.

Una relazione aperta, prima di tutto alle nuove esperienze di rovesciamento istituzionale, di lotta contro la segregazione manicomiale, ma rivolta anche alla definizione del ruolo degli intellettuali nel processo di riforma, impegnata a superare le "chiusure ideologiche" proprie di certa sinistra dogmatica e attenta a gettare ponti tra quelle esperienze e il movimento dei lavoratori.

Il volume "*Psichiatria e potere*", pp. 161, pubblicato dagli Editori Riuniti nel 1974, riprendeva i punti fondamentali di quella relazione e teneva conto "delle nuove esperienze portate al convegno da psicologi e psichiatri, da studenti, da sindacalisti, da amministratori"

Un "aureo libretto", di cui faranno tesoro operatori, politici, sindacalisti, amministratori nel loro impegno per la trasformazione delle strutture totali, per la riforma dell'assistenza psichiatrica, sociale e sanitaria, insieme.

L'opera di Giovanni Berlinguer riesce, con una complessa ma felice sintesi, a mettere in corrispondenza il movimento antistituzionale, con la sua carica dissacrante ed eversiva dello stato sociale e del potere costituito, con la storia, la cultura e la lotta del movimento operaio che in quegli stessi anni aveva scoperto nel vivo dello scontro in fabbrica la non delega, il valore della soggettività, la validazione consensuale, affermazioni che erano in sintonia con il rifiuto della delega da parte degli psichiatri e con la contestazione della neutralità della scienza.

Il lavoro di Berlinguer coglie fino in fondo il carattere rivoluzionario dell'esperienza basagliana che rimette l'uomo al centro della trama dei rapporti sociali, che storicizza la malattia e libera la scienza dal letto di Procuste in cui era stata confinata dalla classe dominante.

Ma l'incontro tra una esperienza e una cultura, "nate al di fuori del movimento operaio", con la cultura e le posizioni del movimento operaio, e del partito comunista che di esso è la parte più consistente e decisamente la più avanzata, richiede un "lavoro" teorico e culturale su due fronti: *da un lato*, liberare il nocciolo di verità contenuto nelle esperienze antistituzionali in atto e in alcune rappresentazioni teoriche da una consistente ridondanza ideologica, *dall'altro*, fare i conti con le rigidità teoriche di certo marxismo che non era stato in grado né di prevenire né di capire le novità di "prassi alternative" che nascevano da un esteso, complesso ed intenso movimento di base.

Era il momento e l'occasione per un richiamo alla "filosofia della prassi" così pregnante nel pensiero di Antonio Gramsci.

Saldare le esperienze d'avanguardia con il progetto strategico del movimento operaio ha significato liberare l'antipsichiatria dal rischio dell'isolamento e dell'esaurimento, come era accaduto in Inghilterra per le Comunità terapeutiche, e nello stesso tempo arricchire la cultura e la presa sociale del mondo del lavoro e della sinistra italiana che potevano collegarsi proficuamente ad una rete vastissima di contestazione democratica agli assetti di potere.

L'attenzione e il richiamo è "*ai fecondi filoni del marxismo*" che riprendono e mettono al centro l'individualità senza astrazioni ma neppure senza determinismi, siano essi biologici, sociologici o economici, che riportano in primo piano i problemi del vissuto individuale, di un uomo che non si realizza solo nel lavoro, ma nell'esperienza vissuta personalmente ed intimamente, fatta di affetti, di sentimenti, di bisogno di felicità ma anche di senso del dolore, del dramma dello scacco e della morte.

Nella polemica con le diverse unilateralità presenti nel dibattito teorico e politico, ma ancor più "dinanzi alla gravità dei processi di distruzione dell'uomo", analizzati da Berlinguer con precisione scientifica e politica, diventa urgente il compito di ricomporre l'unità divisa dell'uomo, del corpo e della mente, della sua base naturale e della sua storia.

Dice Berlinguer: "Si è accennato al fatto che nel "capitalismo maturo" il corpo umano diviene la sede naturale delle contraddizioni sociali e subisce costrizioni e violenze che ne minano la validità, l'unità psicofisica, la salute. Per capovolgere questo orientamento, si può partire dalla considerazione che la lotta per la piena valorizzazione del corpo in ogni sua dimensione (biologica, psicologica, erotica, estetica, ecc..) crea perciò un'antitesi profonda e radicale rispetto ai modelli imposti dal capitalismo, costituisce "un momento necessario e positivo nella strutturazione del modello di uomo integrale entro lo specifico orizzonte antropologico di Marx"

Un marxismo che guarda al giovane Marx, un marxismo dal volto umano, come si dirà, che consente di comprendere, di misurarsi, di partecipare, di promuovere esperienze diverse di liberazione, di progettare con altri e con altre culture un futuro a misura

d'uomo.

Sta qui il fondamento culturale ed umano del progetto di riforma sociale e sanitaria che potrà vedere unite esperienze, culture e forze diverse perché tutte potranno riconoscersi in un disegno che unifica contributi molteplici e diversi.

Giovanni Berlinguer, con *“Psichiatria e potere”* e con altri scritti successivi, riuscì a realizzare questa feconda saldatura che continuerà nel tempo a dare importanti risultati, a cominciare dalla legge 180 e dalla legge di riforma sanitaria, prima, per proseguire, poi, in tutte le fasi successive della complessa e contrastata applicazione di quelle leggi.



7. Giovanni Berlinguer e Sergio Scarpa

Postilla

Sergio Scarpa

Tutta la linea dei comunisti italiani di avanzata sulla "via italiana al socialismo" era fondata sulle riforme di struttura e sull'applicazione dei principi di libertà e di uguaglianza della Costituzione italiana.

La riforma sanitaria era tra queste.

La salute, per i comunisti italiani, non era un principio astratto da delegare agli Ordini e agli accademici, ma un valore che doveva essere conquistato e fatto vivere nel cambiamento della struttura economica e sociale del Paese, a partire dalle condizioni di vita e di lavoro per estendersi alla "sovrastruttura" delle idee, delle leggi, dell'organizzazione del sistema sanitario italiano.

Un progetto risultante dalla lotta che partiva da "*un'analisi concreta della situazione concreta.*"

Una elaborazione e un'azione che impegnavano tutto il Partito, quello che agiva nei luoghi di vita e di lavoro (le Sezioni operaie), negli Enti locali, nel Parlamento e nelle sedi culturali (la "battaglia delle idee") e, soprattutto, nelle lotte unitarie e dal basso per eliminare le cause che erano all'origine delle disuguaglianze e, nello specifico, delle malattie che colpivano i lavoratori e i cittadini.

Era un'analisi e una posizione di classe che metteva in primo piano la prevenzione e la soggettività collettiva e che portava il sapere dalla parte del diritto alla salute dei cittadini e dei lavoratori, .

Il centro motore di questa impostazione e di questo impegno collettivo era la Commissione Sicurezza sociale della Direzione del Partito, diretta fin dal 1968 da Sergio Scarpa.

Fin dall'inizio del suo compito di Responsabile, Sergio Scarpa si trovò a fare i conti con il sommovimento che scuoteva la psichiatria italiana, prima di tutto con la "rottura basagliana" dei goriziani, ma anche con le posizioni che maturavano nello stesso Partito comunista per i contributi di intellettuali come Giovanni Berlinguer, Carlo Manuali, Ferruccio Giacanelli, Raffaello Misiti ed altri e per le esperienze che portavano avanti compagni sindacalisti della Cgil, assessori provinciali e comunali alla sanità del Partito Comunista italiano.

Un'esperienza multiforme, con radici e radicalità diverse che tutte dovevano confluire nel solco maestro e unitario della riforma di struttura della sanità italiana.

Nel campo della lotta per la salute e per la riforma della sanità, Sergio Scarpa fu artefice della linea togliattiana dell'*unità nella diversità*, ricercò e realizzò tutti i legami che potevano e dovevano sussistere tra le lotte per la salute in fabbrica con la scoperta della "soggettività operaia", le iniziative degli Enti locali per la salute dei cittadini, il movimento femminile che sperimentava i primi Consultori, i contributi scientifici propri della cultura democratica (Alessandro Seppilli, Giulio Maccaccaro, Severino Delogu e tanti altri) e le esperienze avanzate per la demolizione dei manicomi che portavano alla ribalta il protagonismo dei degenti e il valore della partecipazione collettiva per il cam-

biamento del sistema sanitario italiano.

Scarpa aveva una salda e collaudata competenza politica, *veniva da lontano*, dalla lotta di Liberazione combattuta in Valsesia nelle file partigiane di Cino Moscatelli, dalla esperienza di dirigente sindacale, da componente della Costituente e dalla funzione di Parlamentare del PCI a partire dalla prima legislatura.

Era un dirigente nel vero senso della parola, fermo nei convincimenti e attento a valorizzare le tante competenze che si esprimevano nel Partito e fuori del Partito, senza schematismi, lontano mille miglia dal dottrinarismo tipico di altre scuole di marxismo, in Italia e fuori d'Italia, e anche nella lotta per il rinnovamento della psichiatria rifuggiva dall'assolutizzazione "*di scuole di pensiero*", fossero pure quelle che nel momento andavano per la maggiore.

Era un instancabile organizzatore di iniziative.

Per la lotta contro i manicomi, nell'ambito della Commissione sicurezza sociale costituì uno specifico *Gruppo di lavoro per la psichiatria* e, anche tramite di esso, mise in movimento le Sezioni e le Federazioni di Partito, impegnò gli Amministratori comunisti delle Province italiane che avevano competenza esclusiva nell'assistenza psichiatrica, aprì confronti con le forze politiche e in particolare con i Partiti dell'arco costituzionale con i quali si tenevano iniziative unitarie all'interno degli stessi Ospedali psichiatrici italiani.

Il movimento si allargò enormemente e molte voci entrarono in campo.

Fare sintesi della molteplicità degli apporti, quello era il compito del Partito.

Scarpa aveva grande stima ed affetto per Franco Basaglia (voleva sapere sempre quel che Franco pensava delle posizioni del PCI sulla sanità) e intratteneva rapporti di sincera amicizia e fraternità con un protagonista, non iscritto al Pci, in cui riconosceva un intellettuale di stampo gramsciano e da cui giungeva un grande contributo per la riforma dello spirito culturale e civile dell'Italia.

Fu sotto la sua direzione, assai apprezzata dentro e fuori del Partito, che il progetto di riforma della sanità fece passi da gigante nel Paese e nel Parlamento, giungendo ad un testo unitario di alto valore politico, frutto di tanti contributi, compresi quelli delle forze politiche della nuova maggioranza di "Solidarietà nazionale".

A quel testo di riforma partecipò, sempre nella distinzione dei ruoli, Franco Basaglia e il movimento di Psichiatria Democratica, soprattutto nella definizione della legge n. 180 del maggio 1978, legge che confluirà nella Riforma della sanità con gli articoli 33, 34, 35 e 64 della legge n. 833 del dicembre dello stesso anno.

Un prodotto alto della politica che molto si deve a Sergio Scarpa, dirigente schietto, generoso e intelligente del PCI., che seppe raccogliere l'essenziale da quel complesso e multiforme movimento per la salute dei cittadini che si sviluppò in Italia negli anni '60 e '70.

Capitolo 7

Arezzo.

Un'esperienza nazionale per la salute mentale di tutti i cittadini

Un fervore per la salute negli anni '70

PSICHIATRIA E BUONGOVERNO



L'Ordine e la Concessione
sono il risultato
di un rapporto
tra Potenza e Resistenza



Dettaglio dell'altare
del Buon Governo
di Ambrogio Lorenzetti

Il Buon Governo
di fronte
al grande
e all'ordine

Unione delle Province d'Italia
Regione Toscana
Provincia di Arezzo
Comune di Arezzo
Comune di Cortona



Se il potere
sta in una
mano
regna l'Ordine
e il Potere

È un
nostro
potere
il nostro
ordine
e il nostro
avvenire ?

**UNA SETTIMANA INTERNAZIONALE
DI DISCUSSIONE IN AREZZO E PROVINCIA
AREZZO 28 OTT - 4 NOV 1979**

**INFORMAZIONI: AMMINISTRAZIONE PROVINCIALE - TEL. (0575) 350809
OSPEDALE PSICHIATRICO - TEL. (0575) 354391**

8. *Psichiatria e buongoverno*. Manifesto della settimana internazionale di discussione - Arezzo ottobre-novembre 1979

7. Arezzo. Un'esperienza nazionale per la salute mentale di tutti i cittadini

Un fervore per la salute negli anni '70

Arezzo, negli anni '70, fu definita “*una provincia sanitaria*”.

Anche se un po' enfatica, quella definizione intendeva riconoscere il grande fervore democratico, che in quel “*decennio eroico*” si registrò nella realtà aretina sui temi della salute e sulla costruzione dal basso di un nuovo modo di organizzare la sanità pubblica, in vista della riforma sanitaria che sarebbe stata approvata dal Parlamento sul finire del 1978.

Una partecipazione dei cittadini mai vista.

Tutti i campi della vita sociale furono interessati dalle iniziative per la salute: l'infanzia e la scuola, il lavoro e l'ambiente naturale, il quadro delle malattie sociali, in particolare le malattie a carattere degenerativo, tra cui i tumori, l'assistenza psichiatrica con il superamento del manicomio, la realtà degli ospedali e la stessa medicina ospedaliera.

Scesero in campo molti operatori della sanità e del sociale con una nuova concezione della professionalità, liberata da ogni delega e da ogni complesso verso la tradizione e tutta costruita sull'innovazione di sistema per il diritto alla salute di tutte le fasce della popolazione, in tutte le possibili condizioni di vita.

Uscirono dal letargo e dalla passività i lavoratori e i cittadini che trovarono nella prevenzione delle malattie, nella bonifica dell'ambiente naturale, nella rimozione della nocività negli ambienti di lavoro la condizione per esprimere una propria soggettività individuale e collettiva, spesso in antagonismo con i poteri e gli assetti istituzionali del Servizio sanitario nel quale imperavano le Mutue, gli Enti sanitari, le burocrazie amministrative, locali e nazionali.

Per i malati, a partire da quelli internati in manicomio, si apriva la strada per uscire dal ruolo subordinato di “pazienti” per riconoscersi come cittadini titolari di diritti, direttamente impegnati e protagonisti della salute propria e degli altri.

Il problema della salute da questione sociale divenne immediatamente questione politica che interpellava direttamente le Istituzioni e i partiti politici, della maggioranza e della opposizione.

Il dibattito e la discussione sui temi della salute conosceva un grande fervore, con toni accesi, con posizioni spesso antagoniste che mettevano in discussione e sotto sopra le culture dominanti delle forze politiche, nessuna esclusa.

La lotta per la salute metteva in rapporto diretto i cittadini con le Istituzioni, portava i problemi della salute alla luce del sole, richiedeva confronti dialettici, spesso antagonisti, come base e condizione per nuove e più elevate mediazioni.

Mai come allora le sedi dei Consigli provinciali e comunali, quando si parlava di salute e di sanità, erano assediata dai cittadini, mai come allora i partiti politici erano indotti

a discutere, a prendere posizione, sia all'interno che davanti all'opinione pubblica.

Nascevano allora, nella coscienza dei cittadini aretini e nella cultura degli operatori e degli amministratori, *i primi elementi fondanti* di una riforma della sanità e del welfare

In questo ampio ed appassionato movimento di cittadini, attraversato da tensioni e da forti idealità culturali, sociali e politiche, un ruolo di particolare importanza e rilevanza pubblica fu assunto dalla psichiatria, impegnata a cancellare il manicomio di Arezzo e a promuovere, nei fatti, un nuovo modo di promuovere non solo l'assistenza ai malati, ma la salute mentale dei cittadini aretini.

Verso la fine degli anni '60, sull'onda lunga del movimento del Sessantotto, la questione della salute mentale aveva trovato ampio spazio nel dibattito politico e nella iniziativa dal basso degli infermieri psichiatrici aretini.

La Provincia aveva rinunciato a costruire un nuovo ospedale psichiatrico e gli infermieri psichiatrici avevano proclamato tre giorni di occupazione del manicomio con un grande impegno mutuato dall'esperienza di Gorizia.

Arezzo, dopo Gorizia e oltre Gorizia

Alla fine degli anni '60, a Gorizia, dopo una fase di grande apertura iniziata nel 1964 e di grande effetto di trascinamento culturale e politico a livello nazionale e internazionale, l'esperienza di Franco Basaglia per il superamento del manicomio era giunta ad un epilogo traumatico per l'indisponibilità di quella Amministrazione provinciale a farsi carico dei necessari sviluppi, all'interno come all'esterno del manicomio.

Franco Basaglia, con tutta la sua équipe, dichiarava pubblicamente che non sussistevano più le condizioni politiche per la prosecuzione dell'esperienza goriziana.

Si cessava, capitolo chiuso.

Non per le idee e tanto meno per le "scoperte" scientifiche e sociali che erano maturate in una fervida esperienza di anni di lavoro, con una équipe di operatori fortemente coesa e tutt'altro che incline a disarmare, ma perché la politica si era arenata nel vecchio conservatorismo. Basaglia era approdato a Parma.

La Provincia di Arezzo nel 1970, con una maggioranza di sinistra, si candidava a proseguire l'esperienza di Gorizia.

La svolta culturale e politica si realizzò agli inizi degli anni '70 con l'arrivo ad Arezzo di Agostino Pirella.

Agostino Pirella, cui è stata assegnata successivamente la cittadinanza onoraria del Comune di Arezzo e una solenne onorificenza dell'Amministrazione provinciale, giungeva da Gorizia dove aveva ricoperto il ruolo di Vice Direttore di quel manicomio, aperto dall'iniziativa di Franco Basaglia.

Era prima di tutto un medico, uno psichiatra competente e rigoroso, nient'affatto ideologico come alcuni consideravano i "basagliani", che stava in ospedale da mattina a sera, che aveva idee chiare su come rovesciare la pratica manicomiali e come costruire collettivamente e democraticamente il percorso per la chiusura e per la fuoriuscita dal manicomio.

Un medico e un intellettuale “*di tipo nuovo*” (Gramsci docet) che ha costruito le idee a partire dalla pratica dei diritti delle persone, nessuna esclusa, che ha fatto vivere un sogno che giorno dopo giorno, meticolosamente, passava dal piano della intuizione collettiva alla realizzazione con gli uomini e le donne in carne ed ossa, senza semplificazioni e scorciatoie, ma senza indulgenze per pratiche estranee alla liberazione dei ricoverati.

Uno scienziato che ha stabilito con la politica un rapporto dialettico, né di conformismo né di estraneità e di separazione, ma di alleanza costruttiva nella distinzione dei ruoli e delle responsabilità per il fine comune della liberazione dei malati di mente e della chiusura del manicomio.

Agostino Pirella è stato il garante della “*linea*”, sul piano scientifico e su quello della gestione quotidiana, una certezza per l'itinerario che la Provincia e la Comunità aretina avevano intrapreso.

Un'impresa ardua, piena di ostacoli, altamente impegnativa, ma profondamente umana: *la chiusura dell'obbrobrio del manicomio*.

La pratica aretina e la legge “180”

Il progetto partiva dal principio del riconoscimento e della promozione dei diritti dei degenti, considerati una risorsa per la loro riabilitazione, e da una nuova idea del lavoro degli operatori, considerati tutti un collettivo impegnato nel progetto comune del superamento del manicomio.

L'apertura dei reparti fu il primo atto visibile di liberazione dalla chiusura.

La pratica era fondata sull'ascolto, sulla lettura del vissuto delle persone, sulla decifrazione dell'incomprensibile, sulla predisposizione di progetti di risanamento e di riabilitazione delle persone, sulla partecipazione dei degenti, degli operatori, dei volontari, degli amministratori, delle comunità locali.

Un grande lavoro scientifico e una laboriosa pratica democratica che realizzava una inedita alleanza, senza conformismi e patteggiamenti di ripiego, tra il potere politico, rappresentato dall'Amministrazione provinciale e dalle Istituzioni democratiche, e la direzione scientifica, garantita dal Direttore e da una équipe professionale che comprendeva medici, infermieri, assistenti sociali, psicologi ed educatori. Autonomia e distinzione di ruoli, naturalmente, ma decisa volontà di cambiare rotta.

Un'esperienza complessa, a tratti contraddetta ma sempre fortemente partecipata, che si è fatta le ossa per tutto il decennio che va dal 1970 al 1980 e che ha dato risultati straordinari, tutti collegati e conseguenti alla chiusura del manicomio.

Quando nel 1978 fu approvata dal Parlamento la legge n. 180, il percorso di liberazione nell'Ospedale psichiatrico di Arezzo era compiuto, il manicomio era sostanzialmente chiuso, con poche unità di degenti che attendevano di rientrare nella realtà sociale di tutti.

Al posto del manicomio, la pratica scientifica e politica aveva realizzato una rete territoriale di Servizi di igiene mentale, di Servizi sociali e di Consorzi sociosanitari per curare i malati mentali senza contenzione, fisica e/o chimica, e senza emarginazione.

Arezzo, Trieste, Perugia, Parma, Ferrara e altre iniziative di rovesciamento istituzionale furono di riferimento della legge nazionale n. 180, perché tutte dimostravano che quella legge non solo era necessaria e giusta, ma praticabile con un nuovo paradigma scientifico e un nuovo sistema assistenziale.

Nessuna ideologia, ma nuova umanità, nuova scienza dei diritti, nuova democrazia.

Certamente sarà la storia a rilevare i fattori decisivi che hanno portato quella esperienza alla chiusura del manicomio di Arezzo, ma intanto vale la pena di mettere in luce e di valorizzare quei risultati che sono già operanti nella vita delle persone e della comunità aretina, nella cultura scientifica e nella realtà della politica e della democrazia.

Risultati che si iscrivono tutti nella categoria civile della *liberazione*.

1. Prima di tutto liberazione dei ricoverati

Centinaia di degenti ad Arezzo, migliaia in Italia, uscivano dai manicomi e rientravano, sia pure sfiancati da anni di internamento, nella società di tutti, non più inchiodati nei letti di contenzione, non più costretti in ambienti chiusi da inferriate, non più costretti a vivere in un tempo immoto e senza senso. Potevano ricostruire la stima di sé, riprendere a vivere e a progettare, certo con difficoltà, la propria esistenza.

Bisognava superare il timore di uscire da un “luogo protetto” per entrare in un mondo sconosciuto, vissuto come ostile, pieno di incognite, ma anche attraente.

I degenti, a uno a uno, sia pure con l'aiuto dei servizi e la disponibilità delle comunità locali, dovevano scegliere, responsabilizzarsi, fare appello alle più riposte energie vitali.

2. Liberazione dei cittadini e della comunità

Anche gli aretini, tutti, potevano trarre un respiro di sollievo, perché scompariva dall'orizzonte cittadino il rischio di un confinamento in manicomio, visto che ognuno poteva incorrere in una di quelle crisi psichiche, spesso imprevedibili, che avevano come sbocco l'internamento più o meno coatto, sempre nocivo, nel manicomio.

Ora che il “Pieraccini” (come era chiamato l'Ospedale Psichiatrico dal nome del suo primo Direttore) non c'era più, tutti avevano il diritto ad essere curati negli spazi della vita e in quelli formali della sanità pubblica, come tutti i cittadini, senza il danno aggiuntivo del manicomio.

Le aree manicomiali, vissute dai cittadini come enclavi minacciose, ora erano restituite alle città e potevano essere utilizzate per le funzioni della vita della comunità, per la scuola, per i servizi sociali e sanitari, per il tempo libero.

3. Liberazione degli operatori

La nuova pratica dell'apertura aveva liberato, insieme ai degenti, centinaia di operatori, medici e infermieri, dal ruolo di controllo e di contenimento, sostanzialmente oppressivo, che snaturava la professione.

Ora medici ed infermieri, e con loro psicologi ed educatori professionali, assistenti sociali e terapisti, recuperavano in pieno la loro funzione di professionisti che impiegavano il sapere per una funzione umana, certamente più complessa di quella di semplici

custodi, ma nuovamente creativa e gratificante.

Ora aveva senso approfondire, studiare, ricercare, comparare, lavorare insieme, socializzare i risultati.

Negli infermieri ora la responsabilità prendeva il posto del mazzo di chiavi e ogni operatore aveva la sua parte di responsabilità nella *presa in carico* del paziente da riabilitare, da aiutare a vivere e a riprendere la strada del ritorno.

4. Liberazione degli amministratori e della politica

Con la liberazione dei degenti, la politica si riprendeva la delega affidata alla psichiatria, si liberava dal ruolo di occultamento delle contraddizioni e delle lacerazioni ed era chiamata a svolgere la funzione che le è propria di promozione dei diritti di cittadinanza e di coinvolgimento della popolazione sugli obiettivi di salute e di benessere sociale.

Mentre i degenti, gli operatori e i volontari ponevano le questioni aperte nella vita quotidiana dell'ospedale e nei programmi di dimissione, gli amministratori erano direttamente impegnati a trovare le soluzioni, a discutere coram populo le proposte, a misurarsi con il pregiudizio che covava nel senso comune, ad aprire percorsi di solidarietà e di vita nella città e in tutte le zone sociali della provincia, con i Comuni aretini in prima fila.

La politica liberata dal ruolo di controllo e di oppressione sociale si trovava nella necessità di aprire nuovi spazi all'esistenza e alla convivenza e di creare soluzioni inedite di inclusione sociale non solo per i degenti, ma per tutti i cittadini, sani e malati, giovani e anziani, uomini e donne. La politica aveva la sua bella responsabilità e la svolgeva con una miriade di iniziative che si muovevano sul piano della cultura, dei rapporti istituzionali, dell'organizzazione sociale e dell'impiego delle risorse finanziarie e umane.

C'era da cambiare tutto, a cominciare dall'apparato della pubblica amministrazione.

Da quelle esperienze di rivolgimento sociale veniva un impulso forte e circostanziato per una riforma complessiva dello stato sociale.

Non è un caso che insieme alla "180" alla politica si ponesse l'obiettivo della riforma sanitaria e della riforma dell'assistenza.

Fino a quando scienza, partecipazione e politica si sono congiunte in un'alleanza strategica per i diritti di cittadinanza sociale, il Paese ha camminato sulla strada del suo incivilimento; quando la politica è riuscita a distanziarsi dalla presa diretta dei cittadini e a restringersi nei giuochi di palazzo, allora il Paese ha conosciuto freni alle riforme, involuzione culturale e democratica.

Eppure quella straordinaria fase culturale e politica del rovesciamento istituzionale continua a dare i suoi frutti, per il semplice fatto che i valori allora prodotti non possono essere più espunti dalla cultura e dall'orizzonte del Paese.

Dalla liberazione alla produzione dei valori

Si sente dire, a volte, che quello che è stato sperimentato e collaudato in un manicomio non può essere trasferito *meccanicamente* nella realtà di oggi, nelle relazioni entro

cui deve realizzarsi l'inclusione sociale delle persone.

C'è del vero in queste riflessioni, perché la storia non si ripete meccanicamente, ma i valori hanno una permanente validità se sono creativi nelle mutevoli condizioni sociali e sanitarie..

Infatti, i valori e i principi enucleati nella pratica del rovesciamento istituzionale sono validi ovunque e sempre, caso mai oggi quei principi possono essere realizzati con maggiori possibilità dal momento che dalla parte dell'inclusione sociale ci sono leggi-quadro come la n. 833/78 e succ. e la n. 328/2000, ci sono *i livelli essenziali delle prestazioni socio-sanitarie* e ci sono le leggi specifiche che riguardano la scuola, il lavoro, la vita di comunità.

Da questo punto di vista, l'Italia è certamente all'avanguardia nella Comunità europea e nel mondo.

Da quella storia della liberazione dal manicomio vale la pena di estrarre e di riproporre i valori che l'hanno contrassegnata e che sono, lo si voglia o no, i fondamenti e i riferimenti per ogni buona pratica sanitaria e sociale di oggi.

1. La curabilità di tutte le persone

Quando nel 1970 si aprirono i reparti del manicomio, dalle Osservazioni giù giù fino al "*Fondaccio*", si disvelò l'immagine disperante di un lager, con uomini e donne spenti, disfatti, annientati. Anche i vivi sembravano morti.

L'aria fetida che si respirava lasciava poco spazio alla speranza di recupero e di inclusione sociale. Sembrava già molto rimettere in piedi persone abbandonate nei letti sudici e per terra, nudi o a malapena coperti da stracci lerci, impregnati di rifiuti.

Eppure, andando oltre le ripugnanti apparenze, l'equipe di Agostino Pirella scoprì in tutti, sepolto sotto la coltre manicomiale, quel barlume di vitalità, di voglia di vivere che esiste in ogni essere vivente, qualunque sia la sua condizione esistenziale.

Ci animava la convinzione morale, poi comprovata scientificamente, che in tutti gli uomini c'è posto per la storia di una possibile rinascita, della quale anche i più regrediti possono essere protagonisti per la straordinaria e meravigliosa capacità degli uomini di risalire dall'abisso del degrado e del dissolvimento, sia esso un lager, un manicomio o un carcere.

Fu chiaro a tutti noi che era possibile rovesciare l'annientamento, facendo perno sui bisogni primari e, dunque sulla soggettività delle persone, tutte diverse, tutte diversamente segnate dalla vita e dal manicomio, ma tutte potenzialmente in grado di uscire dall'inferno del "*Fondaccio*."

Ecco un primo valore permanente: *é possibile, oltre che giusto, dare a tutti una speranza e costruire per tutti un progetto di cura e di inclusione sociale che tutti impegna e tutti coinvolge.*

Valeva allora come vale oggi, ancora per i malati mentali, ma anche per i tanti malati cosiddetti cronici che impropriamente riempiono le tante istituzioni socio-sanitarie di ricovero.

2. Soggettività individuale e collettiva

Le persone ripresero la strada del ritorno, non da sole o in base ad un ordine di servizio, come proponevano certi Direttori di Ospedali psichiatrici che avevano allestito elenchi di dimissioni cartacee, ma con un progetto sanitario e sociale, fatto di umanizzazione e di solidarietà, che chiamava in causa l'Amministrazione provinciale, i Comuni aretini, la professionalità degli operatori, le disponibilità della comunità aretina.

A differenza di molte altre realtà italiane pur impegnate nel superamento del manicomio, ad Arezzo si partì dagli ultimi, dai gradini più regrediti della cronicità per risalire lungo tutto il percorso, aiutando la persona, ogni persona con il suo vissuto e con le sue speranze, a farcela, a fare appello alle più riposte e sopite energie e nello stesso tempo aprendo con azioni mirate ogni realtà all'accoglienza, alla disponibilità, all'*inserimento*, come allora con approssimazione lessicale si diceva

C'era la convinzione che se gli ultimi potevano ritrovare il valore della socialità, tutti gli altri ne avrebbero beneficiato in sovrabbondanza.

La soggettività di ogni degente era considerata una risorsa per la scienza, un contributo per conoscere e per motivare energie vitali, indispensabili per un progetto di guarigione.

Allora il ritorno in società non fu un mero atto amministrativo e neppure una dimissione costruita con *tecniche di riabilitazione*, ma un progetto sanitario e sociale che doveva necessariamente coinvolgere la comunità e per essa i gruppi sociali più direttamente interessati.

Nessuna decisione burocratica, dunque, ma un progetto di vita condiviso dall'interessato e favorito dalla comunità accogliente.

Ecco un secondo valore permanente: *dall'abisso della malattia si esce con un progetto di guarigione e di vita che chiama a raccolta le energie presenti nella persona e quelle che le Istituzioni e la comunità sanno mettere a disposizione.*

Oggi la comunità è poco più che lo sfondo delle pratiche per la salute mentale, mentre la riforma del welfare esige un ruolo attivo e responsabile della comunità, intesa come l'insieme delle Istituzioni e dei soggetti sociali.

3. Il sapere per i diritti

Nel crogiuolo del manicomio avvenne una vera e propria rivoluzione scientifica che riguardava prima di tutto la psichiatria, ma investiva tutte le scienze, biologiche e sociali.

Basaglia e tutti i nostri psichiatri, con Agostino Pirella in testa, dicevano chiaro e tondo che rifiutavano ogni delega che la legge e il potere politico conferivano alla psichiatria per convalidare, in nome della scienza, la segregazione manicomiale, la violenza dell'apartheid, la violazione dei diritti umani.

Un no netto ai manicomi, agli Istituti per minori, alle grandi strutture artificiali per vecchi.

La psichiatria tornava ad essere una scienza dell'uomo, per conoscere quello che sta oltre i sintomi e l'apparenza, per aiutare i più fragili a perseguire, insieme agli altri, un proprio progetto di vita.

Da scienza dell'oppressione a scienza della liberazione.

La psichiatria riprendeva così in considerazione la globalità della persona, intesa come sinolo di corpo e di mente, come sintesi di rapporti sociali e ricercava i necessari collegamenti con altre scienze umane che potevano concorrere alla conoscenza dello stato di sofferenza psichica e alla costruzione del progetto di guarigione.

Nasceva allora, e faceva prova di sé, un nuovo paradigma assistenziale, con il lavoro di gruppo o dipartimentale che dir si voglia che oggi deve essere riproposto nelle nuove condizioni di operatività dei servizi.

Tutta la medicina, oggi deve passare dall'attesa alla promozione, dal rapporto duale medico-paziente al lavoro collettivo che comprende anche il trattamento individuale e lo rende più efficace, perché condiviso.

Ecco, dunque, un terzo valore permanente: *la liberazione della persona dalle limitazioni prodotte dalla sofferenza psichica e l'inclusione sociale hanno bisogno del concorso di tutte le scienze e di tutte le professioni da impegnare in un lavoro fianco a fianco, nell'unità di tempo e di spazio.*

Questo valore è tuttora valido per la cura e per l'inclusione sociale delle persone con disturbi mentali, con disagio psicologico e sociale.

4. L'accoglienza

Quel lavoro di dimissioni e di inserimento sociale si dimostrò tutt'altro che facile.

Bisogna ricordare che l'internamento avveniva con un biglietto di andata senza ritorno, che la società consegnava il malato all'Istituzione manicomiale per proteggersi dalla sua pericolosità certificata dalla legge dello Stato, che il malato incuteva timore e allarme.

Paradossale ma vero: anche il malato aveva paura di uscire, intimidito da una società che gli si presentava come un'incognita, estranea, ostile e minacciosa.

Il pregiudizio aveva contagiato i sani e i malati.

Quella sorda ostilità fu superata, non del tutto vinta, con un grande lavoro culturale e politico, con incontri e scontri, ma soprattutto con l'uscita dei ricoverati dal manicomio, con le prime convivenze che si tradussero in Case famiglia, in inserimenti scolastici e in attività sociali e in programmi di lavoro socialmente utili organizzati dalle Amministrazioni locali.

Ci vollero dieci anni. La resistenza a convivere con il diverso motivò, quasi specularmente, ampie energie morali e larghe disponibilità nelle diverse comunità aretine.

Mano a mano che l'esperienza della Comunità terapeutica procedeva, quanto più la persona ricostruiva un progetto di vita, tanto più forte era la richiesta di uscire, di spingere per l'integrazione sociale e per l'umanizzazione dei rapporti sociali.

Ecco un quarto valore permanente: *l'inclusione sociale si realizza e il pregiudizio arretra*

non con diatribe ideologiche sull'esistenza e sull'essenza della malattia mentale, ma con l'accoglienza, con la pratica dei diritti, con un progetto di migliore qualità dell'esistenza e della convivenza, con le buone pratiche.

5. Cambiare il contesto con l'inclusione sociale

Torniamo al manicomio. Quasi subito apparve chiaro che la riabilitazione delle persone non poteva esaurirsi all'interno della cerchia del manicomio, sia pure aperto e organizzato nelle forme della Comunità terapeutica, ma le persone avevano bisogno di assaporare la vita come tutti la vivevano, con le opportunità e le avversità che la possono contraddistinguere.

Non bastavano più neppure le *escursioni* nel mondo dei liberi e neppure i soggiorni in colonie marine e montane, ma tutti chiedevano una casa, una comunità di affetti, un lavoro, la libertà di organizzare la propria vita.

La vita vera era oltre quelle mura che pur erano state abbattute.

Divenne sempre più chiara ed esplicita la necessità di cambiare certamente il vissuto del "degente" o "paziente" che dir si voglia, ma risultò indispensabile anche il cambiamento contestuale dell'ambiente sociale di accoglienza.

C'era chi suggeriva di fermare le dimissioni in attesa che la società fosse pronta, senza sapere e poter dire come e quando questo cambiamento sarebbe potuto accadere. Era una posizione apparentemente saggia, ma realmente ipocrita e cinica che chiedeva ai malati di soprassedere al loro progetto di vita in attesa che i sani rinsavissero e uscissero dal pregiudizio.

