Daniele Pulino

LE METAMORFOSI DELLA POLITICA DI SALUTE MENTALE ITALIANA (1978-2013)

Abstract:
The Italian reform law of 1978 is part of a "metamorphosis" which involves western countries' mental health policies after the Second World War. That is, the questioning of Mental Hospital such place of takes care from people with mental health disorders, which is the basis of Asylums' birth in 19th century. But in Italy, with the reform law, we have a paradigm shift in psychiatry health care in relation to this confinement paradigm, that had dominated the relationship from mental illness and modern society. The aim of this paper is to analyze the implementation of Italian's Mental Health policies and the evolution of the politics of psychiatry after the closure of Mental Hospitals.

Keyword:
Mental Health Policies; Deinstitutionalization; Law n. 180.

1. *Premessa*

Se si vuole osservare il nesso tra politica e psichiatria, così come questo si è configurato, in Italia, negli anni successivi alla riforma psichiatrica del 1978, è utile partire da alcuni interrogativi sulla natura di questo legame. La riforma italiana si inserisce nel quadro di una metamorfosi che, dal secondo dopoguerra, ha investito le legislazioni, le politiche e le pratiche di salute mentale dei paesi occidentali (Giannichedda 2007). Questo processo è stato definito a volte come *decarceration* (Scull 1977), altre come deistituzionalizzazione (Castel F., Castel R., Lovell 1979) e si configura come un insieme eterogeneo di interventi che ha portato alla progressiva riduzione del numero di internati nelle grandi strutture destinate alla cura e alla custodia delle persone con disturbo mentale. Cura e custodia perché, a partire dal XIX secolo, con le legislazioni che hanno regolato il funzionamento

degli ospedali psichiatrici, si attribuisce alla psichiatria un preciso mandato di controllo di persone all'epoca percepite come socialmente pericolose. È per questa ragione che si è potuto parlare della psichiatria come "scienza politica" (Castel 1975; Rose 2018) e insieme considerare il rapporto fra legge e psichiatria come emblematico di tale condizione (Basaglia, Giannichedda 1982; Giannichedda 1988). Nei primi anni dell'Ottocento, la nascente psichiatria offre una sponda alla politica liberale che pone al centro della propria legittimazione il rispetto dei diritti di libertà. Individuando la chiave di volta della cura dei "folli" nel manicomio, la medicina mentale recupera alcuni elementi che hanno caratterizzato il grande internamento descritto da Foucault (1962). In particolare si affermano allora i tre pilastri su cui si fonda il rapporto tra politica e psichiatria: la presenza di un'istituzione totale deputata al trattamento, un dispositivo giuridico di internamento, la pericolosità come ratio del ricovero.

La crisi dell'ospedale psichiatrico (Giannichedda 2007) si sviluppa in due fasi. In una prima fase, la psichiatria è investita dall'affermazione del welfare state e da nuove innovazioni terapeutiche che, congiuntamente, contribuiscono alla realizzazione di quello che Robert Castel ha chiamato «aggiornamento» della psichiatria (Castel 1975; 1979; 1982): vengono creati nuovi servizi psichiatrici territoriali e nuove tecniche terapeutiche che non riescono a scalzare in modo definitivo né l'ospedale psichiatrico né i dispositivi che costituiscono l'internamento. In una seconda fase, si afferma una critica neoliberale che, oltre a evidenziare l'inutilità degli ospedali psichiatrici, ne sottolinea i costi eccessivi per la finanza pubblica. Anche a seguito di ciò, i numeri delle persone internate in ospedale continuano a decrescere.

In questo quadro, il caso italiano è particolarmente significativo. La riforma italiana del 1978 – nata come legge n. 180 e presto inclusa all'interno della legge n. 833/1978 che istituisce il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) – interviene sugli elementi costitutivi delle legislazioni psichiatriche, ovvero sulla presenza di un'istituzione totale, sui tempi indefiniti del ricovero, e propone una configurazione di servizi territoriali di salute mentale collegati in «forma dipartimentale». Anche il Trattamento sanitario obbligatorio (TSO) previsto dalla «180» si distingue dai "ricoveri coatti" previsti dalle legislazioni manicomiali per l'assenza nella normativa di ogni riferimento alla pericolosità sociale (Pulino 2016). In altri termini, come scriveva Franco Basaglia (2005, p. 303) «ciò che passa, agli occhi di molti, come un'avventura rischiosa e piena di minacce, è soltanto l'inserimento nella normativa di un elemento civile e costituzionale che sarebbe dovuto

esservi implicito ma non lo era: il riconoscimento dei diritti dell'uomo, sano e malato»[1].

Nel maggio 1978, quando il parlamento italiano approva la riforma, in Italia ci sono ancora 54.500 persone in manicomio, ma la riduzione dei posti letto psichiatrici è in corso da circa 10 anni, insieme alla realizzazione di una pluralità di interventi locali che vanno nella direzione della chiusura degli ospedali e della creazione di servizi nel territorio, fino, in alcuni casi, ad arrivare a tentativi di modificare nella pratica i diversi caratteri delle istituzioni psichiatriche. Gorizia, Parma, Perugia, Nocera Inferiore negli anni Sessanta; Trieste, Arezzo, Pordenone, Ferrara, Napoli, sono solo alcune delle città in cui si realizzano tentativi di fare a meno del manicomio (Pulino 2016).

Nonostante abbiano un elevato grado di disomogeneità, queste pratiche fanno emergere il livello della politica locale come centrale nel processo che ha portato alla riforma. Da una parte gli psichiatri, che usano i poteri di gestione delle istituzioni e in alcuni casi riescono a inventarne di nuove, smontando i meccanismi di funzionamento del manicomio (Rotelli 1987; 2015). Dall'altra parte gli amministratori locali, assessori e presidenti delle province, che interpretano il loro ruolo di gestione amministrativa degli ospedali psichiatrici in chiave politica, recuperando quella che fino ad allora era stata trattata come una mera questione tecnico-scientifica. Inoltre, il movimento di Psichiatria Democratica, che ha avuto un ruolo importante nell'approvazione della riforma, nasce nel 1973 proprio per opera di psichiatri e amministratori impegnati a livello locale (Saraceno 1982; Prina 1993). È proprio nel quadro d'azione del movimento che il concetto di deistituzionalizzazione si afferma, in Italia, come critica e trasformazione pratica di tutti gli aspetti (giuridici, clinici, disciplinari ecc.) di un'istituzione psichiatrica, ovvero dell'insieme di apparati scientifici, legislativi, amministrativi, di codici di riferimento e di rapporti di potere che si sono strutturati attorno all'oggetto "malattia" (De Leonardis, Mauri, Rotelli 1986; Piccione 2004).

2. *I primi anni*

Con la riforma, le Province perdono i poteri nel campo della politica di salute mentale. Infatti, il SSN viene progettato su tre livelli di *governance*: il livello governativo, che ha il compito di controllare la distribuzione del

1 Sull'argomento cfr. anche Piccione 2013.

budget e definire le caratteristiche dei servizi; la Regione, che deve pianificare la struttura del sistema sanitario regionale; le unità sanitarie locali (USL), organizzate su base sovracomunale, che provvedono direttamente all'organizzazione dei servizi di assistenza primaria, alle cure ospedaliere e territoriali. Inserita all'interno della L. 833 del 1978, la riforma psichiatrica ne segue le vicende, in primis la sua difficile attuazione che si colloca in un assetto socio-politico nuovo. Finita la stagione della solidarietà nazionale, in una congiuntura economica segnata dal contenimento della spesa pubblica, manca un impegno politico concreto nella realizzazione del SSN. È emblematico, in questo senso, il fatto che, per circa un decennio, il Ministero della Salute venga affidato a più riprese a esponenti del partito liberale, ovvero una delle forze politiche che aveva votato contro l'istituzione del SSN (Vicarelli 1992; Luzzi 2004; Bindi 2018). Non va poi trascurato che, a livello locale, i comitati di gestione delle USL, pensati dalla 833 come strumenti di partecipazione democratica, in molte realtà portarono a un'estesa lottizzazione politica della sanità che favoriva la disorganizzazione dei servizi (Ferrera, Zincone 1986).

Se dall'attuazione del SSN si passa allo specifico della riforma psichiatrica, è possibile affermare che quest'ultima viene "lasciata a sé stessa" sia dai governi nazionali che da quelli locali (Giannichedda 2005). Nei primi anni della riforma vengono creati i SPDC, per ovviare all'impossibilità di ricoverare le persone in ospedale psichiatrico, ma, almeno in larga misura, le norme regionali attuative della «180» rimangono inapplicate. Si evidenzia in quel momento un problema strutturale che perdura fino a oggi, ovvero un processo di costruzione di servizi di salute mentale fortemente disuguale tra regione e regione e fra le stesse USL. Una riforma "a macchia di leopardo" come dirà allora una delle prime ricerche sui nuovi servizi realizzata dal Censis e finanziata dal Ministero della Salute (LABOS 1989). Oltre a evidenziare la differente presenza di servizi di salute mentale nel Paese, che solo in parte ricalca le disuguaglianze tra Nord e Sud (figura 1), la ricerca identifica una tipologia che, seguendo una scala legata al livello di assistenza, vede ai poli opposti da un lato i "servizi isolati" e dall'altro quelli ad "alta efficienza" (*Ibidem*). I primi, collocati prevalentemente nelle regioni del Sud, forniscono un'assistenza focalizzata sul trattamento psicofarmacologico. Questi servizi, creati tra il 1981 e il 1984, non collaborano con i SPDC e operano separatamente dagli altri servizi sociali. I secondi, invece, sono i servizi con le migliori pratiche. Nati prima dell'approvazione della riforma, rimangono aperti 7 giorni su 7, generalmente 24 ore, con letti all'interno destinati a persone a cui manca una casa o come soluzione preventiva rispetto al ricovero ospedaliero. Questi servizi lavorano in rete

con i SPDC e con i servizi sociali e si trovano concentrati in Emilia Romagna, Liguria, Friuli Venezia Giulia, Umbria, Toscana. In altre parole, la ricerca del Censis sottolinea come le migliori pratiche fossero quelle nate nel lavoro di deistituzionalizzazione degli anni precedenti o che ne rappresentavano la continuazione.

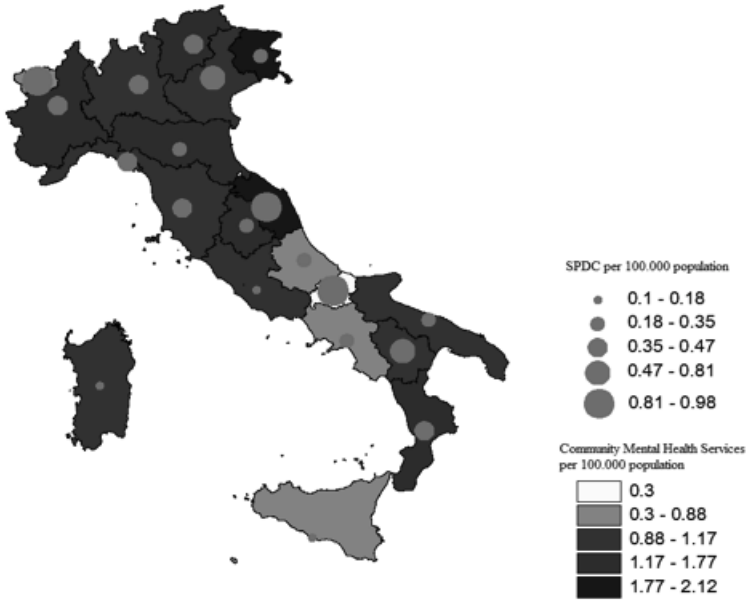


Figura 1. Servizi territoriali e SPDC su 100.000 abitanti (1986)
Fonte: elaborazione dell'autore su dati Censis