Non era possibile e giusto fermarsi, ma non era neppure possibile rimettersi al cambiamento spontaneo della società come se questa fosse capace di liberarsi, sua sponte, dagli idola del pregiudizio e dalla chiusura egoistica delle piccole convenienze.

Serviva l'attivazione di un confronto politico, sociale e democratico per una presa di coscienza collettiva a partire dal problema concreto della compresenza nella società di tutti del malato di mente che rientrava dall'esilio e dall'ostracismo e poneva a tutti lo scandalo dell'esistenza e della convivenza.

Ecco dunque un quinto valore permanente: l'inclusione sociale postula un'alleanza tra più soggetti, tra gli operatori e le Istituzioni e tra queste e la società civile, a partire dalle famiglie per comprendere tutti i soggetti sociali implicati nel cambiamento etico, culturale e materiale del contesto sociale.

Un'alleanza che nasceva dal confronto, dalla dialettica delle posizioni, a volte dal conflitto per approdare ad una unità d'intenti per una più alta e condivisa forma di convivenza civile.

I malati uscirono a centinaia, non spontaneamente, ma con progetti predisposti, attentamente seguiti e democraticamente costruiti e così, a poco a poco, caddero le barriere che erano state innalzate dalle leggi, dalle convenzioni sociali e dalla politica.

Questi i fatti, i percorsi e queste le posizioni di allora, questi i valori che sono e devono essere alla base del lavoro di oggi.

Verso un nuovo paradigma scientifico ed assistenziale

L'esperienza psichiatrica di Arezzo, con poche altre simili in Italia, affrontava, contestualmente, la *parte destruens* del manicomio e la *fase costruens* di un nuovo paradigma scientifico della psichiatria e di una nuova modalità per affrontare la salute mentale dei singoli e della popolazione.

Era una peculiarità straordinaria, tutta immersa nella pratica quotidiana, con una vera e propria insofferenza alle diatribe astratte sulla natura ontologica della malattia mentale.

C'erano i malati, oltre settecento, e con quelli bisognava fare i conti, realizzare la loro liberazione e un nuovo progetto di vita e di società con tutte le Istituzioni interessate.

Si aprivano le porte dei reparti, cadevano le mura dei recinti dell'apartheid, le persone più battute erano rimesse in piedi, era bandita la violenza, la contenzione fisica e chimica, sparivano i prodotti visibili della chiusura e quelli invisibili di un Regolamento tutto centrato sul controllo sociale delle persone ricoverate.

Cadevano le barriere e le gerarchie sostituite dalla autorevolezza umana e scientifica di decisioni discusse e condivise.

Nello stesso tempo mutava l'approccio degli operatori, di tutti gli operatori, verso la persona malata e, nei fatti, si produceva un rinnovamento dei fondamenti scientifici della psichiatria e delle scienze umane.

Entrava in campo e faceva prova di sé l'approccio fenomenologico.

La ricostruzione della storia circostanziata delle persone era a fondamento della valutazione e del progetto individuale di cura, di riabilitazione e di ripresa della vita; i tradizionali strumenti della diagnosi e del farmaco da fine diventavano mezzo nel progetto di liberazione dalla malattia e dalla chiusura del manicomio.

Nella salute e ancor più nella malattia solo un metodo fenomenologico di conoscenza è in grado di cogliere l'uomo come tale, quello cioè che lo considera nel suo insieme e nel suo contesto e che, anche nell'atto della conoscenza, lo lascia sussistere come un tutto.

Questo metodo rispettoso dell'integrità comprende e va oltre la mera diagnosi clinica.

La persona con i suoi diritti era il centro e il fine e tutto il resto era semplice strumento da adattare allo scopo.

Nell'esperienza aretina si usava con fastidio e con reticenza il vecchio termine "diagnosi", perché si rifiutava un'idea statica di conoscenza limitata al bios, senza mettere nel conto il contesto della vita e il danno da istituzionalizzazione.

A leggere le cartelle cliniche del passato, la diagnosi, spesso approssimativa, suonava come una sentenza apodittica, una mera tassonomia descrittiva che riduceva la persona ad una astratta definizione di malattia, per di più foriera di stigma.

Ora l'osservazione si apriva allo studio della persona, a tutti i fattori e a tutte le circostanze che avevano contribuito alla formazione *di quella determinata personalità* e che potevano essere alle radici delle sue sofferenze.

E tutto questo immerso nella valorizzazione concreta della soggettività individuale e

collettiva, con la partecipazione di tutti i saperi, di tutte le professionalità implicate nella conoscenza e nella costruzione del percorso terapeutico.

In quella pratica della liberazione c'erano tutti i fondamenti e tutte le premesse per una nuova scienza della salute e della malattia e per un nuovo paradigma scientifico.

Probabilmente, da queste pratiche alternative si doveva giungere ad una loro sistemazione teorica per portare il nuovo metodo di lavoro nella riforma della sanità che sarebbe giunta di lì a poco tempo.

Non si giunse a tanto, comunque, da quei nuovi contributi scientifici nasceva, proprio in manicomio, dalla liberazione degli ultimi, una nuova pratica sanitaria e sociale che faceva lavorare insieme, *nello stesso spazio e nello stesso tempo*, hic et nunc, medici e psicologi, infermieri e assistenti sociali, che valorizzava la soggettività dei degenti con le assemblee di reparto e con gli incontri settimanali tra ricoverati, operatori, amministratori e volontari.

Dalle avanguardie al sistema

E' un fatto che il manicomio di Arezzo non c'è più e il "Pieraccini" è stato uno dei primi ospedali psichiatrici, insieme a Trieste, ad essere chiuso in quel "*decennio eroico*" che ha dato buoni risultati qui, nella terra del Redi e del Cisalpino, e che ha influito nel dibattito e nelle soluzioni nazionali.

Infatti, quelle avanguardie italiane, con Arezzo in posizione centrale, che si erano cimentate nella lotta al manicomio, ebbero il merito di contribuire da un lato alla liberazione dei malati di mente e dall'altro alla approvazione nel Parlamento della Repubblica della riforma dell'assistenza psichiatrica, la civilissima legge n. 180, e della "*Istituzione del Servizio sanitario nazionale*", la fondamentale legge n. 833, entrambe del 1978.

Molti contenuti di quelle esperienze si tradussero in articoli di legge come punti di arrivo e di partenza per dilatare le esperienze di avanguardia, con la novità della loro cultura, a tutto il territorio nazionale.

Si poteva fare molto, ma occorrevo un movimento dal basso, portatore di una nuova cultura per la salute, e una guida politica nazionale all'altezza della complessità e arduità di un compito così straordinario.

Quelle condizioni vennero meno e quei principi di nuova sanità, di nuova medicina e di nuova socialità furono sepolti sotto la coltre di un burocratismo gerarchico, di un sistema tutto autoreferenziale, che perdeva per strada la centralità della persona, il fine della salute e il ruolo fondamentale della partecipazione.

Principi oscurati, ma non cancellati, che qua e là, in diverse esperienze, si ri-presentano con la forza della loro fecondità e della loro necessità per corrispondere, oggi più che mai, ai bisogni fondamentali della salute dell'uomo e delle collettività. .

Il Piano sanitario 2008-2010 della Regione Toscana ha fatto proprio *il principio della sanità di iniziativa* che ispira di sé tutto il sistema sanitario, dall'ospedale alla sanità territoriale.

E' una buona prospettiva di lavoro.

Arezzo può così riprendere il filo della sua storia e portare quei valori e quei principi nella pratica dei servizi sanitari e sociali in cui sono impegnate oggi le Istituzioni, gli operatori sanitari e sociali e i cittadini, singoli ed associati.

L'obiettivo è giusto e fattibile se si mettono in campo le culture e le energie democratiche per passare dalla virtualità agli atti concreti, a nuove pratiche ricche di sapere e di democrazia.

Per garantire il diritto alla salute di tutti i cittadini, ricordando che non c'è salute senza la salute mentale.

Postilla

Soggettività e partecipazione

Ad Arezzo, nel “periodo eroico” della liberazione dal manicomio, Agostino Pirella sviluppò a tutto campo le esperienze di partecipazione dei ricoverati già avviate a Gorizia, ma con ben altra estensione e prospettiva: la chiusura dell’istituzione totale e il recupero della soggettività sociale nella salute mentale e nel complesso del sistema sanitario che, allora, si avviava alla sua riforma.

Le assemblee quotidiane di reparto, l’assemblea generale del venerdì di ogni settimana, senza mancarne una, gli incontri con la comunità aretina in tante forme e manifestazioni, erano certamente un fatto altamente democratico e un rovesciamento della pratica medica, ma soprattutto la “scoperta” di un valore che mutava il paradigma assistenziale e scientifico dell’assistenza psichiatrica.

Le voci dei “senza voce” che entravano di diritto nello statuto scientifico della psichiatria.

La montagna di “verbali” di registrazione delle assemblee, dirette da ricoverati e aperte alla partecipazione volontaria, diligentemente in sala, del Direttore, degli operatori, dei volontari e dei cittadini, è un patrimonio nel quale, dice Agostino Pirella, “ci sono ancora cose da valorizzare”.

E aggiunge:” hanno un valore culturale, un valore sociale, ma hanno anche un valore di critica alla scienza psichiatrica dominante, quindi da questo punto di vista molto lavoro può essere fatto”

Da quel complesso percorso democratico, che interveniva nel vissuto delle persone, nella gestione quotidiana dell’ospedale e nelle scelte di politica per la salute mentale, in tutte le tappe della sua costruzione, tutti trassero beneficio, tutti furono indotti ad una mutazione del senso comune e tutti si nutrono alla fonte ideale e pratica del cambiamento.

Luciano della Mea¹, che visse intensamente la vicenda della trasformazione della pratica manicomiale, dà uno spaccato di quel felice momento:

“I matti riacquistavano la capacità, venendo dall’inferno, di esprimere i propri privati, contingenti bisogni, riuscendo qualche volta a socializzarli, accettando decisioni collettive e mettendosi in lista d’attesa; il lento, ma crescente uso del microfono circolante in platea; il fatto straordinario di lunghe presenze silenziose che, tutto d’un tratto, decidevano di esprimersi; la rotazione del presidente, il dire senza salire sul palco, che mi pare analogo alle esperienze assembleari delle donne, almeno in quell’epoca, per far sentire, queste, la diversità di sesso come un diritto naturale e civile a sé con relative conseguenze istituzionali a tutti i livelli, mentre i matti davano voce al diverso della follia, nella sua storia ma nel suo nuovo movimento liberatorio, come una diversità umana avente diritto ad un proprio spazio di vita, con

¹ In Gigi Attenasio, Gisella Filippi, *Parola di matti e anche nostra*, Edizioni del Circolo del Pestival, Bertani, 1989.

relative conseguenze (una, la 180) a tutti i livelli istituzionali.”

Una pagina di storia di uomini e donne lunga dieci anni. C'è da augurarsi che sia raccolto l'invito di Agostino Pirella a studiare a fondo quei materiali in cui sono presenti tanti e fondamentali principi di vita e tanti stimoli per una nuova scienza dalla parte dei diritti dell'uomo.

Postilla

Agostino Pirella. Un costruttore di utopie

Agostino Pirella giunse ad Arezzo da Gorizia nel giugno del 1971, vincitore del concorso per direttore dell'Ospedale Neuropsichiatrico aretino.

Il mandato che la politica gli assegnava era esplicito e, per allora, "utopico": chiudere il manicomio e costruire le alternative territoriali per la salute mentale, a partire dalla demolizione della fortezza chiusa.

Un'utopia in piena regola.

Agostino portava ad Arezzo tutto il prestigio dell'esperienza goriziana e tutte le attese di una rivoluzione pacifica e insieme radicale che investiva allora la società italiana appena uscita dal sommovimento del Sessantotto.

C'era chi temeva gesti plateali, di "rottura", di un "direttore politico" più che di uno scienziato, l'innalzamento della solita bandierina degli utopisti issata sui "Tetti rossi", com'era chiamato il manicomio di Arezzo.

Agostino spiazzò questa diceria dei conservatori aretini e si mise al lavoro per realizza-



9. *Agostino Pirella*

re quell'utopia nella vita quotidiana del manicomio di Arezzo, giorno dopo giorno, con la "pazienza" del rivoluzionario che fa vivere e camminare il diritto e la libertà degli uomini e delle donne nella fatica quotidiana dell'esistenza, nella speranza dei protagonisti, senza mai smarrire la prospettiva finale del rovesciamento istituzionale.

Nella calura estiva di quel luglio '71, Agostino trascorreva le sue 18 ore di lavoro quotidiano tra la vita in ospedale e "la scrittura" del Regolamento di igiene mentale, insieme agli amministratori, nella spaziosa e ombrosa Sala dei Grandi della Provincia di Arezzo.

Un intreccio tra pratica e teoria, tra scienza e politica, che mise in risalto la stoffa intellettuale di Agostino, portatore di un modo nuovo da fare salute e politica, tutto dalla parte dei "senza voce".

In quelle giornate nacque una forte intesa e una calda amicizia tra interlocutori diversi.

Circolava in quella grande Sala il rovello di una creatività che doveva mettere nero su bianco il percorso della liberazione, con le sue finalità, le sue tappe intermedie, le sue aperture ad una nuova socialità realizzata con il protagonismo congiunto delle vittime e degli integrati, dei sani e dei malati, in un progetto che chiamava in causa le Istituzioni e le soggettività sociali.

La "*fantasia al potere*", diceva allora una fortunata espressione del Maggio francese.

Su quella *Carta dei diritti e dei doveri, tutta ispirata alla Costituzione*, si disegnava plasticamente il rovesciamento istituzionale che partiva dall'inferno del manicomio e giungeva nella società di tutti, investita da un nuovo ethos per la solidarietà e per i diritti dei malati, senza esclusione di sorta.

La cultura, la scienza e la politica uscivano dal manicomio dopo aver bonificato l'istituzione totale e si portavano nella "nuova frontiera" della comunità per la lotta alla esclusione sociale, senza se e senza ma, per garantire a tutti, nessuno escluso, con un impegno collettivo, il diritto all'esistenza.

Una particolarità di quel lavoro estivo.

In quegli anni era in vigore la legge n. 431 del 1968, prodotto enfatizzato del ministro socialista Mariotti, e con quella legge la Provincia doveva fare i conti per ottenere i finanziamenti.

La legge distingueva e separava nettamente l'Ospedale psichiatrico, che doveva strutturarsi in "divisioni", come l'ospedale civile, dai Servizi territoriali di Igiene mentale.

Il nuovo Regolamento, invece, faceva nascere i Servizi di Igiene mentale dallo stesso Ospedale psichiatrico che si "consumava" con la dimissione dei degenti riabilitati e con la proiezione del personale sanitario nel territorio della Provincia di Arezzo.

I Servizi di Igiene Mentale (SIM) non erano un'aggiunta al manicomio, ma una filiazione frutto della sua consumazione.

Una soluzione che non stava nello schema della legge e rischiava di non rientrare nei finanziamenti nazionali con grave danno per l'Amministrazione provinciale.

Quel Regolamento, poco dopo, fu approvato in quella stessa Sala dei Grandi dal Consiglio provinciale che lì teneva i suoi consessi democratici.

Il testo del Regolamento fu portato "a mano" al Ministero della sanità e ci volle una

giornata intera di discussione con i funzionari ministeriali per far comprendere “il senso” del progetto aretino, il primo in Italia con quella impostazione, dunque anomalo, e per farlo rientrare tra quelli da ammettere al finanziamento.

Fu un buon lavoro, certamente fuori della norma, tutt'altro che ideologico, ma propedeutico alla chiusura progressiva del manicomio.

Nuovi principi per la pratica sanitaria e una pratica sanitaria che faceva da spinta propulsiva per i principi.

Il lavoro dentro e fuori, l'attività interdisciplinare, il valore della soggettività e della partecipazione, la preminenza della domiciliarità, la lotta all'esclusione sociale, l'integrazione tra sanità ed assistenza, il rapporto tra scienza e politica, erano il modo d'essere di tutti i Servizi che nascevano dal Regolamento e che la politica doveva realizzare al posto del manicomio.

Questa capacità di indovare i principi nella concretezza della vita, di far viver l'utopia nella vita di ogni giorno fu possibile per la chiarezza ideale e per la cultura scientifica che vivevano in Agostino Pirella.

A questo “riformatore”, esempio di come pensiero e azione si fondono per il cambiamento dell'esistente, Arezzo ha riconosciuto il valore del suo impegno morale e scientifico con due onorificenze, una da parte del Comune di Arezzo e una da parte dell'Amministrazione provinciale.

Nell'attribuzione della cittadinanza onoraria, il Comune di Arezzo dichiara:

“Arezzo riconosce ad Agostino Pirella il merito di essere stato uno dei principali protagonisti della lotta contro l'istituzione manicomiale in Italia e per molti aspetti in Europa.

Come direttore dell'ospedale psichiatrico e dei Servizi di igiene mentale della Provincia di Arezzo dal '71 al '79, Pirella ha portato un fondamentale contributo sanitario-scientifico alla lotta contro l'emarginazione e la segregazione manicomiale. Proprio quella lotta, intrapresa in stretto rapporto con gli Enti locali, ha determinato una crescita culturale complessiva attorno ai temi della salute mentale, della dignità umana, della lotta all'esclusione ed ha consentito alla città di Arezzo di diventare in quegli anni un fondamentale punto di riferimento per il confronto fra la vecchia psichiatria e il nuovo che andava emergendo.

Il lavoro condotto dal Prof. Pirella e dai suoi collaboratori richiamò in quegli anni su Arezzo l'attenzione del mondo sanitario e la città fu sede di incontro per le massime autorità scientifiche di tutto il mondo.

Grazie al formidabile impegno e all'unità fra gli Enti locali e i tecnici guidati dal Prof. Pirella quella che sembrava una grande utopia all'inizio degli anni Settanta, la cancellazione del manicomio dalla città di Arezzo, è oggi, alla fine degli anni Novanta, una irreversibile realtà.

Con queste motivazioni, conferiamo al Prof. Agostino Pirella la cittadinanza onoraria di Arezzo”

Arezzo, 14 maggio 1998.

La Provincia di Arezzo, da parte sua, assegnava un'alta onorificenza ad Agostino Pirella, Direttore dell'Ospedale psichiatrico di Arezzo dal maggio 1971 al febbraio 1978,

con questa motivazione:

“Con grande rigore scientifico e insieme con tenace impegno morale per la promozione dei diritti dei malati di mente confinati nei manicomi italiani, il Professore Agostino Pirella ha diretto l’esperienza psichiatrica aretina che ha portato alla chiusura dei “Tetti rossi” e al contestuale rinnovamento del sapere scientifico e dell’assistenza ai sofferenti psichici nell’ambito delle relazioni umane, senza violenza e senza emarginazione.

L’impresa del prof. Agostino Pirella ha valorizzato quel desiderio di vivere che esiste in ogni persona, ha liberato la soggettività dei ricoverati dalle angustie e dall’annientamento della repressione manicomiale, ha promosso un percorso di vita dei degenti che ha consentito a ciascuno e a tutti di progettarsi nel mondo, ha restituito alla scienza, agli operatori sanitari e sociali e alla politica il ruolo di sostegno solidale per l’affermazione della libertà e dei diritti civili e sociali di tutte le donne e di tutti gli uomini, a partire dagli ultimi.”

La Provincia di Arezzo con riconoscenza.

Arezzo, 26 marzo 2009



10. Sala dei Grandi del Palazzo della Provincia di Arezzo. Consegna dell’onorificenza ad Agostino Pirella

SECONDA PARTE

La salute mentale, oggi



11. *L'assistenza psichiatrica a dieci anni dalla riforma*. Manifesto del Convegno, 1988

La salute mentale, oggi

Nota

Sappiamo che in Italia la legge, una volta approvata dal Parlamento, soprattutto se giusta e buona, ha bisogno di un grande impegno collettivo per la sua coerente applicazione.

A questa condizione non si è sottratta neppure la legge n. 180, confluita nella legge quadro della riforma sanitaria, la legge n. 833 del 1978.

L'opposizione alla legge è iniziata immediatamente dopo la sua approvazione, con la fine della "Solidarietà nazionale" e con la costituzione dei governi conservatori di varia composizione politica.

Le forme di questa disperante e ottusa ostilità applicativa sono state diverse, dalla sottrazione delle risorse finanziarie necessarie alla inerzia dei poteri centrali (semplicemente, il "non fare"), dal disimpegno e dalle distorsioni della "180" da parte di diverse Regioni fino alle iniziative parlamentari per la cancellazione o stravolgimento della legge di riforma con proposte reiterate da parte di forze politiche di centrodestra.

Debole è stata l'azione dello stesso centrosinistra.

Sia pure partendo da una convinta condivisione della riforma psichiatrica e con l'impegno a difendere sia da posizioni di governo che di opposizione la sanità pubblica, il centrosinistra ha mostrato in più occasioni una certa "afasia" culturale e politica, vedi la gracilità dei Livelli essenziali proposti nel 2001 e poi approvati dal centrodestra, e una ingiustificata timidezza a misurarsi con la radicalità delle questioni poste dalla lotta alle istituzioni totali che richiedevano e richiedono una qualità e un ruolo del tutto nuovo della politica istituzionale, economica e sociale del Paese: il welfare dei diritti dei cittadini doveva essere il cuore e l'anima dello sviluppo economico, sociale e civile del Paese, la base visibile per un rapporto con le migliori energie sociali che si sprigionano dalla crisi strutturale del sistema capitalistico.

E' problema sempre aperto.

Nello stesso tempo, dinanzi alla crisi e al fallimento della politica, i cittadini non si sono arresi, la cittadinanza attiva ha reagito.

Un vasto fronte di familiari, di malati, di soggetti sociali, di movimenti e di forze politiche ispirate alla riforma ha dato vita nel Paese ad un robusto movimento nazionale per la difesa e l'applicazione della riforma dell'assistenza psichiatrica.

"Mai più manicomi" e neppure "mai più manicomialità diffusa", sono state e sono la bussola del movimento.

Sul piano legislativo, le proposte del centrodestra si sono infrante per l'intelligente azione sociale e politica di contrasto del fronte unitario costituito nel corso degli anni.

Sul piano dei diritti e dell'applicazione dei Livelli essenziali per la salute mentale, invece, la distanza tra la legge e la pratica risulta, in più situazioni, abissale. Non è la legge, ma la

Capitolo 8
No all'emarginazione.
La lunga lotta alle strutture
sociali separate

politica la causa degli stati di abbandono delle persone e delle famiglie che hanno bisogno di "più riforma", di più socialità e non di cinica regressione verso soluzioni di internamento, comunque mascherate.

Tanto più che l'impegno di alcune Regioni italiane e di alcuni Servizi per la salute mentale di diverse Aziende sanitarie locali dimostra che le leggi n. 180 e n. 833 del 1978 non solo sono giuste ed umane, ma sono anche fattibili, capaci di realizzare quello che la legge promette: un cambiamento nella cultura delle Istituzioni e dei Servizi e il diritto universale dei cittadini alla salute mentale che sono possibili quando sono realizzate le necessarie condizioni politiche, sociali e democratiche.

Ad ogni modo, in tutti gli anni di vigenza della legge, c'è stato bisogno di ulteriori contributi progettuali per tradurre i livelli essenziali per la salute mentale in una pratica coerente delle Amministrazioni e dei Servizi, sempre con il massimo di partecipazione responsabile dei cittadini, degli utenti e delle loro famiglie.

Gli scritti che seguono, sempre con l'attenzione rivolta ai problemi del superamento delle strutture chiuse e alla garanzia del diritto universale alla salute mentale, si presentano come un contributo per portare i principi della riforma nella concretezza della realtà sociale italiana, perché la politica faccia la propria parte dando a Cesare quel che è di Cesare, ai cittadini il diritto alla salute mentale sancito dalla Costituzione italiana.

No all'emarginazione

La lunga lotta alle strutture sociali separate

Ottobre 2011

E' un bisogno costitutivo di tutti gli uomini costruire la propria personalità entro le relazioni umane; anzi, quanto più ampi ed aperti sono i legami con gli altri tanto più matura e ricca è la personalità di ciascuno.

L'io si realizza con il tu, l'individualità matura nel noi.

La riprova di questa elementare verità si ha ogni qualvolta la persona, di ogni età, è costretta a tagliare i rapporti con la propria comunità e a vivere in uno spazio artificiale di estraneità sociale, condizionata e imposta.

Allora la sofferenza è lì a dimostrare il danno dello sradicamento sociale e dell'emarginazione.

Questo è vero per le persone sane ed abili, tanto più lo è per le persone fragili e malate.

Negli anni '60 e '70, nella storia per la liberazione dal manicomio si registrò il danno della "*sindrome da istituzionalizzazione*" che si aggiungeva alla sofferenza psichica dei malati di mente e complicava ulteriormente il progetto di uscita dalla "*gabbia*" della malattia. Fu chiaro allora che la presunzione di curare i malati di mente con l'emarginazione era non solo un atto disumano, ma un vero e proprio pregiudizio scientifico, un ostacolo alla cura.

I manicomi furono chiusi, ma il flusso dell'emarginazione non si è arrestato e i suoi antichi percorsi trovano e strutturano altri luoghi che si costituiscono come "*terminali separati dell'assistenza e dell'esistenza*".

Il danno della istituzionalizzazione è stato verificato anche in altre strutture che si definivano "educative" e "assistenziali", ma che in realtà tradivano il mandato per cui esse erano state istituite.

Fu così che la lotta contro le strutture chiuse, "*separate*" in nome di una maggiore e supposta garanzia scientifica e di un più alto impegno assistenziale, si estese alle "*scuole speciali*" e alle "*classi differenziali*" dove alla povertà pedagogica dei processi educativi si sommarono i danni dell'emarginazione su bambini e ragazzi che con maggiore difficoltà riuscivano ad uscire dal tunnel dell'artificialismo assistenziale.

I giovani restavano emarginati a vita e proprio nella scuola iniziava la "*carriera dell'esclusione*".

Anche dal settore educativo venne così la conferma che "*si impara a vivere vivendo nella società di tutti.*"

Agli inizi degli anni '70, furono gli Enti locali, ricordiamo la Provincia di Arezzo e il Comune di Reggio Emilia, a porre al Paese il compito di mettere fine alle "*strutture speciali*" dell'educazione e dell'assistenza e a realizzare le prime esperienze di "*inserimento*" dei bambini portatori di handicap nella scuola di tutti e le prime alternative alla corpora

realtà delle Istituzioni per minori.

Il prof. Adriano Milani, da par suo, dimostrò con una nuova impostazione e una nuova pratica che il recupero delle abilità personali tanto più e meglio si realizza quanto più le tecniche riabilitative si esercitano e si affinano nell'ambito dei rapporti umani, nella vita della comunità, sia essa scolastica che familiare e ampiamente sociale.

Quella mobilitazione di Enti locali, di educatori, di operatori sociali e sanitari e di familiari ha dato importanti risultati con la chiusura delle scuole speciali e delle classi differenziali, con l'approvazione della legge n. 517 del 1977 "*Integrazione scolastica nella scuola dell'obbligo*" che ha aperto la strada all'inclusione dei giovani nella scuola di tutti, a partire dai primi gradi dell'istruzione.

Non altrettanto è accaduto per gli Istituti per minori, nonostante il moltiplicarsi di servizi al domicilio e di strutture di tipo familiare in molte Regioni italiane e nonostante l'articolo 22 della legge n. 328/2000 che prescrive tassativamente l'alternativa delle comunità di tipo familiare al gigantismo istituzionale.

Purtroppo gli Istituti per minori sono ancora diffusi in Italia.

Ancor più grave è la condizione e la sorte di tanti anziani già istituzionalizzati e a rischio di sradicamento dal proprio ambiente sociale.

In tutta Italia, dalle Alpi alla Sicilia, nelle grandi città come nei piccoli Comuni, c'è tuttora una costellazione di strutture residenziali per anziani, dalle diverse denominazioni (Case di riposo, Commende, Residenze sanitarie assistenziali o protette), dove sono ricoverati ben 300 mila persone, in prevalenza anziane, spesso povere, con differenti condizioni di salute, con patologie fisiche e/o psichiche, con diversi livelli di autosufficienza, ma tutte accomunate dallo stato di "*separazione*" dai contesti familiari e sociali.

Di tanto in tanto, fanno scandalo le situazioni di degrado assistenziale che vengono alla luce in varie parti del Paese, ma fa meno notizia lo stato quotidiano di depressione e di anomia che mortifica le persone ricoverate e non fa scandalo la percentuale di mortalità che si registra nei primi sei mesi di internamento.

Un paradosso insopportabile: importanti risorse finanziarie, pubbliche e private, con rette crescenti a carico delle famiglie, dei Comuni e del Servizio sanitario, sono tuttora impiegate per ricoveri impropri, aggiungendo danno a danno, sofferenza a sofferenza, in una spirale di pene occulte, senza fine.

Altra anomalia. Con la legge n. 328/2000, è stata abolita la legge Crispi del 1890, quella che ha legittimato i "*grandi monumenti*" dell'internamento, ma sono ancora vive e vegete tante strutture assistenziali che da quella legge sono proliferate in tutta Italia.

La lotta all'esclusione sociale non è affatto conclusa, forse non avrà mai fine per il camaleontismo istituzionale che serve ad occultare le lacerazioni umane e a non toccare la patologia sociale, per cui tutte le energie scientifiche, istituzionali e democratiche che affermano che "*un altro mondo è possibile*" devono aprire o tenere sempre aperta "*la vertenza nazionale*", articolata Regione per Regione, Comune per Comune, per smontare le Istituzioni che ancora separano e sradicano le persone e perché la comunità si faccia carico delle lacerazioni che essa produce, risanando se stessa.

Intanto, portando alla luce del sole questa dolente realtà umana, con una documen-

tazione accurata dei flussi dell'emarginazione e delle casematte dell'esclusione e con la produzione, realtà per realtà, *dei cahier de doleance, delle narrazioni delle tante vite tagliate* per tenere desta e vigile l'iniziativa delle tante sensibilità individuali e collettive.

Oportet ut scandala eveniant.

Il potere assistenziale

C'è da domandarsi perché dopo conquiste legislative di grande respiro sociale, che tutte hanno fatto proprio i principi della lotta alla emarginazione sociale e della domiciliarità, sia così difficile applicare le leggi, superare la costellazione delle istituzioni esistenti e realizzare un welfare fondato sulla moltiplicazione delle relazioni, sulla convergenza degli interventi e dei servizi nello spazio di esistenza delle persone e, insieme, sulla costruzione di una rete di *residenzialità sociali senza emarginazione*.

E' certo che le leggi, pur necessarie e importanti, da sole non bastano per cambiare la struttura materiale del sistema assistenziale, non solo per il peso che la storia ha nella realtà, ma anche per il perdurare di una pseudo cultura che si basa sull'economicità, sull'efficienza e sulla specificità delle strutture assistenziali.

Grande sarebbe comunque efficiente e vantaggioso.

Il fatto è che le "istituzioni separate" hanno accumulato un potere che si regge ancora su aree di consenso popolare, su una comprensibile difesa del "posto di lavoro" da parte degli operatori, sull'interesse dei percettori delle rette che ritengono di quadrare i conti tanto più e tanto meglio quanto più grande è il numero dei ricoverati.

Il gigantismo istituzionale è funzionale al bilancio aziendale.

Così è stato per anni e per secoli, ma a danno della qualità della vita.

Oggi, quelle istituzioni separate non sono più accettabili, perché estranee alla sensibilità comune e anche perché ci sono tante esperienze di domiciliarità, tante *piccole strutture residenziali realizzate*, (case famiglia, alloggi assistiti, comunità di tipo familiare) aperte ed integrate nei contesti di prossimità, che garantiscono la privacy e la libertà delle relazioni e nello stesso tempo riescono a contenere i costi con economie di scala che ammortizzano alcuni fattori di spesa (in particolare, i servizi generali) sulla rete dei servizi della comunità. In più, è ancora diffuso un paternalismo assistenziale che ha forti matrici ancestrali e consolidate posizioni politiche in molte aree del Paese e in alcuni strati sociali della popolazione.

L'area delle residenze sociali è, oggi, facile preda di un business privato, in assenza di una programmazione territoriale condivisa e vincolante e in presenza di un lassismo autorizzativo dei Comuni che fa proliferare strutture sociosanitarie che si alimentano con "pratiche assistenziali" per persone inviate da fuori zona/distretto, da fuori provincia e da fuori regione. .

Il filantropismo e lo spirito di beneficenza, che nei secoli hanno caratterizzato certe aristocrazie locali e importanti ordini religiosi e su cui si sono formate schiere di amministratori pubblici e privati, devono cedere il passo, con un profondo sommovimento di quelle culture, ad un moderno spirito di solidarietà che affermi e garantisca il diritto delle persone all'autonoma affermazione di sé.

Per cui, se non può sorprendere la persistenza delle strutture ereditate dal passato e la tendenza ad un ricovero purchessia, è altrettanto e ancor più necessario un movimento culturale e politico che dia seguito alla lotta antiistituzionale per cancellare quella “*manicomialità diffusa*” che si riproduce sotto altre forme dopo la fine dei manicomi.

I rischi di emarginazione sono sempre presenti e, per certi aspetti e per certi gruppi sociali, sempre più crescenti.

La conquista del prolungamento dell'età media delle persone, uomini e donne, rischia di accompagnarsi ad un destino di internamento non desiderato per le tante situazioni di povertà, di solitudine, di abbandono, di fragilità, soprattutto negli ultimi anni della vita.

“*Dare vita agli anni, mentre si danno anni alla vita*”, è la giusta “bandiera” dei Sindacati dei pensionati che però ha bisogno di altre conquiste, economiche, legislative, sociali e politiche, per diventare una condizione di sicurezza sociale per tutti gli anziani, un diritto delle persone e un dovere delle Istituzioni.

Cosa accade ai malati di mente

La psichiatria che ha fatto le prove di sé nella lotta ai manicomi ha nel suo Dna l'allerta e la lotta senza quartiere ad ogni stato o rischio di emarginazione con risultati tangibili realizzati nel settore dei minori, degli adulti e degli anziani. Molte delle strutture assistenziali hanno cambiato consistenza e qualità e si sono avvicinate all'obiettivo di una residenzialità sociale che garantisce la libertà individuale e, insieme, la possibilità di feconde relazioni con il contesto familiare e sociale di appartenenza delle persone svantaggiate.

Eppure, quel processo di liberazione non è finito.

Se è vero che non è né lecito e neppure possibile tornare indietro e riaprire i manicomi, vista la maturità civile delle nostre popolazioni, in molte parti del Paese non è affatto terminato il calvario dei malati di mente ancora esposti al rischio dell'abbandono, allo stato di emarginazione e alla condizione di un contenimento fisico e chimico.

La pratica dell'assistenza psichiatrica senza manicomi registra una pluralità di esperienze molte delle quali dimostrano che è possibile curare senza ricorrere alla contenzione e alla emarginazione, ma conferma anche tante, troppe realtà in cui il principio della domiciliarità è palesemente negato e sostituito dalla logica della separazione e dell'*imbottimento farmacologico*.

La situazione è “a pelle di leopardo” nelle diverse Regioni italiane, ma anche all'interno di ogni Regione e di ogni Azienda sanitaria locale.

Accade, così, che il Servizio di diagnosi e cura ospedaliero si configuri spesso come reparto, a volte chiuso, con lunghe e reiterate degenze che determinano una vera e propria dipendenza della persona sofferente da una “*nouvelle*” psichiatria asilare e che in quelle condizioni resti in vita, spesso, la pratica della contenzione fisica e chimica e finanche il ricorso all'elettrochoc.

E che dire delle cliniche psichiatriche private e universitarie che restano in vita in palese contrasto con l'articolo 64 della legge n. 833 del 1978 che stabilisce il blocco dei

ricoveri negli Ospedali psichiatrici entro il 31 dicembre 1980 e che per la stessa data impegnava le Regioni italiane “*a risolvere improrogabilmente le convenzioni di Enti pubblici con istituti di cura privati che svolgono esclusivamente attività psichiatrica*”?

La cultura psichiatrica che avrebbe dovuto portare l'innovazione dell'apertura e della socialità in tutte le strutture residenziali e promuovere la politica della domiciliarità, in molti casi ha semplicemente utilizzato le residenze sociali esistenti, così com'erano, per collocare lì persone con disturbi psichici senza mettere in discussione il modo d'essere di quelle istituzioni, spesso dimenticandole.

Infatti, molte residenze sociali assistenziali (RSA) hanno spesso il carattere della istituzionalizzazione, del terminale che cancella ogni legittima prospettiva di progetto di vita e di libertà personale; anche la casa di civile abitazione a volte è sede di abbandono o di dramma vissuto in solitudine.