Sempre sul piano della politica di salute mentale, appare necessario soffermarsi su alcuni elementi: i tentativi di modifica della legge di riforma; l'azione del movimento di psichiatria anti-istituzionale e l'affermazione del movimento dei familiari. A partire dai primi anni Ottanta, nascono progetti di controriforma che, dal 1979 a oggi, vengono riproposti ciclicamente (Esposito 2019), con contenuti che, nei primi anni, sono soprattutto di natura restrittiva rispetto ai principi della riforma. Da allora, cambiare la legge è un tema che riemerge fino a diventare, nel 2008, parte integrante del programma elettorale della coalizione politica di centro-destra. Lo stato di abbandono delle persone e il peso della cura scaricato sulle famiglie rappresentano un *frame* dominante nel dibattito pubblico che, in termini di

proposta politica, si traduce nella necessità di modificare la legge. A ben vedere, questo tipo di argomenti, insieme alla condizione di abbandono in cui versano le persone dimesse dagli ospedali, è un tema che ricorre nella critica ai processi di deospedalizzazione avvenuti in altri paesi occidentali (Giddens 1991, p. 161). Nel caso specifico dell'Italia, è importante sottolineare che la riforma si innesta in quello che è stato definito come un modello di *welfare* mediterraneo, che si caratterizza per fare affidamento sul ruolo della famiglia come principale fornitore di un'ampia gamma di servizi: assistenza all'infanzia, disoccupazione, assistenza agli anziani e cura delle persone con disabilità (Saraceno 2003). Inoltre, come in altri ambiti (Regognini 2004), il dibattito italiano risente di una generale identificazione delle politiche pubbliche con la legge, e attribuisce a quest'ultima la capacità di risolvere problemi di tipo pratico. Pertanto, piuttosto che indirizzare l'attenzione sulla traduzione degli interventi ispirati alle buone pratiche in politiche, parte consistente dell'azione politico-istituzionale si concentra su nuove proposte di legge. Al contempo, l'azione del movimento di psichiatria anti-istituzionale si concentra sull'applicazione della legge, mentre prosegue il dibattito interno su come evitare da un lato la riproposizione metamorfizzata del manicomio dall'altro la reiterazione di nuove forme di abbandono (Crepet, De Plato, De Salvia, Giannichedda 1982). Inoltre, sul piano del "governo locale", gli esponenti del movimento impegnati nei servizi proseguono il lavoro di realizzazione e difesa dei servizi nel territorio. Va rimarcato, quindi, che uno degli eventi più significativi di quegli anni è l'affermazione delle associazioni dei familiari come soggetti che intervengono nella politica di salute mentale. In un primo momento, all'interno delle associazioni sembra prevalere un orientamento di chiusura rispetto alla riforma. Tuttavia, anche in relazione ai rapporti che si sviluppano con il movimento di psichiatria anti-istituzionale, progressivamente, la maggior parte delle associazioni converge sulla necessità di costruire servizi di salute mentale capaci di offrire «un asilo non più pagato al prezzo dei diritti» (Giannichedda 1991, p. 1)[2]. Sul piano più strettamente politico, nel 1987 il gruppo parlamentare della Sinistra indipendente presenta un disegno di legge che mira a stimolare interventi di programmazione e di finanziamento dei servizi di salute mentale a livello nazionale e regionale. Due anni dopo, questo disegno di legge, frutto del lavoro di Franca Ongaro Basaglia in Parlamento, viene ripreso dal primo progetto obiettivo Salute mentale, messo in opera dal ministro della Sanità Carlo Donat Cattin, nel

2 Sull'argomento cfr. anche Muggia 2009.

1989, che ha rappresentato la base delle politiche pubbliche nazionali adottate negli anni successivi.

3. *La fine del manicomio?*

Nei primi anni Novanta alcuni interventi normativi modificano l'organizzazione del SSN. Le norme approvate tra il 1991 e il 1993 riducono il numero di USL e, nel quadro di un processo di managerializzazione del settore sanitario, le trasformano in aziende pubbliche (ASL). Contestualmente, i poteri delle regioni aumentano, dando luogo a un processo di regionalizzazione della sanità che arriva a compimento nel 2001 con l'approvazione delle modifiche al titolo V della Costituzione. Queste hanno come "effetto perverso" quello di consolidare le differenze nell'organizzazione dei servizi, in particolare quelli di salute mentale.

Lungo il corso degli anni Novanta, si mette in scena l'ultimo atto del processo di chiusura degli ospedali psichiatrici (Tranchina, Teodori 1996). I vecchi manicomi, a fronte di un importante riduzione nel numero di ricoverati, continuano a rimanere in piedi in condizioni fatiscenti. Lo certifica nel 1996 una ricerca dell'Istituto italiano di Medicina Sociale (Cozza, Napolitano 1996): 63 ospedali psichiatrici "ospitano" ancora 12.000 persone, tutte con una lunga storia di ospedalizzazione, che sopravvivono con una qualità delle cure inesistente. È noto che la chiusura definitiva arriva grazie a due leggi finanziare (1994 governo Berlusconi e 1996 governo Prodi) e con le circolari del Ministero della Salute, che arrivano a prevedere il commissario per le Regioni inottemperanti. Occorrerebbe, però, un lavoro specifico di ricostruzione di quello che è avvenuto in quegli anni in ogni singola regione o ASL, per osservare quanto la deospedalizzazione che si è realizzata corrisponda a processi di deistituzionalizzazione. A ben vedere, anche la circolare del Ministero – guidato allora dalla Ministra Rosy Bindi che contestualmente stava tentando un processo complessivo di governo del SSN – indicava la necessità di "progetti di dimissione personalizzati, che devono tenere conto della storia personale, della storia della malattia, della disabilità o patologia attuale, delle possibilità concrete di recupero delle risorse personali e familiari nonché dei servizi territoriali sanitari e di assistenza sociale".