Non è questo il senso della rivoluzione psichiatrica che ha avuto in Arezzo, Perugia e Trieste alcuni dei centri propulsori per tutto il decennio '70-'80.

Bisogna riprendere il filo conduttore di quella stagione e portare l'iniziativa a livello legislativo, programmatico ed operativo, con la bussola sempre orientata all'inclusione sociale, alla garanzia della libertà positiva, cioè alla realizzazione di sé, entro una qualità solidale dei rapporti umani, sempre contrastando e cancellando le realtà che sono “*ostacolo alla libera affermazione della dignità umana*”.

Sarebbe auspicabile e giusto che le Istituzioni facessero valere i principi affermati nelle leggi della Repubblica, come sarebbe da attendersi in uno stato di diritto, ma tutta l'esperienza politica maturata dal dopoguerra ad oggi ha dimostrato che per l'applicazione delle leggi, a partire dalla Costituzione, è sempre necessaria una spinta democratica dal basso che raccoglie ed esprime una domanda collettiva dei diritti e che “*ri-contratta ciò che è dovuto per legge*.”

Il livello legislativo

I principi della dignità delle persone, della domiciliarità, dell'inclusione sociale sono chiaramente affermati nella legge quadro n. 328/2000 “Riforma dell'assistenza”, ma la sua traduzione pratica ha ricevuto applicazioni riduttive a partire dal Decreto ministeriale del febbraio 2001 che ha consentito l'autorizzazione e l'accreditamento per strutture assistenziali di 40, 80 e 120 posti letto nelle aree urbane, rendendo possibile, sia pure in modo più moderato, il gigantismo istituzionale e il conseguente sradicamento delle persone rispetto al proprio contesto familiare e sociale.

Dopo la legge quadro n. 328/2000, che è stata sequestrata in un cassetto dal ministro Sacconi, è intervenuto il Titolo V della Costituzione che ha riservato allo Stato la determinazione e l'esigibilità dei “*livelli essenziali delle prestazioni civili e sociali*” ed ha assegnato alle Regioni e alle Province Autonome la competenza in materia di assistenza sociale.

Purtroppo, non ci sono i “*livelli essenziali delle prestazioni sociali*”, in compenso restano in piedi i prodotti strutturali della legge Crispi del 1890 (le Istituzioni di ricovero)

con il loro carico di assistenzialismo e di paternalismo che privilegiano l'internamento e mortificano il principio della domiciliarità.

Anche in una Regione come la Toscana, che ha fatto proprio nelle sue leggi il principio dell'inclusione sociale, permangono strutture e Regolamenti che autorizzano strutture residenziali, sociali e sociosanitarie le quali finiscono per negare quello che i principi affermano.

Dinanzi a questa pervicace insistenza delle politiche nazionali e regionali su soluzioni anacronistiche, sono le Regioni e le Province autonome che possono aprire, con le leggi e con i Piani sociosanitari, *la stagione della domiciliarità e della residenzialità senza emarginazione*.

Il Centro "Franco Basaglia", in coerenza con la sua ispirazione antiistituzionale, nel marzo 2011, ha consegnato al Consiglio regionale della Toscana una proposta di legge di iniziativa popolare, che impegna le Istituzioni pubbliche e private, con una coerente disciplina, a stare entro nuovi parametri di socialità, con soluzioni ispirate ai criteri della privacy, della vicinanza e della familiarità¹.

Iniziative analoghe possono essere promosse da Associazioni, da Organizzazioni sindacali e da movimenti di base in ogni Regione e Provincia autonoma con iniziative che potrebbero giungere anche a livello nazionale in una possibile proposta di legge da presentare al Parlamento italiano per tradurre in norme nazionali, impegnative e cogenti, il principio della domiciliarità, già presente nella legge n. 328/2000.

Il livello programmatico

L'orgia mercatista, propalata dall'ideologia liberista del centro destra, ha cancellato dall'agenda politica ed istituzionale qualsiasi idea di programmazione.

Il Piano sanitario nazionale e il Piano sociale nazionale, entrambi previsti e disciplinati accuratamente da leggi quadro, sono stati del tutto abbandonati come "ferri vecchi", atti ingombranti per una politica che fa derivare i diritti di cittadinanza sociale dalla dinamica tra domanda e offerta e, dunque, dallo squilibrio dei poteri contrattuali tra le parti in causa in cui il più debole, il cittadino, è destinato a soccombere.

Le disuguaglianze sono considerate la risultante inevitabile e inesorabile della fisiologia del mercato e imputate puramente semplicemente al "demerito" delle persone che, pertanto, sono considerate causa della loro malasorte.

La politica, cioè l'azione di governo delle Istituzioni democratiche, dovrebbe limitarsi

¹In base all'articolo 74 dello Statuto della Regione Toscana, è stata presentata la proposta di legge di iniziativa popolare dal titolo "Residenzialità sociale senza emarginazione" per la quale sono state raccolte 5.300 firme e si è registrata l'approvazione da parte del Consiglio provinciale di Arezzo e di alcuni Consigli comunali, tra cui quello del Capoluogo aretino.

In data 19.10.2011, il Presidente del Consiglio Regionale della Toscana ha dichiarato "la procedibilità" della proposta di legge.

ad assistere come arbitro nella competizione e, tutt'al più, a lenire le sofferenze dei più deboli e sfortunati con un welfare riduttivo, di puro risarcimento.

Il liberismo, che in Italia vuole la politica solo per socializzare le perdite delle imprese, è la malattia del secolo e non ci sarà guarigione se non si esce da questa deriva culturale e se non si ristabilisce un giusto rapporto tra economia e politica con un nuovo Patto sociale tra Istituzioni e soggetti sociali per far fronte ai problemi posti dalla globalizzazione con più ricerca, con più innovazione, con più diritti e con più responsabilità collettive.

Purtroppo, la mancanza di un impegno nazionale per la programmazione si è accompagnata anche con l'incoerenza che si è registrata in realtà regionali e locali dove le leggi e l'iniziativa dal basso hanno tenuto aperta la scelta e la pratica della programmazione del welfare.

Infatti, in molte Regioni i Piani sanitari regionali mantengono una anacronistica separazione con i Piani sociali regionali, restano al livello degli indirizzi generali e soprattutto non procedono per "li rami" e non giungono a tradursi, con le necessarie aggiunte e specificità, nei Piani attuativi locali (Pal) delle Aziende sanitarie locali e nei Piani integrati di salute (Pis) delle Zone sociali coincidenti con i distretti sociosanitari.

I cittadini non si sono ancora accorti, a dieci anni di distanza, che esiste la "328" che ha riformato l'assistenza.

Ragion per cui si registra un po' ovunque una marcata disparità di comportamenti istituzionali e una disuguaglianza nelle offerte di prestazioni e nei diritti di cittadinanza sociale delle persone.

Soprattutto, restano in piedi "i prodotti istituzionali" della vecchia legge Crispi, dunque le strutture, spesso grandi e separate, che tagliano i rapporti dai contesti sociali delle persone.

La domiciliarità, la non emarginazione, l'inclusione sociale, che sono affermate a tutte lettere nelle leggi italiane, finiscono per essere negate dalle tante situazioni di fatto e dalle troppe tentazioni di ricorrere all'internamento purchessia, anche per quel poco che è possibile realizzare in uno stato sociale rattrappito dai tagli delle risorse pubbliche e private.

Eppure la programmazione locale resta il punto di partenza e di arrivo in cui si possono misurare ed esprimere la cultura dell'innovazione sociale, la partecipazione dei cittadini, un nuovo rapporto tra domanda ed offerta.

A condizione che la programmazione sia la sede dove la domiciliarità, la vicinanza, la familiarità e la privacy siano la bussola che guida gli interventi istituzionali ed orienta le risorse disponibili per una rete flessibile di piccole strutture di ospitalità e di residenzialità tutte le volte in cui le persone "fragili" rischiano l'abbandono o l'emarginazione.

La qualità della programmazione si misura dalla capacità di assicurare a tutti i cittadini condizioni di vita in cui ciascuno dispone del proprio destino e in cui la collettività assicura i necessari sostegni perché persone e famiglie "si possano aiutare da sé"

Il livello operativo

I Servizi sanitari e sociali, con tutte le professionalità che li costituiscono, vivono la contraddizione esistente tra la sensibilità sempre più avvertita delle persone che esige soluzioni residenziali di tipo familiare, a misura d'uomo, e le risposte preformate e standardizzate che la società ancora offre con i prodotti della legge Crispi, con la monumentalità istituzionale, e con le proposte e le realizzazioni ancora ispirate semplicemente ad una supposta economicità delle strutture di grandi dimensioni.

Oggi, come allora nella “fase eroica” della lotta per la chiusura dei manicomi, i Servizi e gli operatori possono essere la sentinella consapevole ed avvertita per una de-istituzionalizzazione delle strutture sanitarie e sociali esistenti e il supporto culturale per una nuova rete di interventi, di servizi e di strutture ispirate alla domiciliarità, a partire dalle soluzioni urbanistiche che devono ri-disegnare una città delle relazioni, degli incontri, della socialità, della integrazione e della convivenza sociale.

Ancora oggi è valido il rifiuto della delega degli operatori a coprire le lacerazioni sociali ed è ancora oggi necessaria l'alleanza tra “i fragili”, le loro Associazioni di tutela e i servizi sociali alla persona per una domanda collettiva di cambiamento dello statu quo.

Nello stesso tempo, spetta agli operatori una fuoriuscita dallo specialismo delle professioni per giungere ad una cultura sociale della domiciliarità e dell'unità tra persona ed ambiente che richiede una sinergia di culture e un diverso modo di lavorare che parte dalla coscienza del limite di ogni sapere e insieme dalla consapevolezza della ricchezza che risiede nella pratica del lavoro comune, svolta fianco a fianco, nell'unità di tempo e di spazio, tra i diversi operatori sanitari e sociali.

Il ruolo della psichiatria per la domiciliarità.

Si è discusso lungamente se la psichiatria sia una specialità di “secondo livello” in analogia con altre specialità che intervengono sulle patologie organiche, la cardiologia, l'urologia, ecc...

E' chiaro che non sarebbe serio negare alla psichiatria la specificità del proprio statuto scientifico, ma a differenza delle altre specialità mediche la psichiatria svolge la propria funzione nel vissuto globale della persona e, dunque, nella domiciliarità e nel contesto sociale delle relazioni.

Ritagliare un secondo livello alla specialità psichiatrica significa separare il suo atto sanitario dal contesto e dalle relazioni e, in definitiva, privarla di tutte le sinergie professionali che sono presenti nel cosiddetto primo livello dove tra l'altro si possono sviluppare le azioni di prevenzione, di cura e di riabilitazione delle persone con disturbi psichici.

Per molto tempo il secondo livello della psichiatria si è identificato nel manicomio, ma anche nel “settore psichiatrico” di derivazione francese, ma oggi, dopo la riforma dell'assistenza psichiatrica, la specialità si colloca tutta e per intero a livello territoriale, là dove è possibile realizzare la sinergia di quella competenza scientifica con il Dipartimento della prevenzione collettiva, con il Ser.T, con le Cure primarie, con la rete dei servizi

sociali e, soprattutto, con la risorsa democratica della comunità.

Ancora oggi, purtroppo, si favoleggia di un secondo e terzo livello (le Aree Vaste) che corrisponde nei fatti ad un allontanamento sempre più marcato della persona dal proprio ambiente familiare e sociale, in definitiva all'emarginazione, con un atto che in radice produce una sofferenza aggiuntiva e non un più alto impegno curativo.

Non solo la psichiatria, ma tutte le altre scienze umane, dalla psicologia, alla sociologia, alla psicanalisi, alla pedagogia possono svolgere la propria funzione e agire sul rischio e sul danno proprio nel distretto sociosanitario, come sentinella contro i flussi emarginanti, come argine ad ogni tentazione di riprodurre, sotto altre forme, la chiusura manicomiale, ma soprattutto come energia culturale che mobilita risorse scientifiche ed umane in un progetto di guarigione individuale e di risanamento della patologia sociale.

La salute mentale sta tutta nel distretto e il secondo livello è il coordinamento dei servizi per far giungere nelle sedi formali ed informali del distretto l'apporto di tutte le competenze e di tutte le risorse culturali, istituzionali e sociali che possono interagire con i Servizi territoriali per la salute mentale.

Smontare le cattedrali dell'internamento, proporre e valorizzare tutti gli interventi volti a curare senza emarginare, mettere a disposizione delle persone e delle famiglie la cultura scientifica per promuovere la domiciliarità e l'auto-cura è oggi il compito della psichiatria, in prosecuzione con quella rivoluzione scientifica che allora smontò i manicomî e che oggi deve aprire all'impegno solidale tutta la società.

Il disturbo psichico è vissuto drammaticamente dalle persone e dalle famiglie, ma il problema deve impegnare tutta la società a cambiare se stessa, nella famiglia, nella scuola, nel lavoro e nelle relazioni sociali.

Vivere insieme non è solo una condizione esistenziale da tutti avvertita come irrinunciabile, ma è anche la possibilità stessa "per rimuovere gli ostacoli che impediscono il pieno sviluppo della persona umana".

Scienza, umanità e politica sono le risorse che sempre sono necessarie per la salute mentale dei singoli e della collettività.

Capitolo 9
La soggettività
per la salute
Alcuni antefatti*

9. La soggettività per la salute.

Alcuni antefatti

Il Servizio sanitario nazionale è una conquista di civiltà dell'Italia che ha bisogno d'essere sempre difesa dai tentativi di svuotamento dei suoi più importanti fondamenti, tra cui il suo carattere pubblico, l'equità nella distribuzione dei pesi finanziari, l'uguaglianza delle prestazioni, l'unitarietà tra prevenzione, cura e riabilitazione, la partecipazione dei cittadini.

La riforma della sanità è stata possibile perché un grande movimento dal basso, fatto di lotte popolari, di esperienze esemplari promosse da operatori e da Istituzioni democratiche, di contributi teorici di intellettuali di avanguardia, di iniziative legislative dei Partiti politici, ha dato una risposta positiva alla crisi il vecchio sistema mutualistico e ha dimostrato che un altro modo di "fare salute" era non solo necessario ma anche possibile.

La partecipazione dei lavoratori e dei cittadini era stata l'ala marciante della lotta per la riforma e, insieme, il contributo essenziale, praticamente dimostrato, per introdurre un nuovo paradigma scientifico nel nuovo Servizio sanitario nazionale.

Da più e diversi settori della vita sociale e istituzionale era giunto un fondamentale contributo pratico e scientifico per una valorizzazione della soggettività in tutti i settori del Servizio sanitario nazionale.

Valgano qui alcuni richiami essenziali.

La soggettività e il manicomio.

Le esperienze di liberazione dal manicomio, pur nella loro diversità, hanno avuto tutte un tratto comune nel recupero della dignità della persona e nella valorizzazione della soggettività come componente essenziale sia per la prevenzione dei rischi psichiatrici che per la cura degli stati di sofferenza psichica.

Gorizia, Perugia, Arezzo, Trieste, come altre esperienze di superamento del manicomio, hanno dovuto tutte fare i conti con una secolare oggettivazione del malato di mente, sempre considerato una res se non anche una cavia da sperimentazioni e, per prima cosa, hanno dovuto superare lo stato di passività e di forzata estraneità dei ricoverati indotto dalle regole della istituzione totale.

Era una *conditio sine qua non* per avviare un progetto di recupero semplicemente umano.

La Comunità terapeutica, praticata in quasi tutte le esperienze, intanto poteva avere

un valore liberatorio se le persone, singolarmente e collettivamente, erano impegnate in un progetto di vita che restituiva a ciascuno e a tutti la possibilità d'essere se stesse, con le loro potenzialità e con le loro responsabilità.

Nessun progetto di dimissione e di rientro nel consorzio umano poteva essere praticato senza il coinvolgimento pieno delle persone che uscivano dalla passività e avvertivano il bisogno di un'altra vita, tutta da costruire, con i rischi e con le speranze proprie di ogni persona libera.

Il passaggio dalla passività alla cosciente progettualità non è stato mai per ogni persona e per ogni condizione umana un percorso "spontaneo", lineare, affidato alla autonoma liberazione delle proprie energie vitali, ma una costruzione sofferta che ha fatto perno certamente sulle risorse sopite ma non cancellate esistenti nella persona in difficoltà, ma anche sull'impegno della struttura sanitaria e della comunità a farsi carico del diritto delle persone, di tutte, nessuna esclusa, ad essere se stesse, e a cambiare le coordinate della qualità del vivere sociale.

Non l'adattamento al senso comune, ma il cambiamento dello statuto della normalità con l'inclusione sociale al posto della discriminazione dei deboli e dei malati.

Se il valore della soggettività era stato il fondamento della liberazione delle persone dal manicomio, se la scienza psichiatrica si era trovata per la prima volta in sintonia con il suo fine umanitario, era cioè diventata scienza per l'uomo, portando nel suo paradigma esplorativo l'essenzialità della dignità umana, tutto il sistema sanitario e sociale aveva "scoperto" un nuovo principio generale, teorico e pratico, che doveva essere alla base di ogni programma di riforma.

Un principio, la soggettività, che veniva dalla pratica della trasformazione delle istituzioni totali e che produceva una rivoluzione nel paradigma del sapere psichiatrico, valido anche per ogni altro sapere che si interessa della condizione umana.

La soggettività e la salute in fabbrica

Sono state le lotte operaie degli anni sessanta e settanta a contestare il sistema di sfruttamento intensivo della forza-lavoro e a porre l'esigenza del rispetto della salute e della dignità della persona umana negli accordi contrattuali delle più importanti categorie di lavoratori. Quanto più si elevava il potere contrattuale della classe operaia, tanto più il diritto alla salute era componente costitutiva del rapporto di lavoro, cartina di tornasole per misurare il grado di civiltà del processo produttivo.

Lo Statuto dei diritti dei lavoratori era un punto d'arrivo di quelle lotte operaie e un punto di partenza per "cambiare la condizione materiale dei lavoratori".

La prevenzione delle malattie da lavoro, oltre che la cura delle sofferenze fisiche e psichiche, era il contenuto delle tante lotte operaie per la salute.

La nocività, dicevano gli operai, non si monetizza, ma si elimina.

Era maturata la convinzione, del resto confermata dalla storia del movimento operaio, che la lotta per la salute e per la prevenzione erano un argine allo sfruttamento intensivo della forza-lavoro, ma anche una formidabile spinta per l'innovazione tecnologica e organizzativa del sistema produttivo.

La prevenzione esige la partecipazione collettiva e individuale e nel vivo delle lotte fu elaborato un nuovo paradigma per la salute centrato sulla rilevazione dei bisogni, sull'analisi dei diversi fattori di rischio, compresi i fattori del quarto gruppo (i ritmi lavorativi e le tensioni psicologiche), sulla costruzione tra tecnici ed operai di un progetto per la salute e sulla "validazione consensuale" dei risultati dell'indagine.

Potere collettivo e responsabilità individuale erano strettamente collegati nella pratica contrattuale e nella concreta esperienza dei "delegati alla salute", fabbrica per fabbrica, luogo di lavoro per luogo di lavoro.

Dal mondo operaio giungeva un contributo essenziale per innovare alla radice il sistema sanitario italiano.

La soggettività e la salute della donna

A cavallo tra gli anni sessanta e settanta, in particolare nei cruciali anni '68-'69, ci fu una vera e propria esplosione dei movimenti giovanili contro ogni forma di autoritarismo e per il recupero della libertà di progettazione della vita individuale e collettiva.

Ogni forma di delega era revocata in nome del diritto a costruire direttamente le condizioni per l'affermazione della dignità della persona, di ogni persona.

Il movimento femminile ritrovò nuove forme di unità, oltre le diverse matrici culturali e politiche tradizionali, per affermare il diritto alla procreazione libera e responsabile e alla tutela della salute della donna non solo dai rischi lavorativi e ambientali, ma anche dai tabù e dai pregiudizi secolari che avevano mortificato il valore stesso della donna.

Fu affermato con forza il diritto a disporre del proprio corpo e a determinare le scelte per la propria vita.

Libertà e liberazione, nei rapporti di lavoro e nei rapporti sociali.

La soggettività individuale e collettiva delle donne si esprimeva nella società con nuove forme di promozione della salute, oltre gli schemi mutualistici di allora, con la nascita dei primi consultori in cui la partecipazione delle donne era componente essenziale per una nuova qualità del progetto di prevenzione e di cura.

La salute della donna e del bambino doveva essere il risultato di un nuovo rapporto tra i Servizi, l'ambiente familiare e sociale e la soggettività della donna.

La soggettività e l'handicap

La piaga degli istituti per minori, delle Scuole speciali, delle classi differenziali e dei laboratori protetti era il letto di procuste in cui era ingabbiata la vita dei bambini con handicap fisici, sensoriali e psichici.

Una soluzione disperante che aggiungeva danno a danno, con esiti negativi per la salute e la vita di migliaia di bambini e giovani che difficilmente potevano uscire dal circuito istituzionale.

Come per il manicomio, si pretendeva di curare e riabilitare con l'emarginazione in nome di una supposta prestazione scientifica.

Un grande movimento di Amministratori democratici, di intellettuali, di operatori, di insegnanti e di familiari dovette misurarsi con l'ostilità delle Istituzioni (gli Istituti,

l'Istituzione scolastica) per superare un sistema che aveva oggettivato l'infanzia, trattata come semplice destinataria di custodia, magari di amorevoli attenzioni, di interventi tecnici, senza prendere in considerazione e valorizzare le potenzialità esistenti nel bambino che potevano esprimersi solo se liberate dall'angustia della condizione istituzionale e riportate nella dinamica della società di tutti.

I bambini e i ragazzi riportati nella scuola di tutti, nella società di tutti avevano riacquisito la possibilità di esprimersi, di concorrere al proprio progetto educativo e riabilitativo con la manifestazione della propria individualità e delle proprie esigenze vitali.

L'educazione e la scienza avevano a disposizione nuove possibilità per svolgere la propria funzione: la soggettività dei bambini e degli adolescenti, l'emersione di una dignità e di una umanità fino ad allora repressa.

Si scoprì che anche le più raffinate tecniche riabilitative e l'impiego degli stessi ausili tecnici potevano avere la giusta efficacia solo se comprese ed accompagnate dalla soggettività dei minori che diventava essenziale per qualsiasi progetto di ricerca, di riabilitazione e di integrazione sociale.

La soggettività nella legge n. 833/78

C'è sempre un rapporto tra le pratiche innovative e il posto che la soggettività riceve in un articolato di legge.

La legge n. 833/78 ha raccolto molto di quei contributi, ha dato lo spazio dovuto alla prevenzione, al diritto alla salute e alle buone cure, alla partecipazione dei cittadini e ha fatto proprio il rapporto tra democrazia rappresentativa (il governo dei Comuni) e democrazia diretta.

Eppure, non tutto quel patrimonio di esperienze innovative dal basso, di rivolgimento della oggettivazione e di valorizzazione della soggettività individuale e collettiva era riuscito ad entrare nella legge quadro di riforma della sanità italiana. Il necessario compromesso legislativo aveva rinviato alla fase attuativa la generalizzazione delle buone pratiche affidate, come vuole la Costituzione, alla dialettica democratica tra politica e soggetti sociali portatori della domanda di salute. Il fatto è che, subito dopo il 1978, cambiò il quadro politico e si esaurì anche il movimento portatore delle istanze più innovative per la qualità del Servizio sanitario nazionale.

Come è noto, la legge è sempre un punto di partenza che ha bisogno di molta buona politica per dare i frutti che essa promette. E la politica è mancata in buona parte, perché nella costruzione del sistema sanitario, addirittura nel suo stesso avvio con il Dpr n.761/79, ha prevalso il modello gerarchico ospedaliero e la sanità d'attesa, sostenuta e praticata dalle Organizzazioni professionali tradizionali che erano rimaste estranee alla lotta per la riforma.

Per di più, con una promiscuità perniciosa tra pubblico e privato, prosecuzione indebita del vecchio sistema libero professionale della medicina mutualistica.

In questi tre decenni, il Servizio sanitario italiano ha strutturato e consolidato un sistema ospedale-centrico, in gran parte autoreferenziale, con la conseguenza di perdere per strada la promozione della salute e la partecipazione dei cittadini.

Eppure, il Servizio sanitario pubblico è una conquista da difendere strenuamente da tutti gli attacchi demolitori che puntano alla privatizzazione delle prestazioni.

Oggi, però, la sua difesa potrà essere efficace se si affrontano le cause della crisi del sistema, se si compiono le necessarie correzioni per cancellare gli sprechi esistenti, le nicchie di interessi categoriali e settoriali, sia riprendendo i principi della legge di riforma sia facendo tesoro delle criticità rilevate e delle innovazioni culturali, scientifiche e di sistema che sono maturate in questi anni di vigenza della legge.

La partecipazione dei cittadini e la soggettività individuale e collettiva, da far vivere in tutte le articolazioni del sistema, sono certamente una buona medicina per curare alcuni mali della sanità italiana, compresi i problemi della sua appropriatezza e della sua sostenibilità economica.

Una nuova fase della riforma

Il Servizio sanitario nazionale è da tempo sotto pressione e sotto i tagli reiterati del suo Fondo sanitario nazionale, senza considerare che il sistema italiano ha raggiunto importanti risultati epidemiologici, tra i primi nel mondo, con un impiego di risorse finanziarie pubbliche in linea con i sistemi sanitari dei Paesi europei più sviluppati, come rilevato dall'Ocse.

In realtà, il problema italiano non è assolutamente l'eccesso di spesa, ma una distribuzione irrazionale delle risorse, in gran parte impiegate in una rete ospedaliera elefantica e in vari campi anche irrazionale, un fattore di spesa rigido che porta automaticamente a superare i livelli ottimali di spesa per l'assistenza ospedaliera.

La sostenibilità economica del Servizio sanitario italiano ha bisogno di un riordino del sistema che tenga conto dei dati epidemiologici, della prevalenza delle malattie ad andamento cronico e degenerativo.

L'epidemiologia, oltre che documentare i mutamenti avvenuti nel quadro delle malattie, motiva un cambio di passo nel SSN con lo sviluppo della prevenzione e delle Cure primarie, in sostanza con un nuovo ruolo della sanità territoriale e del distretto socio-sanitario, accompagnato da uno spostamento delle risorse dalla rete ospedaliera alla rete territoriale dei Servizi sanitari e sociosanitari.

Un'esigenza da tutti affermata, ma che non ha trovato ancora una linea di politica sanitaria nazionale e regionale adeguata, univoca e coerente.

Siamo in mezzo al guado, e non si esce dalle difficoltà del sistema con l'irragionevole taglio lineare della spesa sanitaria, ma con un vero e proprio Piano di salute, concertato tra il Governo nazionale, le Regioni e Province Autonome e con la concertazione con le Organizzazioni sindacali e professionali, che affronti e risolva i problemi aperti dell'innovazione e dell'appropriatezza, ben noti a tutti e da tempo in attesa di soluzione.

La sanità di iniziativa

Come è accaduto in tutte le fasi critiche dei sistemi sociali, il cambiamento necessario ha trovato cominciami e percorsi ad opera di avanguardie istituzionali e sociali che hanno anticipato, con esperienze innovative, ciò che la legge e la programmazione do-

vranno successivamente portare a livello generale.

E' ciò che è accaduto e sta accadendo in questa fase critica del sistema sanitario nazionale nel quale, insieme a tante profonde distorsioni dei principi e delle stesse normative, si registrano importanti innovazioni metodologiche in alcuni Piani sanitari regionali e in Servizi sanitari e sociosanitari che si sono proposti di dare una nuova rilevanza e un nuovo spessore alla partecipazione dei cittadini.

In realtà, la necessità della partecipazione dei cittadini alle scelte di politica sanitaria e, insieme, alla realizzazione delle attività è avvertita dalle stesse Istituzioni (le Regioni, i Comuni, le Aziende sanitarie e i diversi Servizi) come "risorsa" e come condizione sine qua non per raggiungere gli obiettivi di salute e di cura e per integrare con l'apporto dei soggetti interessati le risorse finanziarie messe a disposizione dei Servizi.

Il concorso della risorsa umana, della soggettività delle persone è considerata un fattore della sostenibilità del sistema sanitario nazionale.

Proprio tenendo conto dei mutamenti che sono in corso nel quadro epidemiologico e delle esigenze anche finanziarie per farvi fronte, in alcuni Piani sanitari regionali (cittiamo, ad esempio, quello in fieri della Regione Toscana) è avanzata e promossa in tutti i Servizi, territoriali e ospedalieri, la "sanità di iniziativa" che fa propria una concezione proattiva del Servizio sanitario nazionale.

Si tratta di un nuovo modo di "fare salute" e di garantire le "buone cure" che richiede una cultura predittiva e promozionale dei Servizi e degli operatori e una progressiva "competenza" delle persone che devono disporre di corrette informazioni per una loro disponibilità consapevole ad essere protagonisti del sistema preventivo e curativo.

I Servizi, mentre producono le prestazioni, hanno anche il compito di produrre "educazione alla responsabilizzazione per la salute" e di dare sistemazione ai dati di conoscenza per disporre di un quadro epidemiologico come fondamento scientifico per un impegno collettivo sulle determinanti delle malattie, oltre che per l'assunzione di responsabilità sulle pratiche sanitarie riguardanti il proprio stato di salute.

La soggettività in tutti i servizi è la scelta obbligata sia per affrontare validamente le determinanti delle malattie sia per curare i diversi stati patologici delle persone con un nuovo rapporto di collaborazione tra Servizi sanitari e sociosanitari e cittadini informati.

Esempio lampante di questa necessità è l'attivazione del Chronic care model che coniuga la sanità di iniziativa con la indispensabile partecipazione delle persone responsabilizzate nella cura della propria malattia.

E' così possibile attivare quella "democrazia cognitiva" che garantisce l'appropriatezza e la complessità degli interventi e, insieme, la sostenibilità economica del sistema sanitario italiano, se questa nuova pratica diventa il filo conduttore di tutte le Istituzioni, di tutti i Servizi e di tutte le forme della Cittadinanza attiva.

Quale partecipazione

Bisogna riconoscere che le forme partecipative previste dalla legge n. 833/78, tra cui i Comitati di distretti, i Consigli di base e le Consulte, non hanno svolto il ruolo previsto

e si sono esaurite per più ragioni: perché le decisioni erano altrove rispetto alle sedi della partecipazione e conseguentemente i cittadini non erano in grado di influire nelle scelte di politica sanitaria e perché ridurre la partecipazione alle forme istituzionalizzate priva il rapporto Istituzioni-società civile della linfa vitale che scaturisce dai movimenti che sono diretta espressione dei bisogni vecchi e nuovi dei cittadini.

Non solo. Alla partecipazione è mancata la sponda istituzionale democratica per un rapporto dialettico e per mediazioni avanzate. Le burocrazie, organi esecutivi che gestiscono per conto di altri soggetti istituzionali (le Regioni), hanno limiti oggettivi alla contrattazione e solo in parte possono essere i riferimenti della partecipazione dei cittadini.

Sono, infatti, le Istituzioni rappresentative, in questo caso i Comuni singoli e associati, che fanno le necessarie mediazioni, che sono produttrici di innovazione se sono in rapporto alla vivacità e alla ricchezza della domanda diretta dei cittadini che si esprimono con modalità diverse e sempre nuove, soprattutto attraverso le proprie forme associative.

C'è un vuoto da colmare, perché con la legge n. 502/92, i Comuni sono stati estromessi dal Servizio sanitario nazionale e confinati in una posizione puramente esornativa.

Il problema è tuttora aperto.

In tutti questi anni, anche per una giusta reazione alla cancellazione della democrazia rappresentativa dal SSN, a fronte di una crisi degli aspetti formali della partecipazione, si è registrato un'enorme fioritura di Associazioni di cittadini che si sono costituite per la tutela della salute e sono diventate il soggetto che ha dialogato con le Istituzioni avanzando una domanda collettiva di salute, con risultati alterni e con molte esperienze positive che vanno valorizzate e generalizzate.

Nel contempo, la riflessione e l'elaborazione teorica sulla riforma dello Stato è giunta ad una nuova nozione di "pubblico" che non è limitato ai poteri istituzionali, ma comprende anche la cittadinanza attiva, se e quando essa concorre a determinare l'interesse generale.

L'articolo 118 della Costituzione impegna la Repubblica, dunque tutte le Istituzioni, a favorire e valorizzare la partecipazione dei cittadini, quando portatori di una progettualità che ha valore di interesse generale.

La nuova fase della riforma, pertanto, ha bisogno di risolvere, per essere efficace per la promozione della salute, sia il problema della democrazia istituzionale con un nuovo ruolo dei Comuni singoli e associati sia il problema della democrazia diretta, dando il necessario spazio di governo alla partecipazione e alla soggettività dei cittadini.

La soggettività e la salute mentale

Nella storia del Servizio sanitario nazionale, l'organizzazione dei Servizi per la salute mentale ha subito certamente, del resto come tutti i servizi territoriali, le limitazioni e i danni prodotti dalla sottostima del Fondo sanitario nazionale e dalla mancanza di una guida nazionale per far corrispondere alle esigenze di salute sempre nuove un'adeguata

risposta culturale e strutturale, non solo ad opera dei Servizi, ma anche da parte della stessa Comunità nazionale e locale.

Non solo. Anziché dare alla salute mentale le risorse necessarie per esplorare e fecondare i campi nuovi aperti dalla chiusura dei manicomi, i governi nazionali di centrodestra si sono esercitati in una costante iniziativa per stravolgere la legge n. 180/78, tenendo tutto il sistema della salute mentale in una continua e stressante precarietà.

I danni sono evidenti, con la registrazione di vasti stati di abbandono, di mancate risposte e con il riprodursi di una strisciante “manicomialità” che si esprime in forme di neo istituzionalizzazione (gli Spdc a porte chiuse che diventano reparti, le dipendenze psichiatriche, le cliniche private ed universitarie, i terminali delle Residenze, ecc...) che annullano la dignità della persona e il valore della soggettività, un principio che per storia e scienza deve essere il fondamento della psichiatria e di ogni progetto per la salute mentale.

A tutto questo, c'è stata una decisa reazione da malati e delle loro famiglie, dei movimenti e delle Associazioni, degli operatori e della cultura progressista, di alcune Regioni italiane e delle forze politiche democratiche non solo per difendere le conquiste legislative, ma per sviluppare con maggiore coerenza un nuovo modo di “fare salute mentale”, con un rapporto di intensa collaborazione tra i Servizi per la salute mentale e la soggettività individuale e collettiva.

Anche se con luci ed ombre e con una parzialità di iniziative, la “sanità di iniziativa”, che si è affermata con la chiusura dei manicomi, è stata il riferimento progettuale di molti Dipartimenti per la salute mentale, di molte Associazioni di utenti e di familiari, delle Organizzazioni sindacali e professionali, dando vita ad esperienze che hanno tenuto sempre aperto il rapporto tra progetto terapeutico e domanda individuale e collettiva di salute.

Le Consulte dei malati e dei familiari sono entrate a far parte di molti Dipartimenti, la Associazioni di Auto e mutuo aiuto hanno aperto strade inedite al protagonismo dei malati, le pratiche dei Servizi, di molti servizi, hanno incluso nel progetto terapeutico la soggettività individuale e collettiva.

Si tratta di esperienze esemplari a diversa diffusione nel Paese, da valorizzare e da generalizzare, che non esauriscono affatto il mandato dei Servizi per la salute mentale che parte certamente dalla cura delle affezioni psichiche, ma deve proseguire per attivare programmi di prevenzione che agiscono sulle determinanti del disagio psichico con impegni congiunti dei Servizi, delle Istituzioni e dei soggetti sociali.

Questo è il nuovo orizzonte, sempre aperto, su cui si devono cimentare operatori, amministratori e cittadini.

Si pone, pertanto, il problema di una nuova cultura dei Servizi per un lavoro collegiale, capace di fornire conoscenze strutturate, non solo episodiche, sui problemi della condizione sociale da cui emerge la sofferenza psichica, su cui sollecitare (esigere) e contribuire a realizzare programmi di prevenzione primaria.

Nello stesso tempo si pone anche l'esigenza di moltiplicare l'apporto delle persone e delle Associazioni sia sul piano quantitativo che qualitativo, per produrre conoscenza e

consapevolezza, entrambe necessarie per impegnare le Istituzioni e i Servizi a considerare la salute mentale problema non solo individuale ma collettivo che riguarda ed impegna tutti. La salute è bene comune.

Non soluzioni purchessia, ma risposte che non siano mai emarginanti, ma capaci di prendersi cura dei problemi dei malati di mente per promuovere con loro autonomi progetti di vita nell'ambito delle relazioni umane.