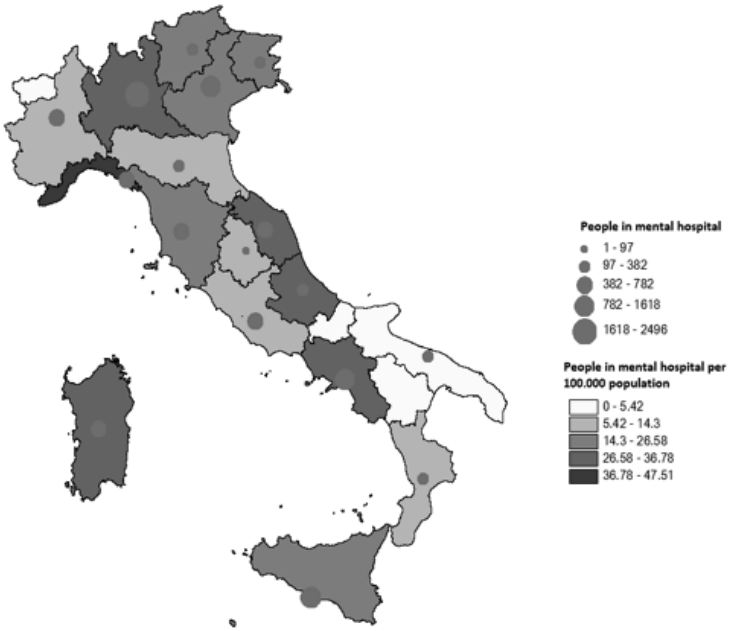


Figura 2. Ricoverati negli ospedali psichiatrici italiani 1996
Fonte: elaborazione dell'autore su dati dell'Istituto di medicina sociale (1996)

Malgrado ciò, a livello locale, nella gran parte del Paese, in ragione della mancanza di volontà politica o di un'insufficiente forza degli operatori della salute mentale, si realizzano "chiusure burocratiche", che avvengono attraverso la creazione di residenze, comunità o altre strutture psichiatriche, che riproducono meccanismi di funzionamento simili alle istituzioni totali. Viceversa, per alcuni operatori e alcuni amministratori rappresenta l'occasione per mettere nuovamente al centro dell'azione i processi di deistituzionalizzazione. Va in questa direzione il progetto di chiusura dell'Ospedale psichiatrico di Roma, S. Maria della Pietà. Un'azione emblematica di questo progetto è stata l'inclusione del S. Maria della Pietà all'interno dell'Estate Romana, con un evento pubblico della durata di una settimana che si svolge all'interno del parco dell'ospedale, con un titolo fortemente simbolico*: Entrare fuori, uscire dentro*[3]. Non si è trattato solo

3 Le vicende della riforma psichiatrica a Roma e della chiusura del Santa Maria della Pietà sono raccontate da Tommaso Losavio nel volume *Anche a Roma si può fare* (in corso di pubblicazione).

di realizzare iniziative per il coinvolgimento della comunità. In questo progetto di chiusura, come in altre iniziative di quegli anni[4], appare evidente il tentativo di lavorare su due livelli: preparare le persone che vivevano all'interno dell'ospedale per uscire e, al contempo, preparare la città per accogliere queste persone, cercando di evitare il rischio di ricostruire dei piccoli manicomi all'esterno. Sempre in quest'ottica vengono sperimentati nuovi strumenti come i budget di cura (ora budget di salute), realizzati nel 1996 all'interno di un progetto pilota della ASL di Palmanova, nella bassa friulana, per la deistituzionalizzazione del manicomio di Sottoselva (Monteleone 2005; 2014). Il dispositivo, fondato sulla riconversione delle risorse della spesa destinata al ricovero in strutture, mira alla costruzione di progetti individualizzati incentrati sul riconoscimento dei bisogni di casa, socialità e lavoro delle persone, ovvero sugli assi della salute considerati centrali in un'idea di riabilitazione basata sulla restituzione dei diritti di cittadinanza e contrattualità (Saraceno 1995; Righetti 2013).

Negli anni Novanta, inoltre, viene varata la politica nazionale di salute mentale, prima con il Progetto obiettivo 1994-96 e successivamente con quello 1998-2000. Questi piani hanno definito gli standard per i servizi di salute mentale, la loro organizzazione in forma dipartimentale, le forme di coordinamento fra i servizi e le caratteristiche delle strutture riabilitative e residenziali. Contestualmente, il movimento ha riattivato i contatti con le realtà sociali e culturali più vicine, quali Magistratura Democratica, Medicina Democratica, il Tribunale dei diritti del malato e, in particolare, con CGIL e associazioni dei familiari riunite sotto la sigla dell'Unasam (Unione Nazionale delle Associazioni per la Salute Mentale). Con queste ultime, in particolare, si stringe un rapporto organico con la costituzione della Consulta Nazionale della Salute Mentale (Pastore 1996, p. 24). Pertanto, a cavallo tra la fine del XX e l'inizio del XXI secolo si completa la chiusura degli ospedali psichiatrici e l'Italia ha una politica pubblica nazionale di salute mentale orientata alla presa in carico territoriale e al riconoscimento dei diritti di cittadinanza delle persone con disturbo mentale. I dati dell' European Health for All dell'OMS (figura 3) rendono evidente la progressiva riduzione dei posti letto psichiatrici: da oltre 100.000 letti negli ospedali psichiatrici del 1976 a poco meno di seimila posti letto nei servizi psichiatrici pubblici di oggi. Ciononostante, alla fine del secolo, resta aper-

4 Un altro esempio di intervento di deistituzionalizzazione che in quegli anni si accompagna con momenti di coinvolgimento della comunità si realizza nell'Ospedale Paolo Pini di Milano e porta alla costituzione dell'Associazione Olinda che da diversi anni realizza un importante festival estivo nell'area dell'ex ospedale psichiatrico (Vitale 2009).

to l'interrogativo su quanto questo ampio processo di deospedalizzazione sia stato accompagnato da azioni di deistituzionalizzazione, ovvero quanto "l'acquisizione del diritto di un nuovo rispetto della persona" abbia modificato i corpi professionali e le discipline che non lo avevano mai previsto e che ora hanno il compito di garantirlo (Ongaro Basaglia 2012).

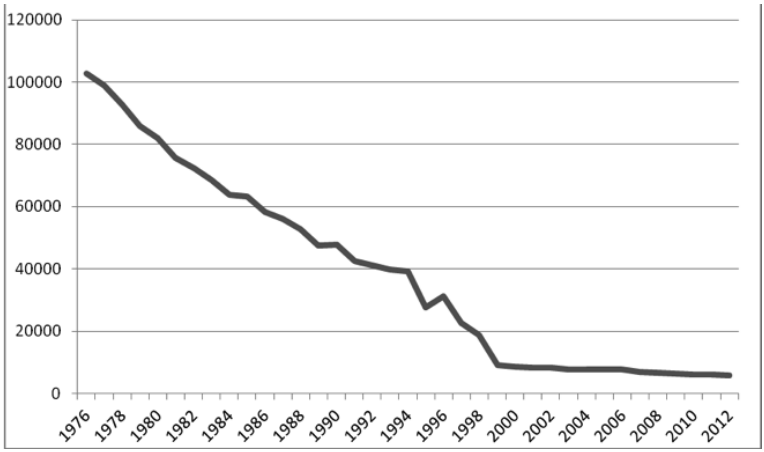


Figura 3. Posti letto psichiatrici in Italia 1976-2013
Fonte: elaborazione dell'autore su dati dell'European Health for All database

4. *Politica e psichiatria nel nuovo secolo*

A cavallo tra la fine del XX secolo e l'inizio del XXI, alcune ricerche dell'Istituto Superiore di Sanità (de Girolamo, Picardi e Santone 2008) e dell'Istituto Mario Negri (Terzian, Tognoni 2003), mostrano un sistema di servizi territoriali che continua a configurarsi come fortemente disomogeneo, anche sul versante del riconoscimento dei diritti di cittadinanza delle persone con disturbo mentale. Sono importanti, in questo senso, tre elementi: la differente percentuale di TSO tra le Regioni, l'evidenza dell'uso dei mezzi di contenzione e l'esistenza di un sistema di porte chiuse nel 75% dei Dipartimenti di Salute Mentale. In altri termini, all'inizio del nuovo secolo, nonostante la chiusura degli ospedali si sia conclusa, la neomanicomialità continua a persistere (Piccione 2004). In questi stessi anni, a livello parlamentare, nascono nuovi progetti di legge che, nei contenuti, propongono un vero e proprio stravolgimento della riforma, attraverso

l'ampliamento delle modalità di esecuzione e durata del TSO, in quanto incentrati su un'idea di intervento repressivo (Esposito 2019, p. 288). Questo attacco alla riforma matura in un contesto politico e sociale segnato sia dai governi di centro-destra sia da una complessiva riconfigurazione della tematica della sicurezza, in particolare quella urbana, che permea le politiche delle amministrazioni locali, anche di sinistra (Pavarini 2006; Amendola 2008). Allo stesso tempo, si sviluppa una mobilitazione sociale, legata ai movimenti "per la globalizzazione dal basso", che coinvolge attivismo politico nella creazione di Forum sociali locali, *network* che organizzano campagne e manifestazioni su temi come i diritti degli immigrati e dei lavoratori, la riforma del *welfare* e la pace (Vitale 2007). È in questo contesto che si colloca la nascita del Forum Salute Mentale, che prende vita nel 2003 dal movimento di psichiatria anti-istituzionale e tiene insieme professionisti della salute mentale e della cooperazione sociale, associazioni di familiari e utenti, ma anche il sindacato e collettivi di studenti[5]. Un aspetto particolare del Forum è quello di proporre una difesa della riforma «riaprendo il dibattito sulla qualità dei servizi, sugli stili operativi, sui modelli organizzativi, sulle risorse in campo, sull'uso delle risorse umane e materiali, sull'avvenuto restringimento delle pratiche per la salute mentale alla sola psichiatria, pena l'azzeramento della forza innovativa dell'esperienza italiana di deistituzionalizzazione, l'oscuramento dei soggetti, la negazione dei diritti, l'abbandono degli utenti con più basso potere contrattuale» (Forum Salute Mentale 2003[6]). Tra i punti particolarmente problematici individuati dal documento programmatico del Forum spiccano: l'organiz-

5 La ricostruzione della storia del Forum, del suo legame con i movimenti dei primi anni Duemila resta un ambito di ricerca ancora da esplorare. Ciononostante il legame appare evidente, ad esempio, rileggendo alcuni interventi dei protagonisti dei primi anni come Sergio Piro (2004, al link http://www.news-forumsalutementale.it/sergio-piro-sulla-%E2%80%9Csincerita%E2%80%9D-delladesione-al-forum/) che diceva : «Il Forum Salute Mentale sembra appartenere a un insieme mondiale interrelato e contraddittorio di movimenti, gruppi e singoli che hanno in comune fra loro il senso generale di un'angosciata diagnosi sullo svolgimento attuale dell'umanità e dunque la propensione a prassi antagonistiche, disorganiche, fra loro incoerenti e spesso contraddittorie, ma mirate tutte – sia singolarmente che complessivamente – alla trasformazione profonda dei rapporti economici, sociali, politici, psicologici, etc., alla pace, all'asserimento ubiquitario dei diritti di cittadinanza, alla fine delle identità forti nazionali, razziali, religiose, etc., al rispetto della natura, alla liberazione dalla guerra, dal fascismo, dalle superstizioni, dalla paura, dalla sofferenza oscura, etc. La specificità della psichiatria va sempre più disperdendosi e attenuandosi».