Dalla Salute mentale, quella che pratica la sanità di iniziativa e comprende la soggettività nell'attività dei Servizi, può giungere un contributo culturale utile per adeguare ed innovare il Servizio sanitario nazionale in questa fase di riordino e di nuova progettualità.



Capitolo 10
I livelli essenziali
di assistenza (Lea)
per la salute mentale

10. I livelli essenziali di assistenza (Lea) per la salute mentale*

Riassunto

Dalla negazione dei diritti dei malati di mente, alla conquista della dignità della persona con la liberazione dai manicomi. Valore delle esperienze di rinnovamento dell'assistenza psichiatrica. I livelli essenziali di assistenza (Lea) per la salute mentale nelle leggi n. 180/78 e n. 833/78. Dalle leggi alla politica. Le nuove condizioni sociali e il nuovo quadro epidemiologico per la salute mentale. Dalla psichiatria alla salute mentale. Il Titolo V della Costituzione e i nuovi livelli essenziali per la salute dei cittadini. Le condizioni per la esigibilità dei diritti: determinazione dei percorsi assistenziali per la salute mentale, standard degli interventi e dei servizi e risorse finanziarie per la salute mentale. Garanzie costituzionali e garanzie democratiche.

Parole chiave

Istituzioni totali. Libertà negativa e libertà positiva. Livelli essenziali di assistenza (Lea) per la salute mentale e leggi. La politica e i Lea sanitari. Titolo V della Costituzione. Esigibilità dei Lea. Percorsi assistenziali per i Lea. Standard dei servizi per i Lea. Finanziamento dei Lea. Garanzie costituzionali e democratiche.

La lunga notte dei diritti negati

La condizione dei malati di mente è stata sempre una storia di sofferenza repressa e, insieme, di spinte generose per la liberazione dalla segregazione, dalla contenzione e dall'annientamento, di passaggio dalla oggettivazione della persona al recupero progressivo, per fasi storiche, di spazi di vita più umana e più dignitosa.

Non è un caso se due secoli fa, al tempo della rivoluzione del 1789, quando sulle bandiere dei rivoluzionari francesi furono scritte le parole *liberté, égalité, fraternité*, lo psichiatra Philippe Pinel, liberando gli alienati dalle loro catene, fondava la psichiatria, dividendo malati mentali, mendicanti e criminali.

L'ospedale psichiatrico, non più lazaretto o carcere, era lo spazio specifico in cui l'assistenza psichiatrica faceva le prove del suo statuto scientifico.

Un secolo dopo, con la legge del 1904, furono istituiti in Italia i manicomi, anche qui

* Vedi Atti e Documento del Convegno Nazionale "Il diritto alla salute mentale senza abbandono, senza violenza, senza emarginazione. Per una legge sui nuovi livelli essenziali di assistenza (LEA) per la salute mentale." A cura della Fondazione "Angelo Celli" di Perugia e del Centro "Franco Basaglia" di Arezzo, Roma, 25 gennaio 2011. Il presente articolo ne ripercorre le analisi, ne sviluppa le motivazioni e ne argomenta le proposte.

con una venatura umanitaria propria della scienza positiva del tempo che voleva lo spazio psichiatrico immerso in un ambiente sereno, al riparo dalle tensioni della vita, con un contatto idilliaco con la natura per rendere meno tormentata, più naturale e distesa l'esistenza dei malati di mente

Quello spazio per i malati di mente, separato dalla società dei sani, si rivelò ben presto per quello che era: una istituzione totale, come sarà definita da Erving Goffman, che negava in radice la comunicazione umana e pretendeva di curare i malati con l'emarginazione.

Un paradosso scientifico ed umano, rivelato nella sua tragicità ed inconsistenza scientifica da Franco Basaglia che negli anni '60, a Gorizia, liberava i malati di mente dalla chiusura del manicomio e, insieme, la psichiatria dal mandato di controllo sociale per farla essere, nella pratica, scienza della liberazione e del recupero della libertà e dignità della persona umana.

La libertà come liberazione

Negli anni '60 e '70 del secolo scorso si compì in Italia una profonda e radicale rivoluzione dell'assistenza psichiatrica, ma anche della psichiatria e delle scienze umane impegnate nella trasformazione e nella liberazione dei manicomi italiani.

Di quella straordinaria esperienza italiana, che fece le prove più alte a Gorizia, a Perugia, ad Arezzo e a Trieste, ma anche in altre province italiane, un aspetto su tutti è giusto ricordare e valorizzare, per il significato che ebbe allora e per il valore che riveste ancor oggi: dinanzi allo scandalo del manicomio, si partì ovunque dal recupero della dignità e della centralità della persona che diventava, non da sola, protagonista della sua liberazione, soggetto di diritti e artefice di un cambiamento individuale e collettivo.

Prima con la Comunità terapeutica, poi con le assemblee quotidiane e periodiche dei malati, degli operatori e dei cittadini negli ospedali aperti, i "senza voce" ripresero la parola, si fecero ascoltare e furono ascoltati e il progetto individuale di uscita dalla chiusura e dal nulla della vita divenne parte integrante di un movimento collettivo per la cancellazione della struttura manicomiale e del rientro di ciascuno nei contesti dell'esistenza e della convivenza.

Si realizzò concretamente il dettato costituzionale che richiede di "rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale che, limitando di fatto la libertà e l'uguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana."

Sulle ceneri del manicomio, tornò alla luce e riprese valore per migliaia di degenti la soggettività della persona e con essa il diritto alla vita e alla salute mentale.

La liberazione dal manicomio realizzava una condizione per quella libertà positiva, ciò che una persona può conseguire per sua libera scelta, che Amartya Sen mette in stretta interdipendenza con la libertà negativa, la libertà da condizionamenti strutturali e oggettivi.

Si aprì per ogni malato di mente la possibilità di avere un futuro, ma quella libertà positiva, l'affermazione di sé, aveva bisogno ancora di rimuovere altri ostacoli presenti

nei contesti giuridici, politici e sociali che ostacolavano il diritto dei malati di mente alla salute mentale.

La possibilità di libertà positiva era solo avviata e doveva diventare diritto riconosciuto ed esigibile per tutti.

La dignità della persona e il diritto alla salute mentale

Solo in Italia le cosiddette “esperienze avanzate” di rovesciamento istituzionale, dalle Istituzioni totali al territorio, sono state tradotte in una legge della Repubblica, valida per tutti e in tutte le condizioni.

E' la tipicità del caso italiano che ha una sua spiegazione prima di tutto nei principi della Costituzione (articoli 3 e 32) ma anche nella caratteristica di un movimento culturale e pratico che è stato capace di coinvolgere e includere nella nuova politica per la salute mentale ampie aree della società civile (il mondo operaio, ad esempio), importanti Istituzioni pubbliche (Enti locali e Parlamento) e la parte più avanzata delle forze politiche italiane.

Il 13 maggio del 1978, nel periodo della Solidarietà nazionale, il Parlamento della Repubblica approvò la legge n. 180 “Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori” che decretava la fine dei manicomi e assegnava alla sanità territoriale e al welfare il compito di realizzare i nuovi servizi per la salute mentale.

Una tappa fondamentale di civiltà giuridica e sociale, una pietra miliare per l'affermazione del diritto alla salute mentale, senza manicomi, senza violenza e senza emarginazione.

Da lì non si può tornare indietro e su quei valori di libertà e di dignità della persona si sono infranti tutti i tentativi che riproponevano sotto mentite spoglie la soluzione manicomiale dell'internamento purchessia.

La “180” era solo una tappa della legislazione, ancora incompleta, per i limiti propri di una “legge stralcio” che rispondeva alla iniziativa referendaria dei radicali, ma che doveva completarsi di lì a poco, nel dicembre del 1978, entrando a pieno titolo nella “Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale”

Mancava soprattutto, e si doveva provvedere, un nuovo statuto dei diritti del cittadino alla salute mentale, nelle nuove condizioni determinate dalla fine dei manicomi.

A questo si provvede, in parte, con la legge n. 833 che riprendeva per intero le conquiste della legge n. 180/78 con gli articoli 2, 33, 34, 35 e 64 e garantiva il diritto alla salute tramite la determinazione dei livelli delle prestazioni sanitarie da inserire nel Piano sanitario nazionale e tramite l'assegnazione alle Regioni e Province autonome delle risorse finanziarie corrispondenti al valore economico degli indici e degli standard stabiliti con legge nazionale.

Purtroppo, molto è rimasto sulla carta e impegni essenziali, quale quello della definizione e della garanzia dei diritti alla salute, sono stati largamente disattesi.

Sappiamo quello che è accaduto dopo l'approvazione della legge n. 833/78, non sapremo mai quale realtà avremmo potuto registrare oggi se la legge fosse stata applicata

dalle Istituzioni, come sarebbe lecito attendersi in uno stato di diritto.

Oggi, dopo trentatré anni, siamo ancora nella necessità di occuparci dei “livelli uniformi di assistenza sanitaria per tutti i cittadini”, andando controcorrente come fu necessario negli anni ‘60/’70 per “rimuovere gli ostacoli” che impediscono l’esercizio della libertà positiva, la realizzazione di sé, propria di ogni persona.

I livelli essenziali di assistenza (Lea) e la politica

Le leggi che riguardano il welfare italiano, dalla legge n. 833/’78 “Istituzione del Servizio sanitario nazionale” alla legge n. 328/2000 di “Riforma dell’assistenza sociale”, sono certamente punti alti, impegnativi ed esigenti per una prospettiva di civiltà sociale del Paese che mettono alla prova le forze politiche chiamate di volta in volta a fare i conti con le loro disposizioni.

Non sono mancati i tentativi, sempre da parte del centrodestra, di annullare quelle conquiste, attaccando reiteratamente la legge n. 833, prima, e successivamente la legge n. 328 la quale, per l’appunto, richiede la “determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali” in analogia con quelli per la sanità e che sono parte essenziale di un progetto per la salute mentale.

L’azione più insidiosa rivolta alla erosione dei diritti di cittadinanza sociale è giunta, in realtà, dalla politica dei governi di centrodestra che, mettendo nel cassetto le leggi di riforma, hanno operato sul piano delle risorse finanziarie, prosciugando i pozzi che dovevano alimentare i diritti.

La sottostima del Fondo sanitario, la cancellazione del Fondo sociale nazionale, l’archiviazione della riforma sociale, i tagli pesanti alle entrate degli Enti locali sono il “tributo” che il Governo Berlusconi ha innalzato agli idola del mercato. Poco importa se a pagarne il prezzo sono ancora una volta le persone più fragili e, tra queste, i malati di mente e le loro famiglie.

Una scelta diversa e alternativa per la socialità, è giusto riconoscere, si è avuta quando nel 1996 alla direzione del Paese è giunto il centrosinistra che ha definitivamente messo fine ai manicomi, ha approvato il primo Progetto obiettivo per la salute mentale con risorse dedicate (il 5% del Fondo sanitario nazionale), ha portato a conclusione la riforma dell’assistenza con relativo Fondo sociale nazionale e ha predisposto il primo Dpcm, poi convertito in legge, per la determinazione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria (Lea)

Una stagione proficua che poteva dare ben più consistenti risultati se si fosse data continuità alla politica riformatrice dell’assetto strutturale del welfare italiano.

Purtroppo, quel progetto riformista non ha registrato la stabilità e la continuità di cui aveva bisogno il Paese.

La storia dimostra che l’obiettivo per garantire a tutti i cittadini italiani i livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e sociali ha bisogno certamente di una loro migliore e più cogente determinazione legislativa, ma soprattutto di una nuova politica economica e sociale del Paese.

I primi Lea per la salute mentale. Il Dpcm del 29.11.2001

Come è noto, per cogliere a pieno la natura di un problema è utile ripercorrere la storia di quel problema.

Questo vale anche per i Lea per la salute mentale che hanno una storia, sia pure della durata di appena dieci anni.

Il provvedimento fu predisposto, con un'ampia serie di consultazioni sociali, dal Governo di centrosinistra nei primi mesi dell'anno 2001, ma la sua approvazione giunse a maturazione nella fase iniziale del Governo di centrodestra che con apposito Dpcm, datato 29 novembre 2001, si limitò a prendere atto del lavoro svolto dai predecessori.

Ne venne fuori un quadro di "livelli essenziali" certamente utile come prima approssimazione, ma con quantità/qualità certamente insufficienti e con garanzie alquanto aleatorie.

Anche l'assistenza psichiatrica subiva le limitazioni di tutti gli altri livelli dell'assistenza sanitaria per la sottostima del Fondo sanitario nazionale e per la mancanza di coerenza delle norme e di sanzioni nei confronti delle Regioni e Province Autonome che fossero risultate inadempienti.

Il Dpcm, infatti, lasciava alla discrezionalità regionale tutti gli atti applicativi della norma nazionale, senza standard vincolanti e, per di più, senza alcun monitoraggio e valutazione dei risultati.

Soprattutto, si trattava di prestazioni specialistiche senza alcun riferimento ai servizi che quelle prestazioni avrebbero dovuto produrre.

Non è un caso se anche per la salute mentale, il Servizio sanitario nazionale risulti una sorta di "vestito di Arlecchino".

A questi limiti generali se ne aggiungeva un altro, più specifico per la salute mentale.

La confluenza della salute mentale nell'ambito del più generale diritto alla salute dei cittadini è certamente una soluzione giusta, condivisibile, per la considerazione della unitarietà della persona, come sinolo di corpo e di mente, e per l'esigenza di una collaborazione tra le diverse sedi e i diversi servizi della sanità pubblica, ma questo inserimento ha finito per omologare la specificità della salute mentale al tradizionale paradigma scientifico della medicina, fatto di gerarchie e di specialismi fini a se stessi, di un rituale d'attesa della domanda, di apparati scientifici obsoleti, di rapporti duali e di separazioni strutturali tra Cure primarie e specialità, tra prevenzione, cura e riabilitazione.

In sostanza, proseguendo su un antico equivoco, si è voluto considerare "la malattia mentale una malattia come tutte le altre", una affermazione usata negli anni '60/'70, soprattutto in corrispondenza della legge n. 431/68 che aveva previsto uno spostamento dell'assistenza dal manicomio all'Ospedale civile nel quale erano contemplate "divisioni psichiatriche" in analogia con quanto stabilito per le altre patologie organiche.

Evitando di fare un'adeguata riflessione sui significati della rivoluzione psichiatrica, si è ignorato che l'insorgenza della malattia mentale si situa sempre in un percorso di vita e che la cura per la guarigione non richiede solo singoli atti specialistici, pur necessari, ma l'attivazione di un percorso terapeutico in cui influiscono sia i fattori personali che

le determinanti relazionali e sociali.

Anziché usare quelle esperienze per rinnovare il paradigma scientifico della medicina, cosa di cui c'era certamente bisogno, si è piegata la psichiatria ai modelli tradizionali della medicina, addirittura allo schematismo dei D.R.G. come se si potessero prestabilire e contabilizzare i tempi e i modi della cura per i malati di mente.

Oggi bisogna uscire da questa “camicia di forza” e introdurre una nuova e diversa impostazione per i “livelli essenziali di assistenza per la salute mentale”.

Non una tassonomia di singole prestazioni, non una predeterminazione astratta di tempi e modi, dunque, ma un percorso terapeutico unitario e globale per tutte le età della vita e in tutte le condizioni sociali, con interventi che si prendono carico della persona sofferente inserita nel suo contesto sociale nel quale vanno ricercate e mobilitate le risorse umane per un progetto di guarigione.

Il Titolo V della Costituzione. Nuovi Lea per la salute mentale

Nuove condizioni sociali e salute mentale

Dalla fine dei manicomi ad oggi molta acqua è passata sotto i ponti.

E' necessario, pertanto, registrare i cambiamenti intervenuti nella condizione sociale delle persone e delle popolazioni per valutarne le implicazioni e le conseguenze sul quadro epidemiologico delle malattie mentali, per elaborare un nuovo quadro di risposte e per stabilire una nuova governance degli interventi e dei servizi che renda esigibili i diritti di cittadinanza sociale per tutti, in tutto il territorio nazionale

In pratica, l'utenza uscita dai manicomi si è esaurita, ma una nuova cronicità si è sedimentata nel carnet dei Servizi sia per la scarsità delle risorse a disposizione sia per un ritardo pesante nella disponibilità di altri interventi, sia dei Servizi sociali, ancora poveri e disarticolati nelle Zone sociosanitarie, che delle Cure primarie che solo recentemente, qua e là, si sono aperte ad una collaborazione reciproca con i Dipartimenti di salute mentale.

Nello stesso tempo, si registra una crescente domanda, esplicita, di assistenza psichiatrica e sociale da parte dei minori e degli adolescenti che richiede ai Dipartimenti l'apertura di un nuovo capitolo dedicato alla salute mentale, ad interventi in età precoce e sui contesti sociali entro cui si manifesta il disagio psicologico e il disturbo psichico (la famiglia, la scuola, i gruppi e le aggregazioni giovanili)

Questa novità crescente della “questione giovani” è parte e conseguenza di un ampio e profondo cambiamento che sta avvenendo nelle condizioni di vita e di lavoro dei cittadini e nella struttura della famiglia e dei rapporti sociali.

La precarietà è l'assillo angosciante che attraversa tutta la società e rende fragili intere fasce di popolazione.

E' in atto, contestualmente, un'ampia e capillare “mutazione ideologica” verso un individualismo egoistico e autoreferenziale, chiuso in se stesso; di fatto si registra una

lacerazione di tutti i legami di solidarietà con nuove forme di separazione, di contrapposizione e di sottomissione servile che espongono le persone alla impotenza, alla frustrazione, alla perdita del senso di vivere.

Si assiste, così, ad una preoccupante usura della coesione sociale, alla caduta delle certezze e degli orizzonti collettivi e, dunque, al manifestarsi di un diffuso disagio psicologico, allo sviluppo degli stati d'ansia e delle forme depressive che riguardano in particolare i giovani, le donne e gli anziani.

Parlare di salute mentale, oggi, significa fare i conti con questo scenario culturale e sociale e sviluppare l'azione delle Istituzioni, dei Servizi alla persona e dei soggetti sociali per ristabilire nuovi vincoli, nuovi legami tra i singoli individui a cominciare da quelli che si realizzano con il lavoro e tramite il lavoro.

Legami nuovi, capaci di toccare la pluralità dei cerchi entro cui si esprime e si realizza la vita umana.

Entro questo orizzonte culturale, politico e sociale va collocata la formulazione dei nuovi livelli essenziali per la salute mentale sia per superare i limiti registrati in quelli in vigore sia per far fronte alle nuove esigenze di aiuto alle persone, ai gruppi sociali e alla Comunità.

E' la questione della consistenza e della qualità dei Servizi per la salute mentale, strumenti necessari per coagulare interventi di più e diverse professionalità, capaci di far fronte alla complessità e diversità della domanda di salute mentale dei cittadini, in tutto il territorio nazionale, e di mobilitare energie collettive per agire sulle determinanti sociali.

Per una legge nazionale sui Lea sanitari

Portare l'iniziativa dei movimenti, dei soggetti sociali e delle forze riformiste, nel Paese e nel Parlamento, sulla "questione dei diritti sociali" in una fase della politica nazionale tutta volta a smantellare quel poco di stato sociale conquistato e a ritrarre lo Stato dalle politiche di welfare può apparire velleitario e addirittura fuorviante rispetto alla durezza dello scontro in atto per salvaguardare la "sopravvivenza di un minimo sociale".

Al contrario, è proprio nel vivo dello scontro sociale che la difesa delle condizioni di vita si salda con la proposta di un nuovo ordine sociale fondato sui diritti di cittadinanza sociale e su un nuovo rapporto tra sviluppo economico e qualità della vita per tutti, a partire dalle fasce più esposte alla crisi sociale.

L'impegno per l'oggi è tanto più forte quanto più chiara e netta è la prospettiva che mobilita per il domani.

E' in questa fase che il richiamo alla Costituzione, nella lettera e nello spirito, costituisce il fondamento per il "nuovo ordine sociale" che deve garantire a tutti l'uguaglianza dei diritti civili e sociali.

La "rimozione degli ostacoli" (articolo 3) "l'unità sociale e politica della nazione" (articolo 5) e "l'universalità del diritto alla salute" (articolo 32) hanno il loro compendio e la loro traduzione concreta nell'articolo 117, lettera m) della Costituzione che "riconosce

allo Stato legislazione esclusiva per la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale”

Una legge dello Stato, dunque, valida erga omnes che, nell’ambito del più generale diritto universale alla salute dei cittadini, deve dare risposte coerenti e coordinate a tre ordini di problemi:

1. determinare i percorsi assistenziali per la salute mentale dei cittadini entro cui si situano le singole prestazioni;
2. tabilire gli standard nazionali degli interventi e dei servizi per la salute mentale in modo omogeneo in tutto il territorio nazionale;
3. garantire al Servizio sanitario nazionale le risorse finanziarie corrispondenti al valore economico degli standard per interventi e servizi.

Nessuno di questi tre aspetti, singolarmente preso, è efficace e sostenibile se vengono a mancare gli altri due.

Primo. La determinazione dei percorsi per la salute mentale

Non si parte da zero.

Il centrosinistra aveva avviato, nel 2006, la formulazione di un nuovo quadro dei Lea sanitari, introducendo un allargamento dei diritti nel campo della integrazione sociosanitaria, ma quella proposta, ancora lacunosa per la salute mentale, non è stata approvata dal Governo di centrodestra nel frattempo subentrato alla guida del Paese.

Nel confronto politico di questi anni, si è tentato di far coincidere i livelli essenziali con i livelli minimi di un welfare residuale, in modo da autorizzare lo Stato nazionale ad impegnare un minimo di risorse finanziarie e da addossare l’ulteriore carico di spesa alle persone, alle famiglie e agli Enti locali.

Con l’aggiunta di una ipocrisia di stato: nel Libro verde del Ministero delle politiche sociali, in nome di una enfatica e strumentale “valorizzazione della individualità e della iniziativa autonoma dei soggetti sociali”, si è lasciata la persona sola, esposta alla logica del censo che garantisce chi è già forte e abbandona chi è fragile e debole.

E’ uno stravolgimento della Costituzione e anche di buona parte della legislazione approvata negli anni passati

Il cambiamento deve essere radicale

Dalla attuale tassonomia di prestazioni, singolarmente determinate, è necessario passare alla determinazione dei percorsi assistenziali che comprendono, necessariamente, la “presa in carico” della domanda del cittadino, espressa o latente che sia, la predisposizione di un Piano personalizzato condiviso, la individuazione di un case manager che garantisce la persona in tutto il percorso terapeutico, la continuità assistenziale, il concorso dei servizi sanitari e sociali chiamati ad intervenire sulla situazione di sofferenza, la valutazione in corso d’opera dell’efficacia delle prestazioni e il riscontro dei risultati

raggiunti rispetto agli obiettivi del programma assistenziale.

Un percorso assistenziale in cui si situano le diverse prestazioni rivolte ai minori, agli adolescenti e agli adulti, nelle sedi formali (Centro di salute mentale, SPDC ospedaliero, Residenze sociali senza emarginazione) e nelle sedi informali (famiglia, scuola, lavoro, contesto ambientale...) in cui è chiamato ad operare il Servizio per la salute mentale.

Secondo. Gli standard per la rete dei Servizi per la salute mentale

Il compito dello Stato nazionale non può limitarsi all'elenco dei livelli essenziali delle prestazioni, ma deve proseguire fino a garantirne la esigibilità per tutti i cittadini, in tutto il territorio nazionale, come esplicitamente afferma l'articolo 117 della Costituzione.

A questo proposito è necessario un chiarimento.

A differenza di alcuni diritti civili, che discendono direttamente dalla Costituzione e sono automaticamente fruibili, come il diritto di parola, il diritto alla libertà personale o il diritto di voto, i diritti sociali hanno bisogno della mediazione politica per realizzare le condizioni strutturali del loro esercizio e per evitare che essi si configurino come "diritti di carta", come principi che non agiscono sullo stato di bisogno sanitario e sociale delle persone.

E' la questione della rete dei Servizi collettivi, strumenti necessari per la produzione dei percorsi e delle prestazioni alle persone.

E' stata un'astuzia del potere separare i livelli essenziali dai servizi che li garantiscono e una ingenuità dei movimenti cadere nella trappola di una "nozione di Stato" che si limita alla mera declaratoria dei diritti.

Per l'appunto, lo stato dei servizi é anche la questione che maggiormente differenzia una Regione dall'altra e che più in generale connota il deficit dello stato sociale italiano, povero di servizi collettivi e sempre propenso alla lesina di un assistenzialismo monetario o di un ricovero purchessia.

Questo è il puntum dolens di tutto il welfare italiano, qui sta anche una delle spiegazioni della disuguaglianza nei diritti di cittadinanza sociale tra gli italiani.

Spetta allo Stato garantire l'universalità e l'uguaglianza dei diritti e, insieme, l'unità sociale del Paese.

Gli standard per la rete degli interventi e dei servizi sanitari e sociali per la salute mentale, oltre a garantire un diritto troppo a lungo disatteso, costituiscono un avvio per una equa distribuzione territoriale delle risorse finanziarie del Paese.

Pertanto, se è giusto che siano le Regioni e le Province Autonome ad organizzare e realizzare la risposta alla domanda dei cittadini, è indispensabile che la legge dello Stato metta a disposizione in tutto il territorio nazionale una rete omogenea di interventi e di servizi per la salute mentale, quei servizi e quegli interventi che diventano diritti esigibili da parte dei cittadini.

L'omogeneità dei servizi si realizza attraverso standard di personale riferiti alla popolazione e ai flussi della domanda, ma anche attraverso una rete di presidi sociosanitari che devono essere disponibili per far fronte alla domanda di assistenza delle persone e delle

famiglie. Presidi flessibili, aperti, fortemente integrati nel contesto sociale per rendere sempre possibile il progetto di vita delle persone nell'ambito della comunità.

Standard che riguardano anche gli interventi per l'inserimento lavorativo e per il diritto all'abitare delle persone che in ragione del loro stato di salute rischiano l'abbandono e/o l'emarginazione sociale.

La "garanzia delle quantità" spetta allo Stato, previa concertazione con le altre Istituzioni e con i soggetti sociali; la conversione della quantità in qualità è compito dei Servizi, delle Regioni, delle Province Autonome e degli Enti locali che, per essere prossime alle persone e alla popolazione, sono in grado di far corrispondere e differenziare le prestazioni secondo le esigenze degli interessati.

Così è possibile coniugare la funzione unitaria dello Stato italiano con l'articolazione democratica dei poteri assegnati dalla Costituzione alle Regioni, alle Province Autonome e agli Enti locali, tutti chiamati ad operare sulla base del principio della "leale collaborazione" tra le diverse Istituzioni della Repubblica che è una e indivisibile.

I diritti dei cittadini sono lo scopo, le Istituzioni sono gli strumenti per realizzarne la universalità.

Pertanto, il federalismo va considerato come opportunità ed impegno per superare le disuguaglianze esistenti con uno spirito di emulazione e non di competizione tra le Regioni, per raggiungere nuovi livelli qualitativi di socialità e di unità sostanziale del paese Italia.

Terzo. Le risorse finanziarie per la salute mentale

La garanzia delle risorse finanziarie per garantire ai cittadini i livelli essenziali di assistenza sanitaria è il coronamento dell'impegno richiesto allo Stato italiano dalla Costituzione..

La legge n. 833/78 stabilisce che il Servizio sanitario nazionale italiano, uno dei migliori tra le nazioni più avanzate, sia finanziato dalla fiscalità generale.

Purtroppo, dal 1978 ad oggi, la sottostima del Fondo sanitario nazionale, quando più quando meno, è stata sempre una costante delle politiche governative cui si aggiunge, spesso, l'iniqua imposizione dei ticket che gravano sui malati incolpevoli.

Eppure, la spesa sanitaria in Italia, in rapporto al Pil, si aggira intorno al 7,3%, largamente inferiore alle quote dei Paesi dell'Ocse con pari sviluppo economico.

E' vero che l'Italia ha il terzo debito su scala mondiale e che le possibilità di spesa sono limitate, ma la spesa sociale, tra cui la sanità, deve essere correttamente considerata un fattore dello sviluppo del Paese e della ripresa del suo asfittico mercato interno.

In ogni caso, non possono essere le persone più fragili, e tra queste i malati mentali, a pagare il prezzo delle restrizioni economiche.

Quello che bisogna contrastare è lo spreco delle risorse e, dunque, realizzare il controllo qualitativo della spesa e la cancellazione delle tante lobby che assorbono risorse senza restituire produttività sociale.

La congrua copertura finanziaria per i Lea sanitari e il riequilibrio nella distribuzione

delle risorse tra le Regioni italiane sono i due cardini di una nuova politica per i diritti e per lo stesso Ordinamento federale del Paese.

La strada è quella della stima economica degli standard degli interventi e dei Servizi da realizzare.

In pratica, nella sanità italiana si tratta di passare dalla spesa storica, che ha accumulato nel tempo grande disparità tra le diverse parti del Paese, alla quantificazione e alla assegnazione delle risorse sulla base degli standard degli interventi e dei servizi che però vanno definiti, come qui si propone per la salute mentale, nella loro omogeneità territoriale per avere un Paese meno disuguale e più equo.

Per la salute mentale, la stima degli standard dei servizi porta l'impegno di spesa al 7% del Fondo sanitario nazionale che va assegnato alle Regioni con vincolo di destinazione e con onere di rendiconto per evitare che si riproducano i comportamenti omissivi di molte Regioni italiane, così come avvenuto verso le disposizioni del Progetto obiettivo 1998-2000 che assegnava alla salute mentale il 5% del Fondo sanitario nazionale.

Quella disposizione non è stata mai rispettata e nessuna sanzione è stata adottata dal Governo che ha il dovere di garantire i livelli essenziali (articolo 120 Cost.).

L'impegno di spesa, nei valori della quota pro-capite, deve essere assicurato comunque qualora il Fondo sanitario nazionale sia sostituito dal federalismo fiscale in applicazione dell'articolo 119 della Costituzione.

Garanzie devono essere assicurate anche per la disponibilità di risorse sull'articolo 20 della legge n. 67 del 1988 per la realizzazione dei presidi sociosanitari, sulla legge n. 68 del 1988 per l'inserimento lavorativo e sulle procedure per l'accesso all'abitare delle persone con handicap psichico.

In sostanza, si tratta di agire su tutte le normative che possono intervenire a sostegno delle persone con difficoltà psichiche.

Il cambiamento è profondo ed impegnativo, richiede certamente un'altra idea di stato sociale che ha bisogno di un nuovo ethos e di una nuova cultura di governo da parte delle Istituzioni pubbliche.

La tutela costituzionale del diritto alla salute mentale

Il diritto alla salute mentale è dovere delle Istituzioni e la Costituzione richiede una specifica vigilanza sui comportamenti delle Regioni, delle Aziende sanitarie e degli Enti locali cui è demandato il compito di garantire l'esigibilità del diritto.

In realtà, proprio sui Lea sanitari si è registrato negli anni il più massiccio e irresponsabile scaricabarile, con inadempienze che sono riuscite a sfuggire ad ogni sanzione giuridica e ad ogni rendiconto democratico con un cittadino confinato nella precarietà e nell'impotenza.

E' necessario, pertanto, accompagnare la determinazione dei livelli essenziali con una precisa declaratoria delle competenze dello Stato nazionale, delle Regioni e Province Autonome, delle

Aziende sanitarie locali e degli Enti locali, realizzando quel federalismo istituzionale

solidale e cooperativo in cui il ruolo dello Stato centrale non è cancellato, ma giustamente ed opportunamente modificato per mettere fine al centralismo burocratico ed amministrativo e per svolgere una funzione di indirizzo, di unità nazionale, di definizione delle regole, di garanzia dei diritti, di coordinamento e di controllo della loro esigibilità.

Si deve sapere con certezza "chi fa che cosa"

E' quello che vale anche per il diritto dei cittadini alla salute mentale.

L'articolo 120 della Costituzione riconosce al Governo un ruolo di controllo, fino a prevedere, addirittura, il potere sostitutivo nei confronti delle Istituzioni inadempienti "quando lo richiedono la tutela dell'unità giuridica o dell'unità economica e in particolare la tutela dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali prescindendo dai confini territoriali dei governi locali"

I diritti civili e sociali non hanno confini, non hanno limitazioni e restrizioni territoriali nella Repubblica italiana.

Quello che manca è il principio di reciprocità, quando è lo Stato nazionale, come accade ormai da molti anni, a venir meno al dettato costituzionale e si palesa inadempiente nei confronti degli articoli 117 e 119 della Costituzione.

Come in altri settori della vita pubblica, anche per la tutela dei cittadini nei confronti dello Stato centrale riguardo ai Lea civili e sociali è opportuno costituire un'apposita Authority indipendente, articolata a livello regionale e locale, titolata ad agire nei confronti delle Istituzioni inadempienti, con poteri conferiti dalla legge per ripristinare il diritto violato e/o per colmare i vuoti dovuti alla inerzia delle Istituzioni.

L'Authority, realizzata con legge nazionale, deve prevedere anche una adeguata partecipazione dei cittadini e delle loro rappresentanze.

Una garanzia democratica

La garanzia del diritto alla salute mentale, in uno stato di diritto, risiede senza dubbio nell'assunzione di responsabilità da parte delle Istituzioni sulla base delle leggi che stabiliscono i rispettivi doveri.

Il cittadino deve essere tutelato, ma è lo stesso cittadino che può concorrere, da protagonista, a questa garanzia.

Con l'entrata in vigore della legge 1 gennaio 2010, al cittadino è riconosciuta la facoltà di avanzare rimostranze non solo individuali, ma collettive (Class action), per adire alla Corte costituzionale, accrescendo così il suo potere contrattuale nei confronti delle Istituzioni inadempienti.

Ma il contributo del cittadino va oltre la protesta.

L'articolo 118 della Costituzione impegna le Istituzioni a favorire "l'autonomia iniziativa dei cittadini, singoli e associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale, sulla base del principio di sussidiarietà".

La Costituzione italiana, fatto nuovo e straordinario, legittima, dà valore e riconosce "funzione pubblica" alle iniziative dal basso volte all'interesse generale e promosse dalle

tante Associazioni di utenti, di familiari e di volontari che in questi anni, anche nella forma dell'auto-mutuo-aiuto, hanno aggiunto la risorsa culturale e umana della cittadinanza attiva al doveroso impegno delle Istituzioni e dei Servizi, in particolare dei Dipartimenti di salute mentale, partecipando alle scelte programmatiche e alla esecuzione degli obiettivi.

La partecipazione diretta dei cittadini è ad un tempo un contributo a dilatare i diritti e una presenza che consente di includere nella cultura della salute mentale il punto di vista della comunità, contributo importante per la qualità delle prestazioni.

Il senso di una proposta

Molte sono state le iniziative e le battaglie sostenute in questi anni nel Paese e nel Parlamento dalle Associazioni di cittadini, dalle Organizzazioni sindacali e professionali, dalle forze politiche avanzate per bloccare i tanti tentativi di controriforma dell'assistenza psichiatrica.

L'opposizione sociale e politica ha maturato nel Paese un grande patrimonio di sensibilità civile e sociale, di pluralità di esperienze, di contributi operativi, di nuove proposte per una nuova fase della riforma dell'assistenza psichiatrica volta alla salute mentale.

“I nuovi livelli essenziali dell'assistenza sanitaria e, tra questi, quelli per la salute mentale” possono essere, oggi, da un lato i contenuti di un programma di riforma del welfare italiano che può unire il vasto fronte di quelle forze politiche democratiche che aspirano a cambiare il Paese e dall'altro “una piattaforma” di proposte rivendicative, discusse e concertate, che possono coagulare l'impegno multiforme dei tanti e diversi soggetti sociali impegnati a garantire i diritti universali e nello stesso tempo a contribuire dal basso alla riforma del welfare con un rapporto sempre dialettico e costruttivo tra Istituzioni e società civile.

Dopo trenta anni e più dalla rivoluzione scientifica nel campo della salute mentale, oggi come allora, il contributo della soggettività sociale è garanzia dei diritti individuali e della riforma dello stato sociale che, per rinnovarsi e completarsi, deve poter contare sempre sul confronto e sull'alleanza tra nuova cultura, Istituzioni democratiche e Cittadinanza attiva.

La Costituzione italiana offre il terreno per questa costruzione democratica.

Capitolo 11

La salute mentale.

Il Dipartimento nelle Aziende sanitarie locali



12. Ex Ospedale Neuropsichiatrico di Arezzo, oggi sede universitaria, Agostino Pirella nel corso di un dibattito. In piedi l'autore di questo volume

11. La salute mentale. Il Dipartimento nelle Aziende sanitarie locali

Tra storia ed attualità

Non sarà mai sufficiente richiamare e sottolineare il fatto che la legge n. 180/’78, “Accertamenti e trattamenti sanitari volontari ed obbligatori”, ha raggiunto la sua massima potenzialità solo quando la riforma della psichiatria è diventata parte integrante della riforma della sanità italiana con la legge n. 833, approvata nello stesso anno, a distanza di soli sei mesi.