6 Al link http://www.news-forumsalutementale.it/public/DOCUMENTO-PROGRAMMATICO1.pdf

zazione dei servizi territoriali, l'uso degli psicofarmaci, la persistenza degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari[7] e della contenzione fisica.

È su questo versante che, oltre alla mobilitazione, si sviluppano, a livello locale, tentativi di realizzare cambiamenti nelle politiche di salute mentale orientate a intervenire su queste questioni. Sono questi, per esempio i casi di alcune ASL in Campania[8], Calabria e Sardegna dove, per volontà di amministratori pubblici e con il coinvolgimento di esponenti del movimento di psichiatria anti-istituzionale, si sono realizzate politiche che hanno creato interventi di riconversione della spesa destinata al ricovero in strutture, volti a costruire progetti individualizzati incentrati: sul riconoscimento dei bisogni di casa, socialità e lavoro delle persone, sulla centralità del lavoro territoriale e sul contrasto alla contenzione fisica negli ospedali. Particolarmente significativo, in questo senso, è il caso della ASL di Caserta 2 dove – oltre all'intervento sul potenziamento dei servizi – anche grazie all'attivo protagonismo di un terzo settore impegnato anche nel contrasto alla camorra e nel riutilizzo dei beni confiscati, viene portato a sistema il dispositivo del budget di salute.

A questo proposito anche il caso della Sardegna appare interessante, in quanto i dati del Ministro della Sanità del 2001 indicano si tratta della regione tra le ultime in classifica rispetto alla qualità complessiva dell'offerta di servizi. Negli anni che vanno dal 2004 al 2009, l'assessorato alla sanità della Regione decide di intervenire nel campo della salute mentale, inserendola tra gli obiettivi primari di salute all'interno del Piano Regionale dei Servizi. Piano che prevede l'apertura di servizi territoriali aperti sulle 24 ore, tutti i giorni della settimana, l'abbandono dei mezzi di contenzione fisica, modalità operative, riconversioni di risorse, nuovi stanziamenti economici mirati al reinserimento sociale. I risultati sono palpabili, nonostante si registri una forte resistenza al cambiamento che ha come nodo emblematico la persistenza della contenzione fisica nei SPDC (Del Giudice 2015). In quegli anni, in Sardegna, il tasso di TSO sul totale dei ricoveri si riduce dal 17% all'11,70%, si riduce il numero di persone in OPG, mentre aumenta l'offerta complessiva di strutture territoriali e ospedaliere. Il caso sardo è emblematico di come assessorati regionali, Direzioni delle aziende sanitarie e dei Dipartimenti di Salute Mentale rappresentino i luoghi in cui si realizza oggi la politica di salute mentale e dove questa può incontrare una battuta d'arresto. Negli anni successivi, in diversi territori regionali,

7 Sul tema degli OPG si rinvia ai contributi di Dario Stefano dell'Aquila e Leda Marino, *infra*.

8 Il caso della ASL di Caserta 2 è coevo alla nascita del Forum.

infatti, tali iniziative vengono recuperate[9] con l'adozione di politiche di segno contrario e con i cambiamenti ai vertici delle strutture secondo meccanismi di *spoil system* (Trincas 2018).

Nel 2013 gli stessi problemi evidenziati dal movimento e dal lavoro pratico del primo decennio del Duemila vengono riscontrati anche dalla Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia ed efficienza del Servizio sanitario nazionale e, in particolare: la parziale applicazione delle normative regionali, anche per «disimpegno politico e/o incapacità amministrativa»; l'apertura in fasce orarie ridotte dei Centri di salute mentale e dei servizi territoriali, che incentrano la loro attività prevalentemente su interventi di tipo ambulatoriale; la diffusione di pratiche di contenzione negli SPDC, che si presentano spesso come spazi chiusi, poco collegati con i servizi territoriali; la presenza di strutture residenziali onerose sul piano economico e non efficienti in termini di esito, con scarso turnover dei pazienti, che spesso riproducono forme di emarginazione sociale e di istituzionalizzazione sanitaria (Commissione d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del SSN 2013; Pulino 2016). Inoltre, l'azione della Commissione ha riportato all'interno dell'agenda politica la situazione di degrado degli OPG, innescando un processo finalizzato al loro superamento. Nonostante il ruolo fondamentale svolto in questa fase dalle associazioni raccolte nel comitato StopOpg[10] (De Giudice, Cecconi 2016), la chiusura degli OPG, lascia aperti diversi interrogativi, *in primis* quello di aver riportato all'interno del servizio sanitario la gestione di strutture con funzioni di custodia.

5. *Una contraddizione ancora aperta*

La portata dei cambiamenti avvenuti nella politica di salute mentale italiana possono essere colti nel confronto con i numeri delle economie più ricche del mondo: l'Italia, per esempio, è il solo paese del G7 a non avere posti letto in Ospedale Psichiatrico (Barbui, Poppola, Saraceno, 2018; Dirindin, Giannichedda 2018); è anche tra i pochi dove si sono sviluppate in modo diffuso iniziative locali volte al riconoscimento dei diritti delle persone che vivono l'esperienza della sofferenza mentale. Tuttavia molti

9 Sul caso della Calabria, con particolare riferimento al progetto di deistituzionalizzazione dell'Istituto Papa Giovanni XXIII di Serra d'Aiello (Cosenza) cfr. Signorelli, Ramondino, Siebert (2008).

10 Il comitato è composto da 20 associazioni tra cui: Forum Salute Mentale, CGIL, Unasam, Fondazione Basaglia, Antigone, Società della Ragione, A Buon Diritto, Forum Droghe.

dei nodi problematici individuati nel 2013 dalla Commissione d'inchiesta continuano a rimanere aperti, a partire dalla persistente disomogeneità nella qualità dei servizi territoriali. A questo proposito è utile osservare la persistenza del fenomeno del *revolving door*, le differenze regionali nei tassi di TSO e la presenza di un'organizzazione custodialistica in una quota maggioritaria di SPDC. Certamente, tali differenze hanno una relazione diretta con questioni che attengono alle dotazioni di personale e servizi, nel quadro di una spesa pubblica per la Salute mentale lontana dal 5% della spesa sanitaria, così come prevedevano i progetti obiettivo (Starace 2017; 2018). Questi dati testimoniano culture dei servizi differenti: una maggiormente orientata verso l'accentramento ospedaliero delle cure; l'altra tesa verso la presa in carico territoriale delle persone. Culture che segnano le decisioni (o le non decisioni) dei governi locali della salute e fanno della dialettica tra istituzione chiusa e istituzione aperta una questione del nostro tempo (Basaglia 1979; Rotelli 2018).

Riferimenti bibliografici

Amendola G., 2008, *Insicurezza e vita quotidiana nelle città italiane*, in Id., *Città criminalità, paure*, Napoli, Liguori.

Barbui C., Poppola D., Saraceno B., 2018*, Forty years without mental hospitals in Italy*, in «International Journal of Mental Health System», v. 12., n. 43; al link https://doi.org/10.1186/s13033-018-0223-1

Basaglia F., 1979, *Lezione/conversazione con gli infermieri*, Trieste, al link «www.fondazionebasaglia.it».

Basaglia F., 2005, *Prefazione a Il giardino dei gelsi*, in Id., *L'utopia della realtà*, Torino, Einaudi.

Basaglia F., Giannichedda M. G., 1982, *Legge e psichiatria*, in Basaglia F., *Scritti II. Dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica*, Torino, Einaudi.

Bindi R., 2018, *Il quarantesimo anniversario del Servizio Sanitario Nazionale*, in «La Rivista delle Politiche Sociali», n. 2, pp. 111-121.

Castel F., Castel R., Lovell A., 1978, *La Société psychiatrique avancée: le modèle américain*, Paris, Bernard Grasset.

Castel R., 1975, *Lo psicanalismo. Psicanalisi e potere*, Torino, Einaudi (ed. or. 1973).

Id., 1979, *L'ordine psichiatrico. L'epoca d'oro dell'alienismo*, Milano, Feltrinelli (ed. or. 1977).

Id., 1982, *La gestion des risques. De l'antipsychiatrie à l'après-psychanalyse*, Paris, Ed. de Minuit.

Commissione d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del SSN, 2013, *Inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzio-*

namento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale. Relazione finale, 11 febbraio 2013.
Cozza M., Napolitano G.M., 1996, *L'assistenza psichiatrica in Italia: la normativa e la diffusione dei servizi sul territorio*, Roma, Istituto Italiano di Medicina Sociale Editore.
Crepet P., De Plato G., De Salvia D., Giannichedda M.G., a cura di, 1982, *Fra regole e utopia*, Bologna, Cooperativa Editoriale Psichiatria Democratica.
de Girolamo G., Picardi A., Santone G., 2008, *La ricerca sui servizi di salute mentale in Italia. Una overview dei progetti di ricerca PROGRES*, in «Tendenze nuove», n. 6, pp. 639-670.
Dirindin N., Giannichedda M.G., 2018, *Quarant'anni di sfide e trasformazioni. Nota introduttiva*, in «La Rivista delle Politiche Sociali», n. 2, pp. 9-18.
De Leonardis O., Mauri D., Rotelli F., 1986, *Deinstitutionalization, another way: The Italian Mental Health Reform*, in «Health Promot. Int.», n. 1(2), pp.151-165.
Del Giudice G., 2015, … *e tu slegalo subito. Sulla contenzione in psichiatria*, Merano, Edizioni Alphabeta Verlag.
Del Giudice G., Cecconi S., 2016, *Il caso StopOpg. Quando la partecipazione migliora il progetto politico*, in «Aut-Aut», n. 370, pp. 60-73.
Esposito A., 2019, *Le scarpe dei matti. Pratiche discorsive, normative e dispositivi psichiatrici in Italia (1904-2019)*, Napoli, ad est dell'equatore.
Ferrera M. Zincone G., 1986, *La salute che pensiamo noi*, Bologna, il Mulino.
Foucault M., 1963, *Storia della follia nell'età classica*, Milano, Rizzoli (ed. or. 1961).
Forum Salute Mentale, 2003, *Documento programmatico del Forum Salute Mentale*, Roma, 16 ottobre 2003,
al link http://www.news-forumsalutementale.it/public/DOCUMENTO-PROGRAMMATICO1.pdf.
Giannichedda M.G., 1988, *Sul trattamento sanitario obbligatorio*, in «Democrazia e Diritto» 4-5, pp. 249-282.
Id., 1991, *Per noi una normalità che non costi il loro internamento* in «Dei Delitti e delle Pene», n.1, pp. 105-282.
Id., 2005, *La democrazia vista dal manicomio*, in «Animazione Sociale», n. 192, pp. 18-30.
Id., 2007, *Ospedale psichiatrico*, in D'Arcais M. F., a cura di, *Enciclopedia dei diritti umani*, Torino, UTET.
LABOS, 1989, *Il dopo 180, primo bilancio di una riforma*, Roma, Edizioni T.E.R..
Losavio T., in corso di pubblicazione, *Anche a Roma si può fare. Vent'anni di riforma psichiatrica (1980-2000).*
Luzzi S., 2004, *Salute e sanità nell'Italia repubblicana*, Roma, Donzelli.
Monteleone R., 2005, La *contrattualizzazione nelle politiche socio-sanitarie: i vouchers e i budget di cura*, in L. Bifulco (a cura di), *Le politiche sociali. Temi e prospettive emergenti*, Roma, Carocci.
Monteleone R., 2014, *Dalla "dote welfare" al "budget di salute", cosa dovrebbe cambiare dal punto di vista delle persone con disabilità?*, in «Lombardiasociale.it», 1 dicembre; al link http://www.lombardiasociale.it/wp-content/