Per molto tempo, a partire dagli anni ’70, tutto il dibattito si è concentrato sugli aspetti del trattamento psichiatrico dei malati di mente, con le varianti ospedaliere e/o territoriali delle prestazioni.

Un’esigenza giusta e per molti aspetti preliminare per far fronte, senza abbandoni e senza vuoti di servizi, al problema della cura della persona affetta da disturbi psichici, alle esigenze che giustamente ponevano le famiglie dei malati e le Associazioni che di esse erano i referenti diretti, locali e nazionali.

Non solo.

Passare dalla chiusura e dall’internamento delle persone malate all’assistenza territoriale, senza approdi terminali dell’assistenza, richiedeva un forte investimento culturale, programmatico, finanziario e professionale sui nuovi servizi, tutti da costruire e da generalizzare per garantire “i livelli essenziali concernenti le prestazioni sanitarie e sociali in tutto il territorio nazionale.”

Bisognava costruire ex novo l’identità del Servizio di salute mentale, per consistenza e per qualità, in ogni Regione italiana e in ogni Azienda sanitaria locale, anche per essere e sentirsi di casa, a pieno titolo, nel SSN.

E’stata un’impresa improba, in mezzo alle resistenze, spesso alle ottusità della politica che ha fatto mancare non solo le risorse necessarie, ma la progettualità e le garanzie di cui la riforma aveva bisogno.

La precarietà e, spesso, l’inconsistenza dei Servizi per la salute mentale sono condizioni che vanno affrontate ancora oggi con la necessaria determinazione ed urgenza, perché l’identità e l’autorevolezza del Servizio psichiatrico, qualunque sia la sua organizzazione, non si realizzano con la penuria delle risorse finanziarie e professionali.

In aggiunta, la lunga fase della costruzione dei nuovi Dipartimenti ha dovuto fare i conti anche con una concezione riduttiva della riforma che ha identificato la salute mentale con le prestazioni della specialità psichiatrica. Nonostante ciò, risultati importanti sono stati raggiunti a testimonianza del valore intrinseco e della forza propulsiva della riforma che, a maggior ragione, deve essere valorizzata e sostenuta.

Prima di tutto nella struttura e nella funzionalità del Dipartimento di salute mentale.

Garantire la presa in carico collettiva del bisogno di cura e di salute, assicurare la continuità terapeutica, far lavorare insieme operatori delle diverse professionalità, rendere sinergiche le diverse culture e competenze, lavorare per programmi, considerare la soggettività delle persone come risorsa integrante del servizio sono tutti fattori importanti che fanno parte della cultura dei Dipartimenti di salute mentale, anche se non si può parlare di una conquista ovunque acquisita.

Non solo.

Le Istituzioni, le Regioni e le Province autonome, con il dibattito e il confronto promosso in Italia dalle avanguardie scientifiche, culturali e democratiche, ma anche dal complesso degli operatori e dalle Associazioni di cittadini, hanno messo a regime, un po' ovunque, un sistema di servizi per la salute mentale che si è misurato, sia pure con difficoltà, con i nuovi bisogni di salute mentale e ha costruito un nuovo rapporto con la cittadinanza attiva.

Molti Dipartimenti hanno incluso nella loro organizzazione le Consulte degli utenti e dei familiari, in diverse realtà c'è stata una collaborazione e una sinergia tra le Associazioni di Auto e Mutuo aiuto e i Servizi per la salute mentale, in ogni Regione e a livello nazionale sono sorti movimenti e Associazioni che hanno occupato il campo della soggettività collettiva per far valere la riforma. Sono le buone pratiche attivate che hanno alzato un argine, per ora insormontato, al tentativo regressivo che, nel tempo, ha riproposto, sotto mentite spoglie, la soluzione dell'internamento del malato di mente, con la tacitazione e l'occultamento della sofferenza in luoghi separati.

Il Dipartimento per la salute mentale si è radicato nel sistema sanitario delle Aziende sanitarie locali e da questo livello strutturale irreversibile è possibile e giusto partire per nuove e più complesse finalità, in particolare per agire per la salute mentale delle persone e della popolazione.

Tornare alla “833” e alla “328”

Nel dibattito culturale e politico per la salute dei cittadini è sempre giusto ed opportuno richiamarsi alle due leggi che hanno fatto la storia del welfare italiano: la riforma sanitaria (n. 833/78) e la riforma delle politiche sociali in Italia (n. 328/2000).

Non solo per ribadire la validità dei principi, ma per correggere le distorsioni applicative intervenute, per tener conto dei problemi nuovi che si presentano nella condizione sociale dei cittadini, dei risultati delle buone pratiche, nella ricerca scientifica e sociale e nei mutamenti istituzionali.

Il sistema sanitario e sociale italiano ha bisogno di cambiamenti per aderire ai nuovi bisogni di salute e anche per raggiungere una nuova appropriatezza e una maggiore sostenibilità economica.

La riforma sanitaria del 1978 aveva al centro la sanità territoriale e l'unitarietà tra prevenzione, cura e riabilitazione, un sistema che fa perno sul cittadino, sul suo bisogno di salute e fa convergere tutti i presidi sanitari sulla risposta più appropriata.

A questo obiettivo della riforma bisogna ritornare.

E' convinzione comune, scritta in tutti i Piani sanitari nazionali e regionali, che bisogna superare il centralismo ospedaliero, quello che in effetti si è avuto nei trenta anni di vigenza del SSN, e realizzare una circolarità di rapporti e di collaborazioni tra ospedale e territorio, con funzioni distinte, ma ugualmente importanti e responsabili.

Oggi, compito primario è, dunque, la sanità territoriale che, per l'appunto, è la sanità in sofferenza, rimasta sostanzialmente fuori della riforma e, pertanto, da costruire.

La cultura della salute mentale può essere fattore trainante di questo mutamento da realizzare e nello stesso tempo essa ha bisogno di questo cambiamento per realizzare le sue finalità.

Infatti, è nel crogiuolo della lotta per la chiusura del manicomio che sono stati recuperati ed enucleati il valore dell'unità della persona considerata nel suo rapporto con il contesto sociale, i principi della non emarginazione e della domiciliarità, dell'uguaglianza dei diritti di tutti, a partire dalla fasce più deboli, e dell'integrazione tra le diverse scienze, le diverse professioni e i diversi strumenti (servizi) che operano nel welfare locale.

E' con questo patrimonio di valori e di principi che la psichiatria entra a pieno titolo e con grande responsabilità nelle politiche per il welfare (salute e sociale) che si attuano o devono attuarsi nel territorio.

Non è un caso che i corifei del liberismo e del darwinismo sociale, sul piano teorico, e il Centro destra nostrano, sul piano politico, tentano di cancellare le due leggi dall'Ordinamento della società italiana e dalla politica sociale del Paese, perché considerate ostacolo al libero sviluppo del mercato, ignorando che quella fisiologia economica, se non regolata, produce disuguaglianze a getto continuo, sempre consegnate all'assistenza cui vengono tagliate, per di più, le fonti di alimentazione.

E' meno comprensibile e giustificato che aree del riformismo e della sinistra italiana bay passino a cuor leggero le due leggi che sono il prodotto più alto delle lotte democratiche e della progettualità sociale e politica che il nostro Paese ha conosciuto, dopo la Costituzione.

E' vero che sia il sistema sanitario che il sistema sociale vivono una stagione di ristrettezze e di continue aggressioni, cui è necessario rispondere a tutti i livelli, culturale, politico ed operativo, ma nessuna incertezza, e tanto meno nessuna concessione, devono manifestare quanti sono schierati, e sono molti, per l'applicazione della riforma dell'assistenza psichiatrica.

Troppo spesso si parla solo della "180" e assai poco della "833".

Invece, la legge n. 833, prima, e la legge n. 328, poi, sono i pilastri legislativi cui far riferimento per realizzare pienamente il mandato della legge n. 180 del maggio 1978.

Leggi che vanno ri-conquistate praticamente, impegnando la politica a fare la propria parte.

Il Dipartimento nella legge n. 833 del 1978

Inizialmente, dopo l'approvazione della riforma dell'assistenza psichiatrica, i Servizi per la salute mentale hanno avuto una grande eterogeneità in relazione alla qualità delle esperienze condotte in precedenza..

Benché la legge n. 833 del 1978 indicasse una chiara alternativa territoriale per la organizzazione dei Servizi per la salute mentale, varie sono state le letture e le interpretazioni di quel disposto legislativo che all'articolo 2, punto 8, lettera g) stabilisce l'obiettivo della "tutela della salute mentale, privilegiando il momento preventivo e inserendo i servizi psichiatrici nei servizi sanitari generali in modo da eliminare ogni forma di discriminazione e di segregazione, pur nella specificità delle misure terapeutiche e da favorire il recupero e il reinserimento sociale dei disturbati psichici"

Se si prosegue nella lettura del testo legislativo, si trovano indicazioni operative chiare e nette per l'organizzazione dei Servizi per la salute mentale, disposizioni che rendono evidenti le distorsioni successive e lo snaturamento della legge quadro del Servizio sanitario nazionale.

L'articolo 34, infatti, affida alla legge regionale "l'istituzione di servizi a struttura dipartimentale che svolgono funzioni preventive, curative e riabilitative relative alla salute mentale" specificando, subito dopo, che tali interventi "sono attuati di norma dai servizi e presidi territoriali extraospedalieri"

La legge quadro, istitutiva del SSN, che non ha ricevuto per questi aspetti smentite nella legislazione successiva, orienta dunque le Regioni a realizzare Dipartimenti per la salute mentale per adulti e minori al di fuori degli ospedali, con un baricentro territoriale che comprende le sedi naturali (famiglia, scuola, lavoro...), le sedi proprie, come il Centro di salute mentale, quelle del Servizio sanitario, tra cui l'Ospedale e quelle del Servizio sociale, tra cui le residenze abitative, per la necessaria integrazione e collaborazione, senza riprodurre separazioni e tanto meno emarginazione.

Perché non sorgessero equivoci, l'articolo 64 è ancora più esplicito e dettagliato e specifica che "E' in ogni caso vietato costruire nuovi ospedali psichiatrici, utilizzare quelli attualmente esistenti come divisioni specialistiche psichiatriche di ospedali generali, istituire negli ospedali generali divisioni o sezioni psichiatriche e utilizzare come tali divisioni o sezioni psichiatriche o sezioni neurologiche o neuropsichiatriche"

Oggi, a distanza di trenta anni dall'avvio della riforma della sanità, è necessaria una rassegna delle soluzioni date per la istituzione dei Dipartimenti per la salute mentale, per verificare prima di tutto la coerenza tra principi e applicazioni e per valutare, in aggiunta, lo strumento in rapporto alle nuove esigenze di salute mentale della popolazione.

Il Dipartimento in ospedale

Nelle Regioni nelle quali si è proceduto alla trasformazione in Azienda di tutte le strutture ospedaliere, capostipite la Lombardia, il Dipartimento per la salute mentale ha trovato collocazione, con tutto il suo organico, all'interno dell'ospedale.

E' evidente, in questo caso, una concezione meramente clinica del malato di mente, una soluzione che fa propria la sanità d'attesa, caratteristica della cultura tradizionale della medicina e una rinuncia a far convergere nel progetto per la salute mentale tutto il complesso dei servizi e delle risorse che la comunità può e deve mettere a disposizione.

Non è questo il tipo di Dipartimento indicato dalla legge n. 833/78 e non è questa la soluzione che corrisponde ai bisogni di salute mentale della popolazione.

Il Dipartimento gestionale

In molte Regioni italiane e in molte Aziende sanitarie locali si è realizzato un Dipartimento territoriale per la salute mentale, dotato di un proprio organico, di proprie sedi e di un budget finanziario, in applicazione del Progetto obiettivo approvato nell'anno 1998.

Questa soluzione, corretta applicazione della legge n. 833/78, ha dato un ruolo e una chiara e netta identità al Servizio per la salute mentale, ha contribuito ad affermare l'autorevolezza della psichiatria nell'ambito del SSN e ha dato molte delle risposte di cui necessitano le persone malate e le loro famiglie.

Con alcune cadute, però, come quando si è inteso concentrare e accentrare il ricovero dei TSO e dei TSV in un unico Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) dell'Ospedale provinciale, riproducendo di fatto reparti psichiatrici, spesso chiusi e separati.

Queste soluzioni devono essere corrette, riportate nella lettera e nello spirito della "833".

Non solo. Ora, bisogna fare un passo avanti e includere il trattamento psichiatrico e la cura delle persone nella salute mentale.

Da qui bisogna partire per superare il carattere settoriale del Dipartimento, la tendenza alla autosufficienza della psichiatria per entrare a vele spiegate nella rete dei servizi sanitari e sociosanitari del welfare locale, arricchendo le proprie potenzialità, senza perdere affatto la specificità del proprio ruolo, ma valorizzando la competenza professionale degli operatori e l'efficacia delle risposte in collaborazione con gli altri servizi e le altre culture professionali.

Senza ambiguità e senza diluizione della salute mentale nella genericità dei servizi sanitari e sociali che, tra l'altro, hanno bisogno d'essere consolidati e aperti alla collaborazione.

Il Dipartimento tecnico-scientifico

Dopo la fase di costituzione e di consolidamento dei Dipartimenti di salute mentale su base territoriale, sia pure con caratteri spesso eterogenei, la salute mentale può trovare finalmente il suo spazio operativo nella sede delle relazioni umane, nel distretto socio-sanitario che la normativa nazionale e la politica sanitaria di alcune Regioni italiane,

tra cui in primis la Regione Toscana, intendono costituire come nuovo baricentro della sanità pubblica.

Per ragioni epidemiologiche e per esigenze di appropriatezza, oggi il distretto sociosanitario è stato riconosciuto come una importante ed irreversibile centralità nel Servizio sanitario e ha registrato un impegno del tutto nuovo da parte della Regione Toscana, delle Aziende sanitarie e delle Autonomie locali.

Ambiti territoriali più rispondenti, strumenti appropriati di rilevazione e di conoscenza, nuove forme di Governo istituzionale, programmazione integrata, Piano regolatore dei servizi e dei presidi sanitari, sociali e sociosanitari, Bilancio del Distretto/Zona, Case della salute, partecipazione dei cittadini sono il nuovo biglietto da visita del welfare locale.

E' questa novità che richiede e consente alla psichiatria di rompere gli indugi e di compiere una decisa scelta di campo, tutta interna alle relazioni umane, tutta aperta alle collaborazioni con gli altri servizi sanitari e sociali territoriali e tutta impegnata a portare il suo contributo alla costruzione di un'area-sistema del welfare locale.

Ricordiamolo: la psichiatria non ha un secondo livello, ma opera fianco a fianco con i cosiddetti "servizi di base", anche se la domanda può essere filtrata da altri Servizi sanitari e sociali territoriali.

A questo punto, la competenza gestionale della psichiatria può e deve transitare dalla sede centralizzata del Dipartimento ad un ambito decentrato territoriale (primario) dove si colloca la sua articolazione funzionale per intervenire sugli effetti e sulle cause della malattia mentale, con risorse finanziarie e professionali ugualmente garantite e con progetti che hanno la loro ragion d'essere nel Distretto, parte integrante dell'Azienda sanitaria locale.

Dunque, la salute mentale nel distretto sociosanitario, senza perdere la sua identità e senza far venir meno la unitarietà e il coordinamento delle culture e delle esperienze che si realizzano nei vari distretti della comune Azienda sanitaria locale.

Prende motivazione e validità un Dipartimento di tipo nuovo, che non centralizza le attività e le decisioni operative, ma svolge funzioni di coordinamento, di promozione, di diffusione delle buone pratiche, di aggiornamento, di ricerca e di formazione, con adeguati strumenti di osservazione, con competenze e responsabilità ben precisate con Atto aziendale.

Un Dipartimento, dunque, di natura tecnico-scientifica, adeguata configurazione per la sanità toscana, giusta oggi, dopo trenta anni di consolidamento della identità del Servizio per la salute mentale.

Un Dipartimento, del resto, già prefigurato nel Piano sanitario 2008-2010 della Regione Toscana e da irrobustire di cultura professionale e di contenuti operativi.

Dalla psichiatria alla salute mentale

I mutamenti che oggi si registrano nella condizione sociale dei cittadini, dalla precarietà lavorativa alla fragilità della condizione umana, motivano una più ampia attenzione

ai problemi

della salute mentale per agire a monte della malattia, sui fattori che sono causa del disagio psicologico e del disturbo psichico.

Il crescente stato depressivo delle persone, dagli adolescenti agli anziani, non è solo un problema cruciale per la qualità delle cure, per l'attività dei Servizi e per la professionalità degli operatori, ma è anche e prima di tutto una complessa questione che rinvia alle cause della sofferenza individuale e collettiva..

E' la complessa e non risolta questione della prevenzione primaria in salute mentale di cui spesso si parla, per lo più in teoria, e che ancora non diventa progetto sistematico del Dipartimento di salute mentale e meno ancora obiettivo congiunto del complesso dei servizi sanitari e sociali e delle Istituzioni.

E' tempo di affrontare il problema che ha bisogno di un nuovo impegno a livello culturale e scientifico e di nuove pratiche, soprattutto se si tiene conto che prevenzione significa intervento sulle determinanti sociali, rimozione delle cause del danno e non già semplice adattamento delle persone alle condizioni date.

E' giunto il tempo per far uscire il Dipartimento di salute mentale dalla sua solitudine, dalla sua presunta autosufficienza e dalla sua sostanziale parzialità per ritrovare nell'ambito delle politiche del welfare locale il suo ubi consistam, a contatto e a confronto con i problemi di salute della popolazione, là dove i cittadini vivono e convivono, e con l'insieme dei servizi sanitari e sociali impegnati per la salute dei singoli e della collettività.

Oltre l'identità e il consolidamento del Servizio psichiatrico, e a partire dai livelli raggiunti, il problema che oggi si pone è quello della integrazione della psichiatria in un sistema sanitario e sociale per la salute dei cittadini.

Sapendo che non c'è salute senza la salute mentale.

E' a questo punto che torna utile l'inquadramento dell'assistenza psichiatrica nella riforma della sanità e, più ampiamente, nelle politiche di welfare nazionale e locale.

La salute mentale nel distretto sociosanitario

Quando la psichiatria è uscita dal manicomio ha incontrato, inevitabilmente, il mondo aperto delle relazioni umane, quel mondo da cui erano giunti gli emarginati per essere ristretti, coattivamente, come reclusi e spesso come segregati nella istituzione totale.

Quel territorio non era e non poteva essere considerato, tout court, come la "terra promessa" per il risanamento dei ricoverati e per il loro rientro nei contesti di vita.

Il distretto era poca cosa, poco più di una "espressione geografica".

Nessuna rappresentazione idilliaca, dunque, ma la considerazione realistica del territorio come sede delle contraddizioni, delle lacerazioni e del pregiudizio, ma anche come possibilità di vita e di nuova convivenza, come risorsa di solidarietà da tirare fuori dalla latenza e da valorizzare praticamente.

Andare nel territorio significava incontrare reticenze, obiezioni, opposizioni, povertà di servizi, ma anche disponibilità umane e su quelle contraddizioni bisognava collocare

il progetto di vita delle persone, siano esse provenienti dalle fortezze dell'internamento che dalle vecchie e sempre nuove lacerazioni presenti nella società..

Fu necessario un vasto e intenso lavoro sociale e politico per aprire la strada al recupero sociale dei ricoverati e per bloccare i nuovi flussi.

Le leggi conquistate per la riforma del welfare sono state e sono ancora uno dei punti di forza per una nuova progettualità territoriale, avendo dalla propria parte la forza del diritto e la tutela costituzionale.

Che non basta se viene a mancare, come è spesso mancata, la buona politica.

In quel territorio, con le lotte combattute dalle Organizzazioni sindacali, dalle Associazioni dei cittadini e dalle forze politiche riformatrici, portatrici di nuova cultura sociale, sono stati introdotti cambiamenti profondi nell'assetto sanitario e sociale, soprattutto nella struttura del Distretto sanitario, con un nuovo ruolo delle Istituzioni democratiche, con una più ampia configurazione geografica, con una più ricca dotazione di risorse e con nuove forme di partecipazione dei cittadini alle scelte e alla realizzazione degli obiettivi.

Il distretto sociosanitario, dopo la legge n. 229/'99, è oggi una nuova potenzialità che la democrazia partecipata e la buona politica devono portare in atto.

In questa potenzialità deve trovare tutto lo spazio necessario la psichiatria per partecipare, con la sua cultura e con i suoi strumenti, alla realizzazione delle politiche per la prevenzione, per la cura e la riabilitazione.

Con un nuovo indirizzo che è parte integrante della sanità di iniziativa, così come oggi si richiede da parte di Regioni come la Toscana.

Il distretto e i Lea per la salute mentale

Sappiamo che la psichiatria è chiamata ad agire sempre sulle condizioni di fatto per aprire varchi di umanizzazione nei luoghi del vivere e del convivere, ma ciò è possibile se c'è una bussola chiara, data dalla universalità dei diritti, dai principi dell'uguaglianza, dell'appropriatezza e della globalità e unitarietà degli interventi.

Se è vero che le leggi dell'assistenza psichiatrica e della riforma della sanità hanno aperto una strada nuova e complessa per il diritto alla salute, è altrettanto certo che nuovi passi in avanti devono essere compiuti per determinare e garantire nei fatti quel diritto, facendo riferimento all'articolo 117 della Costituzione che richiede alla legge dello Stato di "determinare i livelli essenziali concernenti le prestazioni civili e sociali da garantire in tutto il territorio nazionale"

E' una declaratoria fondamentale, perché i Lea per la salute mentale sono la traccia universale, condivisa e visibile, per impegnare le Istituzioni, i Servizi e i cittadini a costruire un welfare di comunità e anche perché ai livelli essenziali devono corrispondere le risorse necessarie per la esigibilità del diritto.

Nella revisione del Dpcm dell'ottobre 2001, sospesa dal Governo in carica, ma necessaria per una appropriata tutela della salute dei cittadini, è necessario tener conto della specificità della salute mentale e considerare le prestazioni all'interno di percorsi assisten-

ziali che assicurino la presa in carico, la continuità terapeutica e gli interventi di sostegno alla persona e alla famiglia nel contesto sociale di riferimento: formazione, abitabilità e residenzialità, lavoro, integrazione sociale.

Si tratta di provvedimenti che hanno tutti come ambito esclusivo di operatività il distretto sociosanitario all'interno del quale si situa il Servizio per la salute mentale, come articolazione di un Dipartimento di salute mentale al quale sono assegnate funzioni di indirizzo scientifico, di promozione, di coordinamento, di socializzazione delle buone pratiche e di programmi di formazione mirata e collegata alla pratica del Servizio.

La riforma dell'assistenza psichiatrica per completarsi ha bisogno di mettere nero su bianco, in una legge dello Stato, quanto stabilito dalla Costituzione italiana.

E' la proposta avanzata nel Convegno nazionale organizzato in Roma il 25 gennaio 2011 dal Centro "Franco Basaglia" di Arezzo e dalla Fondazione "A. Celli" di Perugia su cui è opportuno far convergere l'impegno della Cittadinanza attiva, della cultura dei Servizi, degli operatori e delle Istituzioni che hanno a cuore il diritto alla salute mentale degli italiani.

Il Dipartimento, tra identità e integrazione

L'articolazione del Dipartimento di salute mentale nei distretti sociosanitari consente di superare i rischi sempre incombenti nella psichiatria: la sua separazione settoriale, per un verso, la perdita della sua specificità in un indistinto servizio sociale, per un altro.

Si tratta di due opposte soluzioni che corrispondono ad altrettante distorsioni sia del valore unitario della persona che della natura e della funzione della psichiatria.

Nessuno può oscurare il fatto che la psichiatria è scienza e, dunque, professionalità per la conoscenza della sofferenza, delle sue cause prossime e remote e pertanto risorsa per umanizzare la vita e per rendere migliore la condizione umana.

Si tratta di posizioni già incontrate e discusse nel tempo, sia in Italia che altrove, sempre contrastate nel cammino della riforma e alla fin fine entrambe considerate ascientifiche, l'una sempre risultata parziale ed unilaterale, l'altra banalmente grezza e riduttiva, che sottrae quella conoscenza che è utile per rispondere al bisogno di salute e di cura delle persone affette da disturbi psichici.

La psichiatria mantiene per intero nel distretto la sua identità scientifica, la sua competenza e responsabilità come servizio che non ha altre sedi operative che l'ambito delle relazioni umane; nello stesso tempo il distretto consente alla psichiatria di agire, fianco a fianco, con altre scienze umane, con altre culture e altre professionalità per realizzare un sistema integrato di cure e un progetto per la salute mentale, cioè per la prevenzione degli stati di sofferenza individuali e collettivi.

Ciò è possibile, ma non scontato, sempre che la Regione e l'Azienda sanitaria locale siano in grado di assicurare le condizioni per un progetto coordinato, con integrazioni e sinergie tra i diversi servizi, e sempre che la politica sia capace di raccogliere le proposte dei servizi per intervenire sulle determinanti sociali della salute.

Le collaborazioni per la salute mentale

Per la promozione della salute mentale, il Dipartimento deve “uscire da sé” e stabilire rapporti di collaborazione quanto meno con la rete dei servizi sociali dei Comuni e con gli altri Dipartimenti aziendali.

Il primo e fondamentale rapporto deve essere costruito, a mezzo di norme regionali e di protocolli operativi, impegnativi e vincolanti, con la rete dei servizi sociali di competenza dei Comuni singoli ed associati.

Senza la garanzia delle risposte sociali territoriali, il percorso terapeutico è monco e rifluisce inevitabilmente nella medicalizzazione dell'intervento psichiatrico.

A questo proposito è indispensabile la definizione dei livelli essenziali di assistenza sociale, con le relative risorse finanziarie garantite dallo Stato nazionale.

A livello di ogni distretto sociosanitario, l'Unità operativa funzionale della salute mentale deve stabilire un rapporto di collaborazione con il sistema delle Cure primarie per intervenire precocemente sullo stato di sofferenza psichica e per assicurare prestazioni le più condivise ed integrate.

Gli effetti delle lacerazioni sociali, della precarietà lavorativa ed esistenziale, della crisi dell'istituto familiare, della solitudine e dell'anomia delle persone sono spesso all'origine del ricorso a sostanze artificiali che portano a stati di dipendenza e di sofferenza anche psichica per cui è sempre più necessario stabilire, con veri e propri protocolli condivisi, le forme di collaborazione e di integrazione tra i Servizi della salute mentale e il Servizio Tossicodipendenze della stessa Azienda sanitaria locale con particolare riferimento alla cosiddetta “doppia diagnosi”.

Se è vero che la cura appropriata della malattia costituisce la mission più urgente del Dipartimento di salute mentale, è sempre più necessario passare dagli effetti alle cause, dal danno al rischio, in altri termini alla prevenzione.

Per sviluppare analisi concrete dei fattori patogeni delle diverse situazioni lavorative ed ambientali e per delineare un sistema di interventi preventivi a più vasto raggio economico, sociale e politico, il Dipartimento della salute mentale deve stabilire un rapporto di collaborazione con il Dipartimento della prevenzione collettiva per la decifrazione delle condizioni lavorative e sociali che sono causa di alienazione, di stress e di sofferenza psichica delle persone e per avanzare proposte di cambiamento alle Istituzioni responsabili e competenti e ai soggetti sociali impegnati nelle attività di vita e di lavoro della popolazione.

La salute mentale e la prevenzione primaria

Dalla chiusura del manicomio in poi, il problema della cura dei disturbi mentali delle persone è parte integrante di una politica per la salute mentale.

Qui si registra una delle lacune più evidenti della politica nazionale, regionale e locale sia per la diserzione della politica sia per la complessità, e a volte per la vaghezza, del con-

retto di prevenzione nel campo della salute mentale che viene identificata, tout court, con il benessere individuale e collettivo

Il quale finisce per essere un orizzonte indeterminato che sfugge all'impegno dei Servizi e al cambiamento da parte della politica.

Il problema ha bisogno, infatti, di precisazioni e soprattutto di indicazioni per determinare il ruolo dei Servizi per la salute mentale nella prevenzione primaria.

Dalla conoscenza alla programmazione degli interventi

Il Dipartimento per la salute mentale, operando nelle condizioni di esistenza e convivenza, dunque nel distretto sociosanitario, produce conoscenza sullo stato di salute mentale delle persone e sulle cause prossime e lontane della sofferenza individuale.

Il Servizio sa anche da dove e come si producono i flussi espulsivi delle persone e sa quali sono gli approdi patologici della normalità malata.

Questo richiede di comprendere l'attività individuale degli operatori del Servizio in un programma comune di lavoro, predisposto e condiviso collegialmente, misurato sull'esperienza diretta e sui dati disponibili allo scopo di produrre una conoscenza del bisogno di salute della popolazione sulla base di una metodologia scientifica per la raccolta dei dati e per la loro elaborazione.

La cartella clinica informatizzata, l'archivio dei dati e il Registro delle patologie sono strumenti oggi indispensabili per il Servizio, perché consentono la predisposizione di un Profilo della salute mentale della popolazione da cui trarre progetti mirati per interventi sui diversi contesti sociali, quali la famiglia e la condizione residenziale, la scuola, l'attività lavorativa, le sovrastrutture ideologiche presenti nel senso comune.

Il Profilo della salute mentale, è bene sottolinearlo, è parte integrante del Profilo generale di salute della popolazione che il Distretto sociosanitario deve necessariamente predisporre per il Piano integrato di salute che impegna le Istituzioni, il Comune singolo o associato, ad intervenire per rimuovere le cause che sono alla base del disagio psicologico e del disturbo psichico con una visione unitaria che prende in considerazione la globalità della condizione umana e sociale.

Si tratta di Piani che coinvolgono i cittadini in tutte le diverse fasi e in tutti i diversi ambiti i quali, pertanto, diventano protagonisti consapevoli del cambiamento. E' anche così che si innalza la cultura della popolazione e se ne cambia il senso comune.

Questi percorsi di lavoro del Servizio per la salute mentale, che partono dalla sofferenza documentata delle persone per giungere alla rimozione delle cause, mettono la prevenzione su basi concrete e sottraggono la salute mentale a quella indeterminatezza e inafferrabilità su cui troppo spesso si perde lo scopo stesso del Dipartimento per la salute mentale.

Questa nuova operatività del Servizio richiede un nuovo modo di lavorare di tutti gli operatori in cui l'impegno delle diverse competenze professionali si coniuga e si completa con il lavoro di gruppo o dipartimentale, non come somma di saperi ma come nuova cultura professionale che parte dal programma condiviso, passa per la sua attuazione per

ritornare al programma che interviene sulla condizione sociale dei singoli, dei gruppi e della popolazione. Questa visione globale della salute della popolazione si compie solo nel distretto sociosanitario che oggi ha o può avere gli strumenti, le risorse e i poteri per un progetto-salute che nasce dall'incontro e dalla collaborazione, possibile ma da realizzare, di tutti i servizi sanitari e sociali e da una nuova alleanza tra cittadinanza attiva, operatori sanitari e sociali e Istituzioni democratiche, rappresentative dei cittadini.

Partire presto

I dati in possesso dei Servizi di salute mentale documentano una crescente incidenza degli stati di disagio psichico a partire dalla prima infanzia per svilupparsi a livello dell'adolescenza e consolidarsi nell'età adulta.

Da qui l'esigenza di dotare la salute mentale, nell'ambito dell'unico Dipartimento, dei necessari servizi per i minori e delle corrispondenti competenze professionali (neuropsichiatri infantili, psicologi, infermieri, educatori, terapisti del linguaggio.....) e di agire, sulla base dei dati di conoscenza, sulle condizioni familiari, sulla rete delle istituzioni formative, sui contesti amicali con un rapporto di collaborazione con le diverse Istituzioni (i Comuni, la Scuola,.....) competenti e responsabili della programmazione e della gestione delle attività sociali.

E' necessario intervenire presto, a monte del disagio psichico, nella prima fase della vita e nelle agenzie formative in cui si struttura la personalità: questo è il modo più appropriato per rendere efficace la prevenzione primaria.

La scuola

E' stata una grande conquista la chiusura delle Classi differenziali e delle Scuole speciali con la contestuale iniziativa volta ad aprire la scuola di tutti alla compresenza e alla integrazione dei minori con difficoltà fisiche, sensoriali e psichiche.

L'Italia, in sintonia con il movimento antistituzionale per il superamento delle strutture chiuse, si è data una legislazione innovativa e civile per il cambiamento dell'assetto scolastico con una pratica educativa, sociale ed istituzionale che ha dimostrato la giustezza e la fattibilità di un nuovo principio educativo che ha nell'uguaglianza dei diritti dei minori il suo asse portante e nella riforma della scuola e dell'insegnamento il suo coerente obiettivo.

Molta strada è stata percorsa e un grande lavoro pedagogico è stato realizzato dall'Istituzione scolastica, dagli insegnanti, dagli operatori sociali, dai familiari e dalle Amministrazioni locali. Per questo aspetto, è giusto riconoscere che l'Italia si colloca, senza enfasi retorica ma con alto senso di responsabilità, all'avanguardia del mondo.

Con la stessa onestà intellettuale e politica, bisogna sottolineare che su quella strada resta ancora un gran lavoro da svolgere per il necessario sostegno educativo e sociale all'inclusione sociale, a tutti i livelli delle agenzie formative (dall'asilo nido all'Università),

per la formazione degli insegnanti e per una più sistematica integrazione tra i servizi educativi, sanitari e sociali.

Pertanto, è necessario garantire alla Scuola e ai Servizi ad essa collegati il necessario investimento di risorse scientifiche, culturali, finanziarie ed organizzative da parte dello Stato nazionale, delle Regioni italiane e delle Autonomie locali-

Il diritto al lavoro

Nel percorso terapeutico della persona con disturbi psichici il problema dell'inclusione sociale si presenta in forme acute per il rischio che incombe di perdere il lavoro quando c'è e/o di non trovarne affatto uno adeguato quando la persona è in attesa di occupazione.

In Italia, il lavoro è un diritto debole per tutti, tanto più per chi manifesta difficoltà nei rapporti interpersonali per ragione di malattia o di invalidità fisica e psichica.

La Costituzione, per questo aspetto, è ancora una Carta scarsamente applicata.

Le imprese, quando ispirate dalla logica della massima convenienza economica, non si fanno carico dei diritti umani ed emarginano ed espellono chi non può reggere i ritmi della massima produttività.

Tanti giovani con disturbi psichici, anche quando inseriti in percorsi di pre-formazione e di formazione, subiscono pesanti frustrazioni e regrediscono nella chiusura di sé quando per essi non si apre la prospettiva di un lavoro gratificante, condizione per l'autonomia della persona e per l'assunzione di responsabilità nel progetto di vita.

Un impegno straordinario è richiesto alle Istituzioni, al Governo nazionale, alle Regioni, alle Province autonome e alle Autonomie locali, tutte e tra loro coordinate, per stabilire con le imprese private e le cooperative sociali di ogni tipo un Patto di solidarietà per garantire quel lavoro che il mercato, se lasciato solo, non assicura alle persone abili e tanto meno a quelle diversamente abili.

Per di più, bisogna sottolineare che non c'è bisogno di un lavoro purchessia, ma di una inclusione della persona fragile in un'attività lavorativa con un progetto personalizzato che consenta la massima espansione delle energie umane presenti in ogni persona.

Se il punto di riferimento è la legge n. 68 del 1999, la sua applicazione ed estensione a tutti gli aventi diritto deve essere assicurata da un vero e proprio Patto per il lavoro, corredato di provvedimenti finanziari adeguati, che parte dal Governo nazionale e coinvolge tutte le Istituzioni, tutti i soggetti sociali, rappresentativi delle imprese e dei lavoratori, delle Associazioni dei cittadini e la rete dei Servizi sanitari e sociali impegnati nelle problematiche della fragilità delle persone.

Il diritto all'abitare

Il diritto alla domiciliarità dell'assistenza è uno dei principi fondamentali della politica sociale e in particolare per la salute mentale. Ogni forma di sradicamento sociale è

di fatto un contributo alla sofferenza della persona e un'ulteriore difficoltà per un progetto di cura e di guarigione.

Questo significa prima di tutto che ad ogni persona, soprattutto se affetta da disturbi mentali, deve essere assicurato il diritto alla casa di civile abitazione con interventi e procedure che aiutano la persona a rimanere nel proprio contesto familiare e sociale.