uploads/kalins-pdf/singles/dalla-dote-welfare-al-budget-di-salute-cosa-dovrebbe-cambiare-dal-punto-di-vista-delle-persone-con-disabilita-2.pdf
Muggia E., 2009, *Le associazioni delle famiglie protagoniste del cambiamento*, in «Quaderni di Italianieuropei», n. 2, pp. 61-67.
Ongaro Basaglia F., 2012, *Tutela dei diritti e saperi disciplinari*, in Id., *Salute e Malattia. Le parole della medicina*, Merano, Edizioni Alphabeta Verlag.
Pastore V., 1996, *Note per il dibattito congressuale di PD*, in Tranchina P., Teodori M.P. (1996), *Manicomio ultimo atto. Bilanci, prospettive della chiusura definitiva degli ospedali psichiatrici in Italia*, Pistoia, Centro di documentazione di Pistoia.
Pavarini M. a cura di, 2006, *L'amministrazione locale della paura. Ricerche tematiche sulle politiche di sicurezza urbana*, Roma, Carocci.
Piccione R., 2004, *Il futuro dei servizi di salute mentale in Italia*, Milano, Franco Angeli.
Piccione D., 2013, *Il pensiero lungo. Franco Basaglia e la Costituzione*, Merano, Edizioni Alphabeta Verlag.
Piro S., 2004, *Sulla "sincerità" dell'adesione al Forum*, intervento nella seconda Assemblea Nazionale del Forum Salute Mentale (Camaiore di Lucca, 16-17 dicembre 2004), al link http://www.news-forumsalutementale.it/sergio-piro-sulla-%E2%80%9Csincerita%E2%80%9D-delladesione-al-forum/
Pulino D., 2016, *Prima della legge 180. Psichiatri, amministratori, politica (1968-1978)*, Merano, Edizioni Alphabeta Verlag.
Prina F., 1993, *La malattia mentale tra esclusione e diritti*, Torino, Sonda.
Ramondino F., Siebert R., Signorelli A., 2008, *In direzione ostinata e contraria*, Napoli, Tullio Pironti Editore.
Regognini G., 2004, *Politica pubblica*, in Enciclopedia Treccani del Novecento, III Supplemento.
Rose N., 2018, *Our Psychiatric Future*, Cambridge, Polity Press.
Righetti A., 2013, *I budget di salute e il welfare di comunità*, Bari-Roma, Laterza.
Rotelli F., 1987, *Le istituzioni della «deistituzionalizzazione»*, in Ongaro Basaglia F., Giannichedda M. G., *Psichiatria tossicodipendenze perizia. Ricerche su forme di tutela, diritti, modelli di servizio*, Milano, Franco Angeli.
Id., 2015, *L'istituzione inventata. Almanacco Trieste 1971-2010*, Merano, Edizioni Alphabeta Verlag.
Id., 2018, *Verso la città che cura*, in «La Rivista delle Politiche Sociali», n. 2, pp. 53-63.
Saraceno B., 1982, *Psichiatria democratica: cronaca di una lotta*, in «Sapere», n. 851, pp. 21-28.
Id., 1995, *La fine dell'intrattenimento. Manuale di riabilitazione psichiatrica*, Milano, Etas Libri RCS Medicina.
Saraceno, C., 2003, *Mutamenti della famiglia e politiche sociali in Italia*, Bologna, il Mulino.
Scull A., 1977, *Decarceration: Community treatment and the deviant*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall.
Starace F., 2018, *40 anni di legge 180: dai principi alle pratiche*, in «Rivista Sperimentale di Freniatria», v. CXLII, n. 2, pp. 121-134.

Starace F., Baccari F., Mungai F., 2017, *Quaderno SIEP – La salute mentale in Italia. Analisi delle strutture e delle attività dei Dipartimenti di Salute Mentale*, al link http://siep.it/quaderno-siep/

Terzian E., Tognoni G., 2003, *Indagine sui servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura*, in «Rivista Sperimentale di Freniatria», v. CXXVII, n. 2, supplemento, pp. 1-8.

Tranchina P., Teodori M.P., 1996, *Manicomio ultimo atto. Bilanci, prospettive della chiusura definitiva degli ospedali psichiatrici in Italia*, Pistoia, Centro di documentazione di Pistoia.

Trincas G., 2014, *Le Associazioni dei Familiari nel processo di miglioramento dei servizi di salute mentale: criticità e proposte*, Relazione al Convengo *Salute Mentale, OPG e Diritti Umani*, Palazzo Giustiniani Senato della Repubblica, Roma, 11 novembre 2014.

Id., 2018, *Lo stato della salute mentale in Sardegna e le proposte dell'ASARP*, in «Il manifesto sardo», 4 luglio.

Vicarelli G., 1992, *Politica sanitaria e medicina privata in Italia*, in «Stato e mercato», 36 (3), pp. 457-471.

Vitale T., a cura di, 2007, *In nome di chi? Partecipazione e rappresentanza nelle mobilitazioni locali*, Milano, Franco Angeli.

Vitale T., 2009, *Invisibilità e disinteresse. Come uscire dalla trappola delle policy community*, in Crosta P. L., *Casi di politiche urbane. La pratica delle pratiche d'uso del territorio*, Milano, Franco Angeli.