Anche quando i Servizi per la salute mentale devono ricorrere, temporaneamente, a soluzioni abitative diverse dall'abitazione dell'assistito, i presidi sociali e/o sociosanitari realizzati in ogni distretto sociosanitario devono essere improntati ai principi della prossimità, della vicinanza e della familiarità per evitare ogni allontanamento improprio della persona con disturbi psichici dalle relazioni familiari e dai contesti sociali.

In ogni distretto sociosanitario, sulla base di standard stabiliti nella programmazione regionale, devono essere previsti ed attuati Centri di accoglienza e Residenze flessibili e aperte, di piccole dimensioni, che siano di aiuto alla persona sofferente e alla famiglia.

La lunga pratica dei migliori servizi ha enucleato alcune tipologie che si sono mostrate utili ad affrontare situazioni di particolare difficoltà sanitaria e sociale. Si tratta di Alloggi diurni e

notturni per l'emergenza, di Centri diurni, di Case famiglia, di Gruppi appartamento, di Comunità di tipo familiare, di strutture di ricovero temporaneo per il sollievo delle famiglie.

Tali tipologie hanno un valore indicativo, perché la rete dei servizi e dei presidi territoriali deve essere modellata sui bisogni di salute e di cura delle persone e pertanto esse devono rispondere ad un duplice obiettivo: da un lato esse devono dare garanzia di risposte certe alle persone e alle famiglie tutte le volte che il bisogno si manifesta e dall'altro esse devono essere sempre aperte alla progettazione della vita da parte delle persone interessate.

La garanzia e la certezza della realizzazione e della disponibilità di tali presidi territoriali sono garantite dal Progetto obiettivo regionale che è parte integrante del Piano sanitario e del Piano sociale regionale, integrati tra di loro, in cui devono essere previsti appositi standard di quantità e di qualità per le tipologie semiresidenziali e residenziali, il crono-programma delle realizzazioni e le risorse necessarie per la loro attuazione con i necessari vincoli di destinazione, le procedure di accesso da parte dei soggetti della gestione, le forme di intervento sostitutivo in caso di inadempienza da parte delle Aziende sanitarie cui gli atti di programmazione sono indirizzati.

In particolare, sul problema devono essere previste forme di responsabilizzazione da parte dei Direttori generali delle Aziende sanitarie locali.

A questo fine, è opportuno prendere in considerazione, da parte delle Regioni, la conversione dei patrimoni già destinati agli ospedali psichiatrici (là dove ancora disponibili) per garantire l'attivazione della rete dei presidi sanitari e sociosanitari previsti negli atti di programmazione nazionale, regionale e locale.

In ogni caso, è necessario stabilire un percorso di accesso preferenziale all'articolo 20 della legge n. 67 del 1988, necessariamente ed adeguatamente impinguato.

Agire nei contesti sociali

Le Istituzioni, lo Stato, le Regioni e le Autonomie locali, ciascuna al proprio livello delle competenze, hanno il compito e la possibilità di perseguire l'obiettivo della salute mentale qualificando il welfare con un salto culturale nella politica di governo per far entrare "il principio di salute in tutte le politiche" (Raccomandazione OMS) attraverso la programmazione concertata e condivisa.

La quale, pertanto, ci deve essere e deve essere mirata, volta ad agire sull'esistente per contrastare i flussi dell'emarginazione e per superare gli stati di solitudine e di abbandono con una rete di servizi e di presidi tutti volti all'inclusione sociale delle persone.

E' quello che ancora manca ed è quello che è richiesto allo Stato, alla Regione e alle Autonomie locali

E' certamente vero che i Comuni hanno trovato e trovano difficoltà ed ostacoli crescenti nello svolgimento delle proprie funzioni, tutti dipendenti dalla crisi dell'economia e della società italiana e dalle politiche nazionali, ma è anche vero che era possibile, ed è ancora possibile, orientare le scelte e le energie della collettività anche con i (pochi) mezzi a disposizione, non solo finanziari, verso un welfare centrato sulla rimozione degli ostacoli, sulle cause prime, sulla domiciliarità, sull'integrazione dei servizi e delle prestazioni, sulla valorizzazione delle risorse della comunità.

I ricoveri impropri sono un costo insostenibile e nel welfare, sanità e sociale, la spesa per le rette è in gran parte da spostare sulla domiciliarità con la programmazione.

La prevenzione primaria, quella che agisce sulle determinanti sociali nasce concretamente dalla bonifica delle iniquità esistenti.

A questo obiettivo possono dare un contributo conoscitivo e mirato i Servizi per la salute mentale, desumendo dalla loro pratica sanitaria le informazioni utili per superare, hic et nunc, gli stati di lacerazione e di deprivazione sociale, di precarietà lavorativa ed esistenziale, di emarginazione e di solitudine.

I Servizi per la salute mentale hanno un ruolo insostituibile nella diagnosi delle lacerazioni e delle forme di emarginazione e di istituzionalizzazione delle persone, soprattutto se fragili.

Passare dagli effetti alle cause, risalire dalle ingiustizie alla loro cancellazione è la strada più concreta per realizzare una condizione più equa della società e per stabilire un rapporto dialettico tra Istituzioni e Servizi per la salute mentale.

Dove ognuno ha un ruolo, distinto, ma interdipendente.

Questo richiede, evidentemente, un nuovo modo di governare, prima di tutto mettendo in pratica la programmazione (Il Pal aziendale e i Pis in ogni distretto sociosanitario) che non è un atto singolo (una tantum) e tanto meno un documento cartaceo, ma una guida vincolante negli atti concreti, successivi e permanenti delle Istituzioni e il riferimento per un nuovo modo di lavorare dei servizi. (programmato, partecipato, documentato e verificato).

Il concorso dei cittadini e le garanzie del diritto

In ogni Dipartimento di salute mentale e in ogni distretto sociosanitario deve essere istituita la Consulta per la salute mentale cui attribuire, ad ogni livello, il compito di formulare pareri richiesti obbligatoriamente nelle scelte di programmazione.

La Consulta ha compiti di verifica e di promozione delle iniziative per la salute mentale e, a questo fine, può disporre di contributi del Centro di Servizi del Volontariato e di un budget stabilito nel bilancio dell' Azienda sanitaria locale.

E' compito delle Istituzioni, a norma del comma 4 dell'articolo 118 della Costituzione, favorire lo sviluppo delle Associazioni di Auto e Mutuo aiuto che svolgono le attività in collaborazione con i Servizi di salute mentale.

In ogni Regione e Provincia autonoma deve essere istituita un' Authority, indipendente dalle Istituzioni, con la partecipazione di esperti designati dalla Regione, dalla Provincia autonoma e dalle Associazioni degli utenti e dei familiari, per la valutazione della qualità dei Servizi della salute mentale, dotata di poteri di ispezione, di controllo, di documentazione e di messa in mora delle Istituzioni del Servizio sanitario nazionale inadempienti riguardo ai livelli essenziali di assistenza per le persone affette da disturbi psichici.

Il ruolo della cultura

E' indubbio che la salute mentale soffre se costretta in un letto di Procuste dominato dall' individualismo, dal disimpegno, dalla sfiducia nella validità dell' impegno comune.

Il cambiamento della qualità della vita non viene da sé e neppure da un pur necessario e doveroso impegno delle Istituzioni. Che da solo non basta.

Il progetto per la salute mentale ha bisogno di un impegno della cultura per una nuova creatività sociale e per nuovo senso comune, della partecipazione degli utenti e dei soggetti sociali che organizzano la solidarietà collettiva.

Il Dipartimento di salute mentale, inteso come insieme di tutti gli operatori che lo costituiscono, ha tra i suoi compiti quello d' essere sentinella combattiva contro la "insozialità del sociale" e, insieme, promotore dell' innovazione e della coesione sociale.

Come è accaduto nel passato, c'è un ruolo degli intellettuali e dei professionisti della salute mentale i quali, a partire dalla pratica di lavoro e dalla conoscenza dei processi di emarginazione, possono costituire una spina nel fianco dell' ordine costituito e aprire con le forze sociali interessate confronti e spazi di iniziativa per dare le risposte utili e possibili e nello stesso tempo per gettare le basi di un diverso ordinamento sociale.

Un ruolo analogo, sia pure in condizioni del tutto diverse, a quello svolto da Franco Basaglia e da Psichiatria Democratica negli anni '70-'80.

Questo può avvenire se le diverse pratiche ed esperienze contribuiscono alla elaborazione di un pensiero comune e alla definizione di una posizione autonoma della cultura, tutta dalla parte dei diritti delle persone, senza chiusure elitarie, fini a se stesse, e neppure senza deleghe in bianco alle Istituzioni

Nella costruzione di una nuova socialità c'è sempre, ed è utile che ci sia, uno spazio

e una responsabilità degli intellettuali che partono dal sociale, dai bisogni dei cittadini, per comprendere e chiamare in causa l'etica e la politica.

Dipartimento di salute mentale e Università

Né la legge "180" né la legge n. 833, entrambe riformatrici del Servizio sanitario nazionale, hanno dato indicazioni chiare sul ruolo dell'Università nella salute mentale, se non la richiesta di un Accordo di programma con le Regioni per una collaborazione sui compiti della ricerca, della didattica e dell'assistenza, tutti riferiti e collegati ai principi e agli obiettivi della riforma sanitaria.

Un'indicazione di massima, coerente, ma forse troppo generica per essere impegnativa e per stabilire una sinergia tra i due sistemi.

Che in realtà sono rimasti in gran parte distinti e separati, con propri ordinamenti, con propri strumenti e con proprie filosofie, spesso non convergenti.

La riforma della sanità solo in alcune realtà e per alcuni settori è entrata nell'Università, assai poco e raramente degli Istituti di psichiatria..

La cosa non può certo sorprendere, e non sorprendevo Franco Basaglia, visto che in tutta la stagione della lotta per la riforma dell'assistenza psichiatrica l'Università ha marcato una siderale assenza ed estraneità.

Il danno di questa estraneità è pesante e la domanda di cambiamento è pressante.

L'Università deve contribuire alla ricerca della eziologia delle malattie, alla formazione degli operatori sanitari, all'assistenza della popolazione, considerando il territorio come il campo privilegiato del proprio mandato istituzionale, portando nel territorio i propri strumenti di indagine, le proprie culture, le proprie competenze, i propri operatori, i propri criteri valutativi.

Lo studio clinico delle malattie mentali deve potersi esercitare nell'ambito delle relazioni umane, portando ad esaurimento i reparti psichiatrici che sono retaggio di una tradizione clinica da rivedere perché essa ha come suo ambito applicativo non solo il posto letto, ma le sedi del vivere e del convivere.

A queste finalità devono essere indirizzati gli Accordi di programma tra Regione ed Università e tra questa e le Aziende sanitarie locali titolari della competenza per il diritto alla salute mentale, avendo a riferimento, tassativamente, i principi delle due leggi quadro e in particolare il diritto delle persone a perseguire, sempre ed ovunque, un proprio progetto di vita, di guarigione e di integrazione sociale.

Mai emarginazione, per nessuno e per nessuna ragione.

Il Dipartimento di salute mentale, con competenze tecnico-scientifiche, articolato nella rete distrettuale per l'operatività, è la sede comune di una collaborazione tra Università e Servizio sanitario regionale per la ricerca, per la didattica e per l'assistenza nella rete territoriale delle sedi operative.

Gli appuntamenti

Tutta la sanità italiana si trova oggi in una fase che richiede correzioni strutturali, spostamento di risorse verso il territorio, il tutto ispirato ai principi delle leggi quadro che l'Italia si è data per la riforma della sanità e del welfare nazionale e locale.

E' problema nazionale, perché riguarda il diritto di tutti i cittadini ai "livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e sociali" e perché i cambiamenti strutturali ed organizzativi del Servizio sanitario nazionale impegnano tutte le Istituzioni e l'insieme della società italiana.

La strada indicata dalla Costituzione è quella della "leale collaborazione interistituzionale", tanto più che gli interventi vanno fatti in corso d'opera, mentre la macchina cammina.

Ci sono compiti e responsabilità del Governo e del Ministero della salute, in particolare per la determinazione dei nuovi livelli essenziali di assistenza e per l'adeguamento del Fondo sanitario nazionale.

Mala tempora currunt e una nuova politica sociale nazionale è indispensabile non solo per garantire i diritti e l'inclusione sociale, ma per rendere possibile un nuova qualità dello sviluppo economico del Paese.

Nello stesso tempo, il problema si pone in tutte le Regioni italiane, anche se non tutte le Regioni sono allo stesso punto di partenza, e non tutte allineate per affrontare la nuova fase della sanità territoriale.

C'è chi è avanti e chi indietro, chi ha fatto il salto culturale e politico e chi è ancora attestato sulle posizioni del centralismo ospedaliero e dell'aziendalismo fine a se stesso.

La Regione Toscana da tempo ha portato il suo impegno nella sanità territoriale e da tempo ha posto l'esigenza di realizzare un nuovo distretto sociosanitario, con molte innovazioni, quali il Governo unico degli Enti locali, il sistema delle Cure primarie, la sanità di iniziativa e il Chronic Care Model, la rete delle Case della salute, un nuovo rapporto tra ospedale e territorio.

La psichiatria, con la sua cultura e la sua operatività, può essere ancora una volta fattore di innovazione e di nuova integrazione tra le politiche, i programmi e gli interventi del Servizio sanitario nazionale per la salute dei cittadini.

Anche oggi, come trenta anni fa, è il momento per la psichiatria di fare la propria parte, non predicando il dover essere, ma cercando di essere fino in fondo, coerentemente, se stessa.

Capitolo 12
La Salute in carcere:
una riforma da applicare
2009



Centro Promozione
per la Salute
"Franco Basaglia"



Con il patrocinio di



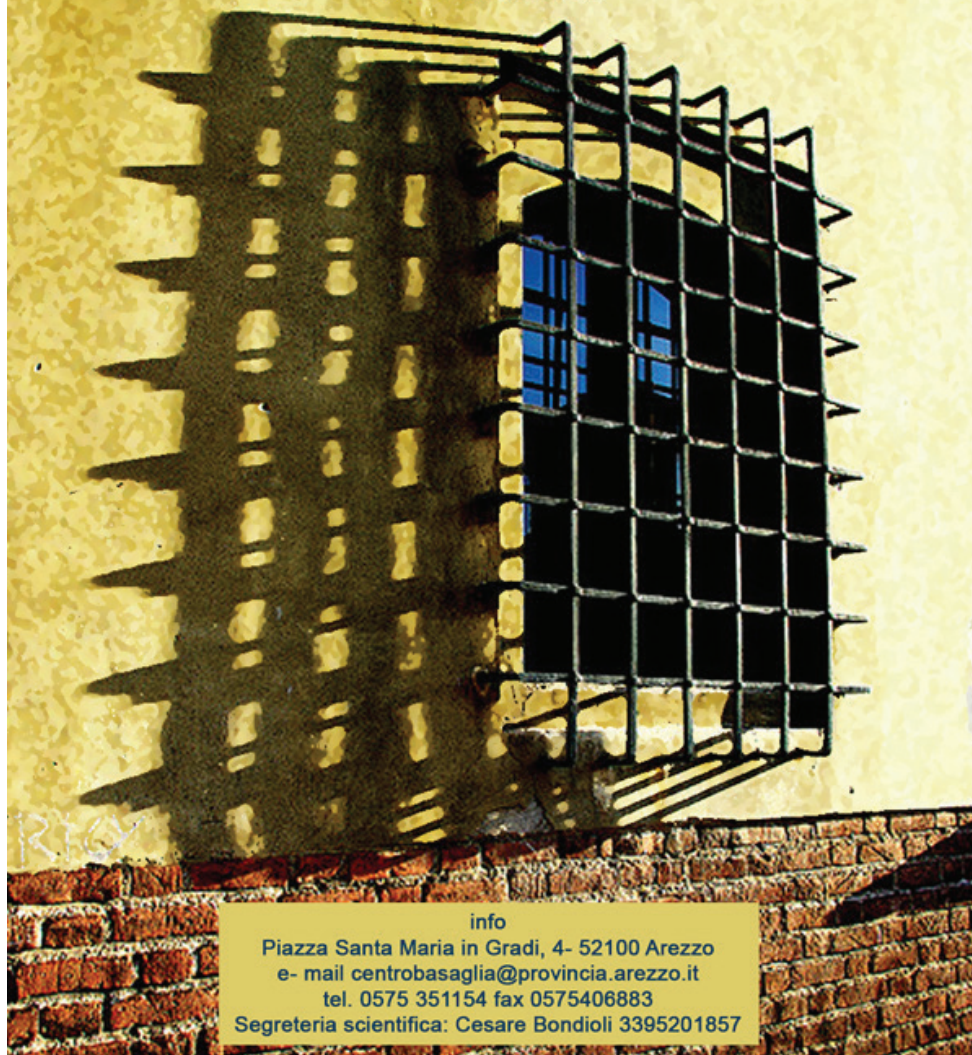
CONVEGNO NAZIONALE

Adempimenti nazionali, regionali e locali per la chiusura
degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari

(Legge n. 9 del 17 febbraio 2012, art. 3-ter)

Firenze, Venerdì 18 maggio 2012 Auditorium Ente Cassa di Risparmio di Firenze

Via Folce Portinari, 5 r - Firenze



info

Piazza Santa Maria in Gradi, 4- 52100 Arezzo

e- mail centrobasaglia@provincia.arezzo.it

tel. 0575 351154 fax 0575406883

Segreteria scientifica: Cesare Bondioli 3395201857

13. *Convegno Nazionale per la chiusura degli OPG* promosso dal Centro "Franco Basaglia" di Arezzo e dalla Regione Toscana

12. La Salute in carcere: una riforma da applicare*

La salute, un diritto per tutti

Nell'anno 2008, con qualche iniziativa sparsa qua e là, ma in modo per lo più rituale, si è celebrato il trentesimo anniversario delle leggi n. 833 "Istituzione del Servizio sanitario nazionale", n. 180 "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori" e n. 194 "Norme per la tutela della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza".

A dire il vero è stato un compleanno avaro di riconoscimenti e tanto meno di contributi, dal momento che per i prossimi anni 2010 e 2011 le misure politiche del Governo in carica hanno previsto tagli al Fondo sanitario nazionale per oltre 5 miliardi di euro.

Un colpo duro, difficile da assorbire.

E non è tutto, perché a leggere il "Libro Verde" del Governo si lascia intravedere un futuro fosco. fatto di Fondi sanitari integrativi, di aree assegnate alla mutualità, misure che dovrebbero spostare sui cittadini parte dell'onere dell'assistenza sanitaria oggi garantita dal Servizio sanitario pubblico.

In questo mare di allarmi e di progetti regressivi, al termine della passata legislatura interrotta anzitempo, con il Dpcm del 1° aprile 2008 è giunto un bel regalo di compleanno al Servizio sanitario nazionale, portando in dote la *riforma della sanità penitenziaria*, il diritto alla salute dei detenuti e degli internati, un diritto che era stato espunto dalla legge n. 833 con chiara scelta politica dipendente dalla nozione di carcere come "struttura totale", separata dalla società.

Se non che il provvedimento è caduto nelle mani del Governo di centro-destra che considera la sanità penitenziaria un regalo imbarazzante e ingombrante, forse da affidare opportunisticamente alla esclusiva responsabilità delle Regioni.

Infatti, ad un anno dal Decreto del Presidente del Consiglio anche gli atti dovuti, i più semplici come il trasferimento delle risorse finanziarie, sono maledettamente ritardati e il rischio di un vuoto nel governo della legge è sempre una spada di Damocle.

A dire il vero, il Sottosegretario on.le Ferruccio Fazio, in più occasioni, ha affermato che "pacta servanda sunt", ma a queste rassicurazioni, di cui è giusto prendere atto, non sono seguiti ancora gli atti necessari e attesi e tanto meno l'affermazione e la pratica di un ruolo attivo del Governo nazionale per l'applicazione della riforma.

C'è da constatare, purtroppo, che le riforme in Italia, per quanto giuste e civili siano, hanno il ricorrente e triste destino di cadere nelle mani di coloro che le hanno osteggiate

* In "Antigone". Quadrimestrale di critica del sistema penale e penitenziario. Anno IV n.1 2009. Pgg. 130-148

e che sono portatori di culture diverse, spesso opposte. Così è accaduto con la legge n. 833, con la legge n. 180 e con la legge n. 194, tutte del 1978, approvate nella fase della Solidarietà nazionale e tutte gestite negli anni a seguire da Ministri liberali che in Parlamento, ironia della sorte, avevano votato contro quelle leggi.

Questo richiamo alla storia delle leggi di riforma sociale in Italia è un monito per tutti i riformisti e dice che la battaglia condotta e vinta per avere buone leggi ha bisogno d'essere continuata, anzi estesa, resa più capillare e intensa se si vuol passare dal diritto di carta al diritto reale, garantito a tutti, nessuno escluso.

L'importanza della legge

Non è il caso di soffermarsi sul lungo periodo di ibernazione della legge n. 230 del 1999 "*Riordino della medicina penitenziaria*" che ha faticato ben dieci anni prima di vedere la sua traduzione in un impegno concreto da parte del Governo italiano.

E' storia passata su cui c'è stata una dettagliata ricostruzione nel volume "*Sani dentro. Cronistoria di una riforma*", pubblicato nel 2008, a cura di Legautonomie per l'edizione Noema di Verona.

Caso mai vale la pena riflettere sulle possibili ragioni che sono alla base di questo pesante ritardo per trarre alcune indicazioni per il lavoro da svolgere attualmente e nel prossimo futuro da parte delle Istituzioni e delle componenti più sensibili e più attive della società italiana.

Una prima motivazione è da ricercare nell'importanza e nella complessità della riforma della sanità penitenziaria, nonostante essa riguardi solo 61 mila cittadini privati della libertà, un millesimo della popolazione italiana.

Un'importanza che probabilmente è stata sottovalutata dalla pubblicistica, che poco ne ha parlato, ma anche dalle Istituzioni democratiche e dalle stesse componenti sociali che da anni operano dentro e fuori le istituzioni penitenziarie per aprire il carcere alla società e per responsabilizzare il Governo e le Istituzioni democratiche per l'applicazione degli articoli 27 e 32 della Costituzione repubblicana.

Non è mai troppo tardi per recuperare una maggiore attenzione a questa, si fa per dire, "*piccola riforma*", e probabilmente basterebbe che tutti gli amministratori regionali, provinciali e comunali e tutti i componenti delle Associazioni del volontariato e del Terzo settore leggessero, semplicemente leggessero le *Linee guida* che accompagnano il Dpcm del 1° aprile per cogliere l'importanza straordinaria del provvedimento, che ci porta all'avanguardia dell'Europa, e soprattutto che rende universale il diritto alla salute e fa intravedere i percorsi innovativi che concretamente si aprono o si possono aprire nel rapporto tra carcere e società.

Infatti, per la prima volta nella storia istituzionale e sociale dell'Italia, le Regioni e gli Enti locali assumono la competenza e la responsabilità diretta del diritto alla salute dei detenuti e degli internati ed entrano nelle carceri italiane dalla porta principale con la dignità e l'autorevolezza che deriva dal mandato costituzionale.

Ministero della Giustizia e Servizio sanitario nazionale sono chiamati ad agire nel car-

cere in un comune impegno per la salute, per la sicurezza delle carceri e per il recupero sociale dei detenuti. Due poteri con pari dignità costituzionale, entrambi impegnati a collaborare per un fine comune.

La sicurezza passa per il riconoscimento e per la fruizione dei diritti sociali; il godimento del diritto alla salute favorisce il rientro della persona nella sfera della legalità.

Una seconda motivazione, certamente legata alla prima, sta nel fatto che la riforma della sanità penitenziaria è esigente e richiede un cambiamento delle posizioni culturali e politiche del sistema penitenziario per un deciso superamento dell'impostazione afflittiva e della ricorrente ma sotterranea contrapposizione tra diritti di cittadinanza sociale e diritto alla sicurezza dei cittadini.

L'importanza della legge n. 230/99 si coglie in tutta la sua portata se si richiama il fatto che la salute per il Servizio sanitario nazionale è, e deve essere, *“lo stato di ben essere psicofisico della persona intesa nella sua completezza ed organicità e nel suo rapporto con il contesto sociale”*, così come prevede e richiede l'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Dunque, non solo cure appropriate delle malattie, che è già molto rispetto alla situazione da cui si parte, ma prevenzione primaria e secondaria, educazione alla salute e riabilitazione funzionale e sociale, proprio come richiede l'articolo 1 della legge n. 833 del 1978.

Esplicitare l'importanza della legge approvata un anno fa in Italia aiuta a capire non solo alcune ragioni del suo sofferto cammino, ma a tenere alto il livello della consapevolezza riguardo alla complessità del *“problema salute in carcere”* e dell'arduità dell'impegno richiesto alle Istituzioni, ai soggetti sociali e ai cittadini tutti per un cambio di cultura e di politica che tutti coinvolge e che tutti impegna pur ai diversi livelli della rispettiva collocazione e responsabilità.

Fin dall'inizio è necessario contrastare la ricorrente tentazione a banalizzare le riforme.

Un input al cambiamento

Diciamolo subito e con nettezza: la sanità penitenziaria sarebbe destinata ad un fallimento annunciato se il Ministero della Giustizia, da un lato, e il Servizio sanitario nazionale, e dunque le Istituzioni che lo governano, dall'altro, pensassero e agissero solo per un cambio di etichetta, per realizzare solo il passaggio della competenza da un Ministero ad un altro, magari con qualche atto burocratico in più, senza mettere in discussione e modificare aspetti essenziali del proprio mandato politico e della propria struttura di governo, facendo entrambi riferimento alla Costituzione e alle finalità da essa indicate.

Deve cambiare il sistema penitenziario

Il superamento della cultura del controllo fine a se stesso, l'idea di un carcere dei diritti che fin qui è stata esortazione etica e culturale di studiosi e di legislatori illuminati e azione di alcuni pionieri di un carcere umano, devono diventare principi e pratiche

quotidiane che ispirano e producono atti coerenti e sistematici al Centro come in periferia, obiettivi di lavoro su cui si esercita la valutazione di tutti i responsabili del sistema penitenziario.

Il contrario di quello che è accaduto spesso, quando direttori coraggiosi hanno pagato di persona per essere andati controcorrente.

La salute chiede partecipazione e collaborazione con i detenuti che devono avere un ruolo attivo, meglio, un riconosciuto e regolato potere contrattuale e, dunque, un nuovo rapporto all'interno del carcere.

Si capisce che si tratta di un mutamento culturale di ampio respiro, di cultura di governo che non si improvvisa, ma si costruisce a partire dai problemi aperti, vecchi e nuovi, e dalla capacità e dalla volontà di compiere un serio e approfondito esame delle deficienze riscontrate e dei problemi da affrontare, non più da soli, ma in sinergia con le Regioni e le Autonomie locali e con i soggetti che sono gli interlocutori primari del diritto alla salute: i detenuti.

Deve cambiare il Servizio sanitario nazionale

Il SSN è un bene prezioso apprezzato dai cittadini italiani, eppure la rete dei servizi non dà tutto quello che la legge promette. Infatti, è diffusa la consapevolezza delle distorsioni del Servizio sanitario pubblico, malato di autoreferenzialità, lontano dai cittadini che faticano ad accedere alle prestazioni, assorbito dalla centralità ospedaliera, povero di risposte ai problemi della prevenzione, delle cure primarie e della riabilitazione.

La Costituzione italiana richiede che a tutti i cittadini, nessuno escluso, siano garantiti *“livelli essenziali ed uniformi di assistenza sanitaria”*, ma sono note le storiche disuguaglianze presenti nel sistema sanitario nelle diverse aree del Paese e tra cittadini e cittadini.

Non solo. Tutto il sistema, ospedaliero e territoriale, è strutturato sul criterio dell'attesa della domanda del cittadino e sulla separazione tra i diversi comparti della sanità e tra le diverse figure professionali.

Il cambiamento del servizio sanitario nazionale è all'ordine del giorno, richiesto e sollecitato dai cittadini per garantire l'uguaglianza e l'appropriatezza delle prestazioni, per superare squilibri interni e per far fronte in modo efficace, proattivo, alle moderne patologie da usura.

Questa garanzia di unitarietà e di innovazione è tanto più necessaria per il sistema sanitario penitenziario.

Basta pensare ai problemi della prevenzione primaria per intuire quali cambiamenti sono richiesti ad entrambi gli interlocutori istituzionali per modificare il comune contesto carcerario, per promuovere la salute con la partecipazione delle persone interessate.

Impostare la medicina di iniziativa, poi, richiede nuovi assetti strutturali ed organizzativi al sistema penitenziario e al sistema sanitario e nuovi rapporti che devono stabilirsi tra gli operatori e i cittadini detenuti per costruire un sistema basato sulla fiducia e sulla collaborazione, senza di che è difficile parlare di un progetto di salute e di cura.

Deve cambiare il modo di lavorare degli operatori

Un carcere e una sanità pubblica hanno bisogno di un nuovo modo di lavorare degli operatori penitenziari e degli operatori sanitari non solo con la più alta dedizione e professionalità individuale possibile, ma con *l'attitudine a lavorare insieme*, in modo sinergico, riconoscendo nelle altre competenze professionali un valore aggiunto per il raggiungimento del fine comune che è la qualità della vita in carcere e il raggiungimento degli obiettivi posti dalla Costituzione italiana: la salute, la sicurezza e il recupero sociale delle persone.

Sia chiaro: non si ottiene gran che con semplici e retorici appelli all'impegno, perché serve nuova cultura, decisione politica e un modello organizzativo che valorizzi le professionalità, che incentivi il lavoro comune e impegni tutti nella organizzazione e nella valutazione del lavoro e sui risultati ottenuti.

Si sa che questi cambiamenti appartengono alla sfera del dover essere, che sono il problema dei problemi, ma questo deve solo accrescere l'impegno della comunità-Paese con quella serietà e meticolosità che appartiene alla cultura della riforma.

Le linee guida

Il terreno di iniziativa per costruire questa nuova cultura di governo e questa nuova pratica istituzionale e sociale è ampiamente indicato dalle *Linee guida* che accompagnano il Dpcm del 1° aprile 2008 riguardanti la salute nelle carceri per minori e adulti e gli Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG).

A questi testi, da far conoscere agli amministratori, agli operatori e ai detenuti, bisognerà sempre far riferimento sia per applicare la riforma sia per valutare la rispondenza tra gli obiettivi posti e le realizzazioni raggiunte.

L'esigenza preliminare di conoscere lo stato di salute in ogni singolo stabilimento, gli obiettivi di salute proposti, i programmi di attività con le necessarie priorità indicate, la costruzione di un sistema sanitario attivo per la prevenzione, la cura e la riabilitazione, unitario e integrato, il ruolo degli operatori nel governo clinico, la partecipazione più ampia possibile dei detenuti alla realizzazione dei programmi discussi e condivisi, la collaborazione sistematica tra sistema sanitario e sistema penitenziario a tutti i livelli istituzionali, la formazione e l'aggiornamento permanente degli operatori sanitari e penitenziari, la documentazione e la discussione dei percorsi assistenziali e dei risultati sono obiettivi che devono essere messi alla prova in ogni Regione e in ogni stabilimento penitenziario e possono costituire una grande occasione per un cambiamento della condizione delle carceri italiane, per realizzare quel clima di umanità che è condizione fondamentale per un impegno collettivo volto alla redenzione sociale dei detenuti e degli internati.

Le Linee guida sono un inventario esauriente di problemi e di indicazioni operative, tutte possibili, a condizione che in partenza e lungo tutto il cammino ci sia la necessaria volontà politica e la disponibilità a mettere in discussione le posizioni che risultassero un ostacolo alla promozione della salute dei detenuti e degli internati.

La salute come cartina di tornasole della qualità della vita in carcere e della civiltà del

sistema penitenziario italiano.

Le Linee guida sono un punto alto di mediazione politica tra culture e posizioni diverse che si sono confrontate positivamente nella fase di messa a punto del Dpcm e che richiedono un forte input politico per produrre effetti positivi nella fase successiva, ormai attuale, di applicazione della legge.

Gli adempimenti

Ad un anno dalla emanazione del Dpcm è possibile e giusto fare una rassegna degli adempimenti previsti, valutare gli impegni assunti e mettere a fuoco i problemi aperti per una ulteriore fase di confronto e di iniziativa politica, a tutti i livelli, nazionale, regionale e locale.

Nella fase costituente del nuovo Servizio sanitario penitenziario decisivi risultano gli impegni richiesti dal Dpcm allo Stato centrale, alla Conferenza Stato-Regioni e a ciascuna delle venti Regioni italiane.

Nella faticosa applicazione della legge ha certamente influito l'avvicendamento tra un Governo di centrosinistra con un Governo di centrodestra il quale ha tardato non poco a portare a compimento i provvedimenti già avviati per trasferire il personale previsto alle Aziende sanitarie delle Regioni e per mettere a disposizione del Servizio sanitario nazionale le somme stanziare per il primo anno della nuova gestione affidata alle Regioni. C'è voluto un pressante intervento, soprattutto della Cgil e del Forum nazionale per la salute in carcere, *prima* per scongiurare la cancellazione dello stanziamento per gli anni 2008, 2009 e 2010 e *poi* per mettere a disposizione delle Regioni italiane le somme necessarie per far fronte, a partire dal 1° ottobre 2008, agli impegni di spesa per il personale, per i farmaci e per le altre prestazioni da erogare ai detenuti.

C'è stato un pesante ritardo nell'assegnazione delle risorse finanziarie alle Regioni, al di là di ogni possibile giustificazione burocratica, un ritardo che poteva aprire una voragine nel sistema trasferito se le Regioni non avessero anticipato le risorse stanziare, ma ancora ferme nei meandri della burocrazia ministeriale.

Si può essere moderatamente soddisfatti, invece, per la costituzione dei Tavoli nazionali previsti per la collaborazione tra il Ministero della Giustizia e le Regioni italiane sia per la sanità nell'ordinamento penitenziario per adulti e minori sia per il coordinamento in vista del superamento degli Ospedali psichiatrici Giudiziari.

Con due osservazioni che è giusto fare.

Il coordinamento richiesto tra i due sistemi, penitenziario e sanitario, ha bisogno certamente di una elaborazione tecnica puntuale a patto che questi contributi trovino uno sbocco a livello politico per cui la Conferenza Stato Regioni dovrà prevedere forme sistematiche e *formalmente definite* di confronto e di decisioni politiche.

Servono una regia e una guida politica.

Quanto ai Tavoli, è positiva la loro costituzione, ma la loro competenza deve esercitarsi non solo nella definizione degli atti richiesti dal Dpcm, ma per tutte le principali problematiche che via via si presentano nell'applicazione della legge e che non potevano essere previste dal provvedimento di costituzione della nuova sanità penitenziaria.

Tavoli che devono essere messi in condizione di superare le pastoie burocratiche *per dare contributi in tempo reale ai problemi aperti*.

Purtroppo la lentezza e i ritardi hanno appesantito l'avvio del nuovo sistema sanitario penitenziario.

Da parte loro tutte le Regioni italiane hanno compiuto gli atti di recepimento del Dpcm del 1° aprile 2008 e hanno assunto la responsabilità nella programmazione e nell'organizzazione del Servizio sanitario nelle rispettive realtà penitenziarie con l'attivazione di forme di coordinamento con il Provveditorato regionale dell'Amministrazione penitenziaria (Prap) e con le direzioni delle carceri comprese nel proprio territorio.

E' l'avvio, solo il necessario punto di partenza per l'applicazione della legge e delle Linee guida.

Molto, il più è ancora da fare, ma i primi atti smentiscono i falsi profeti che prevedevano, e forse contavano, sul disimpegno delle Regioni italiane.

Gravissima, invece, è l'inadempienza nell'applicazione dell'articolo 9 del Dpcm riguardante il trasferimento della competenza sanitaria alle Regioni a Statuto speciale e alle Province autonome di Trento e Bolzano.

Ad un anno dalla emanazione del Decreto, il Governo, le Regioni e le Province interessate (Sicilia, Sardegna, Friuli V. Giulia, Val d'Aosta, Trento e Bolzano) sono rimasti al palo, senza neppure attivare il recepimento delle competenze con "*norme di attuazione ai sensi dei rispettivi Statuti*".

Cosicché in una parte delle carceri italiane la sanità è tuttora alle dipendenze del Ministero della Giustizia, in una situazione pre-riforma, con una violazione palese della Costituzione che all'articolo 117, lettera m) esige "i livelli essenziali di assistenza sanitaria da garantire in tutto il territorio nazionale" e che all'articolo 120 prevede addirittura il potere sostitutivo del Governo nei confronti delle Istituzioni inadempienti.

E fin qui siamo alla radiografia degli adempimenti formali previsti, ma l'applicazione del Decreto del Consiglio dei Ministri va misurata alla luce dei problemi concreti della condizione carceraria italiana.

E' qui che si misura la volontà politica nel governo della legge da parte dello Stato centrale, delle Regioni e Province Autonome e degli Enti locali, ma è anche qui che deve essere attiva la vigilanza del mondo degli operatori e della cittadinanza attiva.

I problemi aperti

Sovraffollamento, salute e sanità

Sempre, ma ancor più nelle carceri, la salute è condizionata, nel bene e nel male, dalle determinanti ambientali e sociali.

Nella fase delle lotte operaie per la salute in fabbrica degli anni 60 e 70 passò il principio che la nocività ambientale non si monetizza, ma si elimina.

Da lì trassero ispirazione e sostanza i principi della riforma sanitaria del 1978.

Il problema della nocività ambientale è acutissimo nel sistema carcerario italiano, prima di tutto per il sovraffollamento giunto nuovamente alla cifra di 61 mila detenuti

in un sistema che ne può contenere al massimo 42 mila e poi per lo stato dell'edilizia penitenziaria in gran parte vetusta, spesso decrepita e finanche inagibile.

La salute dei detenuti ne paga le conseguenze in maniera vistosa e allarmante dal momento che la promiscuità abitativa favorisce la diffusione delle malattie infettive, finanche la recrudescenza della tubercolosi, e produce eventi morbosi aggiuntivi sia organici che psichici, malattie somatiche, depressioni e suicidi.

Oggi il Servizio sanitario nazionale ha il compito costituzionale della tutela e della promozione della salute per cui il *sovraffollamento* è problema che interpella direttamente la sanità pubblica, non solo per lenire le sofferenze provocate e per curare le malattie, ma per rimuovere gli ostacoli e, dunque, per esigere una politica nazionale volta alla eliminazione del sovraffollamento.

Il Servizio sanitario nazionale non può essere confinato nel ruolo riparatore di *Croce rossa delle carceri italiane*, ma deve svolgere le funzioni proprie di conoscenza, di proposta e di intervento, anche con l'esercizio dei poteri *contingibili ed urgenti* affidati alla potestà del Sindaco e del Presidente della Regione.

Pur nella precarietà della fase transitoria e costituente che tuttora attraversa il Servizio sanitario penitenziario affidato alle Regioni, il problema del sovraffollamento e dello stato deplorabile degli stabilimenti penitenziari comincia a diventare problema del Servizio sanitario e per questo scendono in campo le Regioni, i Sindaci e le Autonomie locali.

Merita registrare il Documento della Regione Emilia Romagna in data 8 aprile 2009, inviato al Ministro della Giustizia, on.le Angelino Alfano, a firma del suo Presidente Vasco Errani, che documenta e denuncia l'insostenibilità del carico detentivo nelle carceri emiliane.

In questi giorni è tutto un pullulare di denunce e di allarmi in tutto il Paese per un sistema che è al limite del collasso.

Merita attenzione anche l'Ordinanza del Sindaco del Comune di Montelupo Fiorentino che in data 11 marzo 2009 ha disposto urgenti interventi di adeguamento della struttura dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario.

Questa Ordinanza fa capire quanto degrado si potrebbe portare alla luce del sole se tutti i Servizi di Igiene pubblica facessero la loro parte e il loro dovere.

Il problema del sovraffollamento, da diversi anni "*emergenza nazionale*", non può essere risolto da provvedimenti sporadici e unilaterali, ma neppure da soluzioni che possono essere operative fra qualche anno, quando la popolazione detenuta sarà cresciuta a dismisura con il rischio di "*rincorrere la lepre senza mai prenderla*".

Serve una programmazione, con soluzioni anche immediate da realizzare a monte, per frenare il flusso degli internamenti con misure alternative al carcere, con la modifica della legge Bossi-Fini, per sfoltire il carcere agendo sulle cause che determinano la lunga carcerazione degli imputati in attesa di giudizio, applicando seriamente e pienamente la legge Gozzini.

Una politica per il carcere, insieme ad una politica sociale di vasto respiro per contrastare la povertà, il disagio e l'emarginazione e per non fare del carcere il terminale di tutte le inadempienze sociali.

Meno carcere per un carcere migliore

In questo ambito si pone il grave problema dell'edilizia penitenziaria che deve essere discusso e collocato nell'ambito di un programma nazionale che parte dal patrimonio esistente, compreso quello inutilizzato o sotto utilizzato, che deve tener conto delle esigenze del Servizio sanitario nazionale, del risanamento delle situazioni di degrado, del principio della territorialità, delle alternative all'Opg, un programma che deve essere varato con il consenso delle Regioni e delle Autonomie locali, sapendo che c'è una stretta interdipendenza tra numero delle carceri attivate ed organico di personale, tra spesa in conto capitale e spesa di gestione.

Regioni ed Autonomie locali non sono più semplici "inquilini" del sistema penitenziario, ma soggetti istituzionali dotati di competenze e responsabilità che devono necessariamente dialogare con il Ministero della Giustizia che a sua volta deve essere disponibile al dialogo e alla collaborazione.

E' tempo che il sistema penitenziario italiano affronti i suoi pesanti problemi strutturali con la programmazione e con scelte che siano la risultante di una concertazione tra le Istituzioni nazionali, regionali e locali, con i soggetti sociali e professionali che a vario titolo sono impegnati nella realizzazione di un carcere a misura dei diritti sanciti nella Costituzione.

Il Finanziamento della sanità penitenziaria

Il trasferimento della sanità penitenziaria dal Ministero della Giustizia al Servizio sanitario nazionale è stato realizzato nel rispetto del comma 3 dell'articolo 7 della legge n. 230 del 22 giugno 1999 che afferma: *"Dall'applicazione del presente decreto legislativo non possono derivare oneri a carico del bilancio dello Stato superiori all'ammontare delle risorse attualmente assegnate al Ministero di grazia e giustizia e destinate alla sanità penitenziaria"*.

Una norma che risale a dieci anni fa, che cristallizzava un Fondo per la sanità penitenziaria già decurtato e sottostimato, una norma che oggi deve essere corretta e adeguata ai nuovi bisogni.

Ciò è tanto vero che il trasferimento alle Regioni della competenza della sanità in carcere è stato possibile perché l'allora Ministro della salute, sen. Livia Turco, ha aggiunto altri 10 milioni di euro sottratti al capitolo di spesa del proprio Ministero per far fronte ai maggiori costi derivanti dall'applicazione del contratto della sanità pubblica al personale dipendente.

Mentre deve essere sempre attiva la vigilanza per non disperdere le somme previste nel Dpcm per gli anni 2008, 2009 e 2010, è necessario aprire il confronto per aggiornare la quota capitaria per la salute dei detenuti e degli internati, partendo dalla constatazione che il costo dei livelli essenziali dell'assistenza sanitaria in carcere ha una propria specificità, un'incidenza maggiore e un'economia di scala differente dal costo della spesa per i cittadini liberi.

La Finanziaria 2010 è la sede e l'occasione per correggere una limitazione oggi non più sopportabile per la necessità indilazionabile di coprire gli organici gravemente insufficienti.

Il problema del finanziamento della sanità penitenziaria si estende anche alla spesa *in conto capitale* sia per adeguare le strutture vetuste e inagibili del pianeta carcere, sia per sostenere le alternative extra carcere che sono previste per la carcerazione ordinaria e soprattutto per gli Ospedali psichiatrici giudiziari dei quali è previsto il graduale superamento.

Oltre che attingere con criteri di priorità all'articolo 20 della legge n. 67 del 1988 che copre la spesa per le strutture ospedaliere e per le Residenze sociosanitarie assistenziali (RSA), è il caso di rivisitare e aggiornare alla nuova realtà istituzionale, che vede le Regioni impegnate in una parte fondamentale della vita dei detenuti, il D.P.R. n. 230 del 30 giugno 2000 che agli articoli 121 e segg disciplina la "*Cassa delle ammende*."

L'articolo 129, comma III, infatti, consente il finanziamento di "*programmi che attuano interventi di assistenza economica a favore delle famiglie dei detenuti e degli internati, nonché programmi che tendono a favorire il reinserimento sociale dei detenuti e degli internati anche nella fase della esecuzione di misure alternative alla detenzione.*"

Poiché i fondi a disposizione dell'articolo 20 della legge n. 67/88 sono scarsi, già prenotati e praticamente esauriti, le soluzioni sociosanitarie alternative al carcere e all'Ospedale psichiatrico giudiziario, queste di competenza delle Regioni, devono poter contare su una linea di finanziamento certo, in modo da tradurre in pratica il principio della territorialità con un quadro programmato di strutture a diversa intensità della vigilanza.

Del resto, la *Linea guida* riservata all'OPG affida al Tavolo di coordinamento nazionale, già istituito e al lavoro, la tipologia delle soluzioni possibili "*che vanno dalle strutture Opg con livelli diversificati di vigilanza a strutture di accoglienza e all'affido ai servizi psichiatrici e sociali territoriali, sempre e comunque sottola responsabilità assistenziale del Dipartimento di salute mentale dell'Azienda sanitaria dove la struttura o il servizio è ubicato. Tramite specifico Accordo in sede di conferenza permanente tra lo Stato e le Regioni e Province Autonome vengono definite la tipologia assistenziale e le forme della sicurezza, gli standard di organizzazione e i rapporti di collaborazione tra le Amministrazioni coinvolte.*"

Una prospettiva di lavoro di grande rilievo che ha senso se è accompagnata e sostenuta da un adeguato e corrispondente piano finanziario.

E' il caso di rilevare che la Cassa delle ammende, alla data del 31 dicembre 2008, aveva una disponibilità di euro 145.828.017,54.

Il personale della sanità penitenziaria

La riforma della sanità penitenziaria, più di altre precedenti riforme più o meno settoriali della sanità pubblica, è approdata alla conclusione con una estraneità se non con una opposizione della maggior parte del personale sanitario.

Pesava sull'orientamento degli operatori una storia di grande precarietà e insieme di estese agevolazioni alla libera professione, la convinzione di una specificità della medicina penitenziaria che solo un Servizio separato avrebbe potuto garantire, ma soprattutto una sostanziale subordinazione al potere penitenziario.

Scienza e coscienza sì, purché compatibili con la logica del controllo e dei desiderata

della direzione del carcere.

E' un fatto che mai nella storia della sanità penitenziaria, dalla sua costituzione ai nostri giorni, né da parte dell'Amministrazione né da parte delle Associazioni dei medici penitenziari è stata avanzata la proposta di affidare la salute dei detenuti al Servizio sanitario nazionale.

E' la politica che si è fatta carico del problema.

Naturalmente questa era una strada obbligata per uscire dalla crisi endemica della sanità penitenziaria e dal disastro della condizione di salute dei detenuti, ma è stato anche un limite serio per impostare e realizzare un Servizio rinnovato che non può prescindere dall'apporto impegnato e qualificato degli operatori della salute.

Un limite da superare, dunque, con una politica seria che non concede nulla al corporativismo, ma che risolve in maniera chiara il problema della scarsità degli organici, elimina la precarietà dei rapporti di lavoro, offre alle diverse professioni un chiaro ruolo nel governo clinico della sanità penitenziaria, mette all'ordine del giorno un massiccio programma di aggiornamento e di formazione professionale, a partire dalle Università e dalle sedi del servizio in cui gli operatori devono essere messi in grado di comparare, discutere e riflettere sulle diverse pratiche operative per contribuire alla qualificazione del sistema sanitario penitenziario.

Quella antica e giusta esigenza di specificità della medicina penitenziaria, che è stata il collante per posizioni corporative, deve trovare tutto lo spazio necessario nel Servizio sanitario nazionale con i modelli organizzativi e le relative responsabilità, così come chiaramente proposto dalla *Linea guida* allegata al Dpcm.

Il buon giorno si vede dal mattino e le Istituzioni sono chiamate a dare una soluzione giusta alla questione non risolta degli psicologi che devono essere inseriti tutti a pieno titolo nel Servizio sanitario nazionale, come del resto avvenuto in precedenza con il trasferimento alle Regioni della competenza sulla tossicodipendenza, ma con la garanzia a prestare i necessari contributi professionali alle pratiche del lavoro penitenziario in tutte le occasioni in cui sono richiesti, perché necessari.

E' un banco di prova di un comune impegno volto a coniugare il diritto alla salute dei detenuti con l'altrettanto diritto dell'Istituzione alla conoscenza del vissuto, delle attitudini e dei comportamenti dei detenuti per meglio organizzare la vita e la sicurezza in carcere.

L'Ospedale psichiatrico Giudiziario

Anche la questione del superamento, sia pure graduale, dell'Ospedale psichiatrico giudiziario può apparire "*piccola cosa*". In fondo si tratta solo di circa 1.400 internati su una popolazione carceraria di 61 mila detenuti e su una popolazione italiana di 60 milioni di cittadini.

I numeri possono ingenerare una deleteria sottovalutazione da parte delle Istituzioni, un disinteresse da parte dei soggetti sociali e dei cittadini o, al contrario, possono destare un serio allarme, e produrre anche rifiuti pregiudiziali, se si enfatizza il carico penale di

malati di mente incorsi in gravi reati verso il patrimonio e le persone.

Il problema, al contrario, ha una grande importanza e richiede un sistematico impegno che coinvolge le Istituzioni centrali e locali, gli operatori sanitari, penitenziari e sociali, i cittadini e le comunità locali.

Tutti devono fare i conti con il pregiudizio, senza ideologismi e senza ostracismi, ma con la serietà dei programmi che puntano alla ricostruzione della personalità e al rientro degli internati nella società di tutti.

Il principio etico è che tutti possono uscire dalla sentenza edittale, sempre che siano garantite e costruite le condizioni personali e ambientali del recupero sociale. Con saggezza, con perizia scientifica, con apertura etica e con disponibilità individuale e collettiva.

Dopo trenta anni dalla legge n. 180, la salute mentale diventa un problema della collettività anche per gli internati degli ex manicomi giudiziari.

Il cammino è irto di difficoltà.

Il Dpcm, a legislazione invariata sulla misura di sicurezza, ma con richiamo alle sentenze della Corte costituzionale, pone l'obiettivo del superamento e della chiusura degli Ospedali psichiatrici giudiziari sulla base del principio della territorialità nella esecuzione della pena, mette al centro la necessità della cura e dell'inclusione sociale delle persone malate di mente, propone un vero e proprio cronoprogramma dettagliato negli adempimenti.

Sarebbe un grave errore sottovalutare il problema o peggio astenersi dalla sua soluzione, come si è fatto fin qui, per la sua complessità e non cogliere l'occasione che offre il Dpcm per portare a soluzione, con il tempo previsto e, comunque, necessario, uno dei problemi più spinosi, ma anche più dolenti della ingiustizia e della insocialità.

I malati di mente hanno diritto alla cura e alla riabilitazione e non alla dannazione eterna, come di fatto avviene per tante persone che entrano negli Ospedali psichiatrici giudiziari per non uscirne mai più.

“*Crimini di pace*”, diceva Franco Basaglia.

Ora si può agire per compiere un ulteriore passo verso una più alta civiltà giuridica e una società che dà a tutti la possibilità di un riscatto.

Naturalmente sulla base di un progetto condiviso e verificato, situazione per situazione, persona per persona

Gli internati non sono pacchi postali che si possono spostare a “bacchetta”, da un posto ad un altro, ma sono persone che devono ritrovare il senso di vivere e una loro giusta collocazione nella società di tutti.

Per quello che di analogo si può riscontrare, valgono le migliori esperienze condotte in Italia per il superamento dei manicomi nelle quali le dimissioni e i rientri nella società sono avvenuti sulla base e come risultato di un grande processo di riabilitazione dei ricoverati.

In concreto, questo vuol dire che negli attuali Opg il programma interno deve superare, con una pratica sanitaria e sociale adeguata, le forme di contenzione fisica e chimica là dove praticate e deve costruire la territorialità prevista dalla Linea guida con il

contributo dei Dipartimenti di salute mentale, dei servizi sociali e delle comunità locali interessati/e.

Un progetto che prende in considerazione, subito, la realtà esistente, con le sue potenzialità, i suoi limiti e le sue eventuali distorsioni, che assegna le risorse professionali necessarie e che deve avere il suo centro promotore nella Regione dove è ubicato l'Opg.

Il carcere è tra noi

Sono decenni che in Italia si pone il problema di superare il distacco del carcere dalla società, come vuole la Costituzione.

A questo obiettivo civile e sociale hanno dato un alto contributo le tante Associazioni del volontariato che operano in carcere, settori importanti della magistratura, direttori delle carceri con esperienze coraggiose di apertura e di umanizzazione, applicando il meglio delle leggi esistenti.

Su questo tema c'è anche una copiosa letteratura ad opera delle "voci di dentro", di studiosi, di politici (ricordiamo Mario Gozzini), di protagonisti, come Niccolò Amato, autore di *"Diritto delitto carcere"*. Molti altri se ne possono aggiungere, a testimonianza che nel Paese di Beccaria, dove nella Toscana del '700 fu abolita, prima nel mondo, la pena di morte, la ricerca di una sempre più avanzata civiltà giuridica è stata ed è all'ordine del giorno.

In continuità con la parte più avanzata del pensiero e della pratica giuridica, oggi il nostro Paese, con la riforma della sanità penitenziaria, compie un passo avanti determinante, perché porta la questione del rapporto carcere e società nella concreta attività di governo delle Istituzioni democratiche elette a suffragio universale che rispondono, come sappiamo, ai cittadini e che possono, anzi devono promuovere la partecipazione dei soggetti sociali e delle comunità.

Il carcere è sempre più fra noi, parte costitutiva dei poteri, delle competenze e delle responsabilità delle Istituzioni che governano i cittadini liberi e i cittadini ristretti e che a tutti, in ugual misura, devono assicurare i diritti di cittadinanza sociale.

Come spesso accade, la riforma incontra ostacoli e opposizioni, palesi e occulte, ma bisogna contare anche sul fatto che essa è in grado di muovere le migliori energie del Paese che sono tante, che possono riconoscersi e diventare una forza positiva per *"rimuovere gli ostacoli....che impediscono il pieno sviluppo della persona umana"* (Articolo 3 della Costituzione).

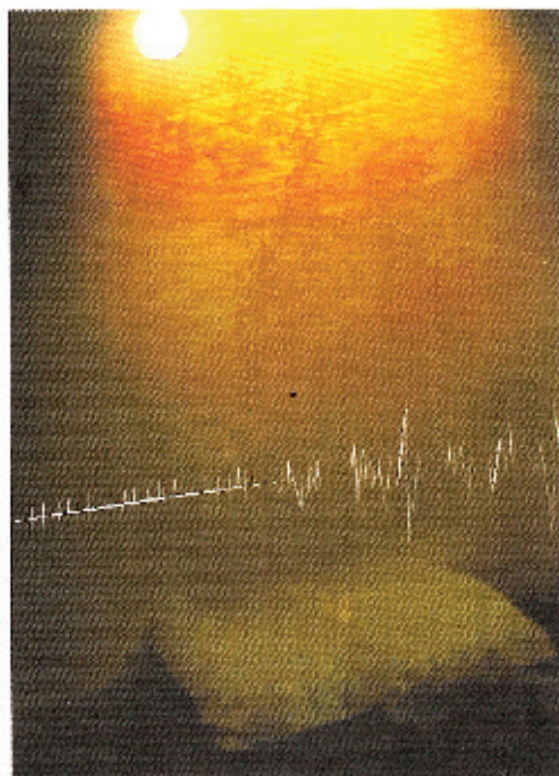
Un viaggio può essere lungo e faticoso, come probabilmente sarà questo della sanità penitenziaria, ma intanto bisogna partire, con il piede giusto, con tutte le forze disponibili per un obiettivo che vale la pena di perseguire per i diritti dei detenuti e per la qualità della nostra società.

Capitolo 13
Dagli Ospedali Psichiatrici
Giudiziari alla Rete
Territoriale dei Servizi

Bruno Benigni

Sani dentro

CRONISTORIA DI UNA RIFORMA



noema
EDIZIONE

legautonomie
2000 - 2001 - 2002 - 2003 - 2004 - 2005

13. Dagli Ospedali Psichiatrici Giudiziari alla Rete Territoriale dei Servizi*

Alcuni precedenti

Negli anni '60, mezzo secolo fa, iniziava in Italia, promotore Franco Basaglia, la lunga lotta contro *le istituzioni totali*: i manicomi, gli Istituti per minori e per anziani, le carceri, le strutture che per ragioni diverse sequestravano la vita delle persone, stabilivano una barriera invalicabile con la società e costruivano un mondo artificiale, tutto in sé concluso ed autosufficiente.

L'apartheid sociale ed istituzionale e, in definitiva, un diversivo per non toccare i meccanismi espulsivi della società, in nome di uno pseudo specialismo assistenziale e di una supposta sicurezza dei cittadini.

Un primo successo si ebbe con la chiusura dei manicomi, con le leggi n. 180 e n. 833 del 1978, frutto di esperienze innovative e di rottura, partite da Gorizia e Perugia, estese ad Arezzo, a Trieste e ad altre realtà provinciali, con un movimento che coinvolgeva intellettuali, operatori sanitari e sociali, Enti locali, organizzazioni sindacali, forze politiche democratiche, Associazioni di cittadini.

Un primo successo, per molti un compromesso, non certamente la conclusione di una battaglia che doveva continuare per contrastare la tendenza ad emarginare, a separare e a produrre una “*manicomialità diffusa*”.

I tempi e i rapporti politici non consentirono di comprendere nelle leggi del 1978 la chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, altra istituzione totale, un misto e una somma perversa di manicomio e di carcere. Un lager incivile, un obbrobrio umano.

Il diritto universale alla salute mentale

Ci sono voluti trenta anni prima di riconoscere anche agli internati negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) il diritto alla salute mentale, così come era avvenuto per i cittadini liberi con la legge n. 180, prima, e con la legge n. 833, subito dopo, entrambe del 1978.

Cadeva il pregiudizio a-scientifico sulla pericolosità sociale del malato di mente e si negava validità terapeutica all'Ospedale psichiatrico di cui si stabiliva e programmava la chiusura.

* In “Ristretti Orizzonti”, 25 luglio 2012

Anzi, il manicomio si configurava come aggiunta di sofferenza e il lungo internamento si presentava come fattore di cronicità e di annientamento della persona.

Cadeva, per l'iniziativa teorica e pratica di Franco Basaglia, l'idea che si potesse curare il malato di mente con l'emarginazione.

Con ritorni periodici, c'è chi pensa di regredire da quelle posizioni, umane e scientifiche insieme, che in questi trenta anni hanno trovato conferme generali e attenzioni internazionali.

E' paradossale che si voglia tornare al lungo internamento dei malati di mente, magari sine die, proprio quando la stessa Unione Europea afferma in una sua Risoluzione che la salute mentale individuale e collettiva deve essere promossa ed attivata nell'ambito delle relazioni umane, naturalmente con i necessari apporti e supporti scientifici, sociali e democratici che il Paese è in grado di mettere a disposizione.

E' un punto di avanzamento scientifico e civile da cui non è pensabile retrocedere.

Abbiamo dovuto subire trenta anni di *negazionismo* prima di estendere il diritto alla salute mentale anche agli internati in OPG, così come richiedevano nel Paese e nel Parlamento i sostenitori della 180 e come proponevano le Regioni della Toscana e dell'Emilia Romagna con un proprio disegno di legge presentato in Parlamento nell'anno 1995.

Nel frattempo, migliaia di internati hanno pagato un prezzo umano altissimo, con sofferenze ingiustificate, con la perdita del senso stesso della vita e quegli OPG si presentano ancor oggi come istituzioni totali, con un carico di vite tagliate che non sarà facile far uscire dal profondo della condizione di cronicità e di catatonia per riaprire il percorso della vita.

Le diverse categorie giuridiche di internati hanno tutte in comune la malattia mentale e giustizia e coerenza vogliono che sia il Servizio sanitario a "*prendersi cura*" dei "*prosciolti folli*", dunque non imputabili e non punibili con il carcere.

L'Ospedale psichiatrico giudiziario, nonostante l'impegno di molti operatori, è rimasto strutturalmente immodificato, una terra senza diritti, dove il garantismo carcerario e la coercizione psichiatrica si potenziano in una allucinante e perversa collusione.

Il punto di partenza

Alla data del 14 aprile 2011, per i "prosciolti folli" in "misura di sicurezza", nei cinque Ospedali psichiatrici giudiziari dipendenti direttamente dal Ministero di Giustizia la situazione era la seguente: Reggio Emilia, in Emilia Romagna, con n 266 internati, Montelupo Fiorentino, in Toscana, con n 153 internati, Aversa e Napoli in Campania, rispettivamente con 244 e 119 internati e Barcellona Pozzo di Gotto, in Sicilia, con n 349 internati.

Castiglion delle Stiviere, in Lombardia, con n 193 internati, unico OPG con una Sezione di n 81 donne, ha una gestione tutta sanitaria, affidata all'Azienda sanitaria locale di Mantova attraverso una Convenzione che prevede la vigilanza esterna, perimetrale, da parte della Polizia penitenziaria.

A questi OPG, bisogna aggiungere n 16 donne recluse per seminfermità mentale nella Casa di cura e custodia di Sollicciano (Firenze).

In tutto n 1419 internati provenienti indistintamente da tutte le Regioni italiane per una popolazione di 60 milioni di abitanti.

Ci sono, ad oggi, modeste variazioni nei dati di ricovero, anche se in alcuni casi sono state realizzate importanti quote di dimissioni e di blocco dei nuovi ingressi, là dove si sono stabiliti buoni rapporti di collaborazione tra la Direzione degli OPG e i Dipartimenti di salute mentale interessati.

In ogni caso, cifre tutto sommato modeste ma che segnalano che svuotare l'OPG si può.

I provvedimenti legislativi

Il problema del superamento degli OPG italiani è stato posto all'ordine del giorno quando nel 1996 è giunto al Governo del Paese il Centrosinistra, Presidente Romano Prodi e Ministro della Sanità, Rosy Bindi.

Con il Dlgv n. 230 dell'agosto 1999 si compiva in Italia una svolta storica: la sanità penitenziaria, nelle carceri di ogni tipologia, compresi gli istituti minorili e gli Opg, passava dalla competenza del Ministero della Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale e, dunque, al Ministero della Salute, alle Regioni italiane e alle Province Autonome di Trento e Bolzano.

Gli ostacoli e le opposizioni furono fortissimi da parte di forze politiche conservatrici, di settori dell'apparato del sistema penitenziario e da parte degli stessi operatori sanitari che non accettavano il "salto nel buio" della loro nuova collocazione giuridica.

Anche l'ambigua sperimentazione prevista dalla legge per un atterraggio graduale e morbido della riforma fu fatta fallire, anzi neppure riuscì ad iniziare il cammino tante furono le pastoie burocratiche messe in atto allo scopo di dimostrare che "la riforma non era fattibile." La riforma rimase al palo, senza neppure un avvio, in tempo per essere archiviata, messa in frigorifero, quando nel 2001 al governo del Paese giunse il Centrodestra che aveva manifestato aperta ostilità alla riforma.

Infatti, si ebbero cinque anni "in sonno" della legge che però non fu né modificata né abrogata, perché il centrodestra avrebbe dovuto affrontare la modifica del Titolo V della Costituzione che con nettezza assegnava alle Regioni la competenza nel governo della sanità, senza limitazioni ed eccezioni.

Fu considerato più conveniente bloccare la riforma e lasciare la legge in archivio.

Il cammino della riforma riprese nel 2006, quando il Centrosinistra tornò al governo del Paese e il Ministro della Salute, on .Livia Turco, predispose il Dpcm 1° aprile 2008 per l'attuazione della legge n. 230/99

Con quel provvedimento, le competenze, il personale sanitario, le risorse finanziarie, le strutture e le tecnologie passavano al Servizio sanitario nazionale.

Per gli Ospedali psichiatrici giudiziari, il Dpcm concentrava gli obiettivi nella Linea guida C, che faceva parte integrante del provvedimento, prevedendo modi, tempi e sca-

denze, un crono-programma per un graduale ma definitivo superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari.

La chiusura degli OPG, che era progettata “*a legislazione invariata sulla misura di sicurezza*”, aveva un fondamento autorevole nelle sentenze della Corte costituzionale, esplicitamente richiamate nella Linea guida C, che “*non legavano l'applicazione della misura di sicurezza in modo univoco ed esclusivo all'OPG*”.

Un atto fondamentale, perché la “misura di sicurezza” poteva e può trovare altre forme di esecuzione e perché le eventuali esigenze di controllo, dicono le Sentenze, non possono far venir meno il diritto alla cura e alla salute mentale delle persone *che è prioritario* ai sensi della Costituzione italiana.

Purtroppo, il calvario della riforma dell'assistenza ai malati di mente in “misura di sicurezza” non era finito.

Subito dopo l'approvazione del Dpcm, la legislatura si concluse anticipatamente con la crisi del Governo Prodi e con l'indizione della campagna elettorale.

Con l'avvento del Centrodestra al Governo del Paese, nel maggio del 2008, tutto era rimesso in discussione, anche perché le Regioni italiane dimostravano un eccesso di cautela e anche di riluttanza nell'applicazione di una riforma che invece richiedeva un massimo di determinazione e di iniziativa politica.

L'allarme per la scarsità delle risorse messe a disposizione tarpava le ali alle Regioni che soprassedevano alla realizzazione delle competenze trasferite.

Una verità che finiva per essere assunta come alibi all'inerzia.

Se non che, quasi per un miracolo politico, per la meritoria indagine compiuta dalla Commissione del Senato della Repubblica presieduta dal Senatore Ignazio Marino, la riforma tornava all'ordine del giorno del Parlamento e del Paese e l'emozione pubblica prodotta dal cahier de doléances stimolava alcune prime iniziative delle Regioni e mobilitava il mondo delle Associazioni di cittadini.

Gli Atti della Commissione, infatti, documentavano lo stato intollerabile della vita degli internati negli OPG italiani, sia pure con diversi livelli di degrado e di inciviltà, scuotendo l'opinione pubblica con una documentazione di prima mano e impegnando le Istituzioni, a cominciare dalla Presidenza della Repubblica e dal Parlamento italiano, a porre all'ordine del giorno la chiusura di un simile e insopportabile scandalo civile e sociale.

Il Presidente della Repubblica Giorgio Napolitano interveniva direttamente e solennemente e i Ministri della Giustizia e della Salute, con la sollecitazione unanime della Commissione di indagine e in collaborazione con la Conferenza Stato-Regioni, riprendevano l'iniziativa legislativa predisponendo un nuovo testo che il Parlamento approvava in data 17 febbraio 2012 nel quale erano contenute importanti misure in continuità, in applicazione e ad ulteriore specificazione del Dpcm 1° aprile 2008.

Infatti, la legge n. 9 del 17/2/2012 stabilisce la chiusura definitiva degli OPG italiana alla data del 1° marzo 2013 il decreto legge n. 24 sposta al 1° aprile 2014 la chiusura di tutti gli OPG italiani, definisce i criteri di massima per la realizzazione delle strutture sanitarie alternative all'OPG, indica nella “vigilanza perimetrale” le forme del controllo, là

dove necessario, mette a disposizione importanti se pur non sufficienti risorse finanziarie per le strutture alternative e per la gestione delle attività, impegna il Ministero della salute ad approvare un Decreto Ministeriale per ulteriori requisiti delle tipologie assistenziali, richiama il Governo al rispetto dell'articolo 120 della Costituzione per esercitare il potere di controllo in ordine alla chiusura degli OPG, anche con il ricorso al potere sostitutivo in caso di inadempienza delle Regioni e Province autonome..

Certamente, in una materia così complessa e delicata come la questione della chiusura degli OPG, in costanza della vigenza della "misura di sicurezza", restano ancora alcune ambiguità che potranno essere superate con una nuova legislazione che tenga conto della riforma dell'assistenza psichiatrica, degli obiettivi di recupero sociale dei malati di mente, ma finalmente, le Regioni italiane hanno le competenze, gli indirizzi e le risorse per mettere al centro dei loro programmi "il rientro degli internati nei luoghi di provenienza", per impegnare i Dipartimenti di salute mentale nella "presa in carico" e nella continuità terapeutica, per progettare le strutture di assistenza eventualmente necessarie, senza riprodurre manicomi e/o piccoli Ospedali psichiatrici giudiziari.

Principi e nuova pratica sociale

Sono 13 anni che il Paese rincorre una legge definitiva per la chiusura degli OPG. E' certo che l'iniziativa legislativa non è del tutto conclusa, perché la modifica deve interessare anche il Codice di procedura penale con la riforma degli articoli che riguardano la "misura di sicurezza".

A questo punto, però, è il momento di cogliere tutte le novità raggiunte in questi anni nelle leggi approvate e impegnare tutte le energie culturali e democratiche per attuare la legge e per realizzare un cambiamento radicale nel modo di "vedere e di praticare" l'assistenza ai malati di mente che rientrano dagli Opg nei territori di provenienza e a coloro che incorrono in una nuova pronuncia della Magistratura. .

Insieme alla legge n. 9 del 17.2.2012, pertanto, è necessario richiamarsi ai principi fondamentali dell'Ordinamento sanitario e alla migliore cultura degli amministratori, degli operatori e dei cittadini che si è fatta strada in questi anni nella pratica dei servizi per la salute mentale, perché la riforma non sia un semplice cambio di etichette.

Prima di tutto è necessario prendere atto, con tutto quanto ne consegue, della *regionalizzazione* del Servizio sanitario penitenziario, in base all'articolo 117 della Costituzione.

Oggi, ogni Regione italiana è responsabile della salute dei propri cittadini internati in OPG e ne risponde sotto tutti i profili, senza appalti a terzi o compensazioni tra Regioni, perché "l'eccellenza" in salute mentale sta nella qualità dei sistemi di prevenzione e di cura territoriale e nei Servizi sanitari e sociali che ogni Regione impegna nel recupero sociale.

Condizione necessaria per l'esercizio della competenza è il riconoscimento della effettiva autonomia, dignità e potestà del Servizio sanitario nazionale in carcere, perché i provvedimenti per la salute degli internati possano essere assunti dagli operatori in

“scienza e coscienza”, senza se e senza ma.

E' certamente necessaria la “leale collaborazione” tra Istituzioni diverse (Ministeri, Regioni e Province autonome), ma il Servizio sanitario deve agire iuxta propria principia, principi che per la salute mentale derivano dalle leggi n. 180 e n. 833 del 1978.

Sia chiaro: un Servizio sanitario a sovranità limitata non è accettabile e non giova neppure alla buona gestione delle carceri italiane.

La salute dei malati di mente, per di più, si coniuga con *il principio del recupero sociale degli internati e della territorialità del trattamento della pena e della cura*, ai sensi dell'articolo 27 della Costituzione, dell'articolo 42 della legge dell'Ordinamento penitenziario del 1975 e 1986 e dell'articolo 2, punto 8, lettera g) della legge n. 833 del dicembre 1978.

I malati mentali vanno curati, non repressi e segregati. Curati, tenendo aperte le relazioni con il contesto sociale.

Tutta l'esperienza maturata in decenni di attività per il superamento delle Istituzioni totali dimostra che non è possibile, o comunque è oltremodo difficile un progetto autonomo e responsabile di vita delle persone malate di mente se il controllo sociale è l'abc del trattamento, se è praticata la contenzione fisica e/o chimica e se si tengono in vita barriere invalicabili tra la persona e il mondo delle relazioni, se addirittura si taglia *la possibilità di un rapporto tra il progetto individuale e il contesto sociale.*

Sono principi costituzionali e legislativi fondamentali e inderogabili, che hanno un valore giuridico cui devono essere ispirati i comportamenti delle Istituzioni, in questo caso del sistema sociosanitario e del sistema penitenziario, e insieme un *valore etico ed educativo* che consente di praticare con maggiore efficacia il recupero sociale delle persone che devono uscire dalla *“gabbia del reato”* e realizzare un proprio e motivato percorso di vita con la pratica dei diritti e dei doveri, nell'ambito delle relazioni umane, nel rispetto delle regole della vita civile e sociale.

Un progetto di vita che richiede di costruire un *“percorso dell'accoglienza”* da praticare da parte della comunità e nella comunità la quale deve maturare una cultura e una pratica della libertà come rispetto della diversità e come possibilità per tutti, nessuno escluso, di *“progettarsi nel mondo”*, come richiedeva Franco Basaglia.

In questo si è in buona compagnia, dal momento che l'articolo 3 della Costituzione afferma: *“E' compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale che, limitando di fatto la libertà e l'uguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana...”*

Così, i principi costituzionali devono e possono essere rispettati ed applicati.

Per questo, nessuna Regione si può sottrarre al dovere costituzionale di *“farsi carico”* della salute e della cura dei propri cittadini; nessuna Autorità si può permettere di tagliare la possibilità di rapporti delle persone malate con il proprio ambiente sociale.

Le leggi vanno rispettate e questo vale per tutti, a maggior ragione per le persone fragili.

Lo Stato di diritto comincia proprio dal rispetto delle leggi della Repubblica da parte delle sue Istituzioni.

Il problema della sicurezza

Non si può ignorare il fatto che la questione del superamento/chiusura degli OPG deve fare i conti con le regole sulla sicurezza e, anche, con le posizioni pregiudiziali sulla pericolosità del malato di mente autore di reato ancora esistenti nel “senso comune” e sull’allarme sociale che può nascere dalle dimissioni degli internati in strutture assistenziali decentrate.

Chi deve provvedere alla chiusura degli OPG lo sa o lo deve sapere.

Basta “una voce” di allarme, un atto di autolesionismo, un’infrazione addebitata ad un internato per far regredire un progetto di nuova assistenza.

Il problema non si risolve con dispute astratte, ma con esperienze partecipate e condivise, cariche di eticità e di qualità sociale, che dimostrano la validità delle alternative e l’inconsistenza e la nocività del pregiudizio.

La “sicurezza” dei cittadini tramite “*separazione, chiusura e controllo a vista degli internati*” è il chiodo fisso su cui si adagiano coloro che presumono di prevenire e controllare tutti gli atti di autolesionismo e di violenza delle persone, soprattutto quando malate di mente.

Purtroppo, il pregiudizio non si attenua nemmeno dinanzi alla documentazione dei suicidi e degli atti di aggressività che accadono in una struttura totale, nonostante il massimo del controllo quotidiano.

Al di là del pregiudizio, tutte le buone pratiche dei Servizi di salute mentale hanno confutato l’equazione deterministica tra sofferenza psichica e violenza. E’ ormai una diffusa acquisizione scientifica.

Eppure non è lecito ignorare i dati di fatto che registrano piccoli o grandi reati compiuti da persone affette da disturbi psichici.

Di quelle dinamiche è giusto discutere e tener conto, senza determinismi impropri e neppure senza rimozione del problema.

Una “*sospensione della ragione*” è possibile in ogni uomo, così come è possibile, in quelle condizioni, una reazione inconsulta a problemi esistenziali.

Al di là di ogni dissertazione sulla malattia mentale, è certo che è possibile per tutti uscire dalla malattia mentale e dalla “*gabbia del reato*” con nuovi percorsi esistenziali e con il recupero della stima di sé.

Cosicché, *in vigenza della normativa sulla “misura di sicurezza”*, il sistema delle cure dei malati di mente “prosciolti folli” comprende anche, là dove *necessario*, misure per la “protezione sociale”, anche per rendere più agevole l’avvio delle alternative e per porre, a partire dalle buone pratiche, la messa in discussione del pregiudizio.

Dalle discussioni astratte si deve passare al confronto sulle soluzioni concrete.

Ma prima ancora di prendere in considerazione le forme di vigilanza previste dalla normativa, è necessario affermare che l’affidabilità delle persone affette da disturbi psichici è in stretta relazione con la qualità e la quantità delle prestazioni di aiuto alla persona e con le condizioni di reciproca fiducia che si stabiliscono tra il Servizio e la persona malata.

A differenti esigenze di assistenza devono corrispondere diversi servizi, diverse dotazioni di organico e sistemi di cura, *tutti fondati sulla valorizzazione della soggettività delle persone e su programmi personalizzati di socializzazione che creano le condizioni per l'affermarsi della piena autonomia e responsabilità della persona.*

Quanto migliore è la qualità delle pratiche di vita, quanto più profondo è il rapporto di fiducia, tanto più alto è l'impegno delle persone a ricostruire un vissuto "entro le categorie della legalità" e, dunque, a garantire l'affidabilità delle persone, la sicurezza individuale e collettiva.

L'intensità delle cure, con i corrispondenti parametri di servizi e di personale, deve essere il criterio essenziale da seguire, con soluzioni differenziate, sempre aperte e integrate nei contesti sociali, per stabilire, secondo le esigenze descritte nel programma individualizzato predisposto dal Dipartimento di Salute Mentale, i requisiti minimi delle strutture di ospitalità dei "prosciolti folli" in misura di sicurezza, alternative alla chiusura degli OPG.

Passi in avanti importanti sono stati realizzati anche a proposito della "vigilanza" richiesta per i malati di mente autori di reato e in "misura di sicurezza.

Già nell'Ospedale psichiatrico giudiziario di Castiglion delle Stiviere è stata praticata la "vigilanza perimetrale" garantita dalle Forze dell'Ordine, senza conseguenze apprezzabili per la sicurezza degli internati, del personale di assistenza e per la popolazione.

Anche le esperienze delle "Piagge" a Firenze e di "Casa Zaccheo" a Castrocaro Terme, tanto per fare esempi diversi di organizzazione di strutture sociosanitarie, hanno validato la "vigilanza perimetrale" che deve essere garantita dalle Forze dell'Ordine tramite Convenzione stipulata tra la Regione e le Prefetture dei diversi territori dove si ravvisa l'esigenza di una "protezione sociale".

Riabilitazione e recupero sociale

Chi si è cimentato a fondo per la chiusura dei manicomi sa che la liberazione degli internati dall'istituzione totale non è affatto uno sbrigativo atto amministrativo e burocratico.

Gli internati non sono pacchi postali che si possono manipolare a piacimento.

Al contrario, serve un quotidiano, serio e condiviso progetto di riabilitazione, di ricostruzione del progetto di vita di ogni persona, sapendo che in psichiatria la riabilitazione non è un atto occasionale e neppure una prestazione solo farmacologica, ma è il recupero della motivazione vitale che si raggiunge con la ricostruzione del senso di vivere, passando attraverso il vissuto quotidiano, attraverso la prova dei diritti e dei doveri e la speranza di un futuro per la vita.

Niente persone confinate in cella, niente reparti chiusi, niente contenzione fisica e chimica, ma apertura ed umanizzazione della vita quotidiana con programmi di attività formative, lavorative, sociali, ludiche e affettive che si possono svolgere dentro e fuori l'Istituzione.

Un nuovo principio educativo, dentro e fuori l'istituzione.

Si impara a vivere civilmente, vivendo civilmente.

Per l'internato è tanto più possibile uscire dalla sentenza edittale quanto più si realizza un rapporto di fiducia tra il malato e servizi, se il Servizio sa decifrare i bisogni inespressi delle persone con disturbi psichici e sa dare risposte condivise e partecipate e se i malati, singolarmente e collettivamente, sono partecipi e protagonisti della loro emancipazione.

La qualità della vita degli internati deve essere impegno immediato, perché l'obiettivo fondamentale del superamento dell'OPG potrà essere realizzato tanto meglio quanto più reale e vissuto è il miglioramento della vita dei singoli e del complesso dell'Istituzione.

Progetto individuale di recupero sociale e prospettiva di rientro nella società stanno tra loro in un rapporto di inscindibile interdipendenza.

Il Programma deve essere assunto dalle Aziende sanitarie locali, deve valere per tutti i 1419 internati e per tutto il tempo, ormai breve, di vigenza della struttura OPG per proseguire, poi, in tutte le sedi territoriali nelle quali si svolgerà la vita delle persone che hanno attraversato la "misura di sicurezza".

Il cantiere aperto per le alternative

Si apre ora il cantiere delle alternative, in ogni Regione e Provincia Autonoma, in ogni Azienda sanitaria locale, in ogni territorio comunale, in ogni contesto sociale.

Chiudere un OPG non significa, non deve significare, riprodurre una costellazione di *Istituzioni totali* e, neppure, passare *da carcere a carcere* per il semplice fatto che le persone "prosciolti folli", comunque e tutte affette da disturbi psichici, possono essere curate e riabilite *al di fuori delle istituzioni totali che sono di per sé patogene*, con soluzioni che, sia pure a legislazione invariata sulla "misura di sicurezza", *siano uno sviluppo creativo delle sentenze della Corte Costituzionale.*

Come avvenne al tempo della "180", è giusto e legittimo avanzare perplessità e anche allarmi su alternative gattopardesche, sul timore che si riproduca una "manicomialità diffusa", come è altresì indispensabile esigere dal Governo nazionale provvedimenti "coerenti" con l'impianto costituzionale e legislativo del Paese, a cominciare dal Decreto del Ministro della Salute sui requisiti minimi delle strutture sanitarie alternative all'OPG, ma è altrettanto necessario, come allora, accettare e portare la sfida nella concreta realtà, nelle sedi di applicazione della legge per impegnare le Istituzioni, i soggetti sociali, la cultura e la politica a dare risposte nuove ed appropriate al diritto alla cura dei "non imputabili" e a creare le condizioni per un effettivo recupero sociale di chi deve rientrare nella legalità del nostro consorzio sociale, come richiede l'articolo 27 della Costituzione.

Qui, a questo livello, c'è posto per tutti, tanto più che la qualità delle soluzioni dipende molto dalla pluralità degli apporti, dalla modifica del "senso comune" sulla pericolosità del malato di mente, dalla disponibilità a cogliere le sinergie tra i diversi attori sociali, ad affinare pensiero e pratica, avendo come bussola i diritti delle persone che la Costituzione italiana e la civiltà giuridica del Paese richiedono.

Sappiamo per comprovata esperienza che non basta la legge per garantire quello che essa promette, ma che serve una sistematica vigilanza, e a volte una nuova lotta, per riconquistare i diritti scritti e sanciti nella Costituzione e nelle leggi che ne sono coerente applicazione e sviluppo.

Tanto più che prospettive sociali più sistemiche potranno maturare quanto più la realtà sociale farà dei passi in avanti nell'inclusione delle persone, nel superamento del pregiudizio e nel sostegno del "senso comune" agli obiettivi di civiltà che intanto si possono proporre se e quando si mette fine all'obbrobrio dei manicomi giudiziari.

Punti fermi, per una nuova "creatività sociale"

Con le leggi faticosamente conquistate, l'Italia si colloca nelle punte avanzate dell'Europa e del mondo nella ricerca di nuove soluzioni per la cura dei malati di mente autori di reato, eliminando gli Ospedali psichiatrici giudiziari, senza riprodurre i manicomi, ma con una "creatività sanitaria, sociale e giuridica", che non ha precedenti e tanto meno modelli da imitare.

Si ripropone una situazione di avanguardia culturale e legislativa che ha un precedente solo con l'approvazione della legge n. 180 e la successiva legge n. 833 dell'anno 1978.

Con qualche punto di forza maggiore, oggi, con un sistema sanitario incardinato nelle Regioni italiane da oltre 30 anni, con una presenza di Dipartimenti di salute mentale in tutte le Aziende sanitarie locali e con una vivace e diffusa iniziativa delle Associazioni di cittadinanza attiva, di Organizzazioni sindacali, di Forum per la salute in carcere e di Stop OPG, di soggetti sociali che possono presidiare l'attuazione della legge in tutto il territorio nazionale.

Ciò che appare decisivo, oggi, come allora e come sempre, è la sinergia delle competenze tra istituzioni diverse e, dunque, la pratica attuazione del principio costituzionale della "leale collaborazione", l'alleanza tra la cultura, le Istituzioni e i soggetti sociali di avanguardia, tutti impegnati nel cambiamento, facendo valere i punti di forza esistenti nell'Ordinamento istituzionale e i principi di nuova socialità presenti in alcune leggi nazionali e regionali e nelle migliori esperienze italiane, con particolare riferimento alla domiciliarità e alla residenzialità sociale, senza emarginazione.

La domiciliarità: vicinanza, prossimità e familiarità

Sia per la salute che per il ben-essere sociale delle persone, l'impegno delle Istituzioni, dei servizi alla persona e dei cittadini è sempre più rivolto a garantire la convivenza delle persone, *soprattutto se fragili*, nel proprio contesto sociale, senza sradicamenti, con una politica volta a moltiplicare i rapporti sociali, le azioni di solidarietà, senza abbandono e senza emarginazione.

Anche quando le relazioni familiari sono inesistenti o lacerate, l'abitare delle persone deve avere il carattere della prossimità, della vicinanza e della familiarità, con residenze

di piccole dimensioni nelle quali siano possibili i ritmi naturali del vivere e il massimo delle relazioni con l'ambiente sociale di appartenenza.

Nel sociale “*piccolo è bello*” e il “*gigantismo istituzionale*”, che dissolve e rende difficili le relazioni, è l'esatto opposto di quanto una politica sociale richiede oggi per far fronte alle difficoltà e alle lacerazioni che, per cause diverse, si producono nel rapporto tra individuo e società.

Sono acquisizioni, queste, che devono essere alla base anche delle soluzioni da realizzare da parte delle Regioni e Province autonome per curare ed assistere sia gli internati che rientrano dagli OPG nei territori di provenienza sia i malati di mente autori di reato che incorrono, in base alla legislazione vigente, in una “misura di sicurezza”

La vigilanza, là dove necessaria, non deve in alcun modo far venir meno il diritto delle persone malate alla buona cura e all'assistenza da parte del Servizio sanitario e del Servizio sociale che *non ammettono i manicomi e qualsiasi forma di istituzione totale.*

Il ruolo delle Regioni

Ogni Regione italiana e ogni Provincia autonoma ha il compito di recepire le leggi nazionali e di produrre, nell'ambito del proprio Ordinamento sanitario e sociale, un *Progetto mirato* per il rientro degli internati dagli OPG nei territori di provenienza, con la richiesta al Ministero della Salute del finanziamento previsto dai comma 6 e 7 dell'articolo 3-ter della legge n. 9 del 17 febbraio 2012 per i servizi e le strutture programmate.

Le Regioni italiane hanno dalla Costituzione un potere autonomo indiscusso nella organizzazione del Servizio sanitario nazionale, sempre nel rispetto del diritto universale alla salute dei cittadini e nella garanzia della uguaglianza delle prestazioni.

Un potere che le Regioni hanno sempre rivendicato e difeso e che a maggior ragione deve essere fatto valere per l'organizzazione delle alternative all'OPG.

Questo è il necessario punto di partenza per impegnare le Aziende sanitarie locali e i rispettivi Dipartimenti nella “presa in carico”, nella continuità assistenziale e nel recupero sociale dei malati di mente autori di reato.

Spetta alle Regioni stipulare con le Prefetture di riferimento delle ASL interessate apposite Convenzioni per assicurare la “*vigilanza perimetrale*” da parte delle Forze dell'Ordine, là dove ritenuta necessaria.

Le Regioni e le Province Autonome, per garantire un' adeguata assistenza agli assistiti, sulla base del comma 5 dell'articolo 3-ter della legge n. 9 del 17. 02. 2012 e delle procedure in esso contenute, anche in deroga alle disposizioni vigenti relative al contenimento della spesa di personale, “*possono assumere personale qualificato da dedicare anche ai percorsi terapeutico e riabilitativi finalizzati al recupero e reinserimento sociale dei pazienti internati provenienti dagli Ospedali psichiatrici giudiziari*”

Il ruolo delle Aziende sanitarie e dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM)

Il ruolo delle Regioni non si conclude, certamente, con la predisposizione del Progetto mirato e con la richiesta di finanziamento al Ministero della salute, ma deve impegnare tutte le Aziende sanitarie locali, con i loro rispettivi Dipartimenti di salute mentale, ad accogliere gli internati che devono rientrare nei territori di provenienza, a prevenire e a bloccare ulteriori internamenti in OPG, con programmi di prevenzione, cura e recupero sociale dei malati di mente autori di reato.

Spetta alle Aziende sanitarie, in collaborazione con gli Enti locali e con le organizzazioni dei cittadini, predisporre i relativi servizi sanitari e sociali integrati e le eventuali strutture sanitarie necessarie, sulla base dei criteri dettati dalla programmazione regionale.

Il DSM è il Servizio costituito in ogni Azienda sanitaria locale che risponde, attraverso una gamma di interventi differenziati e personalizzati (domiciliari, ambulatoriali, residenziali, ecc...) ai bisogni di salute mentale della popolazione residente nel proprio territorio di competenza.

In prima istanza, al Dipartimento sono assegnate, in base al programma personalizzato di dimissioni formulato congiuntamente dallo stesso DSM e dalla Direzione sanitaria dell'OPG, le persone attualmente internate in OPG *“che hanno cessato di essere pericolose”* (dimesse in Licenza Finale di Esperimento), come disposto dal comma 4 dell'articolo 3-ter della legge n. 9 del 17 febbraio 2012.

Il Dipartimento di salute mentale è il *“volano progettuale ed operativo”* per la chiusura degli OPG.

Ci sono già esperienze di DSM che hanno azzerato il ricovero in OPG, ma è indubbio che a questi Servizi, per la chiusura degli OPG, si presentano problemi nuovi e complessi che richiedono, prima di tutto, chiarezza sulle competenze e sulle responsabilità, distinzione netta rispetto alle eventuali esigenze di vigilanza che spettano alle Forze dell'Ordine, disponibilità di personale sanitario, sociale ed educativo, di Alloggi assistiti direttamente disponibili o messi a disposizione dagli Enti locali e di servizi e strutture sanitarie e sociosanitarie aperte e flessibili.

Sulla base del Progetto mirato, ma in rapporto ai quadri epidemiologici e alle esigenze di residenzialità per malati di mente autori di reato, possono essere istituite *piccole Comunità terapeutiche* con la disponibilità di pochi letti di residenzialità *a media e alta assistenza*, anche per fornire alla Magistratura giudicante destinazioni alternative ai malati di mente che incorrono nella misura di sicurezza.

Ma quello che è decisivo è, e sarà, la cultura dei Servizi per la salute mentale che fa propri i principi della *“presa in carico”*, della continuità assistenziale, dell'integrazione sociosanitaria, della domiciliarità, *soprattutto la consapevolezza che non esiste più “il terminale”, la possibilità dell'internamento delle persone in strutture totali o totalizzanti.*

Chiudere gli OPG è dovuto, ed è possibile

Con un impegno comune delle Istituzioni, con la partecipazione consapevole degli operatori, con il sostegno e lo stimolo dei soggetti sociali è possibile applicare la legge n. 9 del 17 febbraio 2012 e chiudere gli OPG italiani entro la data del 1° aprile 2014.

Le esperienze condotte e monitorate in tutto il Paese saranno un prezioso contributo per procedere ulteriormente nella civilizzazione dell'Ordinamento giuridico italiano con nuove soluzioni ai problemi delle persone sofferenti psichiche e autori di reato, senza ricorrere al carcere e senza riprodurre soluzioni manicomiali, illegittime e ingiuste, ma con una rete differenziata di Servizi e strutture sanitarie, sociali e sociosanitarie territoriali a diverso livello di protezione sociale, in linea con quanto dispone la Costituzione italiana e la legislazione che di essa è coerente sviluppo.

Postfazione

Basaglia, Psichiatria Democratica e la politica

Parlare di Basaglia, di Psichiatria Democratica e della relazione tra questi e la politica risulta complesso perché diverso è il rapporto del movimento e di Franco con il mondo della politica.

Franco Basaglia a 18 anni viene recluso nel carcere di Santa Maria Maggiore di Venezia come antifascista, condannato a morte, ma riesce a salvarsi ed aderisce al Partito Socialista. Si iscrive all'Università di Padova, si laurea in medicina e si specializza in psichiatria. Comincia la sua carriera con Hrair Terzian e Gian Piero Dalla Barba e si dedica al problema della malattia mentale, contrapponendosi alla psichiatria dell'epoca che tratta il problema in maniera positivista.

Franco si rivolge ad una interpretazione Daseinanalitica, si avvicina al mondo fenomenologico, inizia lo studio di Jaspers e successivamente Husserl, Heidegger, Merleau-Ponty, Minkowski per approdare alla fenomenologia esistenziale di Sartre, che Franco erige a suo riferimento¹.

Questa impostazione caratterizza tutta la sua vita accademica, tanto che Belloni, direttore della clinica, lo chiama "il filosofo"; questo è anche il motivo che lo porta fuori dall'Università, a Gorizia, quale Direttore del manicomio.

All'inizio Franco vive la nuova destinazione come un tradimento e pensa di abbandonare questa opportunità, ma riflettendo, comincia a pensare come, questa esperienza, somigli molto a quella vissuta in carcere; comincia a pensare come il manicomio abbia lo stesso odore del carcere, inizia a cogliere tutta la sofferenza del malato in manicomio.

Saltano tutti i suoi precedenti modelli fenomenologici e capisce come in manicomio non venga rinchiusa la follia ma la povertà insieme alla follia.

Nel 1963, dopo più di due anni di silenzio, scrive: "*Ansia e malafede. La condizione umana del nevrotico*" che inizia con una citazione di J.P.Sartre "*la maggior parte del tempo fuggiamo l'angoscia nella malafede... la legge della mia libertà... fa sì che non possa essere senza scegliermi*".

In un primo momento Franco cerca di riportare il manicomio al ruolo di ospedale, cioè luogo in cui ci si prende cura del malato, ma l'incontro con Fanon, con Foucault, Maxwell Jones e Goffman gli fa scoprire la tragicità del manicomio e la sua vera funzione sociale.

Il sociale entra nella realtà di Franco e pervade tutto il suo lavoro. Per Franco vita e lavoro sono direttamente collegati.

Gli si pongono problemi che vanno risolti e non solo sul piano tecnico: che cosa è il manicomio, cosa è la follia, perché viene rinchiusa nel manicomio, che cosa è la psichiatria, qual è il ruolo dello psichiatra, sono una serie di domande che trovano risposta

¹Per il matrimonio Terzian regala a Franco tutta l'opera di Sartre

solo se ci si rivolge all'esterno, solo se il problema non rimane nelle mani dei tecnici ma diviene un problema che riguarda tutti, perché il ridare soggettività e libertà di cura al folle significa mettere in luce aspetti che riguardano, in diversa misura, tutti.

L'esclusione e la contestazione sono momenti importanti di questo periodo.

Basaglia, ad un giornalista che gli chiede cosa avrebbe fatto se non fosse stato psichiatra, risponde che anche se avesse venduto noccioline sarebbe stata la stessa cosa, perché le noccioline sarebbero state un modo per entrare in contatto con le altre persone.

Il significato di questa frase pone in luce un aspetto importante del pensiero di Franco e cioè *l'incontro con l'altro, come rapporto nel senso di scambio, di conoscenza reciproca*.

In questa semplice frase sta tutto il significato del lavoro di Franco: rendere il folle in grado di prendersi delle responsabilità, prendere delle decisioni, esprimere i propri bisogni perché comincia ad avere fiducia nell'altro, ma anche di contestare e di pretendere ciò che gli sembra giusto: rendere il folle soggetto con doveri e diritti, ma nello stesso tempo costringere lo psichiatra alle proprie responsabilità e di *mettersi in discussione*.

Queste considerazioni di Franco sono frutto del suo agire quotidiano per cambiare il manicomio, per trovare una modalità di rapporto col malato di mente come uomo e non come malato, mettendo fra parentesi la sua malattia. Per Franco, affrontare in questo modo il folle rinchiuso in manicomio, è operare una rivoluzione dell'agire quotidiano, come spiega in *Conferenze brasiliane*² quando dice: *"è indubbio che nel momento in cui vogliamo dare significato alla malattia del nostro paziente... stiamo facendo una grande rivoluzione"*.

Lavorare in questo modo è fare dell'utopia; Franco mutua dagli autori anglosassoni il termine "ideologia" come copertura delle contraddizioni sociali della realtà, mentre per trasformare la realtà è necessario agire nel campo dell'utopia. Infatti afferma: *"il nostro segreto è di lavorare nell'ideologia perché ci viviamo immersi, siamo costretti a vivere nella realtà dei supermarket, del cinema, dei congressi, delle strade, nella realtà che ci è imposta ogni giorno, ma è questa realtà che vogliamo trasformare, e quando si trasforma la realtà tenendo presente la realtà di tutti facciamo dell'utopia"*³.

Tuttavia per maggiore chiarezza Franco si declinava politicamente come un gramsciano cioè come un intellettuale organico e come tale si comportava. Il partito era una istituzione che gli stava troppo stretta che non gli permetteva di agire liberamente per la rigidità di regole e di comportamenti che mai avrebbe potuto sostenere e sopportare.

D'altra parte incontri col partito sembravano dargli ragione in questo senso. Due esempi paiono a tal proposito significativi: il primo risale alla fine degli anni sessanta quando incontra l'assessore alla sanità della Provincia di Bologna, accompagnato da Mario Tommasini e Sergio Scarpa ambedue dirigenti del Partito Comunista Italiano⁴. In quel periodo si stava discutendo il concorso dell'ospedale psichiatrico di Bologna, il Roncati, Basaglia allora pensava alla possibilità di andare a Bologna, durante il colloquio

² F. Basaglia, *Conferenze brasiliane*, R.Cortina editore, Milano, 1999

³ F. Basaglia *op.cit.*

⁴ Intervista di Giovanna Gaglio a Mario Tommasini su "Aut Aut" n. 342 pagg. 1920

l'Assessore alla provincia di Bologna, Bacchilega, si rivolse a Basaglia in questo modo: *“Parliamoci chiaro, lei, professore, è molto bravo e farà la riforma psichiatrica, ma a Bologna non può venire perché è un uomo troppo indipendente, troppo libero. Noi siamo di sinistra, vogliamo avere collaborazione con i tecnici, ma i tecnici devono riconoscere il nostro ruolo e la nostra impostazione”*.

Tommasini commentò questo incontro dicendo: *“solo allora compresi come alcune persone avevano delle perplessità su chi era veramente in grado di produrre dei cambiamenti. Basaglia era temuto per la sua forza dirompente, per il consenso che riscuoteva per i giovani della contestazione, ma non si teneva conto di quanto costruisse in termini di nuova cultura”*⁵.

Un altro esempio è quello riportato da Michele Zanetti⁶ quando, durante la discussione in Provincia di Trieste dopo il risultato del concorso, vinto ampiamente da Franco, il gruppo del PCI si astiene dalla votazione *avanzando una serie di distinguo e di perplessità.ricordando episodi e polemiche rimbalzati tanto da Gorizia, quanto da Parma*.

Tuttavia Franco stabilisce anche stretti e fraterni rapporti con alcuni compagni del PCI sia con i già citati Tommasini e Scarpa, ma anche con altri come Benigni e Monacchini, assessore e presidente della provincia di Arezzo, Petroselli sindaco di Roma e Nicolini assessore, Giovanni Berlinguer e tanti altri. Con questi aveva stabilito rapporti stretti ed amicali per affinità di vedute. Partendo dalla psichiatria e dal loro modo di intendere la politica erano approdati ad altre modalità che, come per Franco, ne invadevano la vita.

I rapporti fra Franco e il PCI, spesso tesi, cominciano a cambiare dopo il Convegno dell'Istituto Gramsci, organizzato da Giovanni Berlinguer che aprì il convegno e inserì fra le altre anche una relazione delle equipe di Gorizia e di Parma.

Fu certamente un convegno diverso da quello delle Frattocchie del 1968, quando il PCI non seppe scegliere fra chi conduceva una lotta per la liberazione dei manicomi e chi invece sosteneva l'inesistenza della malattia mentale; cioè fra chi lavorava quotidianamente per affrancare il malato di mente e ricondurlo fuori dalla malattia e dal manicomio, per incontrarlo realmente, e chi invece negava solo la follia e non si peritava assolutamente di rompere la realtà del manicomio. Fra chi, come avrebbe detto Franco, agiva nel campo dell' utopia e chi invece agiva nel campo dell' ideologia.

Intanto a Bologna era sorta Psichiatria Democratica dopo numerosi incontri che aveva coinvolto tutti i medici di Gorizia, Franca Ongaro Basaglia, Piera Piatti, Michele Riso e Gian Franco Minguzzi, primo segretario, oltre agli infermieri Di Cecco di Gorizia, Fragiaco di Trieste. Nell'anno successivo, il 22 e 23 giugno 1974 si svolge a Gorizia il primo convegno su *La pratica della follia*.

Certamente sono diverse le motivazioni della nascita di Psichiatria Democratica: problemi specifici ma anche generali. Quelli specifici riguardano la fine di Gorizia, ma anche la necessità di chiudere gli ospedali psichiatrici e iniziare una nuova epoca per

⁵ *Op.cit.* nota a pag.20

⁶ F. Parmegiani, M. Zanetti, *Basaglia una biografia*, LINT Trieste 2007, pag.70

l'assistenza psichiatrica che va oltre alla specificità della psichiatria e coinvolge tutta la società. Dall'ambito strettamente specialistico l'assistenza psichiatrica diventa un problema di rilevanza politica e sociale.

Dall'altra parte il congresso mette a fuoco la necessità di avere rapporti col sindacato, con i partiti di sinistra (soprattutto PCI e PSI), e con gli amministratori, ma in un rapporto non di dipendenza né di delega. Il problema è anche quello di creare un collegamento concreto e costante fra operatori psichiatrici e forze politiche e sindacali.

Nel Convegno vengono pure affrontati problemi di emarginazione, problemi giuridici, di formazione, di denuncia ed altri ancora, con un approccio e un respiro ampio e profondo.

Questi erano gli obiettivi di Franco Basaglia e lo chiarisce perfettamente in una delle sue ultime conferenze. In *Conferenze brasiliane* egli dice: *se pensassi che la follia è solo un problema sociale sarei ancora all'interno di una logica positivista... La malattia essendo una contraddizione che si verifica in un contesto sociale, non è solo un prodotto sociale ma una interazione fra tutti i livelli di cui noi siamo composti: biologico, sociale, psicologico... Il problema sta nella relazione fra il nostro corpo organico e il corpo sociale nel quale viviamo*⁷.

Questo modo di pensare e il suo agire sembrano essere contraddittori mentre in realtà sono coerenti col suo modo di vivere e di agire.

Per Franco infatti è importante il problema del rapporto con le persone: per esempio Mario Tommasini era un vecchio partigiano che aveva assunto un ruolo politico, per essere sicuro di portare a compimento la sua azione nell'ospedale psichiatrico di Colorno, incontra Franco a Padova, che lo ascolta con poca convinzione e alla fine lo invita a Gorizia. Qui conosce la comunità terapeutica, scopre cioè un mondo diverso da quello di Colorno, e così cambia idea e progetto non più di umanizzare il manicomio, ma mettere in discussione l'esistenza e anche la teoria che la sostiene. Franco allora gli dice di non sapere dove l'avrebbe portato la comunità terapeutica, ma che questa avrebbe determinato il passo successivo; Mario coglie appieno il significato di cambiamento prodotto da Franco e da quel momento nasce un rapporto fraterno che durerà tutta la vita.

Ricordo ad esempio che mentre eravamo a Gorizia Franco e proponeva diverse possibilità di azione, spesso senza evidenziare che conseguenze avrebbero comportato sul piano pratico, ma la fiducia degli infermieri era tale che un capoinfermiere a cui un giornalista aveva chiesto se sapeva cosa faceva, rispose che spesso non sapeva cosa significava quello che agiva nel quotidiano ma *"Basaglia sapeva bene cosa avrebbe prodotto il suo comportamento"*.

Con Bruno Benigni succede la stessa cosa. Bruno è un politico che scopre il manicomio come luogo di esclusione e lo pone in relazione al mondo operaio e al partito. Anch'egli stringe con Franco un forte rapporto di amicizia attraverso le battaglie condotte insieme per oltre dieci anni⁸. Sergio Scarpa era un dirigente importante del Partito che

⁷ F. Basaglia, *op.cit.* pag. 98 e segg.

⁸ B. Benigni, In questo volume.

voleva agire nella maniera migliore il proprio ruolo di dirigente politico e aveva stabilito un buon rapporto con Basaglia, le cui opinioni teneva in grande considerazione.

Persone certamente diverse da Bacchilega che aveva dimostrato un atteggiamento preconstituito e di pregiudizio che nascondeva il timore di un cambiamento. Credo che Franco in quella occasione si sia sentito come un matto in manicomio, cioè una persona classificata e ristretta in un ruolo predeterminato che non ammetteva nessuno scambio di comunicazione, Franco si era sentito giudicato come persona in cerca solo della propria libertà e che non teneva in alcuna considerazione l'altro, il diverso da lui.

Ben differente era il suo modo di agire e di pensare: il problema era soprattutto il rapporto con l'altro, chiunque fosse. Il rapporto era diretta conseguenza del suo agire quotidiano, orientato al cambiamento di tutto ciò che lo circondava per vivere scegliendo continuamente, per la libertà sua e di chi aveva rapporti con lui. Con tutti cercava il confronto, lo scambio di opinioni, di esprimere quello che aveva dentro per cogliere e capire cosa pensava l'altro senza schemi o preconcetti. Questa condivisione portava ad un reciproco cambiamento che rappresentava il vero senso di essere e di agire.

Ricordo che quando a Trieste fungevo da vicedirettore e Franco era spesso via per motivi di lavoro, mi imponevo di fare come se Franco non ci fosse perché sapevo che il suo ritorno avrebbe prodotto dei cambiamenti, frutto degli incontri che aveva avuto. Franco era sempre molto rispettoso e al rientro mi chiedeva cosa era successo, poi mi spiegava cosa aveva pensato di fare perché voleva la mia adesione, perché per ogni sua nuova idea cercava sempre il parere e la partecipazione di tutti, ogni sua idea veniva discussa e messa in pratica con la collaborazione di tutti.

Comunque mi sembra che il pensiero di Basaglia viene ben espresso durante le *Conferenze brasiliane* allorchè, parlando della psichiatria nei paesi socialisti, dice di non conoscerla ma ipotizza *una soluzione socialista all'organizzazione sociale, una società diversa che continui a criticare se stessa in una situazione di rivoluzione culturale costante*⁹.

Questa era l'utopia che guidava Franco nel suo agire quotidiano.

Domenico Casagrande

⁹ F. Basaglia *op. cit.* pag.212

Bruno Benigni è originario di Castiglion Fiorentino (Arezzo) dove è nato nel 1932 ed è insegnante.

Consigliere e assessore alla sanità della Provincia di Arezzo dal 1970 al 1980, dal 1977 al 1979 è responsabile del “Gruppo psichiatria” della Commissione sicurezza sociale della Direzione del PCI.

Nel 1980 è eletto Consigliere regionale della Toscana nella lista del PCI e svolge il ruolo di presidente della commissione consiliare Sicurezza sociale fino all’ottobre 1983, quando diviene assessore regionale alle attività sanitarie territoriali, alla prevenzione, alla salute mentale, alle dipendenze e alle politiche sociali e sociosanitarie, carica che ricopre fino al 1990.

Nel 1989, per l’attività svolta nelle carceri toscane come Assessore regionale della Toscana, il Ministero di Grazia e Giustizia lo insignisce di Medaglia d’oro alla “Redenzione sociale”.

Successivamente all’incarico presso la Regione Toscana, dal 1990 al 1994 è coordinatore per la Sanità dei Gruppi parlamentari della Camera dei Deputati e del Senato della Repubblica per il PCI-PDS e, dal 1994 al 2000, è consulente per la sanità della Lega Nazionale delle Autonomie Locali.

Un analogo ruolo di consulenza svolge dal 1998 al 2010 per il sindacato Spi Cgil. Attualmente è componente del Direttivo nazionale del Forum per la salute in carcere e dal 2001 è fondatore e Presidente del Centro “Franco Basaglia” di Arezzo (Onlus).

Oltre ai numerosi articoli e saggi sulla politica sanitaria e sociale pubblicati in volumi, in riviste nazionali e in giornali quotidiani, ha pubblicato:

Bruno Benigni, Fabrizio Ciappi, Giuseppe Germano, Paolo Martini, *Il nuovo servizio psichiatrico*, Roma : La Nuova Italia Scientifica, 1980;

Bruno Benigni, *Dalla Sala dei grandi: anni 1970-1980: dibattito su malati, manicomi e salute mentale*, Cortona : Calosci, 1998, 2 voll.;

Bruno Benigni, [in collaborazione con il Dipartimento Itaca dell’Università La Sapienza Roma], *Studio di fattibilità “La Casa della salute”*, luglio 2006;

Bruno Benigni...[et al.], *Dalla Sanità alla salute nella Valdichiana aretina: passato, presente, futuro*, Montepulciano, Le Balze, 2006;

Bruno Benigni, Roberto B. Polillo, *Salute e cittadini nel Servizio sanitario nazionale*, Roma, Libreria, 2007

Bruno Benigni, Pier M. Fagnoni, *La casa della salute. Idee di progetto*, Firenze, Alinea, 2007;

Bruno Benigni, *Sani dentro: cronistoria di una riforma*, Verona, Noema, 2008;

Bruno Benigni, *La Casa della salute, ovvero La salute è di casa : Nuova infrastruttura del welfare italiano*, Roma, Libreria, 2010.